

DOGMA NUTRICIONAL BAJO PARADIGMA BIOMÉDICO:
REPERCUSIONES EN PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS.

Lina Masana¹

*Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social
Universitat Rovira i Virgili (Tarragona, España)
Campus Catalunya
Av. de Catalunya, n° 35, 3ª planta, 43002 — Tarragona
caterina.masana@urv.cat*

Resumen: El control de la dieta en personas con enfermedades crónicas por parte de los profesionales sanitarios, cuyo discurso sobre el comportamiento alimentario se centra en la salud o la enfermedad, tiene implicaciones para el individuo que van más allá de los aspectos puramente biológicos y nutricionales. El objetivo de este artículo es presentar una primera aproximación sobre las repercusiones extrabiológicas de los regímenes alimentarios impuestos biomédicamente en enfermos crónicos, contextualizando la problemática a través de un enfoque sociocultural y a partir de los primeros datos etnográficos obtenidos de una investigación en curso.

Palabras clave: enfermedades crónicas, alimentación, dieta, dogma nutricional, repercusiones, iatrogenias.

Abstract: Medically prescribed diets on chronic ill persons, where medical discourse on eating behaviour centers on health and illness, have implications for the individual beyond biological and nutritional issues. This paper is a preliminary exploration of the extra-biological repercussions of medically imposed dietary regimes

¹ Becaria del DAFITS - Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social de la URV; Beca predoctoral Personal Investigador Novel (FI — *Generalitat de Catalunya*). Con el soporte del Comisionado para Universidades y Investigación del Departamento de Innovación, Universidades y Empresa de la *Generalitat de Catalunya* y del Fondo Social Europeo.

for chronic ill persons, framing the problem in sociocultural terms and using preliminary ethnographic data drawn from a research project in progress.

Keywords: chronic illness, food, dieting, nutritional dogma, repercussions, iatrogenic.

Cronicidad: el nuevo reto de las políticas sanitarias del s. XXI

En las últimas décadas, el incesante y rápido aumento de personas que padecen enfermedades crónicas supone la principal problemática y preocupación de los profesionales de la salud y del amplio conjunto de la población afectada. Los avances en medicina, tecnología y salud pública del pasado siglo han contribuido al aumento de la esperanza de vida. Desde el punto de vista biomédico, dicho aumento en longevidad, entre otras variables —hábitos en relación a la alimentación, a la actividad física, al consumo de sustancias nocivas, etc.—, ha supuesto una mayor probabilidad-riesgo de padecer una enfermedad crónica en algún momento de la vida de las personas (WHO: 2002)². Además, dichas enfermedades constituyen actualmente más de la mitad de la carga mundial de morbilidad, siendo la causa del 60% de las 58 millones de muertes, lo cual significa que 35 millones de personas fallecieron debido a estas enfermedades en 2005 (OMS: 2006)³. Por todo ello, las enfermedades crónicas suponen, hoy día (sobre todo aquellas que generan discapacidad y/o dependencia), el nuevo reto para las políticas sanitarias y sociales de los países desarrollados con estado del bienestar (como es el caso de España), e incluso han llegado a estar consideradas como la «nueva» epidemia en expansión de estos países (WHO: 2004)⁴.

2 *World Health Organization* (en adelante, WHO). Aunque las causas de las enfermedades crónicas son complejas, y en su aparición intervienen múltiples factores, se toma la definición de «riesgo» como «probabilidad de un resultado adverso o como factor que incrementa dicha probabilidad» (WHO, 2002: 6). *Reducing risks, promoting healthy life*.

3 Organización Mundial de la Salud, en adelante OMS.

4 La problemática del aumento de enfermedades crónicas a escala mundial no es, sin embargo, algo exclusivo de los países desarrollados, sino que afecta de forma impor-

Teniendo en cuenta que las enfermedades crónicas presentan unas particularidades complejas y heterogéneas, y más allá de considerar una enfermedad crónica como un trastorno orgánico o funcional que persiste durante un largo periodo de tiempo —y que en principio no tiene curación—, cualquier enfermedad crónica implica una alteración significativa en la vida de la persona, ya que le obliga a modificar su modo de vida para adaptarse a la nueva situación, esto es, a las limitaciones que se deriven de su enfermedad. Dicha modificación o adaptación pasa, por lo que a prácticas se refiere, por la alimentación, el ejercicio físico y lo que se denomina hábitos de vida saludables. Este artículo se centrará únicamente en los aspectos relacionados con la dieta alimentaria⁵ a partir de la literatura científica relevante sobre el tema, articulada con y a partir de las narrativas de personas con enfermedades crónicas con restricciones dietéticas.

El material etnográfico forma parte de una investigación en curso para la elaboración de la tesis doctoral en antropología (médica) de la autora, desarrollada en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Cataluña (área urbana). Lo que aquí se presenta procede de las narrativas de adultos jóvenes (30 a 50 años de edad) que padecen algún tipo de patología crónica que ha implicado un cambio en sus hábitos alimentarios. Los datos han sido obtenidos principalmente a través de entrevistas semiestructuradas (cabe contar también con comunicaciones informales). Las citas seleccionadas para este artículo tratarán de ser representativas —a modo de primera aproximación— para la problemática que aquí se plantea, cuya discusión la situamos en el contexto de lo que comúnmente referimos como sociedades occidentales en un presente históricamente medicalizado⁶.

tante también a países en vías de desarrollo, aunque este aspecto no lo desarrollaremos en este trabajo.

5 No se entrará a analizar los aspectos relacionados con la actividad física y lo que se denomina hábitos de vida saludables, aunque puedan aparecer de forma colateral a la problemática aquí planteada.

6 Aunque este marco contextual y su definición pueda variar dependiendo de diversas circunstancias, se hace necesario especificarlo para distinguirlo de otras realidades socioculturales y otros momentos históricos —que no van a ser tratados en el presente artículo—, en los que las prácticas y creencias sobre los hábitos alimentarios puedan ser distintos.

Enfermedades crónicas: estrategia mundial y políticas públicas sobre dieta y nutrición

La Organización Mundial de la Salud, ante el incremento de patologías crónicas y la preocupación por su alto índice de morbilidad y mortalidad, elaboró, a través de un grupo internacional de expertos de la OMS y de la FAO⁷, un Informe Técnico sobre *Dieta, nutrición y prevención de las enfermedades crónicas* (WHO: 2003, que toma como referente publicaciones anteriores: WHO, 1990 y 2002), en el que se detallan los patrones alimentarios a escala regional y global, las prevenciones nutricionales para aquellas enfermedades crónicas que se consideran íntimamente relacionadas con la dieta (*diet-related chronic diseases*, WHO, 2003: 54), es decir, sobre todo: obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades bucodentales y osteoporosis. El objetivo de este informe técnico era el de presentar estrategias y recomendaciones para políticas públicas (y promover la investigación en este campo), y además: «The principal goal of public health policy is to give people the best chance to enjoy many years of healthy and active life. Public health action to prevent the adverse consequences of inappropriate dietary patterns and physical inactivity is now urgently needed» (WHO, 2003: 144)⁸.

Más adelante, la misma OMS puso en marcha a escala global lo que en España se recoge bajo el título de *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Marco para el seguimiento y evaluación de la aplicación* (2006⁹), cuyos objetivos son

7 *Food and Agriculture Organization* de las Naciones Unidas, en adelante FAO.

8 Las recomendaciones y/o publicaciones de la OMS en relación a las enfermedades crónicas en la última década son numerosas. Considero que no es necesario nombrarlas todas y extenderme en un listado para mencionarlas; solo detallaré en este artículo a las que hago referencia explícita. Para acceder a dichos documentos se pueden descargar en versión pdf en la web oficial de WHO, donde figura el listado de los documentos a los que hago referencia. *Publications on health care for chronic conditions*: <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/Chronic_conditions/en/index.html> (Consultado 10/05/09).

9 Cabe tener en cuenta que previa a dicha publicación de la OMS (2006) en España se puso en marcha en 2005 la *Estrategia NAOS (Estrategia para la nutrición actividad física y prevención de la obesidad)* de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria, con el «objetivo de sensibilizar a la población del problema que la obesidad representa para la salud, y de impulsar todas las iniciativas que contribuyan a lograr

los de dar un marco de referencia, indicadores y ejemplos que deberán ser adaptados a la realidad de cada contexto (país), a la vez que se incluyen actividades de vigilancia y seguimiento. Según el documento, los destinatarios son: «La definición de este marco e indicadores propuestos pretenden ayudar a los ministerios de sanidad, a otros departamentos y organismos gubernamentales, así como a aquellas otras partes interesadas, a realizar un seguimiento de la evolución de sus actividades en el área de la promoción de una alimentación sana y la actividad física» (OMS, 2006: 5). Sin embargo, dicha adaptación de los programas a cada contexto sociocultural concreto suele quedarse más bien en un plano teórico frente a una estandarización de las estrategias internacionales, como consecuencia de «manejar una visión limitada de la cultura y la alimentación» (Gracia, 2009: 5,14).

Si bien para los gestores de las políticas sanitarias la preocupación inicial parte de intentar prevenir o disminuir los altos índices de morbilidad y mortalidad que las enfermedades crónicas conllevan, cabe apuntar también la preocupación por los altos costes asistenciales que dichas enfermedades generan. Estas suponen un importante incremento del gasto público sanitario debido a las necesidades asistenciales prolongadas en el tiempo, estimándose que en los países occidentales son responsables del 75% del gasto sanitario y del 80% del gasto farmacéutico o de las visitas médicas (García y Sarriá, 2005: 16).

Partimos, pues, de unas «recomendaciones» nutricionales internacionales de aplicación nacional, cuya implantación y vigilancia por parte de los profesionales sanitarios puede conllevar, en algunos casos, una imposición dogmática de corte biomédico, que se centra exclusivamente en los aspectos biológicos del individuo y su enfermedad —medicalización de la alimentación—, soslayando los aspectos individuales, culturales y sociales asociados a las prácticas alimentarias.

Medicalización de la alimentación: educación nutricional, normalización y normativización dietética, nutridietización y régimen alimentario

La alimentación (alimentarse) implica un proceso de selección que se hace de forma consciente y voluntaria, condicionado por facto-

que los ciudadanos, y especialmente los niños y los jóvenes, adopten hábitos de vida saludables». Disponible en <<http://www.naos.aesan.msps.es/naos/investigacion/publicaciones/>> (Consultado el 10/05/09).

res de aprendizaje cultural, ecológicos, económicos, etc., mientras que la nutrición (nutrirse) implica un proceso inconsciente e involuntario relacionado con la obtención de energía y los procesos metabólicos de nuestro organismo (Gracia, 2008). El proceso de medicalización de la alimentación —a través de la educación nutricional por parte de los profesionales de la salud mediante prácticas alimentarias normativas (normas dietéticas)— nos ha llevado a considerar el hecho de «comer nutrientes» en lugar de «comer alimentos», es decir, prestar atención a las propiedades nutricionales, a la ingesta de calorías diaria, a los alimentos que son o no saludables, etc. Esto implica que la responsabilidad sobre nuestros hábitos alimentarios sea considerada una cuestión de responsabilidad individual y de responsabilidad moral del cuidado del cuerpo (Gracia, 2007). Por lo que concierne a la alimentación/nutrición, nuestro estado de salud o nuestra enfermedad es cosa nuestra, y su desgaste o empeoramiento por malos hábitos o mala praxis nutricional nos apunta como agente causante o agravante.

Para entender cómo se lleva a la práctica nuestra educación nutricional por parte de los profesionales sanitarios (médicos, enfermeras, nutricionistas, etc.), se hace necesario referirse al/los procesos en los que se enmarcan dichas prácticas, entendiéndolos como: *a*) proceso de *normalización* dietética, *b*) proceso de *normativización* dietética y *c*) proceso de *nutridietización*. Entenderemos *normalizar* en cuanto a homogeneizar una dieta «normal» a través de lo que Gracia (2007) define como proceso de normalización dietética, el cual construirá un patrón alimentario de referencia —la conocida dieta equilibrada— basado en la restricción o promoción del consumo de ciertos alimentos. Es decir, se nos educará sobre *qué* comer (consumo), *quién* y *con quién*, *cómo*, *cuándo* y *cuánto* (prácticas), y *para qué* y *por qué* (ideología, utilidad, finalidad) (Contreras y Gracia, 2005; Gracia, 2007). En segundo lugar, hablaremos también de *normativizar* puesto que dicha normalización se realiza mediante la imposición de *normas* dietéticas, que definiremos como «conjunto de prescripciones médicónutricionales que describen, en términos cualitativos y cuantitativos, los alimentos, las técnicas culinarias y las comidas (tomas) de una dieta equilibrada y saludable» (Gracia, 2008). Finalmente, hablaremos de proceso de *nutridietización*, entendido como «conjunto de normas, recomendaciones y guías nutricionales cuyo objetivo es la modificación del comportamiento alimentario en

aspectos más allá de los puramente nutricionales, cuya finalidad última es la de conseguir cierta homogeneidad alimentaria en dos ámbitos: el familiar y el sociocultural» (Navas, 2008: 23). Estos procesos no son excluyentes sino coexistentes, y salvando los matices de enfoque, nos hablan de las recomendaciones o prescripciones por parte del experto como instrumento controlador de la conducta alimentaria legítima.

Menell (1992) denominará *proceso de civilización del apetito* a la construcción de dicho patrón alimentario, basándose en la noción de *proceso de civilización* propuesta por el sociólogo alemán Elías (1987), es decir, un proceso que a lo largo de los siglos ha ido modificando las pautas de comportamiento en aras de la civilización, desde factores externos (ecológicos, económicos, simbólicos) hacia factores internos (dietas, higiene) (Gracia, 2007). De hecho, este proceso de medicalización de la alimentación o de los factores internos referidos al individuo —dieta e higiene, pero también podemos añadir ejercicio físico y hábitos de vida saludables— tiene su origen en la medicina hipocrática, entendiendo *el alimento como medicina* (dieta como factor interno), pero a la vez considerando los factores ambientales externos (tratados hipocráticos: *Aires, Aguas y Lugares*). También, las que podríamos llamar primeras políticas públicas sanitarias de los salubristas del siglo XVIII (medicina urbana), que se centraron en la alimentación, la higiene, los aires y las aguas (espacios de ventilación de las viviendas, corredores de aire en las ciudades, etc., en base a las teorías miasmáticas), tanto para el control de enfermedades como la prevención de éstas. Salubridad e insalubridad, la higiene pública supuso el control politicocientífico del medio y de la población como conceptos previos y esenciales de lo que encontraremos en el siglo XIX bajo el nombre de medicina social. Los médicos y las clases dirigentes (políticas) se unieron para establecer unas normas, cuya intervención sanitaria se ha mantenido a lo largo de los siglos hasta la actualidad —el denominado proceso de medicalización— a través de la modificación y control de la vida cotidiana en aras del mantenimiento y control de un cierto orden social. Así, fijar una dieta puede responder a un interés de procurar por la salud, pero también a la modificación y control de la vida cotidiana, lo que nos remite al concepto de *biopoder* acuñado por Foucault (1981) «para poner de manifiesto que el poder no sólo lo ejerce el monarca o el gobierno sino también los discursos expertos que las diversas ciencias vienen desarrollando

desde la modernidad; un poder que es experto y productivo a la vez, puesto que actúa a través de establecer las normas de comportamiento» (Esteban, 2006: 11). Además, el biopoder se asienta en el discurso de la prevención mediante la regulación de los procesos vitales del individuo. En el caso que nos ocupa, el control de los hábitos alimentarios de la población se presenta como necesario para prevenir la aparición de enfermedades crónicas o para procurar que no empeore el estado de salud de aquellas personas con una enfermedad crónica ya existente, e incluso para evitar su muerte, como podría ser, por ejemplo, en casos de diabetes, hipertensión o hipercolesterolemia.

Comportamiento alimentario: ¿modelo médico o cultural?

Desde la perspectiva del relativismo cultural, las causas de las preferencias (o aversiones) alimentarias pueden explicarse por medio de una razón cultural, de prescripciones religiosas, de finalidades simbólicas o arbitrariedades circunstanciales. La comida se entiende como un lenguaje, como un sistema semiótico (*food patterns*) y de comunicación (Sahlins, 1988), y como protocolo de imágenes y costumbres que manifiestan las estructuras sociales y simbolizan las relaciones sociales (Douglas, 1995). El objetivo está en la búsqueda de las reglas y significados que ordenan el sistema alimentario y su estructura. Se parte de la idea de Lévi-Strauss de *Bueno para pensar; entonces bueno para comer*, en el sentido que los alimentos tienen que ser aceptados por nuestra mente primero para poder ser digeridos por nuestro estómago después (Contreras y Gracia, 2005).

Por otro lado, desde la perspectiva del materialismo cultural¹⁰ las causas de las preferencias (o aversiones) alimentarias pueden explicarse mediante factores de orden material, es decir, factores de tipo económico, ecológico o demográfico, haciendo especial atención al momento histórico concreto en el que centramos nuestro estudio, y al contexto político y social. Siguiendo la frase de Lévi-Strauss antes mencionada, esta corriente la continuará diciendo *Bueno para comer; pensar y vender*, entendiendo que los alimentos que se op-

10 Entre ellos Harris y Ross. Esta corriente se enmarca también dentro de los denominados enfoques contextualistas, y se relaciona con el *Developmentalism* que la seguirá (donde encontramos la figura de Mennell antes mencionada).

timizan (preferencias, prioridades) son aquellos cuya relación coste-beneficio es más ventajosa, por lo que el análisis de las tendencias alimentarias se enmarcará dentro de un sistema capitalista productivo y sus relaciones de poder en cuanto a la producción, distribución y consumo (Contreras y Gracia, 2005).

Pongamos el énfasis bien en la superestructura (razón lógica, ideología, simbolismo, razón émic), bien en la infraestructura (aspectos materiales, importancia de la visión étic), ambas nos son útiles para el análisis de las repercusiones de las dietas alimentarias por prescripción médica, puesto que la educación nutricional que recibimos de los profesionales para mantener o mejorar nuestra salud, o para prevenir enfermedades, proviene de una mirada que contempla ambas estructuras y que incide en el individuo en todos esos aspectos. Así, por un lado, las decisiones políticomédicas sobre la dieta equilibrada forman parte de una ideología dominante que, bajo racionalidad biológica¹¹, pretende incidir en las razones y lógicas personales para cambiarlas, para homogeneizarlas, para mantener un cierto orden y control social. Aunque también el carácter moral que subyace a las prácticas normativistas por parte de los expertos muestra cómo su lógica no es únicamente biologicista o científico-racional, aunque quizás muchos de ellos no se hayan parado a pensar que su discurso y sus praxis están orientadas por esas razones morales. Por otro lado, si dirigimos la mirada a la infraestructura, cabe tener en cuenta que las decisiones políticomédicas tienen muy presente los factores económicos, la relación coste-beneficio y la sociedad consumista a la que dirigen sus mensajes. No hay que olvidar que detrás de decisiones políticas de esta índole se «esconden» importantes intereses económicos con la industria farmacéutica, con las corporaciones alimentarias, con los profesionales de la estética, etc., que nos «sugieren» estilos de vida disfrazados de salud o enfermedad.

En este tipo de «discurso experto» sobre el comportamiento alimentario, centrado en la salud o en la enfermedad, no se habla de

¹¹ A finales del siglo xx las recomendaciones alimentarias se inscriben en un contexto dominado por la reflexión sobre el carácter del cambio social, y en el que tanto las administraciones públicas como los ciudadanos confían en las verdades transmitidas por la ciencia como referente de actuación correcta (Gómez, 2007, citado en Díaz, 2007).

gustos, sabores, aversiones, disfrute de la comida. Las elecciones alimentarias —ideales, equilibradas, nutritivas— provienen de una normativa médica. Este *modelo médico* se inscribe dentro de un *modelo cultural (estético)* de cuidar el cuerpo mediante la dieta y el ejercicio físico: la apariencia de estar «jóvenes, sanos y bellos», es decir, un ideal estético, es asimilado por medio de mecanismos de control social tanto cultural como médicamente. La combinación entre el modelo médico y el modelo cultural (estético) daría como resultado lo que denominaré un *modelo médico-cultural*, es decir, el intento de apropiación y modificación del modelo cultural por parte del modelo médico hegemónico por razones de salud, y mediante una educación nutricional basada en factores principalmente biológicos, aunque no exentos de carga moral. La atribución de ciertos valores morales pertenece a este momento histórico concreto y a nuestro contexto sociocultural determinado¹². Así, «el valor moral atribuido a la delgadez y al régimen se justifica generalmente en nombre de la salud» (Contreras, 2002: 282). La apariencia estética se asocia a rasgos de personalidad, lo que conlleva evaluaciones positivas (éxito, salud, poder) y negativas (fracaso, insano, desprestigio), correlacionándose patrones de conducta típicos con atributos morales. Estar delgado o seguir un régimen implica esfuerzo, sacrificio, voluntad, disciplina, etc., es decir, toda una serie de atributos que se valoran positivamente tanto por los profesionales médicos como por el conjunto social afín a una normativa medicocultural (Gracia y Comelles, 2007). Cumplir o no con el régimen se califica con atributos morales de autocontrol o autoindulgencia, respectivamente. Pero estética y salud no deberían confundirse, puesto que no es lo mismo someterse a un régimen voluntaria que involuntariamente (por imperativos médicos), es decir, no es lo mismo *ponerse a dieta* (por decisión individual) que *estar a dieta* o *que te pongan a dieta* (por decisión médica) por padecer una enfermedad. Aunque sea como fuere, voluntario o involuntario, toda práctica alimentaria no está exenta de sus repercusiones éticomorales para el individuo. Paradójicamente, algunos individuos no relacionan

12 Por ejemplo, el ideal de la delgadez femenina no era para nada el ideal en nuestra sociedad en épocas anteriores, ni sigue siéndolo para las generaciones mayores de nuestro momento actual, ni tampoco para otras sociedades o culturas distintas a la nuestra donde el ideal que se prefiere es el contrario (gordura).

sus hábitos alimentarios exclusivamente con la salud y la enfermedad, sino que la preocupación puede residir únicamente en el ámbito del modelo cultural, es decir, el tener un cuerpo socialmente aceptable o no (Gracia, 2007). En personas con enfermedades crónicas podemos encontrar ambos aspectos: aquellos cuya preocupación se centra principalmente en el ámbito médico (debido a la patología que padecen), y aquellos que combinan la preocupación en el ámbito médico con el modelo cultural, es decir, que quieren mostrar una imagen social «aceptable» (según un ideal social) a pesar de su enfermedad.

La enfermedad no debería estar reñida con la belleza, ni la belleza con la enfermedad. Una puede estar enferma y tratar de estar guapa a la vez. Y ello no quiere decir que no esté enferma. Se puede ser/estar guapa y estar enferma a la vez. (*Mujer, 37 años*).

*Prácticas alimentarias: dimensiones
y repercusiones individuales y sociales*

Nos preguntamos ahora: ¿Qué ocurre cuando la elección alimentaria debe someterse a una racionalidad médica? ¿Qué ocurre cuando por padecer una enfermedad a uno le prescriben una dieta y le restringen alimentos? ¿Cómo podemos satisfacer nuestros deseos de apetito cuando nos prohíben aquello que nos apetecería comer? ¿Cómo afecta un régimen dietético impuesto a nuestra salud física y mental? ¿Cómo afecta a nuestras relaciones sociales?

RESPONSABILIDAD INDIVIDUAL Y CULPABILIZACIÓN

La relación del individuo con la comida está íntimamente engranada con factores psicológicos o psíquicos, es decir, que afectan al plano de lo mental y también de lo emocional. Someterse a dieta manteniendo el autocontrol deseado, haciendo uso de la fuerza de voluntad y la disciplina, cuando el placer por comer puede entrar en conflicto con uno mismo y con sus deseos o apetito, no es tarea fácil, y mucho menos cuando no proviene de una decisión personal por perseguir un ideal estético de moda, sino que viene impuesto normativamente por cuestiones de salud, como en el caso de las enfermedades crónicas. Ahí es donde la autoindulgencia estaría menos permitida o más «castigada» por parte de los profesionales sanitarios o por el propio

individuo, lo que acarrea sentimientos de culpa o un cargo de conciencia, hecho que irremediablemente afecta al individuo emocional y mentalmente.

Quando salgo por ahí siempre tengo que vigilar lo que como y a veces no tengo donde escoger y me tengo que saltar el régimen, y luego me siento mal conmigo misma. (*Mujer, 38 años*).

La responsabilidad individual sobre nuestra praxis alimentaria y sobre nuestro estado de salud o de enfermedad puede conllevar una valoración moral de culpa, es decir, el hecho de culpabilizar al individuo (o auto-culpabilizarse) sobre sus hábitos alimentarios saludables o no, sobre su salud o sobre su imagen física; en definitiva, sobre su adecuación o no a un *ideal médico-cultural* de corte bionutricional. Paradójicamente, el individuo sí tiene su propia responsabilidad en cuanto a su salud se refiere, y por extensión a su estilo y hábitos de vida «saludables» (con alimentación y ejercicio físico incluido). La cuestión está en juzgarlo o no, y en quién lo haga.

CONOCIMIENTO NORMATIVO Y PRÁCTICAS

Si bien los individuos son conocedores de lo que teóricamente se considera hábitos alimentarios saludables gracias al proceso de normalización dietética recibido (como si se nos formara como nutricionistas), dicho conocimiento normativo asimilado diverge de las prácticas alimentarias que se están dando, por lo que pone en duda la eficacia del actual modelo de intervención nutricional (Gracia, 2007). Y dicho conocimiento no es exclusivo de adultos «entrenados» en nutrición por sus médicos u otros profesionales, sino que también «la nutridietización queda reflejada en el hecho de que el 90% de los niños, con excepción de algunos más pequeños (4-5 años) conocen todas las recomendaciones y normas que deben de seguir, incluso hablan de dieta saludable y equilibrada en estos términos» (Navas, 2008: 25). Por otra parte, ciertas patologías crónicas implican un cambio en el comportamiento alimentario de los individuos más allá de los que comúnmente se consideraría hábitos alimentarios saludables. Por ello, algunas personas con enfermedades crónicas saben que deben cuidar su cuerpo «más que otros», y saben lo que supone seguir una dieta por

imperativos de salud, más allá de «meras» recomendaciones. Aunque dicho conocimiento no les exime de su incumplimiento.

¡Con lo que me gustaban a mi los dulces! [...] Yo ya sé que me tengo que olvidar de los dulces [...] pero [...] a veces como alguno y luego me pincho [insulina] y ya está. Que también tengo derecho a darme algún capricho, ¿no? [...] Pero no se lo digo al médico [...] si se entera me echará una bronca! (*Mujer; 45 años*).

Esta divergencia en cuanto a conocimiento normativo asimilado y prácticas realizadas puede ser entendida, por ejemplo, por factores estructurales —calidad nutricional de algunos productos alimentarios, promoción de un consumo indiscriminado en una sociedad consumista de la abundancia, incompatibilidad de los ideales alimentarios con el ritmo de vida «moderno», particularidades biopsicosociales de los individuos y de sus estilos de vida, etc.—, pero sobre todo porque no se puede ignorar que la comida, los hábitos y conductas alimentarias no son algo exclusivo del campo médico y nutricional. «La comida no es sólo una necesidad biológica, sino que sus funciones sociales y psicológicas son muy significativas» (Contreras, 2002: 281).

EL AUTOCONTROL COMO 'NORMA CRÓNICA' O EL FACTOR DEL 'NUNCA MÁS'

«No cabe esperar mucha racionalidad dietética de las elecciones alimentarias de los consumidores [...] puesto que la gente come para satisfacerse a sí misma [...] y no a los nutricionistas» (Contreras, 2002: 285). El problema con las personas con enfermedades crónicas es que no pueden siempre, ni para siempre, satisfacerse a sí mismas. Por ello, el autocontrol —esfuerzo, voluntad, sacrificio y disciplina— adquiere un papel primordial cuando la persona padece alguna enfermedad crónica cuya dieta alimentaria prescrita se hace necesaria o imprescindible para su salud. Por ello, en algunas enfermedades crónicas la autoindulgencia no está permitida (en otras solo un poco), y además, esto puede ser una norma permanente, a modo de *norma crónica*. Ello implica que algunos individuos «nunca más» volverán a poder comer lo que comían, o al menos no del mismo modo (azúcar para los diabéticos, sal para los hipertensos, etc.).

Ya yo nunca más podré comer con sal [...] (silencio) [...] ¡Ajo!... ¡Ajo!
Ahora le ponemos ajo a todo para darle sabor, porque si no es todo muy
soso (*Hombre, 45 años*).

Yo no puedo comer gluten [...] ni nada que lleve gluten [...] ni pan,
ni cruasanes, ni galletas, ni pasta [...] nada de lo que lleve gluten [...] nun-
ca más (*Mujer, 45 años*).

El factor del «nunca más» resulta recurrente en las narrativas de las personas con enfermedades crónicas, quizás porque el conflicto por el deseo de comer algún alimento «prohibido» lo es, paradójicamente, «para siempre».

EL PELIGRO DE 'JUGARSE LA SALUD'

Cada cual sabe lo que debería comer, pero a pesar de todo quizás no lo haga. Entre la normativa y la práctica hay, como hemos visto, una brecha que responde también a un conflicto de saberes: el del profesional y el del lego. La creación de la figura del *experto alimentario* como profesional de formación científico-experimental (médico, nutricionista, enfermera, etc.) y su estatus hegemónico y legitimado, a la par que docente y con carácter moralizador (Navas, 2005), entra en conflicto con las prácticas alimentarias pertenecientes a un entramado sociocultural en el que la transmisión cultural, la socialización alimentaria o el objetivo de alcanzar un ideal estético conducen o definen los patrones de comportamiento alimentario de los individuos. De todos modos, como señala Contreras (2002: 286): «Hacen falta estudios que determinen los efectos [...] de la presión del entorno, de las conductas adoptadas para hacer frente a las situaciones vitales, del apoyo social y de las condiciones ambientales, sobre los estilos de vida y sobre las posibilidades y las imposibilidades de cambiar la conducta. [...] Por qué motivo o motivos la gente, a pesar de que conoce las consecuencias, se comporta de forma peligrosa para la salud [...] para cambiar de dieta es necesario, en muchos casos, cambiar de vida, lo cual no siempre resulta fácil, incluso aunque amenace la enfermedad». Lidar con ello forma parte de la modificación de la conducta o la adaptación a las limitaciones que la enfermedad imponga, pero también a la norma médica impuesta. Transgredir la norma puede suponer «jugarse la salud».

Todo el mundo pone sal en la comida. Y yo tenía la sensación cada vez que transgredía la norma que me la estaba jugando [la salud]. Pero o era eso, transgredir, o era no quedar para salir a comer ni a tomar nada con nadie (*Mujer; 37 años*).

La dieta restrictiva para el control del colesterol¹³, por ejemplo, es una práctica muy extendida en nuestro contexto y más habitual de lo que uno podría pensar. Basta con que uno hable de ello para encontrar ejemplos en muchos conocidos de su entorno social. Además, se percibe la notable preocupación que el tema del colesterol tiene en las creencias y prácticas de los individuos, lo que constata una fuerte influencia de la medicalización de nuestra alimentación apoyada (y reforzada) por la industria y las grandes corporaciones alimentarias, que a través de los medios de comunicación (noticias, *spots* publicitarios, etc.) nos recuerdan a diario la importancia de regular o reducir el colesterol por el riesgo que entraña para nuestra salud, bajo «amenaza» de sufrir una enfermedad cardiovascular. Si bien la hipercolesterolemia puede darse o no de forma crónica en algunas personas, médicamente se la considera un padecimiento de riesgo puesto que puede desarrollar patologías crónicas más severas (ateroesclerosis, cardiopatías). Además, dicho padecimiento puede darse simultáneamente (comorbilidad) junto a otra enfermedad crónica, de las cuales la hipertensión es la más problemática ya que puede aumentar el riesgo de sufrir un ataque cardíaco o accidente cerebrovascular. Es decir, que la vida de uno puede estar en juego.

LA (IN)EFICACIA DE ALGUNAS DIETAS

Algunas dietas resultan poco eficaces para algunos individuos a pesar de su cumplimiento, lo que puede poner en duda el paradigma nutricional biomédico y sus prácticas. El ejemplo de la dieta del colesterol es uno de ellos; nos encontramos a personas que, a pesar de realizar el régimen durante largos periodos de tiempo (más allá de los tres o

13 Del que se conoce como *colesterol «malo»*, puesto que en las analíticas generalmente se observan diferentes parámetros: el Colesterol Total, o su división en H.D.L. Colesterol (*colesterol «bueno»*), y el L.D.L. Colesterol (*colesterol «malo»*). Ver artículo medline sobre Colesterol y Dieta: <<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002472.htm>> (Consultado 10/05/09).

seis meses pautados por protocolo médico), no mejoran sus parámetros de colesterol, sin que haya explicación alguna ni se analicen otras posibles causas. La eficacia de ciertas dietas puede ser puesta en duda, puesto que desde un paradigma biomédico se parte de la «presunción que la dieta afecta de la misma manera a todos los individuos» (Contreras, 2002: 285), algo difícilmente sostenible incluso desde una mirada biologicista (aunque se cometa el error de creer en ello) si se tuvieran en cuenta los condicionantes genéticos, las diferencias metabólicas, etc., entre unos individuos y otros. Este hecho, sin embargo, puede llevar a disminuir la confianza que los individuos han depositado en las *verdades transmitidas por la ciencia*, es decir, en la normativa nutricional por prescripción médica, lo que puede acarrear repercusiones en las relaciones de poder profesional/paciente y en la salud de estos últimos en relación con sus prácticas alimentarias (tanto por la consecución como por la omisión de las directrices médicas). Además, el fracaso a pesar del esfuerzo y la voluntad a la hora de cumplir las exigencias impuestas conlleva también repercusiones emocionales y psicológicas para el individuo que deben ser tenidas en cuenta.

Total, tanto sacrificio, tanto sacrificio [...] si no sirve para nada [...] ¡pues para eso no hago régimen! (*Hombre, 50 años*).

COMORBILIDADES, CONTRADICCIONES Y CONTRAINDICACIONES

También algunos regímenes pueden entrar en contradicciones severas entre unos y otros especialistas en casos de comorbilidades en enfermedades crónicas: cada uno impone su régimen según sus criterios aun cuando las normas se contradigan con las necesidades. Esto genera serias dudas sobre su procedimiento dogmático. Por ejemplo, dieta para el colesterol (sin grasas, ni carnes rojas, ni vísceras) con comorbilidad de anemia (con su consiguiente necesidad de carnes rojas y vísceras). La responsabilidad recae en el paciente, sin que éste tenga la formación ni instrumentos adecuados para poder resolver o saber cómo resolver el problema. Además, algunas de esas contradicciones o incompatibilidades entre dietas pueden acarrear iatrogenias¹⁴ no deseadas que empeoren el estado de salud del paciente.

¹⁴ Se toma el concepto de iatrogenia empleado por Illich (1975), para sus tres acepciones: clínica, social y estructural.

Lo que me recomiendan por un lado me lo prohíben por el otro. Y cada día estoy más delgada y más débil. Y lo que es bueno para una cosa es malo para la otra, y ellos [los médicos] no se aclaran. Y uno me dice una cosa y otro otra. Y yo ya no sé qué comer (*Mujer; 35 años*).

Otra repercusión en casos de comorbilidades en enfermedades crónicas es que la imposición de dietas estrictas sitúa al paciente ante una extensa lista de «prohibiciones» que, sumadas, pueden anular no sólo la capacidad decisoria del individuo sobre lo que puede comer, sino que pueden provocar aversión por la comida o pérdida del placer de comer; lo que, además, puede acarrear trastornos del comportamiento alimentario no deseados.

A este paso sí que van a provocarme un trastorno alimentario. Yo ya no sé qué comer y parece todo prohibido. Y no disfruto de la comida ni me apetece ya nada (*Mujer; 35 años*).

COMENSALIDAD LIMITADA

Estar a régimen puede conllevar la no adecuación con el ideal social, es decir, no poder compartir la mesa con las personas de su entorno social como uno venía haciendo habitualmente por problemas de restricciones dietéticas.

Si me invitaban a casa de alguien me podía encontrar en que NADA de lo que había en la mesa me estaba permitido: carnes, embutidos, pizzas [...] es decir, los productos que yo tenía prohibidos y que la gente normalmente utiliza en reuniones de amigos (además de la sal) (*Mujer; 38 años*).

«Este modelo medicalizado (de la alimentación) basa sus preceptos en dotar de competencias dietéticas y responsabilizar a los individuos de su estado de salud, sin comprender, o cuanto menos afrontar, que la vida cotidiana de la ciudadanía es heterogénea *per se* y está articulada por actividades diversificadas y acontecimientos incompatibles con la rutina requerida por los apremios dietéticos» (Gracia, 2007: 241). Algunas personas no se sienten cómodas con el hecho de tener que «pedir» a sus amigos que les cocinen platos especiales para ellos (sin sal, sin tales ingredientes, etc.) en sus encuentros sociales.

Otras se sienten culpables cuando transgreden las normas y comen lo que «no deberían» por querer estar presentes y en condiciones de igualdad en los encuentros de *comensalidad*. Otras pueden sentirse mal por acudir a encuentros sociales donde hay comida y no poder probar casi nada (o nada) de lo que se ofrece. Y en otros casos, puede darse un sentimiento de frustración cuando son vistos como «tiquismiquis» o «maniáticos» de la comida por verbalizar o hacer visibles sus limitaciones alimentarias cuando la patología que padecen no se entiende, se desconoce o no merece el reconocimiento social que otras patologías sí tienen. Por todo ello, y siendo la comida y los encuentros relacionados con ésta un aspecto (vital) de la vida de los individuos, con sus importantes funciones sociales (y culturales), las repercusiones de hacer régimen también afectan de modo significativo el ámbito social del individuo, traspasando el conflicto individual al ámbito de lo social.

Consideraciones finales

Las dietas normativas restrictivas o estrictas, prescritas o impuestas (según como se mire), tienen implicaciones para el individuo que van más allá de un mero control de la comida. El estudio de las repercusiones de los regímenes alimentarios debe tener en cuenta aspectos que no son estrictamente nutricionales o médicos, sino que afectan a la vida del individuo de forma global y no parcial. Para ello se precisa de un enfoque interdisciplinar y un abordaje cualitativo que, más allá de lo biológico, tenga en cuenta los aspectos individuales (físico, mental-emocional, ético-moral), los aspectos culturales y sociales y los aspectos contextuales (económico, ideológico, político) en los que se realizan dichas prácticas (alimentarias), y donde éstas se aprenden como creencias a partir de una ideología hegemónica.

Homogeneizar la heterogeneidad de la población es una pretensión que va más allá de una educación nutricional o de una dieta alimentaria impuesta, cuyas connotaciones nos remiten al control social y a la imposición de una ideología dominante hegemónica como «la única verdad» o «la única solución» a un problema que es tan variado por su complejidad biológica (diferencia biológica entre individuos) como por su diversidad cultural y social, el estilo de vida, los condicionantes de las actividades de la vida diaria, las limitaciones de la enfer-

medad que se padece, etc. Modificar la conducta humana (empezando por la modificación de los hábitos alimentarios) es una quimera difícil que merece un abordaje más holístico e interdisciplinar; de ahí la necesidad de un seguimiento o replanteamiento de la problemática que presentan las enfermedades crónicas en general y las restricciones dietéticas en particular.

La modificación de la conducta (hábitos) para el cumplimiento de una dieta puede ser difícil de poner en práctica según las circunstancias personales de los individuos, de los que requiere un esfuerzo notable. Pero también las modificaciones y adaptaciones que se derivan de padecer una enfermedad crónica suponen un esfuerzo importante, que va acompañado de sacrificios derivados de las limitaciones que la patología imponga y que suponen un verdadero cambio de vida para muchos de éstos en contra de su voluntad.

En este sentido, considero importante tratar de buscar un equilibrio en lo que el estado de bienestar nos proporciona recuperando la noción de agencia, en cuanto a individuo enfermo formado e informado, poniendo a su alcance instrumentos y recursos que puedan contribuir a una gestión más autónoma por su parte de su proceso de salud/enfermedad/atención, permitiéndole así ser crítico con el sistema que en algunas ocasiones lo culpabiliza —y en otras lo infantiliza—, a la vez que le permita apropiarse de la gestión de su salud y ser su responsable. Reivindicar la autoatención como complemento a la atención que recibimos por parte de los profesionales no supone ni la total aceptación de las directrices hegemónicas ni la negación de estas. El dilema entre la autoatención (individuos y red social) y la gestión (políticas públicas por parte del Estado) para llegar al equilibrio debe superarse escuchando la voz de los afectados y adoptando un enfoque interdisciplinar que repercuta, tanto como sea posible, en beneficio de todos los ciudadanos. Aun sabiendo que esta propuesta puede no ser factible, por la diversidad de situaciones personales que configuran la heterogeneidad de nuestra sociedad, el intento no merece el objetivo a alcanzar. Los ingredientes los tenemos, falta ver cómo los combinamos y cómo los cocinamos para que el resultado nos dé un buen sabor.

Bibliografía citada

- CONTRERAS, Jesús (2002) «La obesidad: una perspectiva sociocultural», *Formación Continuada en Nutrición y Obesidad* 2002; 5(6): 275-86
- CONTRERAS, Jesús y GRACIA, Mabel (2005) *Alimentación y cultura. Perspectivas antropológicas*. Barcelona: Ariel.
- DOUGLAS, Mary (1995) «Las estructuras de lo culinario». En CONTRERAS, Jesús (Comp.) *Alimentación y cultura. Necesidades, gustos y costumbres*. México: Alfaomega Grupo Editor. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- DIAZ, Cecilia (coord.) (2007) *IX Congreso Español de Sociología. Resumen ponencias Grupo de Trabajo 28: Sociología de la Alimentación*. Barcelona.
- ESTEBAN, Mari Luz (2006) «El Estudio de la Salud y el Género: Las Ventajas de un Enfoque Antropológico y Feminista». *Salud Colectiva*. Buenos Aires, 2(1):9-20.
- FOUCAULT, Michel (1981) *Vigilar y castigar*. México: Siglo XXI.
- GARCIA, Francisca y SARRIA, Antonio (2005). *Revisión de intervenciones con nuevas tecnologías en el control de las enfermedades crónicas*. Madrid: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) — instituto de Salud Carlos III (ISCIII).
- GRACIA, Mabel (2007) «Comer bien, comer mal: la medicalización del comportamiento alimentario». *Salud Pública de México*, 49(3): 236-242
- GRACIA, Mabel (2008) Citado de apuntes del *Seminario Alimentación, Nutrición y TCA — Alimentación, Salud y Cultura*, impartido en el Master de Antropología Médica y Salud Internacional. Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.
- GRACIA, Mabel (2009) «La emergencia de las sociedades obesogénicas o la obesidad como problema social». *Revista de Nutrição*, 22 (1): 5-18.
- GRACIA, Mabel y COMELLES Josep M (Eds.) (2007) *No comerás. Narrativas sobre comida, cuerpo y género en el nuevo milenio*. Barcelona: Icaria editorial.
- ELIAS, Norbert. (1987) *El proceso de la civilización. Investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas*. México: FCE.
- ILLICH, Ivan (1975) *Némesis Médica. La expropiación de la salud*. Barcelona: Barral Editores.

- MENNELL, Stephen J.; MURCOTT, Anne y VAN OTTERLOO, Anneke H. (1992) *The sociology of food. Eating, diet and culture*. Londres: SAGE Publications.
- NAVAS, Julia (2005) *La construcción social del experto alimentario: una aproximación antropológica al estudio de las crisis alimentarias*. [Tesis doctoral] Universidad Católica de San Antonio de Murcia.
- NAVAS, Julia (2008) «La educación nutricional en el contexto familiar y sociocultural». *Revista española de nutrición comunitaria*, 14 (1): 22-28
- OMS (2006) *Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud. Marco para el seguimiento y evaluación de la aplicación*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- ROSS, Eric B. «Models de dieta i forces de producció», Ross, E.B (ed.) *Més enllà dels mites de la cultura* (traducció mecanoscrita).
- SAHLINS, Marshall (1988) Cap 4: «Preferencia y tabú alimentarios respecto de los animales domésticos en los Estados Unidos». En *Cultura y razón práctica*. Barcelona: Gedisa.
- WHO (1990) *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2002) *Diet, physical activity and health*. Geneva, World Health Organization, (documents A55/16 and A55/16 Corr.1).
- WHO (2002) *Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva, World Health Organization, (Technical Report; No 916).
- WHO (2003) *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases*. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. Geneva, World health Organization. (WHO Technical Report Series, No. 916).
- WHO (2004) *World Health Report 2004. Changing history*. Geneva, World Health Organization.