

Alimentación y cultura.  
Perspectivas antropológicas.  
Jesús Contreras Hernández y  
Mabel Gracia Arnáiz.  
Editoria Ariel. Barcelona.  
2005

CAPÍTULO 7

CUERPO, DIETA Y CULTURA

Para introducirnos en este capítulo conviene recordar algunas consideraciones básicas que han sido tratadas ya en los capítulos anteriores. Hemos convenido que comer es una necesidad primaria y que para sobrevivir el ser humano tiene que nutrirse. Sin embargo, también hemos mostrado (capítulos 1 y 2) que los alimentos no sólo se componen de nutrientes, sino también de significaciones. No cumplen únicamente una función fisiológica, sino social y no se *digieren* de forma exclusiva mediante procesos orgánicos internos, sino a través de representaciones que le vienen de fuera y que han sido generadas por el entorno cultural. Del mismo modo, el ser humano no come todo lo que está a su alcance, ni su estómago es capaz de asimilar todo aquello que está disponible. Es, a la vez que omnívoro, selectivo: está obligado a comer alimentos de origen diferente pero, entre el abanico de posibilidades que se le presentan, acostumbra a elegir y a jerarquizar. A partir de las disponibilidades, clasifica lo que es comestible y no comestible, lo que es preferible o no preferible, lo que es recomendable o no recomendable y, por supuesto, lo que es asequible o no asequible. Es así cómo, a través de la comida, los seres humanos dan cuenta de su especificidad biológica y cultural. *Dime lo que comes y te diré quien eres* o *Eres lo que comes* son algunos de los proverbios que mejor sintetizan las dimensiones expresivas de la alimentación.

7.1. **Del comer y no-comer o de los «problemas» asociados al comportamiento alimentario**

«Definir qué es comer mucho o poco implica en sí mismo un dilema, coloreado por la subjetividad y delimitado por la cultura» (Gilbert, 1986: IX).

Comer es, en consecuencia, un medio para comunicarse con otras personas. Por eso comemos ciertas comidas en ocasiones particulares: fiestas, acontecimientos personales, celebraciones locales. En otras ocasiones podemos abstenernos de algunos alimentos o no comer las cantidades habituales. Podemos comunicar nuestro interés respecto a nues-

tros colegas, convidados o amigos compartiendo con ellos una comida. Del mismo modo, cuando las relaciones sociales son malas, comer puede ser doloroso e incluso desagradable. En las sociedades industrializadas, una comida casera tiene connotaciones diferentes que una comida tomada en un restaurante. De hecho, en todas las culturas, comer sólo tiene un significado muy diferente a comer con otra persona. Tal como hemos señalado (cf.: 2.4), las comidas especiales con frecuencia incluyen un valor ritual considerable: por ejemplo, el banquete de boda, la comida de Navidad o el pastel del cumpleaños. Todas estas comidas tienen menos que ver con la necesidad de «llenar de combustible» el cuerpo que con las prácticas, tradiciones y representaciones simbólicas que articulan las relaciones sociales (Gilbert, 1986).

En un sentido similar, comer demasiado, comer poco o no comer nada, a menudo constituyen mensajes destinados a otras personas e instituciones, de forma tal que estas conductas, así como el peso corporal y las formas corporales que se derivan, pueden expresar tanto una información acerca de los hábitos alimentarios como acerca de la personalidad, las intenciones o incluso el estatus social de las personas. En general, las jerarquías basadas en la clase, casta, etnia, religión y género se mantienen, al menos en parte, a través del control diferencial en el acceso, distribución y uso de los alimentos (Counihan, 1999). Por ejemplo, en la India, una casta se puede distinguir por hábitos y prohibiciones alimentarias que no tiene otra casta inferior. Patrones de consumo distintos constituyen una vía a partir de la cual los ricos se diferencian de los más pobres, y su imitación, por otro lado, se convierte en un camino para la movilidad social entre las clases en vía de ascensión (Bourdieu, 1988; Elías, 1989).

En consecuencia, si el comer puede, y suele, revestir forzosamente múltiples significados sociales y psicológicos más allá de lo nutricional, lo mismo sucede con el *no comer* (Toro, 1996). En la práctica, no se hallan sociedades ni culturas en las que no existan prohibiciones colectivas más o menos punitivas relativas a la ingestión de alimentos. Se trata de tabúes muy sólidamente establecidos (Douglas, 1974; Harris, 1989). En gran parte, están justificados por su carácter religioso, aunque se puede argumentar el origen histórico de muchos de ellos con justificaciones de carácter económico, ecológico o nutricional. Sabemos que los hindúes tienen prohibido comer carne de vaca y cuajada, los judíos carne de cerdo y los musulmanes, además de esta última, alcohol. En el occidente cristiano, el ayuno se estableció como conducta de restricción alimentaria en el siglo IV, identificándose con la pureza del corazón ante Dios y la penitencia (Bell, 1985). Los orígenes de la *anorexia santa* (*holy anorexia*) se han situado a lo largo de la Edad Media y parte del Renacimiento cuando un número creciente de mujeres religiosas se entregaron a prácticas ascéticas de todo orden, incluido el ayuno. Por su parte, la *anorexia mental* se definió a finales del siglo XIX, asociándose a las prácticas restrictivas seguidas por un número no desestimable de jóvenes burguesas que se negaban a comer para alcanzar la perfección espiritual y el ideal de feminidad de la época y por

aquellas otras muchachas de condición humilde que recurrían al ayuno «milagroso» para obtener dinero.

En el inicio del siglo XXI, sin embargo, en las sociedades más industrializadas, el ayuno es mucho más estético, e incluso reivindicativo, que religioso o espiritual. En efecto, estas sociedades han ido experimentando una progresiva secularización y desacralización de la sociedad en relación a la sustitución de la jerarquía eclesiástica y de las ideas religiosas hegemónicas. Los valores predominantes dependen menos de los dictámenes eclesiásticos que de los que emanan de otras instancias, como la moda, el cine o los medios de comunicación. En esta sociedad, incluso los ayunos que se plantean en nombre de reivindicaciones sociales o políticas mediante *huelgas de hambre* siguen siendo, no obstante, medidas excepcionales. Ahora, la restricción alimentaria más generalizada se practica principalmente, aunque no sólo, en función de una determinada concepción de la belleza y de la salud. En efecto, los valores estéticos y los cuidados corporales, y éstos como medios de aceptación social y de uno mismo, constituyen los motores ideológicos de muchas de estas prácticas alimentarias. Las ideas que hoy sustentan las diferentes formas de ayuno son, en consecuencia, relativamente nuevas.

No obstante, estos valores no están exentos de diversas paradojas. En esta sociedad laica o al menos desprovista de las numerosas obligaciones religiosas de antaño, y en esta sociedad relativamente *opulenta y sobrealimentada*, donde el hambre amenaza sólo a una minoría de personas,<sup>1</sup> la abstinencia alimentaria alcanza un carácter casi generalizado e, incluso en algunos casos, hasta extremos nunca vistos hasta ahora. Parece lógico preguntarse si, en este contexto, los diferentes grados de ayuno son una respuesta lógica a las consecuencias de la reciente profusión alimentaria.

A pesar de la relativa accesibilidad a los alimentos y de la oportunidad de elegir entre múltiples ofertas, algunos problemas de salud parecen derivarse del sobreconsumo de alimentos en las sociedades industrializadas. El no alcanzar el óptimo nutricional sigue siendo objeto de preocupación para los especialistas de la salud, en tanto que la malnutrición no ha abandonado a los denominados países «ricos». Comer poca fibra y pocos hidratos de carbono complejos y, contrariamente consumir demasiadas proteínas de origen animal con un aporte elevado de lípidos saturados e ingerir azúcares simples, así como excesivas calorías, repercute negativamente en la salud. La malnutrición característica de los países industrializados, ya sea por el consumo excesivo o carencial de ciertos alimentos, se relaciona actualmente con el incremento de enfermedades coronarias, cerebrovasculares y óseas, anemia, neoplasias, diabetes, cirrosis hepática o caries e incluso con el de otras que, presentándose en forma de trastornos psico-

1. El último informe de la FAO (2003), «El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo» apunta, no obstante, un incremento notable del número de personas que también padecen hambre en las sociedades industrializadas y en transición, que ya supera los 40 millones.

lógicos y comportando la desestructuración del comportamiento en las comidas, ocasionan problemas graves de salud física y mental. Es el caso de la obesidad, la anorexia y la bulimia nerviosas.

Todas estas enfermedades constituyen las denominadas patologías de la *sociedad de la abundancia o del bienestar* que no dejan de ser, entre sí, ciertamente paradójicas. ¿Cómo, sino, se entiende el incremento de enfermedades tan extremas pero tan cercanas como la obesidad o la anorexia nerviosa? Si bien el comer y, en concreto, el comer en exceso es bueno para el negocio de la industria alimentaria, no parece serlo tanto para la salud física o mental de las personas. Todo tiene cabida, sin embargo, en una sociedad en la que conviven miles de productos alimentarios junto a miles de mensajes para evitarlos, en una sociedad que promociona el hartazgo perpetuo junto a la delgadez más rigurosa. El sistema proporciona el «mal» (la abundancia y la promoción del consumo compulsivo) y, paralelamente, «su remedio» (la restricción o el consumo de sustancias y actividades adelgazantes). Tal es la presión ejercida por los discursos dietéticos y por el marketing del cuerpo, tal es su papel en la construcción de la imagen social, que en las últimas décadas un número de personas cada vez más numeroso, especialmente las mujeres pero cada vez más hombres, viene manifestando descontento con sus formas corporales y ha instaurado la abstinencia o la evitación de ciertos alimentos como mecanismos de autocontrol.

Hay que apuntar, pues, que la industrialización y la relativa accesibilidad alimentaria no han supuesto para la salud todo lo que cabía esperar. Parece que no es suficiente tener un mínimo de comida garantizada, sino cuidar de aquello que comemos, de saber qué comemos, cómo, cuánto, cuándo y para qué comemos. Los especialistas sanitarios de estos países dicen que se trata de adecuar, a partir de los requerimientos nutricionales, la relación entre la cantidad de calorías ingeridas y el tipo de nutrientes que nos las han de proporcionar. En efecto, uno de los mensajes culturalmente predominante en nuestra sociedad, difundido en primer lugar por los facultativos, se basa en la *moderación, la variedad y el equilibrio dietético* como medio para mantener o, incluso, mejorar el estado de salud en nuestra sociedad llena de actividades sedentarias. Durante los últimos años, un número considerable de personas ha tenido que negarse o abstenerse, decir que «no», a la gran oferta alimentaria con la finalidad de evitar, o de no incrementar, sus problemas de salud,<sup>2</sup> de forma que los principales «culpables» de las enfermedades antes citadas, las grasas de origen animal —el colesterol— y los azúcares —la sacarosa— se han convertido en una especie de «enemigos», en sustancias estigmatizadas socialmente.

Simultáneamente, no hay que olvidar otro motivo importante de estigmatización de las grasas y los azúcares. Se afirma que abusar de ciertos

2. A modo de ejemplo, la obesidad, y los problemas de salud que de ella se derivan, se han convertido en la segunda causa de mortalidad entre la población estadounidense. Este país cuenta con diez millones de obesos, es decir, de personas que sobrepasan los cuarenta y cinco kilos del peso estimado como óptimo. De seguir así, se calcula que a mediados del siglo XXI el 50 % de esta población será obesa.

alimentos repercute en la salud, pero también en el aspecto físico, en las formas del cuerpo. Comer excesivamente o de manera desordenada puede tener otra consecuencia: el sobrepeso y la obesidad. Y este estado físico, *estar gordo*, se contradice con el segundo mensaje predominante en nuestra cultura: *el de la delgadez como belleza e ideal estético*. Fischler (1990) mantiene que en la cultura urbana el fenómeno de la lipofobia, el rechazo de las grasas, tiene que ver con el cambio habido en las normas del peso y el cambio paralelo en las representaciones del cuerpo. El estereotipo del obeso,<sup>3</sup> sobre todo el del «gordo glotón» que come desenfadadamente, es el que se considera rechazable, de manera que este tipo de gordo, imagen de grasa, se convierte en un ser criticable. Así, la persona «glotona» es un individuo que es percibido como egoísta y que transgrede las normas de la compartición al comer más que nadie. Este modelo conductual, y su consecuencia física, pasa a convertirse en nuestra cultura en el ejemplo de aquello que no se ha de hacer ni ser: comer en exceso y estar gordo. Es así como la delgadez se convierte también en un valor moral. Ahora bien, ¿qué sucede cuando el «cuidado» del cuerpo supone la negación de los alimentos y esta negación acaba provocando estados de delgadez extrema y problemas de salud graves e, incluso, la muerte? La respuesta nos remite a un modelo de conducta que vuelve a salirse de los límites médica y socialmente admitidos. Así, aunque con menos presiones, la delgadez extrema también se convierte en estigma. Antes por exceso, ahora por defecto. Nuestro entorno cultural, aunque bastante menos que la obesidad, limita también la delgadez. Cualquier delgadez no está aceptada y menos si entra en contradicción obvia con el primer mensaje: el de la salud, el del equilibrio físico y mental.

No todo queda aquí, sin embargo. Tenerse que negar a una buena parte de la oferta alimentaria contrasta, también, con el tercer mensaje predominante en nuestra cultura: *comer bueno y por placer*. Numerosos productos alimentarios que proporcionan satisfacción física, psicológica y social son hoy poco recomendables para la salud o/y la estética y, sin embargo, para numerosas personas —especialmente los jóvenes— el criterio básico para la selección de alimentos y la preparación de las comidas depende de sus preferencias y gustos personales, consumiendo sólo aquello que satisfaga su paladar, mime sus sentidos y los identifique como tales.

En consecuencia, *salud, estética y hedonismo* son, según estos tres mensajes, los valores que impregnan ideológicamente una parte importante de la cultura alimentaria contemporánea. Si bien la preocupación por el hecho de estar gordo o delgado, es decir, por las formas corporales y su relación con el estado de salud, no es una preocupación actual, sino que se remonta, especialmente entre las clases altas, a principios del siglo XIX, sin embargo, en la actualidad, la preocupación se redefine y se hace más compleja. Se redefine porque la delgadez deja de ser un objetivo exclusivamente médico y

3. Fischler (1990) distingue entre el gordo/goloso, aceptado socialmente por «simpatía» y el gordo/glotón, rechazado por egoísmo.

de salud para relacionarse con los modelos de moda y belleza y de aceptación y reconocimiento social, con referentes estéticos y de identidad por tanto, y cuando, para alcanzar estos modelos, las personas han de renunciar, con frecuencia, a los criterios de salud que le dieron origen. Si a esto le añadimos que, de forma paralela, cada vez adquiere más valor el tercer mensaje, es decir, que la alimentación proporcione placer y satisfacción, nos encontramos ante una ecuación de difícil resolución. Ante la necesidad diaria de comer y seleccionar los alimentos ¿se puede interiorizar y poner en práctica a la vez los tres mensajes sin afectar la salud física y/o mental? Algunas de las enfermedades asociadas al comportamiento alimentario (*eating disorders*)<sup>4</sup> que ejemplifican bien esta situación contradictoria son la obesidad, la anorexia y bulimia nerviosa:<sup>5</sup> responden a elecciones alimentarias aparentemente «inapropiadas» o «irracionales» (sea por defecto, sea por exceso) que llevan a estados fisiológicos del cuerpo considerados, especialmente por la literatura psicomédica, como anormales y desviados. Veamos ahora algunas de las relaciones existentes en las prácticas alimentarias que definen a estas patologías y el contexto social en el que se producen.

## 7.2. La obesidad: una perspectiva sociocultural

### 7.2.1. EL PROBLEMA

A juzgar por el alarde de titulares de la prensa diaria relativos al sobrepeso y por la profusión informativa al respecto sobre los riesgos sanitarios derivados del mismo podría concluirse que el sobrepeso, y más concretamente la obesidad, constituye, hoy, un grave problema sanitario. Veamos algunas muestras de los ecos aparecidos en algunos medios de comunicación:

4. El mismo término de *eating disorders*, traducido al español como *trastornos del comportamiento alimentario*, revela una primera conceptualización psicomédica de estos problemas en términos de conductas desordenadas, confusas y poco normales. A pesar de las críticas que se han hecho a este término, es el utilizado normalmente por las disciplinas que se dedican a su estudio y abordaje (Toro, 1996). En este capítulo hemos optado por presentar los trastornos del comportamiento alimentario de forma que se muestre el carácter cultural de ciertas prácticas. Para una discusión crítica acerca de su caracterización en tanto que psicopatologías modernas y de la lógica cultural que subyace a estas prácticas ver Gracia, M.: «Menjar molt, menjar poc, no menjar: raons culturals per a l'anorexia nerviosa», Isoletta, S. (coord.): *L'anorèxia com a símptoma social*, Barcelona, Ediciones Experiencia, 2003.

5. Todavía hoy no es demasiado corriente reagrupar la anorexia y la bulimia mental, problemas cuyo origen se considera principalmente psicológico, con la obesidad, clasificada ordinariamente como una enfermedad de origen metabólico. En este apartado citamos la obesidad muy puntualmente por razones de especificidad y espacio. Consideramos, no obstante, que se trata de una enfermedad también con claros orígenes y consecuencias sociales (De Garine y Pollock, 1994; Sobal, 1995; Poulain 2002a) que la hacen susceptible de ser considerada en numerosos casos como un *trastorno cultural*, a pesar de que sólo muy recientemente los estudiosos han empezado a vincularla de forma global con el resto de los problemas del comportamiento alimentario, ampliando así la causalidad genética y/o familiar de la obesidad (Apfeldorfer, 1995).

«Niños pobres, obesos... y ahora enfermos. Un 40 % de los adolescentes de familias pobres de EE. UU. presenta síntomas de diabetes por mala alimentación» (*La Vanguardia*, 8-6-2004).

«Casi un 20 % de los madrileños se enfrenta a problemas de obesidad» (*ABC*, 29-4-2004).

«Francia declara la guerra a la obesidad infantil y juvenil. Prohibidas las máquinas de venta de golosinas en los colegios» (*El País*, 31-7-2004).

«Una sociedad de peso. Más de la mitad de la población española tiene sobrepeso. Un fenómeno generalizado en los países occidentales» (*El País*, 20-6-2004).

En efecto, en España, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud (2001), el 13 % de la población estaría dentro de la obesidad y, además, otro 36 % de los españoles (44 % de los hombres y 28 % de las mujeres) presenta sobrepeso. Por otra parte, a nivel mundial, se habla de la existencia de 320 millones de personas obesas.

Estas cifras relativas a la obesidad y al sobrepeso dan lugar a que, a menudo, se hable de «epidemia» y de la necesidad de tomar medidas urgentes para tratarla y prevenirla. En términos generales, se considera que sobrepeso y obesidad son una consecuencia directa de las mutaciones habidas en los hábitos sociales en general y en los alimentarios en particular. Todo ello da lugar, como se ha indicado ya en varios apartados anteriores, a que los científicos de la nutrición de los países «occidentales» destaquen otra vez la importancia de la relación entre alimentación y salud y a que proliferen las «guías» y los estándares de «buena alimentación» y de que, recurrentemente, se advierta a la población de la necesidad de mantener una «dieta prudente» para mantener su salud.

Así pues, se constata que, con la abundancia propia de los países industrializados, los problemas de salud se han desplazado desde aquellos relacionados con la desnutrición, como el raquitismo o la anemia, hacia los relacionados con la sobrealimentación y el sobrepeso. Por una parte, los profesionales de la sanidad hablan de un empeoramiento de nuestros hábitos dietéticos. Este empeoramiento se concreta, entre otros aspectos, en un consumo excesivo de calorías y en el sobrepeso correspondiente que, en cuanto tal, es considerado como un «factor de riesgo». Por otra, el valor social atribuido a la alimentación, a la salud y a la belleza física ha aumentado constantemente a lo largo de la segunda mitad del siglo XX. En definitiva, nuestra sociedad occidental parece muy preocupada por las grasas en el cuerpo y por las calorías. La cultura de masas, productora desenfrenada de imágenes, nos da a admirar y a envidiar los cuerpos juveniles y esbeltos. Los cuerpos reales parecen perder el aliento, la mayoría de las veces en vano, por perseguir esos modelos soñados o impuestos. Las estadísticas lo muestran: en los países más industrializados, un gran porcentaje de la población se sueña delgada, se ve gorda y sufre, aparentemente, la contradicción. Por otra parte, la medicina ve en la obesidad un problema de salud pública: se trata de un factor de riesgo, que es necesario reducir para prevenir numerosas enfermedades, sobre todo de carácter cardiovascular (Fischler, 1995).

Así, por una parte, los médicos emprenden una lucha contra la grasa destinada a prevenir patologías que golpean sobre todo a los hombres y, por otra, las mujeres practican frenéticamente el régimen. La situación es, pues, contradictoria. Por una parte, la medicina, durante decenios, ha prescrito a la población que adelgace. Por otra, cada vez más, psiquiatras y nutricionistas condenan el culto excesivo de la delgadez femenina, suscitada y mantenida, según ellos, por la cultura de masas y la moda. Persiguen cada vez más poner en guardia contra los efectos nefastos de los regímenes. Algunos proponen, incluso, reglamentar las representaciones del cuerpo femenino en los medios de comunicación (Fischler, 1990: 297-298).

Nos enfrentamos, pues, a una cuestión médica o, más ampliamente, biológica, que parece tener sus raíces en un fenómeno complejo y que arranca de unas nuevas circunstancias cuyos desencadenantes tienen que ver con factores sociales, económicos y culturales. En efecto, dado que existen en la especie humana mecanismos de regulación de la alimentación de una gran sofisticación y precisión, ¿cómo explicarse, entonces, que cada vez más, el hombre coma más de lo necesario y, además, más de lo que exigiría su salud?

La explicación que surge espontáneamente, la más frecuente, es que las pautas culturales han sumergido la capacidad que tenía el hombre para equilibrar su alimentación del modo más beneficioso para su salud y su longevidad; en otras palabras: la «sabiduría del cuerpo» es engañada por la «locura de la cultura». Ahora bien, lo que el análisis parece indicar es que no es la evolución cultural en sí la que contribuye a perturbar los mecanismos reguladores, sino más bien la *crisis* de la cultura que atraviesan los países desarrollados, fundamentalmente la desestructuración de los sistemas normativos y de los controles sociales que regían, tradicionalmente, las prácticas y las representaciones alimentarias [...]. Una crisis multidimensional del sistema alimenticio se perfila con sus aspectos biológicos, ecológicos, psicológicos, sociológicos, y esta crisis se inscribe en una crisis de civilización (Fischler, 1979: 190-191).

Las cuestiones básicas previas parecen relacionadas con la percepción que nuestra sociedad actual tiene de la gordura y de la delgadez y con su relación respectiva con otros símbolos y otros valores. Asimismo, resultaría pertinente plantearse las diferencias de símbolos y valores existentes entre diferentes clases sociales, grupos étnicos y religiosos, grupos de edad y de género, así como entre diferentes individuos. Posiblemente, pueda hablarse de un conflicto de valores en relación con la gordura y la delgadez, con la comida y la actividad física de igual modo que lo hay en otros muchos aspectos de nuestra vida y como consecuencia de los rápidos cambios que constantemente afectan a nuestra sociedad. Como antropólogos, estamos convencidos de que una perspectiva comparativa (por ejemplo, conocer el simbolismo de la obesidad y de la delgadez o las diferentes funciones y valoraciones de la comida y del comer en otras culturas o en otras épocas) nos puede proporcionar alguna luz sobre las contradicciones de nues-

tra sociedad en general y sobre el problema de la obesidad en particular. Además, no debemos olvidar que:

El grado de énfasis sobre el placer sensorial puede estar culturalmente determinado, puede variar de un periodo histórico a otro en la misma cultura, y de una clase y un grupo étnico. Y dentro de cada grupo pueden haber variaciones debido a factores genéticos idiosincrásicos en la historia de vida de individuos (Powdermaker, 1997: 209).

#### 7.2.2. LOS ANTECEDENTES: LA BIOLOGÍA

Tradicionalmente, se ha considerado que las anomalías alimentarias tienen su origen en la cantidad ingerida: se come poco o demasiado, engordamos o adelgazamos según la cantidad ingerida. La realidad es algo más compleja. El peso dista de depender exclusivamente de las cantidades de alimentos ingeridas. Intervienen, también, mecanismos hormonales y neurohormonales, factores genéticos, metabólicos y constitucionales.

Hoy día, los factores hereditarios son reconocidos como determinantes en el modo según el cual cada uno reacciona frente a un entorno de abundancia. Estudios recientes llevados a cabo en EE. UU. y en Dinamarca sobre niños adoptados ponen de manifiesto que, en un entorno dado, si se compara el peso de los hijos convertidos en adultos con el peso de sus padres adoptivos, no hay correlación. Pero la correlación es fuerte con los padres biológicos, incluso si han sido separados pocas semanas después del nacimiento. En definitiva, la reacción a una cantidad constante de alimentos ingeridos es variable según el patrimonio genético. En los experimentos de sobrealimentación, una parte de los individuos almacena totalmente el excedente, otra parte no almacena nada, y otra parte almacena la mitad y expulsa el resto: los resultados son enteramente genéticos.

En una sociedad cuyo principal problema de nutrición es la obesidad, se olvida fácilmente lo horrible que puede ser para el organismo humano la falta de comida y de bebida (Harris, 1991: 141). Sin embargo, la obesidad es sólo una forma de hambre encubierta. El espectro del exceso de peso nos acecha a algunos como el del hambre acecha a otros, porque nuestra necesidad y apetito de comida son el resultado de dos millones de años, por lo menos, de selección positiva de la facultad no sólo de comer, sino de comer en exceso. El estómago lo atestigua. Cuando está vacío es una bolsa pequeña, pero se agranda con rapidez para dar cabida a tres cuartos de kilo o un kilo de alimentos juntos. Las grandes comidas, de 10.000 o más calorías, no plantean problemas mecánicos o fisiológicos. En todo el mundo, los festines y banquetes dan testimonio del respaldo entusiástico que la sobrealimentación recibe de nuestro género, incluso por parte de personas bien alimentadas. Asimismo, el hecho de que muchas sociedades hayan sufrido hambrunas está correlacionado con el desarrollo de costumbres de ayuno para los miembros adultos que hacen de la ne-

cesidad virtud. Un ayuno de tres días puede ser un modo de aplazar o desplazar el impulso del hambre. Han sido comunes las ayudas para suprimir el hambre: masticar hojas de coca en lugar de comida (inhiben el hambre y la fatiga) o el consumo de peyote (de efectos similares), nuez de betel, tabaco, café, té, etc. (Fieldhouse, 1986: 59-60).

Por otra parte, las personas sanas que han soportado una pérdida de peso considerable por falta de comida durante cierto número de meses son capaces de zamparse cantidades de comida asombrosas. Cuando los voluntarios de un célebre experimento sobre el hambre, realizado por Anselm Keys, volvieron a comer con libertad, empezaron a engullir 10.000 calorías diarias. No obstante, con independencia del hambre que se tenga al principio, las personas no siguen normalmente atiborrándose [...]. Sentimos un deseo casi irresistible de comer, pero disponemos también de algunos controles internos que reducen nuestro apetito de comida y limitan la acumulación de excedente de grasa. En cierto experimento, algunos presos se prestaron como voluntarios para atiborrarse hasta aumentar de peso un 20 %. Conseguido este objetivo, se les permitió comer lo mucho o poco que quisieran. Muchos de ellos empezaron inmediatamente a consumir sólo unos cientos de calorías diarias hasta que recuperaron su peso original (Harris, 1991: 142).

Parece, según plantea Harris, que nuestros organismos están equipados con alguna clase de «alimentostato» (al estilo de un termostato) y lo probaría el hecho de que las personas, por término medio, aumentan relativamente poco de peso durante toda la vida. Entre los dieciocho y los treinta y ocho años de edad, los estadounidenses no engordan por lo general más de cuatro u ocho kilos, comiendo una tras otra veinte toneladas de comida. Los expertos en nutrición consideran que el hecho de que la ganancia de peso se mantenga en este pequeño porcentaje de los alimentos consumidos significa que el alimentostato funciona con una tolerancia de menos del 1 %. Por impresionante que esto pueda parecer, no cabe confiar en el alimentostato humano para evitar que la gente coma demasiado. Aumentar de cuatro a ocho kilos hasta los treinta y ocho años de edad significa muchas veces ser de cuatro a ocho kilos más gordo a esa edad. Esta misma tolerancia aparentemente baja a las desviaciones nos permitirá a muchos de nosotros engordar de ocho a dieciséis kilos antes de cumplir los cincuenta y ocho.

Lo verdaderamente notable en la incidencia de la obesidad de la época moderna es que persiste, pese a las modas y los cánones estéticos que menosprecian a los gordos pese al gran esfuerzo educativo emprendido por las autoridades sanitarias para relacionar la obesidad con las enfermedades cardiovasculares y pese a las industrias multimillonarias dedicadas a la salud, la comida dietética y el control de peso (Harris, 1991: 142-149):

Puesto que la mitad de la población adulta de las naciones occidentales sigue una dieta u otra, creo que ha de concluirse que el alimentostato no funciona bien en las circunstancias actuales. La razón de ello parece clara: du-

rante la mayor parte del tiempo que los homínidos llevan sobre la tierra, no ha sido el alimentostato lo que les ha impedido engordar, sino la falta de comida. Y si es verdad que a nuestros antepasados les resultaba difícil obtener comida suficiente para engordar, se explica entonces por qué nuestro género engorda ahora con tanta facilidad. La selección natural nunca tuvo la oportunidad de decantarse contra las personas que, a fuerza de comer, se volvían obsesas, dañando sus corazones y sus arterias. Durante mucho tiempo se ha culpado a las víctimas de la obesidad de su propia enfermedad. La sobrealimentación no es un defecto de la personalidad, un sucedáneo del sexo o una compensación por la pobreza; más bien, constituye un defecto hereditario en el diseño del organismo humano, una debilidad que la selección natural no pudo evitar.

### 7.2.3. LOS ANTECEDENTES: LA CULTURA Y LA HISTORIA

Vistos los condicionamientos biológicos a favor del azúcar y de las grasas, su actual y creciente impopularidad debe insertarse en su contexto histórico (Flandrin y Montanari, 1996) pues, en otras épocas, los alimentos eran más deseables, no menos, tanto por su bajo contenido en fibra como por su alto contenido en grasa.

Se dice a menudo que nuestros ancestros comían mucho más grasa que nosotros y que lo preferían. Esto es lo que se desprende no sólo de los recuerdos vividos de los más ancianos de entre nosotros, sino, también, de las encuestas etnológicas sobre la cocina del siglo XIX y de algunos datos históricos relativos a épocas más anteriores. Hoy, cuando los carniceros limpian la carne, eliminan las partes más grasas, pues sus clientes ya no las quieren. En los siglos XVII y XVIII, por el contrario, lo graso de las diversas carnes de matanza costaba como media dos veces más que lo magro. Asimismo, ciertas piezas grasas como el pecho del buey pasaban por distinguidos, mientras que hoy son piezas de segunda categoría.

Estos datos históricos no deben precipitar la conclusión de que las gentes de épocas pasadas comían más grasa que nosotros; ni tampoco que siempre, y en todas las clases sociales, se prefiriera una alimentación grasa. A pesar de la escasez de datos y de su poca fiabilidad puede decirse que los lípidos habrían representado menos del 15 % de la ración calórica. En el siglo XVIII, los porcentajes más bajos (menos del 8 %) serían los de las categorías sociales más modestas: campesinos, artesanos, marinos, etc. En su ración alimentaria, los glúcidos proporcionarían alrededor del 80 % de las calorías. Lo mismo en los siglos XVI y XVII. En Italia y Rumania, por ejemplo, el maíz representaba hasta el 90 % en peso de la ingesta total de alimentos, una predominancia muy cercana a la exclusividad. Los vegetales frescos o en conserva participaban débilmente en la dieta de los campesinos europeos y probablemente apenas significaban el 5 % en peso del consumo de maíz. El consumo de carne, con frecuencia reservado para algunas festividades, era muy bajo y casi no tenía influencia en la nutrición. Los productos lácteos, con frecuencia reservados a los niños, eran escasos.

También era escaso el consumo de grasas, más usadas como saborizantes que como alimentos nutritivos. La predominancia del maíz en la dieta se acentuaba durante el invierno, cuando su pasta apenas se aderezaba con muy escasas cantidades de queso o manteca de cerdo para darle sabor y se acompañaba con muy poca frecuencia por alguna verdura en salmuera. Los hombres recibían algunos complementos durante las temporadas de trabajo más duro, pero no las mujeres (Warman, 1988: 160-161).

El factor de diferenciación más pertinente respecto el consumo de grasas es geográfico. Una geografía paradójica, puesto que era en los países más cálidos, Italia y España, donde la proporción de lípidos era más elevada (entre el 14 y el 38 %); mientras que, en un país frío como Polonia, la proporción era sólo entre el 4 y el 13 %. En algunas regiones de la Europa meridional, el consumo de grasa podía ser incluso muy elevado: 3 litros de aceite por persona y mes, por ejemplo, entre los jornaleros del campo andaluz en el año 1924 (Argente del Castillo, 1924: 37). En Polonia, los cuerpos grasos habrían proporcionado entre un 4 y un 8 % de la ración calórica de los hogares campesinos y entre un 7 y un 13 % de los nobles, incluyendo los castillos reales.

Las grasas alcanzaban en los siglos XVII y XVIII altos precios, seguramente como consecuencia de su escasez: por una parte, se producían mucho menos que en la actualidad; y, por otra, tenían muchos más usos. El alumbrado de las casas, en particular, absorbía grandes cantidades de aceite y de sebo. Asimismo, el poder nutritivo de estos productos escasos y caros podía explicar el aprecio que tenían los campesinos, en cuya alimentación los glúcidos predominaban mucho más que en la actualidad (Flandrin, 1994).

Ésta ha sido, históricamente, una situación muy recurrente y persiste hasta la actualidad en muchos de los países subdesarrollados, en los cuales, la presencia de productos de origen animal en la dieta es tanto más elevada cuanto más alto es el nivel de renta. En proporción a la renta, las calorías procedentes de grasas animales sustituyen a las procedentes de grasas vegetales e hidratos de carbono, y las procedentes de proteínas animales sustituyen a las de origen vegetal. En Jamaica, por ejemplo, la harina de trigo es la primera fuente de proteínas para el 25 % más pobre de la población, situándose el pollo y la carne de vacuno en los puestos décimo y decimotercero. Para el 25 % más rico, en cambio, el vacuno y el pollo ocupan el primero y el segundo puesto, respectivamente, y la harina de trigo el séptimo. Esta relación es válida para todo el mundo. Las elites de Madagascar consumen doce veces más proteínas animales que las gentes situadas en la base de la jerarquía social. Incluso en Estados Unidos, los que ocupan la cúspide de la pirámide comen un 25 % más de carne que los que se encuentran en la base. En la India, los grupos de renta más alta consumen siete veces más de proteínas animales que los de renta más baja (Harris, 1985: 23-24).

### 7.3. Las representaciones sociales del cuerpo: los cambios y sus razones

Un análisis antropológico, social e histórico de los modelos corporales mostraría que siempre ha existido una profunda ambivalencia de las representaciones de la gordura y de la delgadez (Fischler, 1979: 208). Y mostraría, también, que dichas representaciones han influido, de una u otra forma, en los comportamientos alimentarios.

En la mayoría de las sociedades tribales, la economía fue de subsistencia, ya fuera de caza, recolección, pesca, agricultura, ganadería o una combinación de varias de estas actividades. La mayor parte de su actividad productiva estaba relacionada con la producción de alimentos. Una actividad física más o menos vigorosa era la norma para hombres y mujeres fuera cual fuera el tipo de economía. Pero, aunque todo el mundo trabajara más o menos duro en la producción de alimentos, el hambre representaba una experiencia relativamente común, pues los periodos de escasez o, incluso, de hambruna no eran inusuales. Cambios estacionales, plagas, pestes y otras causas naturales provocaban periodos alternativos de relativa abundancia y de escasez. Así, puede entenderse que la glotonería, uno de los pecados capitales de nuestra sociedad, fuera una práctica social aceptada e incluso valorada entre estas sociedades tribales. Previendo un festín, un trobriandés decía: «Estaremos contentos y comeremos hasta vomitar.» Una expresión de una tribu sudafricana dice: «Comeremos hasta que nuestros vientres revienten y no podamos mantenernos de pie» (Powdermaker, 1997: 204). También, en castellano, se dice: «Como el pobre, reventar antes que sobre» o, en catalán: «Més val que faci mal que no que quedi» (Más vale que haga daño que no que sobre).

Dada la escasez de alimentos y el temor, hasta hoy, de la hambruna en muchas sociedades tribales, la significación social de la comida y el duro impacto de la primera satisfacción sensorial de los niños, no resulta sorprendente que la robustez o un cierto grado de obesidad sea contemplado a menudo de modo favorable. Ello es particularmente válido para la atractividad femenina. Entre los Banyankole, un pueblo pastor del este de África, cuando una chica empieza a prepararse para el matrimonio, a la edad de ocho años, ya no se le permite jugar ni correr, sino que debe permanecer en casa y beber grandes cantidades de leche diariamente hasta engordar de tal modo que, al cabo de un año, apenas si puede andar torpemente. Cuanto más gorda, más hermosa; y su condición contrasta con la del hombre, atlético y bien formado. Las mujeres de la corte, la madre del rey y sus esposas, son las más gruesas. No hacen ejercicio alguno y tienen que trasladarse en literas cuando van de un lugar a otro (Powdermaker, 1997: 205).

En resumen, para muchas de las sociedades tribales, el hambre ha sido una experiencia común y una buena parte de la energía masculina y femenina se emplea en producir la comida suficiente para mantenerse vivos. En cualquier caso, como hemos remarcado en los capítulos primero y

segundo de este libro, la comida no es sólo una necesidad biológica, sino que sus funciones sociales y psicológicas son muy significativas. Los regalos de comida son una parte importante de las relaciones sociales: entre parientes, entre clanes, con los antepasados y con los dioses. La comida juega un papel importante en el ritual, en la magia, en la brujería y en la hospitalidad. La acumulación de comida es una señal de prestigio y la obesidad, una señal de belleza y de atracción en las mujeres (Powdermaker, 1997: 205).

Puede suponerse que la seducción de la gordura era tanto más fuerte en cuanto que la delgadez significaba hambre, enfermedad y pobreza. Esta sublimación de la obesidad es característica de todas las sociedades sub-alimentadas en las que la alimentación constituye la preocupación esencial para todo el mundo (Burguière, 1964-1965: 66). En esta misma línea (Skrabanek, 1994: 174), las prescripciones dietéticas de las épocas pasadas contrastan fuertemente con la dietética actual. Cuando Ambrosio Paré (1510-1590) prescribía un estimulante a un paciente, le sugería un régimen alimentario compuesto por

alimentos abundantes y succulentos, tales como huevos cocidos, uvas de Damasco confitadas en vino y azúcar, sopa de pan hecha de potaje cocido en un gran caldero, con las pechugas de un capón, alas de perdiz y otras sustancias fáciles de digerir, como ternera, cabrito, pichones, perdigones, tordos y otros platos parecidos. La salsa será de naranja, jugo de acedera y manzanas amargas; el enfermo deberá comer, también, buey hervido con hierbas excelentes, como acedera, lechuga, chicoria, verdolaga, maravilla y otras; su pan, finalmente, estará hecho de harina de trigo y no será duro ni muy blando.

Hoy, por contra, en nuestra sociedad de la abundancia, la repulsión que entraña la obesidad es tanto más fuerte en tanto que malnutrición y pobreza significan exceso de grasas (Nahoum, 1979: 26). Nuestros cánones de belleza, particularmente los de la mujer, han sufrido importantes cambios en relación con los de las sociedades tribales y con épocas anteriores de nuestra propia sociedad. La delgadez y la apariencia juvenil son hoy deseadas por las mujeres de todas las edades. En la actualidad, el término «matrona», con su connotación de gordura, no resulta nada halagador. Aunque el cuerpo femenino tenga, comparativamente, mayor predisposición a la grasa y el masculino al músculo, el cuerpo robusto o gordo en la mujer no es considerado bello ni sexualmente atractivo. El rol de la esposa moderna, sexualmente activa, contrasta fuertemente con el de la mujer puritana del siglo XIX, más preocupada por la maternidad que por su atractivo sexual. Por estas y otras razones, el actual culto a la juventud aparece muy fuerte entre hombres y mujeres, aunque parece estar aceptado que el atractivo físico es todavía más importante para las mujeres que para los hombres (Powdermaker, 1997: 206).

A lo largo de los últimos cuarenta años se han consolidado una serie de cambios en relación con el ideal del cuerpo, tanto masculino como femenino, de tal manera que el deseo de salud, de longevidad, de juventud y

de atractivo sexual son una poderosa motivación contra la obesidad. Todo ello se concreta en la preferencia, dicho de un modo simplificado, por la «esbeltez», en lugar de por la «robustez». La preocupación por la salud va acompañada de la preocupación por la «línea», es decir, por la belleza:

... a ambas orillas del Atlántico, el «cuerpo de Narciso» se encuentra en vías de mejora. «Tu aspecto exterior me dirá quién eres». En el terreno del «cuerpo triunfador», la iniciativa corresponde a América. Las estadísticas (supongámoslas fiables) nos informan sobre el esfuerzo emprendido y sobre los resultados logrados: entre 1960 y 1980, el número de americanos que practican un deporte ha pasado de 50 a 100 millones... (Bodi-Gendrot y Orfali, 1989: 557).

Las ideas sobre el cuerpo y la salud tienen una influencia muy directa y muy importante sobre la cultura alimentaria y los comportamientos alimentarios que se consideran adecuados en cada caso. Como dice Bourdieu (1988: 188):

El gusto en materia de alimentos depende también de la idea que cada clase se hace del cuerpo y de los efectos de la alimentación sobre el mismo; es decir, sobre su fuerza, su salud, su belleza, y de las categorías que emplea para evaluar estos efectos, pudiendo ser escogidos algunos de ellos por una clase e ignorados por otra, y pudiendo las diferentes clases establecer unas jerarquías muy distintas entre los diferentes efectos: así es como allí donde las clases populares más atentas a la fuerza del cuerpo (masculino) que a su forma, tienden a buscar productos a la vez baratos y nutritivos, los miembros de las profesiones liberales preferirán productos sabrosos, buenos para la salud, ligeros y que no hagan engordar. Cultura convertida en natura, esto es, incorporada, clase hecha cuerpo, el gusto contribuye a hacer el cuerpo de la clase.

Por otra parte, la idealización del cuerpo —joven, bello y sano— ha provocado una transferencia de valores de la que el cuerpo médico ha sido el beneficiario en detrimento del clero. El Bien, los ideales de la perfección, de pureza, que antaño se correspondían con valores trascendentales, ahora se corresponden con una «buena salud» corporalmente idealizada. El Mal, los pecados, tales como el abandono a los apetitos del cuerpo, la golosina, la lujuria, la pereza... ya no son castigados con el infierno después de la muerte, sino que conducen a infiernos mucho más inmediatos: la enfermedad, la muerte, la obesidad, manifestaciones del envejecimiento... todos ellos signos patentes de pecados contra la higiene corporal y alimentaria (Apfeldorfer, 1994: 31).

El valor moral atribuido a la delgadez y al régimen se justifica generalmente en nombre de la salud. Muchas explicaciones han sido ofrecidas para la profunda importancia de un físico delgado. La mayoría de ellas enfatizan la estética física y rasgos de personalidad asociados con el físico. La delgadez no sólo es presentada como atractiva sino que se asocia con el éxito, el poder y otros atributos altamente valorados. En cambio, la gordu-

ra es considerada física y moralmente insana, obscena, propia de perezosos, de glotones. Las evaluaciones positivas y negativas del físico se proyectan, por inferencia, a los patrones típicos de conducta correlacionados con atributos morales: autocontrol y autoindulgencia, respectivamente. Aunque esto pueda resultar cierto, no deja de ser secundario para poder explicar el ideal de la delgadez propia de los últimos cien años cuando la mayoría de la población de las sociedades industriales ha tenido los medios y la oportunidad de estar gorda. Sólo entonces, las clases altas eligieron distinguirse de las clases trabajadoras adoptando un ideal de delgadez que, luego, sería imitado por las clases medias y bajas (Mennell, Murcott y Otterloo, 1992: 51).

¿Qué ha ocurrido para que de una positiva valoración de las grasas y de los alimentos energéticos en general se haya pasado a su rechazo y a su eliminación en productos en los que constituía uno de sus componentes esenciales? La misma publicidad de los productos nos ofrece las claves. Los productos «ligeros» son uno de los muchos ejemplos. «Grasas» y «calorías» constituyen una especie de enemigos públicos. Son enemigos de nuestra «salud» y de nuestra «línea». Para la prevención de las enfermedades cardio-vasculares, la reducción del contenido en colesterol de los alimentos es una preocupación aparecida recientemente y convertida en obsesión. Así, los productos sin colesterol representan hoy una nueva generación más de los productos-salud.

Tradicionalmente, hasta la década de los cincuenta, incluso sesenta, para las clases trabajadoras, una buena alimentación era, ante todo, una alimentación «nutritiva», es decir, sana, pero sobre todo abundante y saciante. Hoy, sin embargo, la mayoría de la población piensa que «comemos demasiado». La preocupación cuantitativa, el «temor de que no alcance la comida», ha retrocedido. Hoy, la preocupación dominante es de carácter más cualitativo. En nuestros días, dice Fischler (1995), la cuestión crucial es cada vez más *saber qué comer y en qué proporción*. La preocupación cuantitativa no está ausente, pero, si acaso, se plantea más bien en términos de restricción (sirvan de ejemplo los llamados «snacks dietéticos»). Las encuestas muestran, en efecto, que a cada instante, entre un cuarto y un quinto de la población sigue algún tipo de régimen. Las sociedades de la abundancia están preocupadas por la necesidad de regular su alimentación. El imperio del régimen es inmenso: invade los mass media y la edición, el marketing y la publicidad, la medicina y las medicinas «para-las», «suaves» o «alternativas».

Además, la sedentarización de la fuerza de trabajo ha supuesto una reducción de los gastos energéticos de los individuos y una menor atracción por las carnes y grasas de efectos saciantes. La sobre-alimentación y la toma de conciencia sobre los excesos alimentarios están en el origen de los cambios de preferencias observados a lo largo de los años ochenta en los países más industrializados y, más particularmente, en las fracciones de población más acomodada. Se asiste así al inicio de una inversión de tendencia de los juegos de sustituciones entre los alimentos: ahora, la atrac-

ción de los productos de origen vegetal resulta mayor y esta atracción se ve reforzada por los discursos de los nutricionistas. Resulta curioso que los discursos parecen corresponderse con las preferencias y los comportamientos de las clases más acomodadas. Las carnes (particularmente las rojas) a menudo se asocian a las grasas y, por esta misma razón, son rechazadas en respuesta al deseo de «diestética», que se desarrolla, sobre todo, entre las mujeres de edad mediana (Lambert, 1997: 242).

Por otra parte, comer grasas ha dejado de ser un privilegio. Con el aumento de los salarios y la disminución de los precios, la carne y los productos de charcutería se han convertido, en los últimos decenios, en un lujo muy accesible. Su consumo creció sin cesar desde finales del siglo XIX hasta los años sesenta y lo hizo en detrimento de las legumbres, las patatas, el pan y las pastas. En los años ochenta, sin embargo, se nota una inversión de la tendencia: el acento se pone en la alimentación ligera y el consumo de carne es severamente criticado. Han sido, sobre todo, los cuadros superiores los que han reducido el consumo (particularmente de buey y ternera, mientras que aumentan el de charcuterías y aves). Los agricultores permanecen más tradicionalistas. Sólo a partir de los 80 empiezan a tomar gustos más sofisticados (legumbres y platos congelados, aguas minerales, margarina y yogures). Las otras categorías sociales tienen comportamientos intermedios entre estos dos extremos. Sin embargo, debe notarse que, sean cuales sean las modificaciones en los consumos, la ración proteica permanece remarcablemente fija, en los alrededores del 15 % de la ración total. Altas y bajas en el consumo de productos cárnicos se compensan con variaciones en sentido inverso de cereales y productos vegetales (Apfeldorfer, 1994: 174-175).

Asimismo, una gran proporción de las personas que son entrevistadas en las distintas encuestas que se hacen en diferentes países industrializados declara «evitar o limitar lo más posible» los platos con salsa, las grasas, el vino y el azúcar. Por su parte, la respuesta gastronómica a los nuevos valores dietéticos y estéticos, sintetizados en la «nueva cocina», preconiza una menor presencia de las grasas, el abandono de las salsas pesadas y la recuperación de verduras, legumbres y ensaladas (Henri Gault y Christian Millau, 1972). Así, en los años ochenta, la cocina se ha aligerado, desgrasado, frugalizado, «japonizado»; pone cada vez más en primer plano el pescado y las legumbres, la cocción al vapor frente a las salsas y las carnes.

Por su parte, la industria sigue a la nueva cocina y a la medicina con los platos «ligeros» y los productos «bajos en calorías», que integran en el alimento el beneficio del régimen. En los últimos años, la industria alimentaria ha puesto en circulación una serie de «nuevos productos» cuyas especiales o novedosas características consisten, fundamentalmente, en alterar su composición eliminando alguno de sus componentes más característicos, por ejemplo la «grasa», o eliminando la carne por completo, manteniendo, eso sí, el nombre del producto, el aspecto, el color y alguna referencia a su sabor y a su textura.

A LA SALUD POR LA ALIMENTACIÓN. Alimentos alternativos «NATURALES», elaborados con vegetales, cereales y leguminosas, fuente de proteínas, vitaminas, minerales y oligoelementos. De alto valor biológico, *pudiendo sustituir la carne animal*. Es de destacar su aporte en grasas vegetales ricas en ácidos grasos poliinsaturados muy indicados en problemas de circulación, colesterol y obesidad. Este producto satisface dos aspectos fundamentales de la alimentación: 1) Estar bien nutridos para una mejor salud. 2) Disfrutar de sabores variados y agradables. 1.<sup>a</sup> MARCA ESPAÑOLA DE EMBUTIDOS VEGETALES. EMBUTIDOS 100 % VEGETAL. TODOS NUESTROS PRODUCTOS (*hamburguesas, salchichas, mazas, chorizos, chopensano, morcisan, sobrasana*) SE VENDEN EN TIENDAS DE DIETÉTICA Y HERBOLARIOS. (Las cursivas son nuestras.)

La preocupación por la salud puede dar lugar, también, a otro tipo de modificaciones en los productos cárnicos por parte de la industria: pueden disminuirse algunos de sus componentes (grasa y colesterol, por ejemplo), puede disminuirse la cantidad de uno de los elementos utilizados para darle sabor y conservación (la sal) e, incluso, puede añadirse otro no sólo completamente ajeno al producto sino asociado a un producto completamente diferente por no decir «opuesto», el *bifidus* activo, asociado al yogur:

El chorizo Sanissimo está hecho tan sólo con magros de cerdo seleccionados, sal y pimentón. En su elaboración, todo lo que contribuye a mejorar tu salud es importante. Por ejemplo, ¿creías que el *bifidus* era sólo cosa de yogures? Pues resulta que el chorizo Sanissimo tiene *bifidus* activo que mejora tu flora intestinal. Sí llevarás una dieta más equilibrada y te sentirás mejor. Si buscas alimentos con menos grasa, sal y colesterol, o simplemente quieres llevar un estilo de vida sano sin renunciar al mejor sabor, ya puedes probar todos los productos de la gama Sanissimo: chorizo, salchichas, pastel de pavo, jamón cocido y pechuga. El placer es Sanissimo. xxx Sanissimo. El placer de comer sano.

Así pues, la «revolución industrial» aplicada a la industria alimentaria ha permitido, en las últimas décadas, incrementar considerablemente la disponibilidad de todo tipo de alimentos hasta el punto de que, en los países más industrializados, se ha pasado de la escasez a la sobreabundancia. En definitiva, nuestra sociedad contemporánea se caracteriza, comparada con la escasez de las sociedades tradicionales, por una economía de la abundancia. Comemos demasiado. Tenemos mucho de todas las cosas. Se nos trata como «consumidores». Constantemente se nos reclama para comprar más y más cosas y cosas nuevas: alimentos, coches, electrodomésticos, vestidos, etc. Se nos dice constantemente que la prosperidad debe ser mantenida incrementando constantemente el consumo. Todo ello supone un fuerte contraste con un pasado no muy distante cuando el ahorro y la frugalidad constituían dos apreciadas virtudes y el énfasis se colocaba más en la producción que en el consumo (Powdermaker, 1997: 205-206).

Ahora bien, del apetito actual del occidente industrializado puede pensarse que, aunque sobrealimentado, no está satisfecho. La sobrealimentación contemporánea reviste aspectos inéditos, pues no se debe a

«orgías alimentarias» parecidas a las de los cazadores después de una buena campaña ni a los festines dionisiacos propios de las grandes ocasiones de la mayoría de las sociedades agrícolas durante los cuales se absorben cantidades extraordinarias de carne, grasa y alcohol. Por el contrario, en nuestra sociedad contemporánea, parece que este tipo de excesos festivos está en vías de desaparición. Hoy no se celebran, casi, los banquetes en los que se consumen de golpe varios miles de calorías... Pero, todo el mundo, o casi, desde la infancia, picotea, continuamente, golosinas o «entretenimientos» diversos y la nevera es un constante viaje de ida y vuelta. El hambre ya no nos amenaza, nos «cosquillea». Ya no se vive en la época de la «grande bouffe» sino en la del «gran picoteo» (Fischler, 1979: 189).

Mennell (1985) ha apuntado hacia el contexto de un amplio y duradero proceso social de cambios en el control del apetito en un sentido cuantitativo. La cantidad de alimentos que los humanos pueden ingerir no está solamente determinada por factores biológicos sino que está fuertemente influenciada por presiones culturales, sociales y psicológicas. Además, en una situación de aumento de la capacidad adquisitiva, con mayor ostentación hospitalaria y festiva, pueden incitar a un mayor consumo y a una demanda creciente de alimentos socialmente prestigiosos. Y, así, las presiones culturales, de carácter ceremonial y social sobre todo, en lugar de dar la «señal» de parar, pueden, por el contrario, dar la señal inversa (Douglas, 1979: 159). Asimismo, en un contexto de abundancia, cuando el «ama de casa» compra la comida está más preocupada pensando qué es lo que se comerá su familia que pensando qué es lo «mejor» para ellos desde un punto de vista nutricional (Thomas, 1981). Por otra parte, la gente come para satisfacerse a sí misma (aspira a un modo de vida determinado, a expresar su personalidad, halagar a sus invitados, etc.) y no a los nutricionistas. Consecuentemente, decía Burnett (1979: 346-347), no cabe esperar mucha racionalidad dietética de las elecciones alimentarias de los consumidores.

Biológicamente, la evolución no ha preparado a nuestros organismos para la abundancia. Por el contrario, ha forjado mecanismos de regulación biológica «previsores», económicos, capaces de preparar y administrar reservas movilizables en la escasez. Por esta razón, el moderno ideal de la delgadez se hace biológicamente difícil de conseguir. Además, por una serie de razones, la relación moderna con la alimentación hace esta tarea todavía más difícil. En efecto, no sólo las conductas individuales están menos enmarcadas socialmente sino que también reina una cacofonía dietética, una proliferación de discursos, muchas veces contradictorios, sobre nutrición, prescripciones, avisos, advertencias, solicitudes atrayentes y sectarismos diversos (Fischler, 1995). Además, los constantes intentos de modificar los comportamientos dietéticos basados en la presunción de que la dieta afecta de la misma manera a todos los individuos no contribuyen a mejorar la eficacia en la prevención de las enfermedades y, por el contrario, pueden disminuir la confianza de los individuos en la ciencia de la nutrición (Harper, 1988).

Por otra parte, con la aparición de las empresas transnacionales dedica-

das a la producción y venta de comestibles en el mercado mundial, nuestros hábitos dietéticos se ven constreñidos por una forma de cómputos de costes y beneficios cada vez más precisa, pero también más parcial. En grado cada vez mayor, lo que es bueno para comer es lo que es bueno para vender (cf.: 3.2.3). Además la opulencia ha resultado tener sus propias e imprevistas limitaciones en forma de costumbres alimentarias cuyos peligros derivan no de la escasez sino de la abundancia excesiva de alimentos. Hoy en día, nos hemos dado cuenta de que los mecanismos que «encienden» el apetito humano son mucho más sensibles que los que lo «apagan». Este defecto genético es una invitación permanente a la industria alimentaria para que sobrealimente a sus clientes. Es cierto, sin embargo, que el coste en términos de obesidad y trastornos cardiovasculares está llevando, como hemos señalado al principio, a una aversión cada vez más extendida hacia los alimentos de origen animal con alto contenido en grasas y colesterol (Harris, 1989: 273) y hacia los dulces y el azúcar (lipofobia y sacarofobia).

Es en este contexto social, aparentemente tan dispar y contradictorio respecto a las prácticas alimentarias, donde se han situado los diversos trastornos del comportamiento alimentarios, entre ellos la anorexia y la bulimia nerviosa.

#### 7.4. La anorexia y la bulimia nerviosa como dolencias étnicas

Junto a la obesidad, otras enfermedades que han sido calificadas, con mayor o menor acierto, de «epidémicas» y «propias» de la modernidad, son la anorexia y la bulimia nerviosa. La literatura médica es la que se ha empleado más a fondo en la definición clínica de estos trastornos alimentarios ya desde el siglo XVII.<sup>6</sup> Y si algo ha dejado claro esta literatura es que estamos ante manifestaciones que se caracterizan por su gran maleabilidad, en el sentido de que los síntomas asociados varían bajo la influencia de factores históricos o de circunstancias sociales cambiantes (Rusell, 1985), lo que ha hecho que se las considere también como sociopatologías. La primera descripción de la anorexia nerviosa la realizó Morton en 1689, considerándola como una perturbación del sistema nervioso debido a la restricción alimentaria. Fue sir William Gull quien, en 1874, acuñó el término en plena discusión sobre la naturaleza «milagrosa» o no de las *fasting girls* o muchachas ayunadoras.<sup>7</sup> Gull consideraba que se producía por una

6. La sintomatología, las causas, los datos epidemiológicos y las denominadas «conductas de riesgo» de estas enfermedades, aunque con rasgos diferenciados entre sí, son muy variadas y complejas y han sido definidas clínicamente en numerosas ocasiones. Sugerimos la síntesis y las diferenciaciones establecidas por Toro en el primer capítulo de su obra ya citada (1996: 1-15). Para una revisión sintética de las principales aproximaciones teóricas sobre la causalidad de anorexia es interesante el trabajo de DiNicola (1990).

7. La utilización del término *fasting girls* implicaba en la transición secular la noción de «histeria», pues los médicos consideraban a las muchachas particularmente proclives a los trastornos nerviosos (Brumberg, 1988).

falta de apetito debido a un estado mental mórbido, señalando que se registraba con más frecuencia entre las mujeres de las clases más ricas de la sociedad, aunque también podía afectar a los hombres. La vida de estas mujeres, a finales de ese siglo, estaba bastante determinada por sus roles domésticos, «naturales», de esposas y madres. Como depositarias de la feminidad, no se asumía que tuvieran un conocimiento racional, y se construían consecuentemente a través de conceptos relacionados con lo irracional.

Las conductas de las mujeres fueron descritas en los informes médicos a menudo como «desviadas». El pensamiento lógico y racional era masculino, mientras que la representación de la feminidad mostraba a las mujeres como seres emocionales, creativos, proclives a la desviación y locos. En sus escritos, Lasègue (1873) y Gull (1874) asumieron la naturaleza irracional de las mujeres y especialmente de las mujeres jóvenes para sostener sus argumentos científicos. Situando la anorexia en el discurso de la feminidad, pudieron presentarla como una «perversión mental», propia de las mujeres jóvenes que, al fin y al cabo, eran inherentemente irracionales y emocionalmente inestables. Estos médicos intentaron buscar, sin éxito, causas orgánicas que pudieran explicar la anorexia nerviosa. Fue, entonces, cuando trasladaron su atención hacia la mente, atribuyendo su origen al estado psíquico de las pacientes: los disturbios en la vida marital, sexual y emocional de las mujeres ocasionaban esa especie de «locura». Este apunte supuso un paso importante en los análisis de estos problemas, ya que después de haber investigado durante largo tiempo sus orígenes causales en diversos ajustes neuroendocrinos, los médicos se remitieron a lo más evidente y admitieron un origen psicológico y cultural en los trastornos alimentarios.

A partir de la profesionalización de la disciplina médica y de los psiquiatras, las enfermedades mentales se fueron extendiendo y perfilando, de modo que se clasificaron tipos de anorexia nerviosa según la edad de las mujeres y según la aparición de síntomas psicóticos. La mayoría de los tratamientos que se aplicaron hasta mediados de siglo XX reflejaban el incremento del empleo de prácticas científicas en el manejo de las enfermedades mentales y dichas técnicas incluyeron extractos de tiroides, testosterona, *lithium* carbonatado, lobotomía prefrontal, leucotomía, más tarde la terapia de insulina y la terapia electroconvulsiva (ECT o de *shock*), los implantes de pituitarias de ternera y un buen número de fármacos. El tratamiento actual de los trastornos del comportamiento alimentario se caracteriza por incluir observaciones, métodos exploratorios y explicaciones distintas que en etapas anteriores, aunque algunas prácticas como el aislamiento social, el reposo o la administración de fármacos continúan vigentes.

Entre las primeras elaboraciones conceptuales de interés hay que destacar las aportaciones de la psiquiatra Bruch (1973), ya que supusieron un progreso en la teoría y el tratamiento de la anorexia nerviosa, al otorgar una marcada relevancia a las percepciones que hoy expresan las personas anoréxicas. A principios de los años setenta, esta autora definió la anorexia ner-