

HAZ LO QUE YO DIGO. PERCEPCIONES SOBRE ALIMENTACIÓN ENTRE MÉDICAS NUTRICIONISTAS

Pablo Schencman*

Summary: This report is presented as a second phase within the framework of an ethnographic staying at the Nutritional and Diabetics Department in the Hospital General de Agudos Carlos G. Durand (located in Almagro neighborhood in the city of Buenos Aires). Our aim was to reconstruct the notions of "nutrition", "healthy food" and "eating plan" among the professionals who assist in this institution (whose workforce is mainly female). This investigation allowed us to move forward on the consideration and weighting criteria of some food for the specific context of a public hospital these days. We are interested in checking what cultural and scientific reasonings fall behind those notions as well as what kind of commensality is encouraged among the patients who look for a solution or a palliative treatment to their eating habits and to the effect of obesity (overweight) in the clinical medicine. Our investigation is aimed at being inserted in the sociological study of the body and will give us different qualitative tools (such as patients observation and deep interviews) to distinguish the categories which operate on these topics which connect their own dimensions in the medical practice, the nutritional science as well as what should be known regarding social nutrition.

Key words: food, nutrition, cultural reasoning, ethnography

Introducción

Este escrito reconoce dos momentos y tipos de registros diferenciados, pero a su vez complementarios. El primero de ellos consiste en el trabajo etnográfico realizado durante 2008 en diferentes espacios¹ dentro del servicio de Nutrición y Diabetes del Hospital Durand (institución pública, dependiente del Gobierno de la CABA, fundada en 1913). Paralelamente a esta labor, durante el corriente año nos concentramos en la realización de entrevistas a las médicas² de dicho servicio, así también a la lectura de fuentes secundarias relevantes. El objetivo subyacente en ambos momentos fue avanzar en la definición de las diferentes alternativas, o dimensiones, que se ven implicadas en la nutrición entendida como una práctica clínica.

Ese recorte contiene en sí mismo una significativa cuota de ficción ya que de los testimonios emerge la conciencia de una arbitrariedad sedimentada (en base a la prueba y el error), a la hora de prescribir alimentos o entregar parámetros de conducta a los pacientes que allí consultan.

Referido a las diferentes tendencias que adoptó la antropología de la alimentación encontramos en Mintz y Du Bois (2002) un exhaustivo estado de la cuestión pero considerando solamente la producción de Europa y EEUU de los últimos veinte años. En vistas de ello, este trabajo tomará como supuestos dos argumentos antropológicos locales que dan cuenta de la importancia de la mirada social sobre la alimentación. El primero se encuentra plasmado en la obra de M. Álvarez y L. Pinotti, de donde proviene el

*Universidad de Buenos Aires/CEIL - CONICET (Argentina). E-mail: pabsche@yahoo.com.ar

siguiente extracto: “... a través de la invención de la cocina la especie humana se volvió realmente humana. El manejo de útiles rudimentarios que les abrió el camino hacia el autotrofismo (el aprovechamiento de alimentos hasta entonces ajenos a la propia especie) y el conocimiento del fuego permitió a nuestros antepasados, los homínidos cocinantes, su emancipación de la presión selectiva de otros animales, y en tanto seres que cocinaban, se constituyeron unos a otros en medio exclusivo. Al cocinar, los homínidos saltaron del medio animal al medio social propio del hombre (...) Sin duda, la satisfacción de las necesidades alimentarias se encuentra en la base de la reproducción de la existencia humana (... ya que ...) los seres humanos constituyen la única especie animal que ha elaborado reglas precisas alrededor de su alimentación, acerca de las maneras de realizar operaciones sobre la naturaleza para producir y preparar sus alimentos y sobre los modos y las personas con quienes compartir su consumo” (Álvarez, y Pinotti, 2000: 18).

Entendemos, por lo tanto, que las prácticas construidas alrededor del instintivo acto de comer resultaron un elemento fundamental al momento de analizar el proceso de hominización así como, en la actualidad, otorgan a cada sociedad un cariz distintivo³.

El segundo argumento lo hallamos en el trabajo de P. Aguirre (2005). En dicha obra la autora deja establecido que, limitados por parámetros de disponibilidad y acceso, la mayoría de los argentinos no comen como, cuando y cuanto quieren. Al momento de sumar el componente simbólico a las condiciones estructurales retomará los argumentos de Aimez (1979), Bourdieu

(1985) y Fischler (1995a) buscando trascender el economicismo para afirmar: “... no es posible autonomizar los consumos alimentarios respecto al estilo de vida, tomándolos únicamente mediante los productos consumidos, porque la elección de los productos alimentarios está mediatizada por la preparación (que es la forma por la cual estos productos se transforman en platos, y el momento y lugar donde la mera ‘sustancia comestible’ se transforma en ‘comida’), porque se le incluyen las representaciones culturales acerca de qué es lo comestible, quién debe comer qué según su sexo o su edad, quién debe proveerlo, quién debe prepararlo, quién servirlo y quién disponer de las sobras, marcando diferencias sociales, etarias y de género. Es en esta transformación doméstica de los productos en platos donde se verifican las operaciones que definen los estilos de vida” (Aguirre, 2005: 157). La investigación de Aguirre explora múltiples aristas presentes en la tensión que va de aquello que las personas pueden (o podrían) comer en comparación con lo que efectivamente llevan a sus mesas diariamente, así como las representaciones que el plato servido tiene para ellos (aspecto que necesariamente implica sus representaciones corporales).

Dentro de la misma línea analítica nos concentraremos en las especificidades presentes en un grupo de médicas al cual las y los pacientes les otorgan la autoridad (provisoria y en disputa) de dictaminar qué habrán de comer así como la posibilidad de intervenir sobre sus rutinas. Es por la influencia sobre quienes las consultan que resulta interesante explorar sus representaciones.

Antes de adentrarnos en el desarrollo del trabajo me permito una aclaración ético-metodológica: todos los nombres de las profesionales fueron debidamente modificados para salvaguardar su identidad pero también todas ellas accedieron a ser grabadas conociendo el destino de la información brindada.

Definiciones operativas y subyacentes en torno a la alimentación

Como aspecto inicial construiremos las definiciones conceptuales de nutrición y alimentación a partir de los emergentes empíricos. El primero de ellos comprende múltiples dimensiones: por un lado se considera que surge junto con la vida, es decir que es un acto que trasciende a los individuos (si bien es subsidiaria de estos). Los múltiples sistemas⁴ que contiene el ser humano requieren una serie de nutrientes que podrán ser adquiridos de diversas maneras pero sin los cuales no existe posibilidad de supervivencia y/o desarrollo. Por eso, se considera a la nutrición involuntaria, e incluso inevitable. Montada sobre esta caracterización se sostiene su carácter científico cuyo lenguaje es análogo al de la matemática (un resumen de los diferentes desarrollos que van en esta línea pueden hallarse en Sibilía, 2005). Su supuesto fundamental radica en la posibilidad de conocer, a priori, los requerimientos de los individuos (en términos de macronutrientes⁵) y luego deducir las proporciones que tendrán sus ingestas en las diversas etapas vitales. Sin embargo, esa operación lógica no puede obviar el componente social ya que, parafraseando a Aguirre, las personas no consumen nutrientes

sino alimentos.

Será, entonces, en torno a la alimentación donde las médicas nutricionistas expresen representaciones divergentes que habilitan nuestra mirada disciplinaria. Así la alimentación parte de una persona y de su voluntad de comer con el fin de nutrirse pero también de encontrar placer en dicho acto y entendiendo que la dimensión intersubjetiva (comer solo o en compañía) resulta significativo en el mismo. En vista de lo recién expresado las médicas reconocen cuatro parámetros, con difusas fronteras, que condicionan la selección de alimentos: la mitología creada en torno de estos; el gusto de quien o quienes comen; la moda y el aspecto material (vinculado a las posibilidades de acceso a los mismos).

Inicialmente podemos marcar que las médicas no señalan diferencias valorativas entre estos cuatro parámetros sino que todos ellos son percibidos como obstáculos al tratamiento. Respecto a los impedimentos económicos que minan la posibilidad de consumo de ciertos productos las médicas encuentran una valla difícil de franquear pero que, en cualquier caso, deberá ser superada para lograr los resultados deseados. Desde sus retóricas, el modo de lograrlo resulta muchas veces asociado a "la voluntad" o también se brindan consejos como "organizar las compras del barrio para lograr mejores precios", asumiendo que la vida de las personas gira en torno de su alimentación.

La tríada de factores que antecede al aspecto material estructuran una serie de "falsos saberes" que habilitan su labor pedagógica, tarea que subyace a la totalidad de interacciones que allí suceden⁶.

Antes de abandonar estos presupuestos, y con cierto dejo irónico, podemos señalar que

de no ser por el problema alimentario en nuestro país no habría desnutridos (como tampoco existiría la obesidad). Si bien ya lo hemos señalado, al momento de franquear nuestros supuestos, entendemos que cuando analizamos aquello que contiene la comida el componente simbólico resulta inescindible del proceso digestivo.

Buscando complementar los datos empíricos con nociones teóricas vemos como necesario introducir aquí dos nociones intrincadas con la dimensión simbólica de aquello que se considera socialmente alimento.

El primero de ellos es el concepto de tabú. En este sentido el artículo de A. Crawley (1895) resulta un valioso antecedente que teje tramas entre ambas dimensiones. En ese escrito el autor pasa revista a diferentes usos y costumbres relevados en disímiles sociedades de la época. Este compendio funciona como soporte empírico para sostener argumentalmente la existencia de una tajante división entre aquello que es dable de ingerir y aquello que debe ser repudiado de nuestros platos. Crawley también explora diversos recaudos y prácticas (vinculadas a la etiqueta) subsidiarias a la construcción de una mesa, entendida como espacio tensionado por lo individual y lo social. Siguiendo al autor encontramos que la frontera que separa lo que se come o desprecia, y también con quién (o quiénes) se comparte el alimento se estructura sobre la división sagrado/profano⁷. Varias décadas más tarde M. Douglas retomó estos elementos para afirmar: "El tabú protege el consenso local sobre cómo se organiza el mundo. Refuerza la certeza vacilante. Reduce el desorden intelectual y social. Podemos también preguntarnos por qué es necesario proteger las distinciones

primarias del universo y por qué los tabúes son tan caprichosos. El segundo tema responde a esta pregunta reflexionando sobre la inquietud cognitiva causada por la ambigüedad. Las cosas ambiguas pueden ser amenazadoras. El tabú confronta lo ambiguo y lo coloca en la categoría de lo sagrado" (Douglas, 1966: 10). Aquello que se venera coincide con lo que se teme, y por lo tanto, se prohíbe el contacto. Si bien la especialidad no lidia con materias que socialmente no cargan con una prohibición (de iure o facto) muchas de ellos se ven excluidas de un lugar íntimo (mayormente privado) como resulta la ingesta (al respecto seguimos los hallazgos del clásico estudio de Elias, 1936). A partir de nuestro trabajo de campo podemos señalar que dicho mecanismo continúa operando a la hora de lograr la aceptación del veto para determinados ingredientes (que luego habrían de transformarse en comida). Si bien todas las médicas consideran que la inclusión de lípidos constituye un elemento fundamental dentro de una dieta balanceada el consumo de grasa animal, y su uso para la cocción, resulta una suerte de pecado capital que las profesionales buscan desterrar entre sus pacientes. La prescripción para una persona con sobrepeso, u obesidad no mórbida, sería que consuma diariamente una cucharada sopera (aproximadamente) de aceites vegetales crudos. Respecto a los hidratos de carbono (en adelante HdC) encontramos una operación similar, también aquí las profesionales apuntarán a lograr un consumo que no exceda las tres ingestas semanales y que los mismos ocupen sólo un 40% del plato. Por supuesto que los HdC deberían circunscribirse a las comidas (desayuno, almuerzo, merienda y cena) mientras son excluidos de las colaciones

así como de los momentos llamados "picoteos"⁸ (instancia que no está permitida en el marco de un plan alimentario). Ambas prescripciones dejan expuestos múltiples elementos de la cosmovisión de clase detentada por las profesionales que ejercen allí su profesión. Si bien sus argumentaciones están recubiertas por fundamentos científicos podemos sostener que al interior del estamento social de pertenencia de las médicas se fomenta aquello que M. Bruera define como "lipofobia" (Bruera, 2006). Aquello que se anhela, se prohíbe y se excluye (al menos idealmente). Sin embargo, como parte del trabajo etnográfico pude comprobar la diaria presencia de facturas (u otros panificados con inclusión de grasas) en el espacio que las médicas emplean para tomarse sus recreos. Si bien muchas de ellas se abstienen de comer aquellos productos, todas son oportunamente convidadas y el rechazo debe acompañarse con alguna excusa. En este sentido, nos permitimos narrar una anécdota: al momento de clausurar nuestro trabajo en el hospital, en 2008, consultamos a una médica sobre la mejor forma de expresar nuestro agradecimiento al conjunto de quienes trabajan allí por su buen trato y predisposición, sin meditarlo demasiado su respuesta fue inapelable: "traé una torta". Consideramos como ambientales a este tipo de representaciones respecto a los alimentos. En tanto definición provisoria de ello proponemos que se trata de preparaciones cuya connotación obtura cualquier argumento racional a la hora de consumirlo. No existe motivo alguno, desde la clínica médica, para incorporar una torta al régimen alimentario. Sin embargo, hay pocas comidas que aúnen en sí mismas lo excepcional, lo festivo y el placer (analizado esto desde un plano típico

ideal). Del trabajo de campo podemos inducir que los consumos seleccionados a partir de valoraciones ambientales son aquellos que las médicas se encargan de repudiar y minimizar a partir de dos mecanismos ya mencionados: por un lado desmitifican dichos alimentos y luego instruyen en la búsqueda de alternativas saludables. Esta labor pedagógica resulta central en las reflexiones de las profesionales sobre su labor y radica en el extendido preconceito que los pacientes "comen mal". Resulta iluminador sumar aquí un extracto de la entrevista realizada con la Dra. Adela Facio:

"A nivel hospitalario mucha de la gente come lo que puede, y mucha otra gente dice comer lo que puede pero a veces, en realidad si uno hace un registro alimentario, hacen malas elecciones. Entonces... hay gente que francamente no puede, y otra que elige alimentos no útiles, no necesarios, que son caros, pudiendo elegir otros. Es mucho más fácil enseñarle a comer a alguien que sabe elegir y sabe cocinar que a alguien que no sabe (...) Dentro de los pacientes hay una buena cantidad de personas que se resisten a hacer la dieta y hay otros, tanto mujeres como hombres, que no saben cocinar y que vos les das un plan alimentario y que no saben en base a ese listado confeccionar un menú [suspira] eso pasa... es una cuestión de educarlos".

Su trabajo de largo alcance es definido como un proceso de intervención alimentaria, y sus resultados ostensibles sólo aparecerán pasados varios meses de tratamiento. El esfuerzo fundamental de las médicas se orientará a la búsqueda sostenida de un equilibrio en varios aspectos vitales de quienes las consultan: las calorías de sus ingestas, sus expectativas respecto a la imagen corporal, la influencia de sus emociones (o

presiones) sobre sus comidas y, por último, la actividad física. La articulación entre estos cuatro aspectos aseguraría, desde su percepción, un tratamiento que empleando terminologías racionales-científicas abreva finalmente en un concepto místico-religioso. Al remitirnos a la entrevista realizada con la Dra. Marta Adder encontramos que ella comienza “confesando” su sobrepeso y ser desobediente de sus propios saberes. Cuando repasa sus consumos y la justificación detrás para dichos alimentos o ayunos por motivos laborales, afirma padecer “falta de tiempo y voluntad”. Allí combina factores vinculados a las condiciones de trabajo actualmente imperantes y un componente “espiritual” de difícil anclaje pero consecuencias visibles (dicho vínculo fue analizado, tomando la ascesis como tópico de estudio por Weber, 1920). Apelando a un ejemplo, radicalizado, dentro de esta corriente que asocia lo místico con lo científico tomo un extracto de una entrevista realizada al Dr. Máximo Ravenna publicada en la versión digital de una legendaria revista femenina: “El hombre está hecho de bajas pasiones, de bajos instintos, de alto paladar. El budismo alimentario está cada vez más lejos. Y la razón está en que, para lograrlo, hay que dejar de generar estímulos fuertes –dulces, salados y picantes excesivos– que producen la adicción. La tendencia mundial actual se basa en la moderación”⁹ (Sanguinetti, 2009).

Este último vocablo aparece como corolario de los planes alimentarios que elabora una médica del servicio, si bien está lejos del monopolio. La misma (junto a un abanico de sinónimos) aparece recurrentemente en las explicaciones de varias médicas.

Profundizando esta línea de análisis incorporo aquí el segundo concepto, a partir

del cual puedo interpretar mis datos empíricos. Nos referimos a las nociones de lujo y exceso, tal como las ha definido G. Bataille (1949). En su ensayo de Economía general el autor argumenta que es el excedente la condición sine qua non para la supervivencia de nuestra especie. A partir de la función que el mismo posee Bataille mira a trasluz tres procesos vitales tales como comer, morir y la reproducción sexual.

Respecto a la alimentación, y lejos de una postura ascética weberiana, el filósofo francés sostiene: “El hecho de comerse [manducation] las especies unas a las otras es la forma de lujo más simple. (...) Si se cultivan papas o trigo, el rendimiento de una tierra en calorías consumibles es mayor que el de una tierra semejante mantenida como pradera para rebaños de leche y carne. La forma de vida menos onerosa es la de un microorganismo verde (que absorbe la energía del sol por la acción de la clorofila) pero, generalmente, la vegetación es menos onerosa que la vida animal. La vegetación ocupa rápidamente el espacio disponible. Los animales sacrifican la vegetación y, de esta manera, amplían sus posibilidades...” (Bataille, 1949: 41-42). Contrariamente a estos postulados, las prácticas clínicas de las médicas a quienes he entrevistado apuntan a estigmatizar un excedente que es tácito (debido a que la consulta se deriva de algún problema específico) e indefectiblemente nocivo para los pacientes. Las profesionales abrevan en una noción de lujo que es perjudicial para el tratamiento e impide la buena nutrición. Aquí encontramos, nuevamente, un marcado preconceito de clase. Las médicas, asumiendo que quienes allí consultan no pueden afrontar consumir productos y preparaciones gourmet¹⁰, asocian

la noción de nutrición con una alimentación rutinaria, limitada, reiterativa y que deben soportar para lograr revertir los síntomas iniciales. Dentro de esta cosmovisión no hay lugar para el componente social, familiar o emocional, que habitualmente busca justificar el exceso de consumo alimenticio entre los y las pacientes. Aquello que puede ser definido como lujo tendrá necesariamente una carga subjetiva y las médicas se apresuran a identificarlo para combatirlo. En este proceso resulta fundamental el modo en que la profesional se posiciona frente a su paciente. Al respecto transcribimos un extracto de la entrevista con la Dra. Malena Borda:

“Yo soy delgada, relativamente delgada, y por eso tengo un hándicap con los pacientes porque ellos piensan que como yo soy delgada ellos van a poder estar como yo. Entonces yo puedo darles buenas pautas y ellos me tienen confianza. Es como si fueran a SLIM, con la marca compran. Creo que los pacientes que están conmigo logran adelgazar a partir de la buena relación. Si tienen una buena transferencia conmigo, en general adelgazan para mí y trabajamos juntos y tiene que haber un crecimiento, un aprendizaje. Esos son los pacientes que mejor andan (...) Creo que en esta especialidad a veces hay que ponerse en el lugar del otro. Yo cuando era adolescente era gordita, o sea que en el fondo, adentro mío tengo una gordita. Entiendo al obeso o al que tiene algún trastorno con su imagen corporal. Entonces cuando vos te ponés en el lugar del otro para poder ayudarlo es más fácil”.

Así podemos ver que el grado de empatía, y/o efectividad simbólica¹¹, logrado por la profesional ante sus pacientes, resulta más significativo que los argumentos esgrimidos

en una diatriba muchas veces conocida (tengamos en cuenta que la mayoría de los pacientes que allí consultan han tenido acercamientos previos a la nutrición clínica). Así el equilibrio como límite personal que contiene al exceso renueva su importancia.

Para concluir este apartado tomaremos otras dos anécdotas de campo que ayudan a comprender la valoración que las médicas poseen de sus propias fachadas (Goffman, 1959). En las diferentes entrevistas cuando interrogaba sobre los supuestos que orientaban sus prácticas médicas las médicas reforzaban el modo en que se presentan habitualmente ante los y las pacientes. Relataré una dupla de situaciones donde este acto reflejo, aparece para encausar (dentro de un formato usual) una instancia que difería de una consulta tradicional. Como primer ejemplo describiremos los actos corporales que la Dra. Malena Borda realizaba durante la entrevista recién citada. Desde el comienzo de la misma ella escribía en un recetario el eje central de sus respuestas y dibujaba lazos de tinta en el transcurrir discursivo que sugerían las preguntas. Ese recurso, automatizado, de transcribir la información para los pacientes reaparece, no con su utilidad prescriptiva, sino como modo (vicio corporal o actitudinal) que posibilita verbalizar sus pensamientos dejando evidencia de su rol. El segundo ejemplo surge de la entrevista con la Dra. Anahí Trevi, quien al momento de responder si existía una discrepancia entre sus indicaciones a un paciente y lo que ella ingería cotidianamente trazó una clara división entre su condición de persona sana como aspecto fundamental que la diferencia de los pacientes que trata. Cuando reformulé mi pregunta haciendo hincapié en la cantidad de horas que dedica al trabajo y la condición sedentaria que el mismo conlleva,

su respuesta adoptó un tono imperativo (absolutamente usual en lazo con los pacientes que se atienden en el servicio) y comenzó a narrar lo que había comido ese día, el anterior y lo que habría de cenar al final de su jornada. También detalló todos los momentos de ejercicio aeróbico y su distribución semanal. El modo que esta profesional encontró para disipar toda duda respecto a un doble criterio (que asumió la formulación de la pregunta) fue la condensación argumental de sus razonamientos médicos con la anamnesis obligatoria entre los pacientes dejando en claro su fidelidad y creencia, en los supuestos que orientan su rutina (dentro y fuera del consultorio).

Nutrición y metáforas corporales

Este apartado busca conciliar la eficacia terapéutica que la nutrición posee, al menos como se presenta desde el discurso médico, con las imágenes del cuerpo que las profesionales elaboran e imponen a sus pacientes (respecto a la historia de la corrección externa de los parámetros físicos ostensibles y la génesis de los cánones estéticos seguimos los trabajos de Vigarello, 1978 y 2004). Por supuesto, no podemos abreviar en una representación maquiavélica de la labor clínica ni ceder a la ingenuidad de asumir este proceso como unidireccional¹² ya que los pacientes no llegan hasta aquellos ámbitos como una tabula rasa.

Si bien en nuestra búsqueda asumimos un contraste de representaciones (entre médicos y pacientes), es notable que las mismas se hallan cimentadas en un saber compartido y subyacente. Dicha base de sentido común indica que “la comida sana no es rica”. El

alimento nutritivo, por lo tanto, no debe agradar sino permitir las funciones vitales propias de cada individuo. El gusto por determinados alimentos, que los pacientes manifiestan en las consultas, permitirá operacionalizar dicho postulado y adaptar sus requisitos específicos (de micro y macro nutrientes) a aquellos que quienes consultan puedan, o quieran, comer apuntando a la optimización de cada ingesta. En dicho mecanismo hallamos una contundente apuesta a la comensalidad individual ya que la persona debe planear para sí qué habrá de comer cuatro (o seis) veces al día a lo largo de una semana. Dicha planificación incluirá también las excepciones calóricas permitidas. El rol de dichas singularidades gastronómicas es diferenciarse del bajo continuo que conlleva la correcta realización del plan mientras que también éstas serán rutinizadas a largo plazo, no serán tratadas como un exceso sino como la forma de neutralizar un deseo (si se quiere estas licencias pueden pensarse como una vacuna, donde se busca generar anticuerpos a partir de la inoculación de un virus en bajas dosis).

Intentaremos ahora dar cuenta de cuáles son productos específicos que devienen fundamentales en la práctica clínica y abordar el correlato corporal que implican. Inicialmente podemos sugerir que si ubicamos la totalidad de los alimentos en un espectro alimenticio los polos del mismo representarían aquellas preparaciones que huelgan y pueden ser rotuladas de lujosas, mientras la parte central (aquella que comprendería la luz visible) serían los alimentos saludables. Como eje central de dicha categoría encontramos las verduras crudas y cocidas (al vapor o al horno). Su rol será nuclear todas las preparaciones a su

alrededor. Luego hallamos una cantidad de ingredientes, responsables del aporte de HdC y proteínas, que serán incluidos reiteradas veces a lo largo de la semana (cuya intercambiabilidad es prácticamente ilimitada). Las médicas insisten en lograr que la columna vertebral del plato pase de la carne o la tarta hacia las verduras de estación. En sus diagnósticos no pesan la gran batea de aspectos sociales que hacen inviable para una familia de bajos recursos tan sólo acceder a los vegetales (menos aún la cantidad de trabajo que implicaría convertirlos en comida o cuánto rinden en el marco de una familia numerosa). Respecto a esta distancia nos gustaría aportar un ejemplo. Mientras la Dra. Trevi sostiene, con pesar, que “el asado usual entre los obreros de la construcción ha sido reemplazado por el sándwich de mortadela” encontramos que nuestro país registra el mayor consumo de carne bovina a nivel mundial. Durante 2007 en Argentina se consumieron 68,5 kg. por habitante, mientras en los EEUU, segundo consumidor mundial, fueron 43,2 kg. por habitante para el mismo período¹³. Esto no implica que la crisis económica sea indiferente para dichos consumos, pero muchas veces las capacidades de adaptación u opción por cortes más económicos (sostenidos por el gusto y las capacidades “rendidoras” de ciertos consumos) es negado tras el ya analizado mal comer de los pacientes.

Los lácteos incluidos en plan alimentario serán descremados y también sobre ellos habrá una fuerte vigilancia. Retomemos aquí un breve extracto de Álvarez y Pinotti: “La ‘onda diet’ hace su aparición por estas costas en la década del setenta, con la incorporación de los edulcorantes para enfermos, que más tarde se utilizan para

disminuir las calorías en la ingesta de los obesos. (...) El antiquísimo juego de los polos ‘frío-caliente’ de la medicina tradicional es puesto al servicio de la alimentación diet: las comidas apropiadas son situadas en el extremo de lo frío/templado; por lo tanto se recomiendan alimentos licuados o procesados como papilla de bebés, yogures o quesos blancos. Los cultores de la dieta se enfrentan a la mirada inquisidora y no tan secreta de los otros (... viéndose ...) obligados a comer solos y a llevar tapers dondequiera que vayan” (Álvarez y Pinotti, 2000: 234-235). Dos elementos cualitativamente distintos, al comparar esta aseveración con nuestro trabajo de campo, es que lo dietético o light ya no constituye una onda sino que se expresa como el deber ser mientras que actualmente no puede distinguirse al obeso del enfermo. Las médicas, si bien ponen sus reparos respecto a las posibles consecuencias de la ingesta excesiva de edulcorantes, los encuentran siempre preferibles sobre el azúcar. El consenso es logrado también allí ya que entre las personas provenientes de los sectores menos privilegiados encontramos un esfuerzo económico (y de paladar) por adaptarse a los múltiples sustitutos del azúcar.

Aseveramos entonces que la comida útil que impulsa la clínica médica se dirige a lograr un cuerpo durable. Si un paciente es saludable (o no) parece estar supeditado a otras variables independientes, pero comer según se prescribe en el servicio sería la forma de contribuir al mantenimiento corporal. Por otro lado, los desajustes, excesos y descontroles sólo llevarían a obstáculos auto-impuestos. Así, ese cuerpo que nos acompañará durante toda la vida debe ser provisto con lo que requiere y no con aquello

que el deseo le impone. Sumemos aquí un extracto de la entrevista con la Dra. María Salgado.

“Creo que no todo debe ser gourmet ni placentero. La comida es lo que necesitamos para funcionar. Los alimentos proveen nuestra energía para pensar, para correr, para trabajar, para todo lo que hacemos en nuestra vida: es nuestra energía. Entonces no debemos atribuirle ninguna connotación más que esta. Me parece que si para alguien todo pasa por lo gourmet hay alguna alteración, no puedo llamarlo patológico, pero es algo desvirtuado de lo que es el acto de comer en sí mismo”.

Como complemento gráfico de este imaginario médico, que manifiesta la visión negativa hacia la inactividad o el sedentarismo, propongo observar la publicidad de un tratamiento para la diabetes adjuntada en el anexo documental.

Así, obtenido el consenso respecto a la “mera utilidad” de la comida subsisten dos aspectos vitales que, siempre siguiendo los parámetros clínicos, deben ser resituados.

El primero de ellos es el placer. Independientemente del “componente genético” que la obesidad posee para la medicina en general, su forma de combatirla más efectivamente es detectar y remover, aquellos detonadores de placer gastronómico (entendidos como múltiples juegos de sabores que cambiarán según el estrato social del paciente). Sin embargo, los procesos químicos que ciertos alimentos producen en las personas¹⁴ son ampliamente valorados desde el saber médico. Así cuando la Dra. María Salgado escribe a una paciente, usando el recetario habitual-mente empleado para las medicinas, las diferentes marcas (y tipos) de chocolate que puede consumir encontramos

que su tratamiento apunta al efecto físico positivo esterilizando su placer. La médica lo prescribe como parte de la terapia, y su ingesta desmedida (recordemos que se trata de chocolates) equivaldría a una sobredosis. La cuota suplementaria de goce deberá hallarse por medio del ejercicio físico, especialmente el aeróbico. En este sentido las caminatas también deberán ser independientes del estado de ánimo y de las condiciones climáticas (una recomendación usual para los pacientes es la inscripción en un gimnasio en las cercanías de sus hogares). El aspecto sexual-erótico es muchas veces soslayado durante las consultas, y si bien se lo menciona con eufemismos está contemplado como otra forma para obtener placer. En este sentido la Dra. Ana Mitre asevera que mediante el llamado “Gastro-Sexual” podemos encontrar la combinación de múltiples fuentes de goce. La profesional sostiene que esta novedad en la masculinidad se deriva de la crisis económica actual y se sustenta en lograr la seducción mediante técnicas gourmets. Así se suma a la reducción de costos (comparada con un restaurante) la presentación de un menú muy elaborado con pequeñas porciones cuyo fin es la atracción de la otra persona. Si bien la mayoría de las médicas entrevistadas sostienen que ese tipo de sofisticación no abunda entre los pacientes que consultan en el Hospital Durand su experiencia en el ámbito privado las hace enhebrar el onanismo con este tipo de preparaciones. Si bien no ahondaremos más en este aspecto, es significativo que la Dra. Mitre presenta al Gastro-Sexual como un novedoso eslabón de la cadena que contiene al “Metro-sexual” y marca así un paso de la preocupación por la estética y los modos a un desplazamiento hacia algo que ella asume propiamente femenino: la cocina.

El segundo aspecto que las médicas tratan de desvincular de la comida es la angustia. El componente nocivo que las emociones poseen para las médicas es contundente y hallamos una sustancial apuesta por la autonomización de ambos aspectos como modo preventivo de atracones o posibles retrocesos en los indicadores numéricos del tratamiento. Más allá de lo acotado de nuestro enfoque vale señalar que múltiples drogas, diseñadas para lograr el descenso de peso, actúan sobre el sistema nervioso central y apuntan a la inhibición del apetito¹⁵. Otro elemento que da cuenta del nexo entre lo psíquico y la intervención clínica nutricional es que este servicio cuenta con un grupo de psicólogos y psiquiatras con quienes trabajan interdisciplinariamente. De esto se desprende la significativa relevancia que posee para las profesionales “poner la cabeza en orden”. Sin embargo, los únicos avances que reconocerán como legítimos (conservando la imagen de “un cuerpo que debe ser saludable” como meta) son aquellos que alejan a los pacientes de los factores de riesgo (la definición de cuerpo legítimo aquí retomada se halla en Bourdieu, 1986). Desde esta especialidad el cuerpo debe contener carriles diferenciados e inconexos libres de obstáculos. De esta manera la nutrición representa la totalidad individual y se suscita un trabajo aislado sobre diferentes conjuntos de aspectos vitales. En este sentido hacemos notar que durante una gran cantidad de las consultas los pacientes verbalizan sus sensaciones corporales como si lidiaran con una “caja negra”¹⁶. Así enumeran una serie de entradas y salidas, esperando que la médica establezca el vínculo entre ambos campos y esclarezca como sucedió el pasaje. Muy lejos de nuestra reflexión podría llevarnos analizar el

sin sentido corporal que la medicina siquiera pretende elaborar. Sin embargo, estimamos que allí descansan uno de los puntos nodulares a la hora de señalar la tensión que la angustia produce en los pacientes que asisten desde los albores del día al servicio en busca de nuevas maneras de actuar sobre sus cuerpos.

Conclusiones

Este trabajo avanzó teóricamente sobre determinados supuestos y acciones que moldean el imaginario clínico, basado en una separación cuanti-cualitativa entre el cuerpo saludable y el enfermo, a partir de un modo específico de tratamiento como la nutrición. Una vez conseguido que el o la paciente asuma su patología el espectro de intervención sobre sus cuerpos y hábitos, halla pocos argumentos adversos (eso no implica que la oposición y resistencia de los pacientes ante los cambios drásticos deje de existir). Sin embargo, es sobre la percepción de un deterioro internalizado donde actúan las dicotomías antes mencionadas: alimentos adecuados/excesivos; un estado espiritual equilibrado/desequilibrado; o motivos de ingesta físicos/psíquicos. Como se puede observar el primer término, de cada par, implica una cuota de “verdad” o “naturalidad” que le está vedado al segundo, y por lo tanto atenta contra el bienestar los pacientes y sus sostenes físicos.

Por razones de exhaustividad debemos señalar determinados aspectos estructurales con los que lidian cotidianamente las profesionales con quienes hemos compartido largas jornadas laborales. Mientras el gobierno municipal recientemente invirtió en nuevos bancos metálicos para los pacientes, y un gran televisor que pende sobre la sala de

espera, la cantidad de personal y sus salarios se mantienen estancados. Las médicas se ven envueltas en un constante clima de precarización y flexibilización laboral y la mayor parte de ellas concurren gratuitamente al servicio. Tampoco es menor la presión de los laboratorios en la imposición de sus productos ni la superposición de planes estatales de salud, aspectos que encuentran como nefasto colofón la carencia de determinados insumos claves¹⁷, para un número de pacientes siempre creciente. Consideramos que estos aspectos no justifican ni matizan aseveraciones expresadas anteriormente, y sin embargo no pueden ser obviados para dar cuenta de las prácticas clínicas. En este sentido tampoco podemos dudar de la pericia y preparación de las médicas que se desempeñan en el Hospital Durand¹⁸ ni de su voluntad manifiesta respecto a que sus pacientes hallen una mejoría contundente en su calidad de vida y logren sostenerla en el tiempo. No obstante ello, la operacionalización de ciertos presupuestos, radicados en sus cosmovisiones clínicas, logra tener efectos contrarios a los pretendidos y la responsabilidad recae siempre sobre los pacientes.

Desde nuestra perspectiva entendemos que la lógica dualista y maniquea (cuya distinción primordial sería: sano/enfermo) posee connotaciones atemorizantes y degradantes para los pacientes. Si bien sus raíces se descubren en los orígenes mismos de la médica clínica asumimos que un acercamiento intelectual crítico de dichos postulados puede llevar a una positiva reformulación, sobre todo si el bienestar ajeno enfoca dicho ejercicio hermenéutico.

Notas

1. Los mismos implican principalmente: la sala de espera, los consultorios, las reuniones de admisión de pacientes y los ámbitos de distensión para los miembros del servicio.
2. Tras la muerte del Dr. Jadzinsky en diciembre de 2008 el servicio cuenta con un único miembro masculino, quien es concurrente de aquel espacio.
3. Respecto al nexo entre identidad cultural y sus particularidades culinarias puede consultarse el trabajo de Torres, G., Madrid de Zito Fontan, L. y Santoni, M. (2004).
4. Entendidos como aquellos conjuntos de órganos, incluidos sus nexos comunicantes, a los cuales se le asignan tareas biológicas complejas (vg. digerir, respirar, etc).
5. Los mismos son agrupados de la siguiente forma: hidratos de carbono, proteínas y lípidos.
6. Para intensificar esta sensación puedo marcar que buena parte del trabajo de campo coincidió temporalmente con los alumnos de una cátedra de nutrición quienes tenían sus primeras experiencias en consultorios.
7. Respecto de esta dicotomía y su construcción teórica puede consultarse Mauss, M. (1936).
8. Para mayores referencias sobre la tras-

- endencia que poseen dichos momentos consultarse Fischler, C. (1995b). En este capítulo el autor aborda lo que denomina "El imperio del snack".
9. Resulta entre gracioso e indignante el título de gurú que este profesional detenta en el tópico específico del descenso de peso y su pose en las fotografías de esta nota donde se resalta su faceta carismática que produciría la adoración por parte de las mujeres.
 10. Calificativo que comprende un conjunto de platos que amalgaman pequeñas porciones y una gran satisfacción palativa.
 11. Concepto originalmente acuñado por C. Levi-Strauss.
 12. Bastaría mirar una serie de publicidades de productos lácteos o de medicinas antigripales para notar la cantidad y multiplicidad de imágenes corporales que nos presentan audiovisual y cotidianamente.
 13. Los datos provienen de SAGPyA (2008), Noticias en los mercados de carne vacuna, Segunda quincena Enero, citados en Demarco, D., de la Orden, J., Cervini, L. y Gil, S. (2009).
 14. Ampliamente conocido es el vínculo entre el cacao (o los chocolates refinados) y la segregación de endorfinas.
 15. Una de las drogas más empleadas actualmente es la sibutramina que se vende bajo el nombre comercial de Acomplia ribonamant.
 16. Usando este concepto como lo emplea la teoría de sistemas.
 17. Sobre todo drogas para entregar a pacientes que consultan allí y viven en situación de pobreza o reactivos de laboratorio que permiten alcanzar un diagnóstico más preciso.
 18. Está claro que la carrera por la acumulación de certificaciones y formación permanente no deja indemne a ninguna disciplina científica.

Bibliografía

- Aguirre, P.
2005 Estrategias de Consumo: Qué comen los argentinos que comen. Buenos Aires: CIEPP-Miño y Dávila Editores.
- Aimez, P.
1979 Psicopatología de la alimentación cotidiana. Communications, N° 31.
- Álvarez, M. y Pinotti, L.
2000 A la Mesa. Ritos y Retos de la alimentación argentina. Buenos Aires: Grijalbo.
- Bataillle, G.
1949 La parte maldita. Buenos Aires: Las Cuarenta.
- Bourdieu, P.
1985 La distinción. Criterios y bases sociales del gusto. Barcelona: Taurus.

- 1986 Notas provisionales para la percepción social del cuerpo. En: AA.W. Materiales de sociología crítica. Madrid: La Piqueta.
- Bruera, M.
2006 La Argentina fermentada: vino, alimentación y cultura. Buenos Aires: Paidós.
- Crawley, A. E.
1895 Taboos of Commensality. Folklore, Vol. 6, (2).
- Demarco, D., J. de la Orden, L. Cervini y S. Gil
2009 De carne somos. Encrucijadas, nº 46.
- Douglas, M.
1966 Pureza y peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Elías, N.
1936 El proceso civilizatorio. Buenos Aires: FCE.
- Fischler, C.
1995a El (h)omnívoro. El gusto, la cocina y el cuerpo. Barcelona: Anagrama.
1995b Gastro-nomía y Gatro-nomía. Sabiduría del cuerpo y crisis biocultural de la alimentación contemporánea. En: Contreras, J. (comp.), Alimentación y cultura. Necesidades, gustos y costumbres. Barcelona: Alfaomega.
- Goffman, E.
1959 La presentación de la persona en la vida cotidiana, Buenos Aires: Amorrortu.
- Mauss, M.
1936 Sociología y antropología. Madrid: Tecnos.
- Mintz, S. y Du Bois, C.
2002 The Anthropology of Food and Eating. Annual Review of Anthropology, Vol. 31.
- Sanguinetti, M. F.
2009 La obesidad se contagia de hábito en hábito. Dr. Máximo Ravenna. Para Ti Online, <http://www.parati.com.ar/nota.php?ID=10517>.
- Sibilia, P.
2005 El hombre postorgánico: Cuerpo, subjetividad, y tecnologías digitales. Buenos Aires: FCE.
- Torres, G., L. Madrid de Zito Fontán y M. Santoni
2004 El alimento, la cocina étnica, la gastronomía nacional. Elemento patrimonial y un referente de la identidad cultural. Scripta Ethnologica, Vol. 26.
- Vigarello, G.
1978 Corregir el cuerpo. Historia de un poder pedagógico. Buenos Aires: Nueva Visión.
2004 Historia de la belleza. El cuerpo y el arte de embellecer desde el Renacimiento hasta nuestros días. Buenos Aires: Nueva Visión.

Weber, M.
1920 Ensayos sobre Sociología de la Religión I. Madrid: Taurus.

nutricional así como también saberes en torno a la alimentación contruidos socialmente.

Resumen

Este trabajo surge como una segunda etapa dentro del marco de una estadía etnográfica realizada en el servicio de Nutrición y Diabetes del Hospital General de Agudos Carlos G. Durand (ubicado en el barrio de Almagro en la Ciudad Autónoma de Bs. As.). Para el mismo nos planteamos como objetivo reconstruir cuales son las nociones de alimentación, comida sana y plan alimentario entre las diversas profesionales que atienden en dicha unidad clínica (el servicio cuenta con una planta de personal fundamentalmente femenina). Esta indagación nos permitirá avanzar sobre los criterios de ponderación y valoración (que devienen, luego, en razones para la prescripción) de ciertos alimentos para el contexto específico de un hospital público en la actualidad. Nos interesa específicamente revisar qué razonamientos culturales, científicos y de clase yacen detrás de esas opciones así como también qué tipo de comensalidad se incentiva entre los y las pacientes que buscan en la clínica médica una solución o un tratamiento paliativo, para sus conductas alimentarias, así como para sus efectos ostensibles: obesidad y sobrepeso. Nuestra indagación busca insertarse dentro de los estudios pertenecientes a la sociología del cuerpo y abrevará a diferentes herramientas cualitativas (entre ellas a la observación participante y la entrevista en profundidad) para distinguir categorías operantes sobre estos tópicos que vinculan dimensiones propias de la práctica médica, la ciencia