



COMIENDO COSAS DE NO COMER. TENTATIVAS ANTROPOLÓGICAS EN TORNO A LA PICA

Òscar Lamora Giral

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.

Comiendo cosas de no comer. Tentativas antropológicas en torno a la Pica

OSCAR LAMORA GIRAL



TESIS DOCTORAL
2024

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

COMIENDO COSAS DE NO COMER.TENTATIVAS ANTROPOLÓGICAS EN TORNO A LA PICA

Òscar Lamora Giral

Comiendo cosas de no comer. Tentativas antropológicas en torno a la Pica

Oscar Lamora Giral

Tesis Doctoral

Dirigida por: Mabel Gracia Arnaiz
Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social.



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
COMIENDO COSAS DE NO COMER.TENTATIVAS ANTROPOLÓGICAS EN TORNO A LA PICA
Òscar Lamora Giral

Imagen de portada:
Oscar Lamora



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

HAGO CONSTAR que la tesis doctoral de Oscar Lamora Giral titulada «Comiendo cosas de no comer. Tentativas antropológicas en torno a la Pica», que opta a la mención internacional, se ha realizado bajo mi dirección. Para que tenga los efectos oportunos, firmo esta declaración en Tarragona, el 5 de julio de 2024.

Directora de la tesis doctoral

María Isabel Gracia Arnaiz

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

COMIENDO COSAS DE NO COMER.TENTATIVAS ANTROPOLÓGICAS EN TORNO A LA PICA

Òscar Lamora Giral

Mi más profundo agradecimiento

a Mabel Gracia,
directora de esta tesis,
por la delicadeza y certidumbre
con las que me ha guiado.
A María João Queirós,
por todas y cada una de sus buenas ideas.
A Virginia Calado,
mi orientadora en Lisboa.
A Ismael Fernández,
al que espero volver a ver pronto.
A todas las instituciones e informantes
que han colaborado
en esta investigación.
A todos y todas
los que han creído
en este proyecto.

(Eso no se come)
A mi hija Mina,

Esta investigación ha sido financiada por la *Agència de Gestió D'ajuts Universitaris i de Recerca (Agaur)* mediante el *Programa de Ajuts per a la Contractació de Personal Investigador Novell (FI 2020)*, como personal investigador predoctoral en formación del Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social de la Universitat Rovira i Virgili.

In 1971 I did something I should not have done
it made my mother and father worry
I ate three toothpicks, a goldfish
and a child's candle making kit that belonged to my sister

ooh-oh-oh

and clay for eating is a craving for pregnant woman and young children
and soil for eating is a medicine in Africa

ooh-oh-oh

Haven't you ever wondered what rust may taste like?
Well, I know and it's alright
why don't you try it?
the doctor's don't matter cause I know you'll be fine

ooh-oh-oh

Song For Man With Pica Syndrome
(Let's Wrestle)

Índice

| | |
|---|-----------|
| [1] | |
| INTRODUCCIÓN..... | 14 |
| PRESENTACIÓN..... | 14 |
| OBJETO DE ESTUDIO..... | 16 |
| ANTECEDENTES..... | 17 |
| La Pica como objeto de estudio, 17; | |
| Perspectivas antropológicas, 20 | |
| HIPÓTESIS..... | 23 |
| OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN..... | 24 |
| Objetivos generales, 24; Objetivos específicos, 26 | |
| METODOLOGÍA..... | 28 |
| Revisión bibliográfica, 30; Consulta de fuentes documentales históricas, 31; | |
| Estudio cuantitativo, 31; Entrevistas en profundidad, 33; Triangulación, 34; | |
| Problemáticas etnográficas, 34; Consideraciones éticas, 36 | |
| [2] | |
| CONSIDERACIONES PRELIMINARES EN TORNO A LOS CONCEPTOS ALIMENTO, NUTRIMENTO, COMESTIBLE Y ALIMENTACIÓN..... | 37 |
| Alimentos y nutrimentos: más allá de la nutrición, más allá de la alimentación, 37; | |
| Comestible: una categoría amplia, ambigua y cambiante, 39; | |
| Alimentación: una práctica social situada, 42 | |

| | |
|---|------------|
| [3] | |
| LA ALOTROFAGIA COMO OBJETO DE SANCIÓN SOCIAL: | |
| LA PICA..... | 47 |
| UN CURIOSO CLAMOR..... | 47 |
| Por qué las preñadas aborrecen muchos alimentos buenos y apetecen otros no usados, malos y dañosos, 51; No solo las preñadas..., 56 | |
| EL NOMBRE..... | 59 |
| La hiedra y la urraca, 60; La Malacia, 71 | |
| LOS DOCTORANDOS..... | 73 |
| Disputatio Médica Inauguralis, 74; La supresión de los meses, 78; Una interminable lista de insólitas apetencias, 81; De los errores del cuerpo a los errores de la imaginación, 84 | |
| DE MORBO VIRGINEO..... | 86 |
| La clorosis, 86; Del morbus pregnantibus al morbus virgineus, 90; Bucarofagia, 93; Un trastorno digestivo, 96; Cénit y ocaso de la clorosis, 98 | |
| THE DIRT-EATERS..... | 102 |
| La cachexia africana, 103; Jóvenes cloróticas y negros caquécticos, 107; Tapar bocas, cortar cabezas, 109; Los apetitos de las mujeres negras embarazadas, 112; El final del Dirt-eating, 115 | |
| NIÑOS, LOCOS Y NIÑOS LOCOS..... | 119 |
| Los niños, 119; Pica y plomo, 122; Los niños locos, 123; Los locos, 131 | |
| [4] | |
| EL MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO | |
| DE LOS TRASTORNOS MENTALES..... | 135 |
| La noción de peligrosidad, 136; El paradigma nutricional, 138; La capacidad de discernimiento, 141; La sanción cultural, 143 | |
| [5] | |
| DIFICULTADES EPISTEMOLÓGICAS EN TORNO A LA PICA..... | 145 |
| UN PROBLEMA DE CATEGORÍAS..... | 145 |
| A vueltas con la definición, 146; Los artículos científicos, 150; Tipos y Picas, 153 | |
| LA (ESCASA Y DISPAR) EPIDEMIOLOGÍA DE LA PICA..... | 157 |
| Pacientes psiquiátricos, 158; Población general, 159; Niños, 160; Embarazadas, 161; El estudio danés, 167; Anemia y Pica, 168; En torno a los datos, 171 | |

[6]
COMIENDO COSAS DE NO COMER.....174

PAISAJE GENERAL DE LA PICA:
MÁS ALLÁ DE LOS GRUPOS DE RIESGO.....174

El cuestionario, 176; Las entrevistas, 181;
Más allá de los grupos de riesgo, 196

EL DISCURSO EXPERTO: NIÑOS,
LOCOS Y EMBARAZADAS.....200

Los médicos, 200; Un centro de atención para personas
con discapacidad intelectual, 210; La escuela, 217;
Los tres grupos de riesgo, 221

[7]
**CONCLUSIONES. LA ALOTRIOFAGIA COMO
PRÁCTICA ALIMENTARIA: HACIA UN OMNÍVORO TOTAL.....228**

La sanción médica; 230; Agentes, 233; Sustancias, 236;
Hacia un omnívoro total, 240

[7]
**CONCLUSIONS. ALLOTRIOPHAGY
AS A DIETARY PRACTICE: TOWARDS A TOTAL OMNIVORE.....246**

*Medical sanction; 248; Agents, 251; Substances, 253;
Towards a total omnivore, 257*

BIBLIOGRAFÍA.....263

ANEXOS.....289

I. Modelo de cuestionario, 290; II. Modelo de consentimiento, 293
III. Imaginario médico de la Pica, 296

RESUMEN

El presente estudio propone un abordaje antropológico del consumo humano de sustancias caracterizadas culturalmente como no-comestibles, o alotriofagia, y de la Pica como su forma de sanción médica. Para ello, hemos realizado una revisión sobre esta práctica alimentaria a partir del análisis de los documentos históricos y la literatura científica disponible, así como una aproximación etnográfica que ha tenido en cuenta a profesionales de la salud y a personas que llevan a cabo este tipo de consumos; centrándonos principalmente en el perfil social de los agentes involucrados, el tipo de sustancias consumidas, su categorización y las formas de sanción cultural. A lo largo de nuestra investigación hemos podido comprobar la escasez de estudios antropológicos centrados en esta materia, al igual que la gran disparidad de argumentos científicos producidos en cuanto a su abordaje y definición. Uno de los descubrimientos más significativos ha sido constatar la escasez de pacientes diagnosticados por los sistemas de atención sanitaria. Consideramos que el estudio de esta categoría nosológica, en tanto que "anomalía" alimentaria, puede proporcionarnos claves acerca de las lógicas que determinan nuestras prácticas alimentarias.

ABSTRACT

The present study proposes an anthropological approach to the human consumption of substances culturally characterized as non-edible, or allotriophagy, and to Pica as its form of medical sanction. To this end, we have conducted a review of this eating practice based on the analysis of historical documents and available scientific literature, as well as an ethnographic approach that has taken into account health professionals and individuals who engage in this type of consumption; focusing on the social profile of the agents involved, the type of substances consumed, their categorization, and forms of cultural sanction. Throughout our research, we have observed the scarcity of anthropological studies focused on this subject and the great disparity of scientific arguments produced regarding its approach and definition. One of the most significant findings has been the absence of patients diagnosed by healthcare systems. We believe that the study of this nosological category, as a dietary "anomaly," can provide insights into the logics that determine our eating practices.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

COMIENDO COSAS DE NO COMER.TENTATIVAS ANTROPOLÓGICAS EN TORNO A LA PICA

Òscar Lamora Giral

[1] INTRODUCCIÓN

Presentación

Todo marco cultural regula los consumos alimentarios; en ocasiones los restringe, a veces los prescribe, otras directamente los prohíbe. Del mismo modo, se suelen sancionar las formas, las situaciones y las personas en relación con estos consumos. Nuestro marco cultural también comparte este tipo de regulaciones dietéticas, sin embargo, más que en forma de imposiciones comunitarias o religiosas, estas suelen darse a modo de recomendaciones, advertencias y sanciones médicas; muchas de las cuales emanan del dispositivo psiquiátrico. Tal es así que su particular reglamento recoge un extenso catálogo de desórdenes y síndromes alimentarios; entre los que podemos encontrar trastornos por no comer, por comer poco, por comer demasiado, por comer tan solo unas pocas cosas, por hacerlo compulsivamente, por comer de noche, por comer sin tragar, por regurgitar lo recién comido, y también algo que de entrada puede sonar contradictorio: por comer cosas no comestibles. De esta "anomalía" y de su sanción, a la que la medicina denomina Pica, nace el presente trabajo.

Comprender la anomalía implica un notable esfuerzo; nos obliga a poner en suspenso la normalidad. Puede que esta suerte de extrañamiento sea el ejercicio más paradigmático de la antropología; todos, desde Malinowski hasta Mary Douglas, fueron al encuentro de la

alteridad para poder hacer gala de ello. A la postre, el valor de sus conclusiones dependió en gran medida de su capacidad para reconsiderar las categorías de las que ellos mismos formaban parte.

Comprender la alimentación, como cualquier otro hecho social, implica grandes dosis de este esfuerzo. La normatividad alimentaria establece unas reglas acerca de lo que podemos comer; de cómo, de cuándo, de quién, de en qué cantidad, etc. Pero también acerca de lo que debemos o no considerar una práctica alimentaria.

En este sentido, la Pica representa una privilegiada piedra de toque. Saber de personas que comen cosas categorizadas como no comestibles hace cuestionarnos los límites de la alimentación hasta el punto de desdibujarla. Lo más socorrido, como con otro tipo de transgresiones sociales, sería apelar al salvajismo o a la enfermedad mental; sin embargo, como antropólogos, no podemos o no sabemos conformarnos con eso.

Objeto de estudio

Desde el punto de vista médico la Pica es un trastorno caracterizado como "la ingestión persistente de sustancias no nutritivas y no alimentarias durante un periodo mínimo de un mes" (APA, 2014, p. 329); de igual modo, tal y como señalan los manuales al uso, la medicina considera que no debe emitirse un diagnóstico de Pica en niños menores de dos años o cuando el comportamiento forme parte de una práctica culturalmente aceptada.

Aunque hoy en día se catalogue como un "trastorno de la conducta alimentaria", al lado de entidades como la anorexia o la bulimia, su irrupción como psicopatología contemporánea vino de la mano de la infancia, ya que su primera aparición en dichos manuales, a principios de los años ochenta (DSM, 1980), se enmarca en los capítulos dedicados a los "trastornos de la infancia, la niñez y la adolescencia".

Los casos documentados muestran como por sí sola no implica un deterioro en el funcionamiento psicosocial del paciente ni en el resto de su dieta ordinaria, aunque en ocasiones si una serie de daños para su salud, a veces de carácter grave; como obstrucciones intestinales, casos de parasitosis, intoxicaciones o lesiones dentales. Por otro lado, un dato a reseñar es que la Pica es el único trastorno del comportamiento alimentario que puede presentar comorbilidad con algún otro de su clase.

El catálogo de cosas que los afectados pueden llegar a ingerir resulta de lo más extenso. Siendo una serie de materiales, ingredientes comunes sin procesar y partes o excrecencias corporales los más habituales. Entre ellos, la literatura médica recoge consumos de tierra, cal, esponja, papel, pegamento, arroz crudo, pelo o mocos, entre otros. No obstante, la mayor parte de los estudios a nivel global se han centrado en el consumo de tierra y arcilla, conocido con el nombre de *geofagia*; y en menor medida en la *amilofagia* y la *pagofagia*, en referencia al consumo de almidón y hielo (Young, 2011; Parry-Jones & Parry-Jones, 1992; Parry-Jones, 1992).

Respecto a su prevalencia, los datos disponibles no ayudan mucho, se cree que afecta en mayor medida a niños, mujeres embarazadas y enfermos mentales, sin embargo, las tasas obtenidas, en función de la categorización que se haga de la Pica y el contexto cultural escogido, resultan ciertamente dispares. Además, destaca la práctica inexistencia de estudios llevados a cabo con otro tipo de grupos sociales, como hombres adultos o personas mayores.

En muchos de estos estudios se menciona el problema de su invisibilidad social y se sugiere que muy probablemente estemos ante una entidad clínica infradiagnosticada. Tal es así, que es difícil encontrar historias clínicas y reportes médicos con diagnósticos de Pica. Alguno de los motivos que se alegan son la falta de interés facultativo y la supuesta ocultación que los pacientes hacen de su comportamiento.

Pero más allá de las disposiciones médicas, la Pica, o más bien, el comportamiento alimentario que la caracteriza, la *alotriofagia*¹, ha sido documentado en multitud de prácticas y situaciones sociales en diversas épocas y latitudes culturales, desde el Paleolítico hasta la actualidad (Rosenblat, 1936; Clark, 2001; Parry-Jones & Parry-Jones, 1992; Laufer, 1930; Anell & Lagercrantz, 1958, Young, 2011; Callahan, 2004). Este hecho invita a pensar que pueda ser algo más que una patología mental o una entidad clínica, por lo que también ha sido interpretada como una práctica sociocultural.

En las últimas décadas se han formulado diversas hipótesis basadas en enfoques que van desde la sociobiología a la neuropsiquiatría pasando por los estudios etológicos y la antropología. No obstante, ninguna de ellas ha dado con una explicación plausible o generadora de un mínimo consenso científico. Y es que la Pica, aparte de escurridiza, sigue siendo una entidad poco estudiada, poco comprendida y mal explicada.

¹ Del gr. *ἀλλότριος* (allotrios), "extraño", y *φαγία* (phagia), "acción de comer".

Antecedentes

La Pica como objeto de estudio

Aunque de forma escasa y fragmentaria, la Pica ha sido abordada desde multitud de marcos y disciplinas académicas, tales como la etología, la geología, la arqueología, la psicología, la antropología, la historia, el arte, la medicina, la medicina veterinaria o la nutrición. De entre todos estos estudios, en cuanto a volumen, destacan por encima del resto aquellos que proceden del campo médico; siendo la psiquiatría, la pediatría y la obstetricia las especialidades más pródigas.

En el terreno psiquiátrico podemos encontrar estudios y reportes de casos en los que la Pica aparece casi exclusivamente como síntoma de otras dolencias mentales, principalmente en trastornos del espectro autista (TEA), esquizofrenia y trastorno bipolar. Se trata de casos en los que las consecuencias de la Pica suelen revestir una notable gravedad. Casos caracterizados por ingestas bizarras de artículos como monedas, cristales o productos de limpieza. Las explicaciones causales para estos comportamientos nos hablan de disregulaciones neuronales (Cardoso et al., 2021; Danford and Huber, 1981), adicción (Schnitzler, 2022), incapacidad para refrenar ciertos impulsos (Cardoso et al., 2021; Khosravi, 2021; Osuji & Onu, 2019) o como efecto secundario de tratamientos con fármacos antipsicóticos (Singh et al., 1994). Aunque en ocasiones, estos consumos también son interpretados como formas de delirio o tentativas autolíticas (Klein et al., 2014).

Por su parte, la psicología baraja otras hipótesis, como aquellas que relacionan la Pica con el stress psicosocial (Singhi et al., 1981), el aislamiento social (Ashworth et al., 2009) o las que la achacan a una excesiva necesidad de autoestimulación oral (Lourie, 1967). En cualquier caso, de cara a su tratamiento terapéutico, en todos los supuestos quedan prescritos el uso de psicofármacos, la terapia cognitivo-conductual y una serie de medidas reeducativas dirigidas tanto a los pacientes como a las familias. Medidas hacia las que parece que la Pica se muestra refractaria, puesto que son muchos los reportes que informan de lo insidiosos e incorregibles que pueden llegar a resultar este tipo de comportamientos.

Dentro de los otros dos ámbitos médicos mencionados, el de la pediatría y la obstetricia, encontramos artículos que se interesan por los mecanismos etiológicos que entrarían en juego en la Pica infantil y la Pica gestacional. Para el caso de las mujeres embarazadas se suele acudir

a factores relacionados con déficits micronutricionales que supuestamente acontecen a lo largo del periodo de gestación (Roy et al., 2018; Khoushabi et al., 2014; Young et al., 2010). Dichas deficiencias pueden dar lugar a cuadros clínicos de anemia provocados por la disminución de componentes minerales como el calcio, el zinc o el hierro. En estos casos, la Pica es interpretada como un mecanismo de suplementación natural al que estas personas acuden sin ser conscientes de ello.

Entre la infancia, diversos estudios, sobre todo en países de Oriente próximo, defienden la existencia de unas altas tasas de prevalencia de Pica dentro de grupos de pacientes afectados por anemia (Sadeghzadeh et al, 2017; El nemer et al, 2014). Sin embargo, en aquellos estudios realizados en Europa y Estados Unidos, la Pica infantil suele asociarse a niños con trastornos del espectro autista, déficits intelectuales o trastorno por déficit de atención (TDAH) (Neumeyer et al., 2019; Fields et al., 2021). En cualquier caso, en todos estos trabajos se intenta establecer una frontera entre los comportamientos exploratorios considerados normales dentro del proceso de desarrollo cognitivo del niño y aquellos otros que deben ser interpretados como patológicos.

Otras disciplinas, como la etología o la medicina veterinaria, también se han centrado en las supuestas propiedades micronutricionales de algunas sustancias Pica, tomando como muestra el comportamiento de muchas especies animales; loros, perros, gatos, ratas, antílopes o primates, que por razones inciertas ingieren tierra, mocos o cal (Fabre et al., 2022; Abrahams, 2013; Pebsworth et al., 2019; De Jonghe et al., 2009; Baptista, 2008). Aunque en ocasiones también se baraja la posibilidad de que se trate de un mecanismo adaptativo detoxificante, cuyo cometido sería liberar al organismo de sustancias potencialmente dañinas (Pebsworth et al., 2019; De Jonghe et al., 2009).

Por su parte, la geología acude tanto a los hallazgos de los etólogos como a las investigaciones sobre geofagia humana con el propósito de analizar las propiedades bioquímicas de los materiales de origen mineral consumidos (Browman, 2004; Cerqueira, et al., 2019; Ferrell, 2008; van Dongen et al., 2011). En muchos de estos estudios se analizan muestras de tierras comestibles adquiridas en mercados de África y América Central; principalmente caolín, laterita, bentonita o tierra procedente de termiteros. En ocasiones se señala la presencia de altos valores de micronutrientes como calcio, hierro o zinc, que podrían ser beneficiosos para el organismo, tanto en el caso de animales como en el de humanos. Sin embargo, a la par, se plantea la duda acerca de su biodisponibilidad y el riesgo de intoxicación

debido a la presencia de metales pesados (Miller et al., 2018; Bonglaisin et al., 2022; Ekosse et al., 2021).

En el campo de la historia de la medicina, contamos con pocas pero interesantes revisiones sobre la Pica; de nuevo, casi todas centradas en la geofagia. Una de las más destacadas, la de Parry-Jones & Parry-Jones (1992), traza un breve itinerario histórico a lo largo de cinco siglos de Pica, en el que se enumeran sustancias y situaciones, sin embargo, más allá de intentar localizar su aparición en términos históricos y describir alguna de sus manifestaciones, no se logra profundizar en su etiología ni en cuestiones de orden cultural. Otra de estas revisiones, de la misma autora, desarrolla una historia de la *pagofagia*, una modalidad de Pica consistente en la ingesta de hielo (Parry-Jones, 1992) que se popularizó en Estados Unidos a finales del s. XX.

También la arqueología nos provee de investigaciones relacionadas con el consumo humano de sustancias no comestibles, que parten del hallazgo de evidencias prehistóricas y prehispánicas en África y Sudamérica; como el caso de *empanadillas* elaboradas con tierra cocida encontradas en yacimientos andinos (Guinea, 2006) o restos de arcilla blanca hallados junto a huesos de Homo hábilis en el yacimiento africano de Kalambo Falls (Clark, 2001). Igualmente, dentro de este grupo de estudios podríamos incluir trabajos como el Mathews (2009), una arqueóloga que ha investigado sobre el origen de la goma de mascar –un *borderline food*– localizando sus primeros usos en las culturas azteca y maya.

Por último, la historiografía del arte cuenta con monografías sobre la presencia de prácticas alotriofágicas en diferentes momentos culturales. Dos de ellas, escritas por una autora portuguesa y otra española, versan sobre la *bucarofagia*, una costumbre extendida entre las damas de la nobleza ibérica del siglo de Oro, consistente en el consumo de fragmentos de cierto tipo de pequeñas vasijas de barro denominadas búcaros (Michaelis, 1921; Seseña, 2009). Igualmente, dentro de los estudios literarios, podemos leer varios trabajos que analizan las alusiones al consumo de barro y otras sustancias; en novelas norteamericanas del siglo XIX, en clásicos como el Quijote o en obras de Lope de Vega (Fleissner, 2010; Larraín, 2005; Achury, 1967).

Perspectivas antropológicas

Son pocas las investigaciones dentro de la antropología social dedicadas a la Pica y a las prácticas alotriofágicas, en su mayor parte basadas en enfoques de corte adaptacionista. Si a esto añadimos que la mayor parte de la literatura etnográfica existente se centra casi exclusivamente en el estudio de la *geofagia*, puede invadirnos la sensación de estar adentrándonos en *terra incognita*.

Una de las obras más citadas es el libro *Craving Earth: Understanding Pica, the Urge to Eat Clay, Starch, Ice, and Chalk* de Sera Young (2011). La antropóloga norteamericana analiza la Pica en términos bioculturales, en busca de una explicación para este comportamiento alimentario. Aunque la mayor parte de su trabajo se centra en el consumo de tierra, también hace alusión a otros materiales como el hielo y el almidón. Las hipótesis que maneja interpretan la Pica de forma similar a cómo lo hace la medicina, a saber, una forma de micronutrición, un remedio paleomedicinal o una psicopatología.

Por su parte, los ya clásicos trabajos de Laufer (1930) y Anell & Lagercrantz (1958) proporcionan un paisaje general sobre el consumo de tierra en los cinco continentes. Ambos aportan innumerables ejemplos de consumos geofágicos, transmitiendo la idea de que estamos ante un fenómeno alimentario de gran calado, con cierto grado de universalidad. Sin embargo, estos autores hacen referencia a prácticas tan diversas, en diferentes épocas y contextos culturales, que nos lleva a pensar en que bien puedan tratarse como fenómenos de diferente naturaleza.

De este modo, encontramos autores que se han centrado en la función ritual de la geofagia, como el estudio del consumo de tierra sagrada procedente de algunos centros de peregrinación. Este sería el caso de Esquipulas y Chimayo en Centroamérica (Hunter & Kleine, 1984), donde los devotos ingieren tabletas de arcilla sagrada a la que atribuyen propiedades milagrosas, de forma similar a lo que puede ocurrir con el agua de determinados lugares santos.

Otros antropólogos se detienen en su uso medicinal, como estrategia para contrarrestar las indisposiciones propias del embarazo o forma de potenciar la fertilidad en las mujeres (Abrahams & Parsons, 1996; Fairhead, 2016). Paralelamente, se ha documentado su uso como eficaz neutralizador de algunas toxinas presentes en determinadas especies vegetales; como el caso del *Haemodorum spicatum*, un bulbo comestible que los Minang Nyungar

australianos utilizan como *staple* mezclándolo con tierra procedente de termiteros (Macintyre & Dobson, 2007).

También encontramos trabajos que resaltan la función saciante de ciertos preparados elaborados a base de tierra, como los *bon bon de terre* haitianos, consumidos en épocas de hambruna (Katz, 2008). O investigaciones que profundizan sobre su significado cultural y su función identitaria (Geissler, 2000; Gow, 1989); en relación con consumos asociados a determinadas prácticas y grupos sociales.

Sin embargo, da la impresión de que el peso específico de la *geofagia* eclipsa el consumo de otros no-comestibles; puesto que apenas encontramos antropólogos que hayan dedicado sus esfuerzos a la descripción y análisis etnográficos de otras prácticas alotriofágicas. De hecho, sería posible reseñar estos trabajos en tan solo unas pocas líneas.

Al ya mencionado trabajo de Young (2011), en el que se abordan otro tipo de consumos aparte de los geofágicos, podemos añadir la magnífica compilación editada por MacClancy, Henry y Macbeth (2008) bajo el título *Consuming the Inedible. Neglected Dimensions of Food Choice*. En esta obra se pretende arrojar algo luz acerca de las lógicas culturales en base a las que establecemos los límites de la comestibilidad. Para ello se presentan una serie de ejemplos caracterizados por su indefinición categorial; como el consumo de productos no comestibles en épocas de carestía, la ingesta de mocos o *mucofagia*, el desmedido uso de sal en la dieta occidental o la *antropofagia*. Todos estos ejemplos y algunos otros más nos hacen reflexionar acerca de algo en principio tan básico como es saber discernir qué es un comestible.

Aparte de las dos obras que acabamos de citar, solamente encontramos un trabajo etnográfico sobre el consumo de sustancias no-comestibles no centrado exclusivamente en tierra y arcilla. Se trata del estudio de Caitlyn Placek y Edward Hagen (2013) acerca de la Pica gestacional y la amilofagia en la India. En base a la información recabada mediante 95 entrevistas estructuradas a mujeres con hijos, las autoras sostienen que casi la mitad de ellas consumen o han consumido habitualmente arroz crudo; igualmente se reseñan otros ítems no comestibles como mango crudo, *vibuthi*, barro o pasta dentífrica. Las autoras recalcan que todos estos artículos, con la salvedad de las dudas que genera el mango crudo, son considerados no comestibles por la mayor parte de la comunidad, la cual sanciona negativamente su consumo.

Al margen de esto, tenemos que buscar en investigaciones antropológicas de carácter histórico sobre otro tipo de trastornos y patologías para volver a oír hablar de la Pica. En

trabajos como el de Helen King (2005) o Brumberg (1982) sobre la *clorosis* o el de Rana Hogart (2017) acerca de la *cachexia africana*. Dos enfermedades de época que tenían como uno de sus síntomas estrella el consumo de productos no-comestibles. En cualquier caso, podemos comprobar que el abordaje antropológico de la Pica es escaso, y que cuando acontece casi siempre es relativo a la geofagia y suele estar ambientado en países no industrializados. Por el momento, desconocemos las razones de este vacío.

Hipótesis

Poco se habla de la Pica, muy al contrario de lo que ocurre con otros trastornos y enfermedades habitualmente asociadas a nuestras prácticas alimentarias, tales como la anorexia, la bulimia, la diabetes, la obesidad, las enfermedades coronarias, entre otras. Aunque la Pica como categoría médica siga existiendo, son pocos los estudios y muy escaso el número de casos diagnosticados; lo que ha llevado a pensar en factores como que pueda darse una falta de interés facultativo o bien que pueda estar invisibilizada socialmente.

La Pica sanciona médicamente el consumo de sustancias no-comestibles, sin embargo, dicha categoría no es estática, muy al contrario, la noción de comestibilidad fluctuaría en función de una serie de variables biológicas, ecológicas y culturales. Planteamos que buena parte del infradiagnóstico y la escasez de estudios sobre la Pica pueda deberse a la extrema dificultad que supone su categorización.

Igualmente, el estudio de la Pica se ha ceñido a unos determinados grupos de riesgo, sin embargo, el hecho de que los pocos trabajos epidemiológicos que incluyen otros grupos sociales arrojen tasas muy a tener en cuenta, da pie a pensar que posiblemente estemos ante una práctica más generalizada.

Por otro lado, buena parte de estos estudios suelen relacionar la Pica y el consumo de sustancias no comestibles con algún tipo de función nutricional o la concurrencia de un trastorno mental. Por nuestra parte, aunque no desestimemos que esto pueda ser así en algunos casos y con algunos consumos, sospechamos que la nutrición y la psicopatología no serían el motor principal de este tipo de prácticas.

Tal y como han apuntado algunos autores, nuestras prácticas alimentarias están sujetas a una gramática; un sistema de comunicación que articula unidades discretas con significados específicos. Consideramos que el consumo de no-comestibles debería quedar incluido junto al resto de prácticas que estudia la antropología de la alimentación y ser estudiado a partir de las mismas herramientas teóricas.

Objetivos de investigación

En este capítulo definimos los objetivos del estudio, delineando las áreas clave que se explorarán para obtener una comprensión más profunda del objeto de estudio. A través de un enfoque histórico y sociocultural, se busca analizar aspectos fundamentales como la percepción social, el impacto médico y las influencias culturales que moldean la Pica. Cada objetivo específico se ha diseñado con el propósito de abordar distintos aspectos del fenómeno, con la meta última de mejorar la comprensión de una práctica alimentaria poco estudiada y mal comprendida.

1. Objetivos generales

Analizar factores culturales implicados en la construcción social de las categorías comestible/no-comestible

La categorización de lo que se considera comestible y no comestible varía significativamente entre culturas y sociedades, esta variabilidad puede influir en la manifestación y percepción de la Pica. Uno de nuestros objetivos busca comprender en profundidad cómo se construyen estas categorizaciones en diferentes épocas y contextos culturales. Al explorar estas diferencias, podremos identificar cómo las normas culturales y situaciones sociales influyen en la percepción de la alimentación y cómo estas percepciones pueden contribuir al mantenimiento de la Pica como forma de sanción médica. Además, este análisis nos permitirá identificar posibles discrepancias entre la percepción médica y social de dichas categorías, un factor de gran relevancia para la comprensión tanto de la Pica como del resto de prácticas alimentarias.

Describir Pica como sanción social de la alotriofagia

Este objetivo se centra en comprender la Pica como una forma de sanción social para el consumo de sustancias no comestibles. La alotriofagia puede estar relacionada con normas culturales y sociales que establecen qué comportamientos alimentarios son aceptables y cuáles

no lo son. Al investigar esta asociación, podremos identificar cómo las presiones sociales pueden influir en la forma de sancionar médicamente este tipo de consumos.

Esta sección se adentrará en el análisis de si la Pica ocurre predominantemente en situaciones sociales pautadas o si por el contrario estamos ante prácticas íntimas, analizando factores como la presión del grupo y la observancia de normas sociales que pueden influir en las diferentes manifestaciones de la alotriofagia. Se explorará cómo las teorías médicas que la asocian a elevados niveles de compulsividad y riesgo afectan a la percepción social de la Pica. De igual modo, pretendemos esclarecer las razones por las cuales la Pica es una entidad clínica escasamente diagnosticada y estudiada.

Valorar el impacto médico de la Pica en comparación con otros trastornos y prácticas alimentarias

Este objetivo busca evaluar el impacto médico de la Pica en la salud física y mental de los individuos afectados, así como compararlo con otros trastornos alimentarios y prácticas alimentarias "no convencionales". Buena parte de la literatura médica sugiere que la Pica puede estar asociada con una serie de complicaciones físicas y psicológicas, que pueden variar en gravedad según el tipo y la cantidad de sustancias no nutritivas consumidas. Al comparar la Pica con otros trastornos alimentarios, podremos identificar similitudes y diferencias en términos de presentación clínica, factores de riesgo y enfoques de tratamiento. Se comparará la presentación clínica y los enfoques terapéuticos basados en estas diferencias en contextos de Pica.

Economía Política de la Pica

Este objetivo se centra en examinar cómo factores económicos y políticos han influido en la prevalencia y manifestación de la Pica en diferentes épocas y contextos culturales. La disponibilidad de alimentos, la posición social, la globalización y las políticas alimentarias pueden guardar relación con la experiencia de la Pica, ya que influyen en las prácticas alimentarias y las normas sociales relacionadas con la alimentación. Al comprender estas dimensiones económicas y políticas, podremos identificar y abordar los factores estructurales que contribuyen a la asociación de la Pica a unos determinados grupos de riesgo.

2. Objetivos específicos

Tipificar el perfil social de los agentes afectados

Este objetivo implica identificar y caracterizar el perfil social de los individuos afectados por la Pica. Tradicionalmente, la medicina ha identificado ciertos grupos de riesgo, como niños pequeños, mujeres embarazadas y personas con trastornos mentales, como los más susceptibles de desarrollar prácticas alotriofágicas. Sin embargo, es posible que estas prácticas se den de manera más generalizada, afectando a individuos fuera de los grupos típicamente considerados en riesgo. Esta investigación explorará la posibilidad de que la Pica se manifieste en una variedad más amplia de contextos sociales y demográficos. Se sondearán patrones en cuanto a edad, género, nivel socioeconómico, educación o condición étnica. Además, se analizarán factores de riesgo adicionales y experiencias individuales que puedan influir en la manifestación de la Pica en diferentes grupos de población.

Describir modelos y situaciones sociales de consumo

Este objetivo se centra en comprender las formas y situaciones sociales en las que se manifiesta el consumo de sustancias no comestibles y en qué medida estas prácticas están socializadas e invisibilizadas. Es fundamental explorar cómo las prácticas alotriofágicas pueden estar influenciadas y mantenidas por normas sociales y culturales específicas. La investigación se enfocará en describir los modelos y situaciones sociales en los que ocurre el consumo de sustancias no nutritivas, analizando cómo factores como la tradición, la imitación, la presión de grupo y la normalización cultural pueden influir en estos comportamientos. A través de estudios cualitativos y etnográficos, se examinará cómo estas prácticas pueden ser transmitidas y perpetuadas dentro de las comunidades, y en qué medida el entorno social contribuye a la persistencia del consumo de sustancias no comestibles.

Localizar formas de rechazo y sanción social

Este objetivo implica identificar y analizar las formas de rechazo y sanción social, tanto informales como formales, hacia este tipo de consumos. Se realizará un análisis tanto

sincrónico como diacrónico para comprender cómo estas formas de rechazo han evolucionado a lo largo del tiempo y cómo se manifiestan en diferentes contextos culturales y sociales. El análisis sincrónico se centrará en las prácticas y actitudes actuales hacia la Pica, investigando cómo los individuos y las comunidades reaccionan ante este tipo de prácticas. El análisis diacrónico, por su parte, explorará la historia de la percepción y el tratamiento de la Pica, identificando cambios y continuidades en las formas de rechazo y sanción social. Esta investigación abarcará tanto las sanciones formales, impuestas por instituciones médicas o religiosas, como las informales, que incluyen la estigmatización, la discriminación y el ostracismo social.

Documentar histórica y etnográficamente el consumo de no-comestibles

Este objetivo se centra en obtener una comprensión más profunda y detallada del consumo de sustancias no comestibles. La investigación se enfocará en detectar las formas específicas de consumo, las sustancias consumidas, las repercusiones para la salud, las motivaciones de los agentes y el grado de ocultación que hacen de sus prácticas. A través de un enfoque histórico y etnográfico, se documentará cómo se manifiestan estas prácticas en diferentes contextos culturales y sociales. Se prestará especial atención a identificar las sustancias más comúnmente consumidas y los patrones de consumo, así como a las consecuencias físicas y psicológicas que este consumo pueden tener para la salud de los individuos. Además, se explorarán las razones subyacentes que llevan a los individuos a consumir sustancias no nutritivas, considerando factores psicológicos, culturales y sociales. También se investigará el grado en que los individuos ocultan estas prácticas debido al estigma o al temor a la sanción social.

Metodología

El presente estudio sobre la Pica y la alotriofagia adopta un enfoque metodológico mixto, integrando técnicas cualitativas y cuantitativas para capturar la complejidad de estas prácticas desde diversas perspectivas. Este enfoque permite una comprensión integral de las dimensiones históricas, culturales, sociales y epidemiológicas involucradas en estos comportamientos alimentarios. En la antropología médica y de la alimentación, es crucial emplear un enfoque holístico que considere tanto los contextos históricos como las experiencias subjetivas de los diversos agentes y los datos epidemiológicos. Siguiendo a Eduardo Menéndez (2012), quien enfatiza en la importancia de comprender las prácticas de salud y enfermedad como fenómenos socioculturales complejos, hemos adoptado una triangulación metodológica que nos provea de una visión profunda y multifacética del fenómeno.

Por un lado, mediante su estudio y análisis cuantitativo, exploramos la prevalencia y distribución demográfica de estas prácticas en la población. Esta aproximación cuantitativa nos proporciona una aproximación empírica de la magnitud del fenómeno y nos ayuda a identificar patrones significativos. Eduardo Menéndez (2012), tomando como referencia los trabajos seminales de Durkheim, aborda la importancia de integrar datos estadísticos para contextualizar las prácticas de salud dentro de estructuras socioculturales más amplias; en nuestro caso, nos proporciona una primera evaluación de la extensión del fenómeno en términos poblacionales y sus factores asociados.

Por el otro, a través de las entrevistas en profundidad, exploramos las experiencias individuales, percepciones culturales y significados simbólicos asociados con la Pica y la alotriofagia. La etnografía nos permite captar la complejidad de estas prácticas desde la perspectiva de los participantes, revelando cómo son entendidas, interpretadas y negociadas en contextos cotidianos. Esta aproximación cualitativa se alinea con la propuesta de Pierre Bourdieu (1995) sobre la antropología reflexiva, que enfatiza la importancia de la experiencia vivida y las interpretaciones locales en el estudio de fenómenos culturales y sociales. La antropología reflexiva, por lo tanto, busca desentrañar estas condiciones de producción del conocimiento y cómo afectan la forma en que se estudian y se interpretan las prácticas culturales. En línea con esta perspectiva, nuestro estudio examina cómo la Pica y la

alotriofagia son interpretadas y manejadas en diferentes contextos culturales, reconociendo la diversidad de significados y prácticas asociadas.

Igualmente, hemos utilizado métodos históricos y biográficos para trazar cómo las concepciones de salud y enfermedad en torno a la Pica han evolucionado a lo largo del tiempo. Margaret Lock y Vinh-Kim Nguyen (2010), en su obra *An Anthropology of Biomedicine*, argumentan que las prácticas biomédicas deben ser analizadas en relación con los contextos sociales y culturales en los que se desarrollan. Este enfoque permite entender las dinámicas de cambio y continuidad en las prácticas sanitarias y las conceptualizaciones de la enfermedad. En nuestro caso es particularmente relevante, ya que buscamos entender cómo la Pica y la alotriofagia se han situado dentro de sistemas culturales específicos y cómo estos sistemas han afectado en su percepción y sanción.

En el terreno de la alimentación, los estudios sociohistóricos resaltan la importancia de considerar las prácticas alimentarias como expresiones culturales que reflejan y configuran relaciones sociales, identidades y estructuras de poder. Mintz y Du Bois (2002), en su trabajo "The Anthropology of Food and Eating", abogan por una metodología que combine la etnografía, el análisis histórico y los estudios de caso para entender cómo las prácticas alimentarias están imbricadas en contextos sociales y culturales más amplios.

Por su parte, el concepto "descripción densa" (Geertz, 2003), también es fundamental en nuestro enfoque metodológico. Geertz argumenta que para entender las prácticas culturales es necesario proporcionar un contexto rico y detallado que permita interpretar los significados y las acciones desde la perspectiva de los propios actores. La "descripción densa" implica analizar los significados que los individuos atribuyen a estos comportamientos dentro de su contexto cultural. Este enfoque nos ayuda a comprender cómo la Pica y la alotriofagia son interpretadas por los actores.

Tras exponer nuestro enfoque metodológico, a continuación describimos en detalle las técnicas de investigación utilizadas para llevar a cabo el presente estudio. La investigación se ha estructurado en varias fases, que combinan métodos cualitativos y cuantitativos para obtener una comprensión integral del fenómeno. Estas fases incluyen una revisión bibliográfica exhaustiva, consulta de fuentes documentales históricas, un estudio cuantitativo mediante un cuestionario online y entrevistas en profundidad a informantes implicados en la materia que estamos sometiendo a estudio. Detallamos cada uno de estos componentes

metodológicos, junto con el enfoque de triangulación utilizado para integrar los diferentes métodos y fuentes de datos.

1. Revisión bibliográfica

El objetivo de esta revisión es identificar y analizar estudios previos sobre la Pica y las prácticas alotriofágicas, comprender los enfoques teóricos y metodológicos existentes en diversas disciplinas, y establecer un marco teórico sólido para nuestra investigación.

La revisión bibliográfica se ha llevado a cabo en las bases de datos de los siguientes repositorios científicos: PubMed, Scopus y Web of Science. Para ello se ha realizado una búsqueda exhaustiva utilizando los descriptores “pica”, “pica disorder”, “geophagia”, “amylophagia” y “pagophagia”, tanto en español como en inglés. Se han omitido otras denominaciones de la afección, como malacia, citta o cissa, debido a su práctica desaparición de la terminología médica actual. La elección del resto de descriptores, relativos a la ingesta de tierra, almidón y hielo respectivamente, se ha realizado teniendo en cuenta los no-comestibles más habituales a los que se hace mención en los manuales médicos y la literatura existente sobre la Pica.

El tipo de documentos recopilados incluye revisiones, etnografías, presentaciones de casos y estudios epidemiológicos. Dado el no muy elevado número de estudios en la materia se ha optado por no establecer restricciones en cuanto a la fecha de publicación de los artículos; aunque si se han excluido unos pocos artículos de baja calidad o irrelevantes para el tema central. Los resultados de búsqueda han sido evaluados en tres etapas: selección por título, por resumen y revisión del texto completo de los artículos seleccionados. Por último, los estudios seleccionados se han analizado para identificar temas recurrentes, enfoques metodológicos, hallazgos clave y lagunas en la literatura existente.

Esta revisión ha proporcionado una base para el desarrollo de nuestro propio marco teórico y metodológico, identificando las principales teorías y modelos explicativos del trastorno de Pica y las prácticas alotriofágicas, así como las metodologías que se proponen para su estudio.

2. Consulta de fuentes documentales históricas

Nuestro objetivo es examinar cómo se han descrito y tratado históricamente las prácticas alotriofágicas y la Pica en otras épocas; ahondando en el origen de la categoría médica, su caracterización, sus grupos de riesgo y sus formas de tratamiento; para comprender la evolución histórica de las representaciones y actitudes sociales en torno a estas prácticas.

Se han consultado en torno a un centenar de obras médicas localizadas en los fondos documentales de instituciones como la Bibliothèque Nationale de France, la Biblioteca Nacional de Portugal, la Universidad Complutense de Madrid, Ludwig-Maximilians-Universität München, Österreichische Nationalbibliothek, Universitätsbibliothek Basel o Utrecht University. Todas estas obras son tratados de medicina renacentista, disertaciones médicas, obras de medicina colonial y enciclopedias médicas datadas entre los siglos XVIII y XIX. Se han seleccionado aquellos documentos médicos que mencionan explícitamente la Pica, en cualquiera de sus denominaciones utilizadas históricamente², o hacen alusión a comportamientos alimentarios similares. Los textos seleccionados han sido analizados para identificar grupos de riesgo, descripciones de síntomas, explicaciones etiológicas y tratamientos propuestos. Se ha prestado especial atención a las diferencias culturales y temporales en la comprensión de estas prácticas.

3. Estudio cuantitativo

El estudio se ha realizado mediante la realización de una encuesta elaborada a partir del diseño de un breve cuestionario anónimo acerca del consumo de no-comestibles, distribuido y cumplimentado a través de internet. A lo largo de 2020 y 2021, el cuestionario ha sido remitido a un grupo de contactos que a su vez lo han reenviado a un número limitado de conocidos. El área geográfica a la que se ha circunscrito el estudio ha sido el cuadrante nordeste del estado español; en las comunidades autónomas de Aragón y Cataluña. El número total de participantes ha sido de 101 personas. Todas las direcciones de correo electrónico de los destinatarios han sido almacenadas de forma anónima.

² Pica, malacia, cissa y citta.

El cuestionario online ha quedado conformado por una lista de 12 preguntas relativas al tipo de sustancia consumida, la frecuencia de los consumos, la etapa de vida en la que estos se han producido, el grado de compulsividad, el grado de ocultación, el estado de salud, la percepción subjetiva de enfermedad, la recompensa sensorial o psicológica obtenida. (Anexo I)

Uno de los aspectos más sensibles en el diseño del cuestionario ha sido la elección de los ítems no-comestibles entre los que los encuestados debían elegir. Para ello se ha realizado una revisión pormenorizada de los ítems más habituales mencionados en la literatura médica sobre la Pica. Estos han sido divididos en tres grupos: materiales o productos, ingredientes comunes sin procesar y partes o excrecencias corporales. En el primero de ellos hemos incluido: *papel, gomaespuma, jabón, cola/pegamento, tierra, almidón, tiza/yeso, plástico, metales, lana, pasta de dientes, algodón, ceniza y otros*. En el segundo: *legumbres crudas, hielo, pasta cruda, harina, alcohol sanitario, cáscaras de huevo, granos de café y otros*. En lo relativo a partes corporales se han hecho constar las siguientes opciones: *mocos, pelo, uñas, piel, sangre, heces y otros*.

El propósito de este estudio ha sido doble. Por un lado, nos ha proporcionado un paisaje general acerca del consumo de no-comestibles en términos cuantitativos, más allá de los mencionados grupos de riesgo. Por el otro, nos ha permitido establecer contacto con aquellos participantes de la muestra que han declarado prácticas alotriofágicas y han querido ser entrevistados en profundidad. Para ello, a la conclusión del estudio, y preservando en todo momento el anonimato de los participantes, hemos remitido un segundo email a todos los encuestados que han declarado consumir no-comestibles invitándolos a colaborar en nuestra investigación. Los datos obtenidos han sido analizados y revisados identificando patrones, correlaciones y diferencias significativas entre las regiones.

Los resultados cuantitativos nos han proporcionado datos acerca de la prevalencia del consumo de sustancias y materiales no comestibles en las dos regiones estudiadas, así como nos ha servido para identificar factores asociados y diferencias regionales en las características de estas prácticas.

4. Entrevistas en profundidad

A través de estas entrevistas hemos podido obtener una comprensión profunda y matizada de las experiencias y percepciones relacionadas con el trastorno de Pica y las prácticas alotriofágicas desde diferentes perspectivas.

Se han realizado entrevistas en profundidad a los siguientes grupos sociales, todos ellos implicados de una u otra forma con nuestro objeto de estudio: médicos, monitores de centros de atención a personas discapacitadas, profesores de educación infantil, personas consumidoras de sustancias no comestibles y mujeres de origen africano que hayan estado embarazadas.

Se ha procedido al diseño de una guía de entrevista semi-estructurada para asegurar la cobertura de temas clave mientras se permitía flexibilidad para explorar áreas emergentes. En total, se elaboraron 5 guías diferentes dirigidas a cada uno de los grupos de informantes, en función del tipo de implicación de los entrevistados. Las guías fueron redactadas en base a los siguientes tópicos: características de la dieta ordinaria de los afectados, sustancias no-comestibles consumidas, ocultación de las prácticas, grado de compulsividad, percepción de riesgo, impacto para la salud e impacto psicosocial, percepción facultativa de la Pica, casos clínicos, situaciones de consumo, factores etiológicos, perfil social de los afectados, evolución clínica, tratamientos.

Se realizaron un total de 34 entrevistas y un grupo focal con monitores de un centro para personas con discapacidad intelectual. Las entrevistas se llevaron a cabo entre 2021 y 2023, en los respectivos espacios de trabajo, en domicilios, en cafeterías y vía telemática. Fueron grabadas con el consentimiento de los participantes y transcritas para su análisis (Anexo II). Más de la mitad de las entrevistas fueron realizadas por videoconferencia o telefónicamente. Respecto al análisis de los datos producidos en el campo, se ha utilizado un enfoque de análisis temático para identificar patrones y temas recurrentes en las narrativas de los entrevistados.

Las entrevistas proporcionaron una visión detallada y personal de las experiencias personales y profesionales relacionadas con el trastorno de Pica y las prácticas alotriofágicas, enriqueciendo el análisis cuantitativo con datos cualitativos profundos.

5. Triangulación metodológica

En el desarrollo de la presente investigación se ha procedido a la triangulación de datos, métodos y teorías. En primer lugar, se han comparado los datos obtenidos de diferentes fuentes y métodos para identificar convergencias, divergencias y complementariedades. En segundo lugar, se han integrado los hallazgos cualitativos y cuantitativos para proporcionar una comprensión más completa y robusta del fenómeno estudiado. Por último, se han utilizado diferentes perspectivas teóricas para interpretar los datos, enriqueciendo el análisis y evitando sesgos teóricos.

La triangulación permitió corroborar los hallazgos obtenidos por diferentes métodos, analizar el objeto de estudio desde múltiples ángulos y aumentar la fiabilidad de los resultados.

6. Problemáticas etnográficas

Durante el desarrollo del trabajo de campo, se presentaron diversas problemáticas y dificultades etnográficas que alteraron el proceso de recolección de datos y afectaron a la interacción con los informantes. Estas dificultades se detallan a continuación.

Dificultades en la identificación de informantes afectados por Pica

Uno de los principales desafíos etnográficos fue la dificultad para contactar con informantes que pudieran hablarnos de primera mano acerca de sus consumos de no-comestibles. Al tratarse de una práctica sancionada socialmente, la vergüenza y el miedo al estigma social complican el reclutamiento de participantes dispuestos a hablar abiertamente sobre sus experiencias. Por otro lado, hoy en día, el número de pacientes diagnosticados de Pica es mínimo; por lo que salvo en un caso, tampoco pudimos contactar con informantes a través de los centros de salud o los médicos entrevistados a lo largo de nuestro trabajo de campo. Por estos motivos tuvimos que idear estrategias alternativas como la descrita en el apartado 3 de este capítulo.

Dificultades para la participación de informantes africanas

En el desarrollo de nuestro estudio nos propusimos establecer contacto con informantes originarias de África para que nos hablaran acerca de las prácticas geofágicas entre embarazadas; nuestra intención era desarrollar una pequeña viñeta etnográfica acerca de este apasionante tema. Sin embargo, nuestro propósito inicial se vio truncado por diversas razones; como el carácter sensible del objeto de estudio, las diferencias culturales, la condición de género del investigador o barreras idiomáticas. Contactamos con potenciales informantes a través de contactos personales y asociaciones culturales de mujeres africanas, pero aun con todo y con eso las dificultades fueron significativas, ya que el recelo y la desconfianza complicaron la interacción y la recolección de datos. Por este motivo, unido a la escasez de tiempo, al no lograr un número representativo de entrevistas, decidimos desistir en nuestro empeño.

Limitaciones técnicas derivadas de la pandemia COVID-19

La irrupción de la pandemia de COVID-19 impuso restricciones significativas, obligando a realizar muchas de las entrevistas por videoconferencia. Esta modalidad limitó la observación directa y la interacción personal, aspectos cruciales en la investigación etnográfica, afectando la profundidad y la calidad de los datos obtenidos.

La falta de contacto personal también dificultó la creación de una relación de confianza con los informantes, lo que puede haber influido en la disposición de los participantes a compartir información sensible. Además, las dificultades técnicas, como problemas de conexión a internet o la falta de acceso a dispositivos adecuados, afectaron la fluidez y calidad de algunas entrevistas.

Dificultades para la colaboración de médicos informantes

La colaboración de médicos informantes también se vio dificultada por la sobrecarga de trabajo en los centros de salud debido a la pandemia. Muchos médicos no pudieron participar debido a sus responsabilidades y a la presión adicional causada por la crisis sanitaria; que no solo se limitó a los meses afectados por el confinamiento y las posteriores restricciones de

movilidad a lo largo de 2020 y 2021, sino que condujo a un clima laboral anómalo entre los sanitarios que se extendió a los años sucesivos, dificultando enormemente nuestro trabajo de campo.

Para abordar esta problemática, se intentaron diversas estrategias, como la flexibilización de horarios para las entrevistas y la búsqueda de médicos en diferentes especialidades y entornos laborales. Sin embargo, la disponibilidad limitada de los médicos durante este período continuó siendo un desafío significativo para la producción de datos.

7. Consideraciones Éticas

La realización de esta investigación requirió una atención cuidadosa a las consideraciones éticas para garantizar la protección de los derechos y el bienestar de los participantes. Todos los participantes firmaron formularios de consentimiento informado, garantizando la comprensión de los objetivos del estudio, el procedimiento, los posibles riesgos y beneficios y la confidencialidad de sus datos. El consentimiento informado fue obtenido tanto verbalmente como por escrito antes de la participación. Igualmente, se aseguraron medidas estrictas para proteger la identidad de los participantes, utilizando pseudónimos y codificación de datos. Los registros de datos fueron almacenados de manera segura y solo accesibles al investigador.

Por último, se hizo un esfuerzo consciente para respetar la dignidad personal y los valores culturales de los participantes, especialmente al interactuar con comunidades culturalmente diversas. La alimentación es un importante marcador social que puede representar la pobreza, la "incultura" o la enfermedad mental; por lo que se ha tenido un especial cuidado en el acercamiento a los informantes y la formulación de determinadas cuestiones. Por ejemplo, se decidió no hacer preguntas directas acerca de si el informante come cualquier cosa que pueda entrañar connotaciones negativas; de este modo, todas las entrevistas han comenzado abordando tópicos sobre la dieta ordinaria de los informantes, dejando que fuesen ellos los que fueran desgranando otro tipo de consumos situados en los límites de la comestibilidad. Igualmente, se ha evitado presentar el tema de estudio en relación con algún tipo de trastorno mental.

[2]

CONSIDERACIONES PRELIMINARES EN TORNO A LOS CONCEPTOS ALIMENTO, NUTRIMENTO, COMESTIBLE Y ALIMENTACIÓN

La alimentación, es mucho más que un acto biológico; es una práctica social cargada de significados culturales y emocionales. Para comprender cómo se articulan estas dimensiones en las prácticas alimentarias, debemos examinar al detalle la profunda complejidad semántica que implican términos de uso cotidiano tales como "alimento", "nutrimento", "comestible" o "alimentación"; y explorar cómo se relacionan estos conceptos con la cultura, la sociedad y la biología humana.

Alimentos y nutrimentos: más allá de la nutrición, más allá de la alimentación

Un alimento nos alimenta en un sentido amplio: no solo proporciona los nutrientes esenciales para nuestras funciones biológicas, sino que también posee un valor cultural, social y emocional. Claude Fischler, en su obra *El (h)omnívoro. El gusto, la cocina y el cuerpo*, afirma que "todo lo biológicamente comestible no es culturalmente comestible" (Fischler, 1995, p. 33); poniendo de relieve que comer es un acto que va más allá de la nutrición biológica. Los alimentos son parte integral de nuestras reuniones, de nuestra cotidianidad, de nuestras

tradiciones, de nuestras festividades, etc., en definitiva, de nuestra identidad individual y colectiva. Por ejemplo, el pan de muerto mexicano no solo aporta carbohidratos y energía, sino que también representa una conexión con los seres queridos fallecidos durante la celebración del Día de Muertos; el sushi en Japón no es solo un plato de pescado y arroz, sino un símbolo eficaz de la estética, la tradición y el respeto por los ingredientes.

De manera similar, las diferentes comidas y consumos estructuran el tiempo social y están imbuidas de significados específicos dentro de las diferentes culturas (Douglas, 1973; Garine, 1972). La cena de Navidad en muchas culturas occidentales no es solo una comida abundante, sino un evento que refuerza los lazos familiares (o todo lo contrario) y celebra valores compartidos; la práctica del té en el Reino Unido no solo implica consumir una bebida, sino participar en un ritual social que simboliza cortesía, tranquilidad y conversación.

Estos actos van acompañados de acciones específicas, como la elección y procesado de los alimentos, que reafirman la identidad cultural y los valores comunitarios. Por lo tanto, un alimento aporta mucho más que nutrimentos, contribuye a nuestra identidad y a nuestra pertenencia social. Además de satisfacer nuestras necesidades biológicas, los alimentos son vehículos de expresión cultural. Las elecciones alimentarias son un reflejo de estructuras sociales y valores compartidos, al igual que otro tipo de hechos sociales (Durkheim, 1997).

Roland Barthes, en su influyente ensayo *Por una psicología de la alimentación contemporánea* (2006), plantea que la alimentación debe ser entendida no solo como un hecho biológico sino como un sistema de comunicación, cargado de significados y capaz de transmitir mensajes culturales y sociales. Barthes argumenta que los alimentos y las prácticas alimentarias funcionan como un lenguaje a través del cual se pueden expresar identidades, valores y relaciones sociales. La elección de ciertos alimentos, la forma en que se preparan, cómo se consumen..., todo ello constituye un conjunto de signos que pueden ser leídos y decodificados dentro de un contexto cultural específico.

De este modo, la alimentación, entre otro tipo de manifestaciones, puede darse como una forma de resistencia cultural y política (Adams, 1990). La elección de una dieta vegetariana o vegana, por ejemplo, puede reflejar preocupaciones éticas sobre el bienestar animal y el medio ambiente. Estos movimientos alimentarios no solo responden a cuestiones de salud, sino también a valores y creencias que desafían la normatividad alimentaria. De hecho, la existencia de unas reglas posibilita –y en ocasiones promueve– su propia infracción.

Por su parte, un nutrimento nos nutre en el sentido biológico más básico. Los nutrimentos son las sustancias químicas que nuestro cuerpo necesita para funcionar correctamente, tales como vitaminas, minerales, proteínas, grasas y carbohidratos. Estos pueden ser incorporados mediante la ingesta de alimentos o de maneras no tradicionales; como en el caso de los suplementos dietéticos, los cuales pueden proporcionar nutrientes sin ser considerados alimentos en el sentido cultural y social. Un ejemplo claro es el ácido ascórbico (vitamina C), que se puede consumir en forma de comprimido sin necesidad de ingerir ninguna fruta o cualquier otro elemento natural que lo contenga.

Este enfoque biológico es fundamental para la medicina y la ciencia de la nutrición, que se centran en cómo los diferentes nutrientes son asimilados y afectan al cuerpo humano; algo que paulatinamente ha ido adquiriendo mayor preminencia en nuestras elecciones alimentarias (Scrinis, 2021). De hecho, el peso específico que ha tomado esta forma de pensar lo que comemos ha restado protagonismo a preceptos centrales de los que tradicionalmente se había nutrido la alimentación; convirtiendo a los consumidores en "comedores de salud" o "comedores de nutrientes" más que de alimentos.

Amparado en la eficacia y la objetividad científica, el paradigma nutricional se presenta como una realidad natural, no como un artefacto cultural; un avance científico en la comprensión bioquímica del ser humano que nos ayuda a vivir más "sanos y felices". Sin embargo, este hecho mistifica una realidad bien conocida, a saber, que incluso una tabla nutricional entraña una serie de motivaciones ideológicas que tienen su correlato en un buen número de objetivos económicos, políticos y sociales.

Así pues, reducir un alimento a su cantidad de nutrientes, o asignar a un nutrimento la condición de alimento, aparte de resultar terriblemente *naïf*, desvía nuestra atención del contexto social y cultural en el que estas representaciones se producen. La comida no solo nutre el cuerpo, sino que además, tanto antes como ahora, contenta y conecta a las personas, y a éstas con su entorno y su historia.

Comestible: una categoría amplia, ambigua y cambiante

Un nutrimento no precisa de un comestible, al igual que un comestible no tiene por qué ostentar ni biológica ni culturalmente el rango de nutrimento ni el de alimento. Los comestibles son cualquier sustancia que puede ser ingerida sin que ello suponga un riesgo

inmediato, pero esto no garantiza que sean alimentos nutritivos o culturalmente significativos. Por ejemplo, las golosinas artificiales son comestibles, pero su aporte nutricional es mínimo y, en algunos casos, pueden ser perjudiciales para la salud si se consumen en exceso; aún más, si preguntamos a las personas si un chicle es un alimento la mayoría de ellas responderán que no. Además, algunos comestibles, como ciertos aditivos alimentarios, pueden no tener ningún valor cultural o nutricional.

El término "comestible" abarca un espectro muy amplio de elementos que no necesariamente son alimentos en el sentido tradicional o nutricional. La ambigüedad del término "comestible" radica en que incluye desde alimentos ricos en nutrientes hasta sustancias que carecen de valor nutricional; desde productos producidos y comercializados con fines alimentarios a otros que no lo son; e incluso, desde sustancias saludables o otras que pueden ser perjudiciales para la salud. Es decir, algo puede ser muy nutritivo y posiblemente muy sano y sin embargo, debido a sus propiedades organolépticas o significados culturales, no ser considerado comestible.

La antropóloga María José González Turmo (2008) profundiza en las diferencias entre los términos "comida" y "comestible". Según Turmo, "comida" no se refiere simplemente a algo que puede ser ingerido sino a algo que implica una construcción cultural y social más compleja. La comida es una categoría que no solo incluye alimentos y bebidas nutritivas, sino también las prácticas, símbolos y significados asociados con su preparación y consumo. En otras palabras, algo puede ser comestible, es decir, apto para el consumo humano, sin necesariamente ser considerado "comida" en un contexto cultural específico.

Algunos antropólogos nos proporcionan descripciones etnográficas sobre esta dificultad añadida a la hora de categorizar la comestibilidad. Peter Gow (1989) ha estudiado las relaciones de intercambio entre alimentación y sexualidad en comunidades amazónicas de Perú. El autor describe cómo los nativos diferencian entre *comida*, una combinación de caza y platanos hervidos, de otro tipo de consumos como frutas, maíz, hongos o insectos, que son asimilados como un mero complemento o como snacks. Otro buen ejemplo es el que proponen Lasco & Mendoza (2014) en su trabajo sobre el concepto *pantawidgutom* en Filipinas; dentro de esta expresión quedarían comprendidas un conjunto de sustancias, situadas en una categoría liminal entre lo alimentario y lo no-alimentario, a las que la gente suele recurrir para suprimir el hambre.

La industria alimentaria ha explotado al máximo la categoría "comestible", desarrollando productos que son diseñados específicamente para ser altamente atractivos, pero que a menudo carecen de valor nutricional, y puede que ni siquiera lleguen a ser considerados "comida" o "alimento" por los propios consumidores. La mercadotecnia juega un papel crucial en cómo se perciben estos productos, influyendo en las elecciones alimentarias, especialmente entre niños y adolescentes. Esta industria también emplea tácticas como la adición de azúcar, sal y grasas para optimizar las propiedades organolépticas de los productos, haciéndolos más atractivos. Además, los ultraprocesados a menudo son más baratos y accesibles que otro tipo de productos, lo que lleva a su mayor consumo en poblaciones con bajos ingresos.

Igualmente, el estatus de lo que se considera comestible puede cambiar drásticamente en función de cambios culturales, socioeconómicos o situaciones coyunturales. Un ejemplo notable de cómo estas condiciones pueden transformar la noción de comestibilidad podemos encontrarlo en las hambrunas consiguientes a guerras o desastres naturales. Matalas y Grivetti (2008), en su trabajo sobre la hambruna en Atenas durante la II Guerra Mundial, describen cómo la escasez extrema llevó a la población a consumir alimentos que normalmente no se considerarían comestibles. Durante este período, los atenienses recurrieron a comer raíces, hojas de árboles y cualquier cosa que pudiera proporcionar sustento o simplemente saciar el hambre, aunque en tiempos de abundancia estos elementos hubieran sido considerados no-comestibles.

Son muchos los grandes teóricos de la antropología que han abordado estos aspectos. Marvin Harris (1989), en su teoría del materialismo cultural, argumenta que las prácticas alimentarias están determinadas en gran medida por factores ecológicos y económicos. Según Harris, los tabúes alimentarios, como el rechazo a comer insectos en Occidente, pueden entenderse mejor observando las condiciones ecológicas y las prácticas agrícolas de una sociedad.

Por su parte, Mary Douglas, en su obra *Pureza y peligro* (1973), examina cómo las culturas usan los tabúes alimentarios para establecer y mantener el orden social. Douglas argumenta que los alimentos prohibidos o considerados impuros son una forma de mantener las fronteras culturales y la cohesión social. Por ejemplo, los tabúes alimentarios en las religiones abrahámicas, como el cerdo en el judaísmo y el islam, no solo tienen implicaciones

dietéticas, sino que también refuerzan la identidad y la pertenencia a una comunidad específica.

En una línea similar, Lévi-Strauss (1964) aborda los sistemas de clasificación alimentaria. Según el autor francés, las categorías comestible y no-comestible están profundamente relacionadas con los mitos y las estructuras simbólicas de una sociedad. Los alimentos no solo se eligen por su valor nutritivo, sino también por su capacidad de integrar a las personas en un sistema cultural. Los tabúes representan significantes más allá de su mera sustancia física, convirtiéndose en símbolos de un orden particular dentro de un contexto cultural.

Alimentación: una práctica social situada

La alimentación no es solo un acto biológico destinado a satisfacer necesidades fisiológicas; es, ante todo, una práctica social inscrita en marcos culturales, económicos y políticos específicos. La manera en que nos alimentamos refleja y a su vez moldea nuestras estructuras sociales, nuestras relaciones interpersonales y nuestras identidades colectivas (Garine, 1972; Sahlins, 1980).

La alimentación es una actividad que se realiza, en gran medida, en compañía de otros. Las comidas compartidas son ocasiones para reforzar vínculos familiares y sociales. Fischler sostiene que comer juntos crea y mantiene lazos sociales, proporcionando un espacio para la conversación y el intercambio. En muchas culturas, estas reuniones alrededor de la mesa son sagradas (o casi) y representan un momento de unión y cohesión social; en otras, como la nuestra, el acto alimentario cada vez se vuelve más individuado y anómico (Fischler, 1979).

La antropóloga Carole Counihan (2020) ha investigado cómo los rituales alimentarios refuerzan la solidaridad y la pertenencia en las comunidades. En su estudio sobre las comidas en Italia, Counihan observa que la comida no solo se consume para alimentar el cuerpo, sino también para nutrir las relaciones sociales. Las reuniones familiares, las festividades y los encuentros giran en torno a la comida, funcionando como un símbolo de unidad y continuidad cultural.

La globalización ha tenido un impacto significativo en las prácticas alimentarias (Contreras & Gracia-Arnaiz, 2005; Fischler, 1979). La introducción de alimentos y hábitos alimenticios de diferentes partes del mundo ha transformado las dietas tradicionales. Este fenómeno ha facilitado el acceso a una variedad de alimentos que antes eran desconocidos o

inaccesibles en ciertas regiones, ampliando las opciones dietéticas y enriqueciendo las culturas gastronómicas.

Sin embargo, la globalización también ha generado una tensión entre la modernidad y la tradición (Poulain, 2004). La expansión de cadenas de comida rápida, por ejemplo, ha popularizado dietas altas en calorías y bajas en nutrientes, contribuyendo a problemas de salud como la obesidad y la diabetes y promoviendo un estilo de vida rápido y eficiente, a menudo a costa de la calidad nutricional y las prácticas alimenticias tradicionales. En contraste, movimientos como el "slow food" han surgido como respuesta a la globalización alimentaria.

La alimentación juega un papel crucial en la construcción de la identidad personal y comunitaria. Para los migrantes, la comida es una forma de reproducir su cultura y sus tradiciones en un entorno nuevo (Kalcik, 1984). Los restaurantes étnicos, además de ofrecer una muestra de la cocina de un país, actúan como espacios donde las comunidades pueden reunirse y celebrar su herencia cultural. Estos lugares no solo son puntos de venta de alimentos, sino también centros de socialización y resistencia cultural, donde se mantienen y transmiten prácticas y valores gastronómicos.

Por otro lado, las elecciones alimentarias también pueden ser una expresión de identidad política y social. El vegetarianismo y el veganismo, por ejemplo, son movimientos que reflejan preocupaciones éticas sobre el bienestar animal y el medio ambiente (Twigg, 1983). Estas prácticas alimentarias desafían las normas convencionales y representan un compromiso con un estilo de vida que promueve la sostenibilidad. Los vegetarianos y veganos, al seleccionar su dieta, están haciendo una declaración sobre quiénes son y en qué creen, utilizando la alimentación como una herramienta para el cambio social.

La alimentación también refleja y reproduce las desigualdades sociales. Pierre Bourdieu (1988), en su obra *La distinción*, analiza cómo las preferencias alimentarias están influidas por la clase social. Las elecciones alimentarias pueden ser una forma de marcar la diferencia entre los grupos sociales, con ciertos alimentos y prácticas alimentarias asociadas a estatus y prestigio. El *gusto* de las clases altas a menudo incluye alimentos más caros y saludables, mientras que el de las clases bajas, debido a las restricciones económicas subyacentes, incide en alimentos económicos y de baja calidad.

Además, el acceso a alimentos saludables y de calidad puede estar determinado por factores macroeconómicos. En muchos países, las áreas de bajos ingresos están

desproporcionadamente afectadas por la *desertización alimentaria* (Cummins & Macintyre, 2002), zonas con acceso limitado a alimentos frescos y saludables. Estas comunidades dependen más de tiendas de conveniencia y cadenas de comida rápida, lo que contribuye a una mayor prevalencia de enfermedades relacionadas con la dieta.

Las elecciones y prácticas alimentarias también están entrelazadas con cuestiones de género (Contreras & Gracia-Arnaiz, 2005; Adams, 1990). Históricamente, la preparación de alimentos ha sido una responsabilidad predominantemente femenina, con las mujeres desempeñando el papel de guardianas de las tradiciones culinarias y proveedoras de nutrición familiar. Este rol ha implicado una carga de trabajo significativa y, a menudo, no reconocida, que refleja y perpetúa las dinámicas de poder y las desigualdades de género en la sociedad. Igualmente, determinados alimentos, con valores proteicos más elevados, han estado reservados en mayor medida a los hombres.

En la actualidad, la alimentación se ha convertido en un tema prioritario en los debates sobre sostenibilidad y medio ambiente (Conrad et al., 2018; Nicholes et al., 2019). La producción y el consumo de alimentos tienen un impacto significativo en el planeta, contribuyendo al cambio climático, la deforestación y la pérdida de biodiversidad. Movimientos como el "comer local" y la agricultura orgánica buscan promover prácticas alimentarias que reduzcan el desaprovechamiento alimentario, minimicen el impacto ambiental y fomenten la sostenibilidad.

Estos movimientos no solo abogan por una alimentación más saludable, sino que también promueven la justicia social y económica. Al apoyar a los agricultores locales y las prácticas agrícolas sostenibles, los consumidores pueden contribuir a un sistema alimentario más equitativo y resiliente. La alimentación, por tanto, se convierte en un acto político y ético, donde las elecciones individuales pueden tener un impacto colectivo significativo.

Entender la alimentación como una práctica social implica reconocer que los alimentos tienen un valor semiótico al margen de su capacidad para nutrirnos y sus propiedades organolépticas (Barthes, 2006; Elias, 1989; Sahlins, 1980; Bourdieu, 1995; Douglas, 1973). Los alimentos son portadores de significados culturales, sociales y emocionales que van más allá de su materialidad y sus componentes bioquímicos. Esta comprensión más amplia de la alimentación nos permite apreciar la complejidad de nuestras elecciones alimentarias y su impacto en nuestra vida diaria, nuestra salud y nuestras relaciones sociales. Por tanto, al considerar los conceptos como alimento, nutrimento o comestible, es crucial tener en cuenta

no solo sus definiciones biológicas, sino también sus implicaciones socioculturales y su naturaleza cambiante.

Al reflexionar sobre estos conceptos, se hace evidente que la alimentación es una práctica social situada. Un acto cotidiano que conecta al individuo con su cultura, su comunidad y su entorno, colmado de prácticas, reglas y sanciones que reflejan la rica intersección entre la biología, la sociedad y la cultura.

[3]
**LA ALOTRIOFAGIA COMO OBJETO
DE SANCIÓN SOCIAL: LA PICA**

Un curioso clamor

En el archivo de la Biblioteca Nacional de Portugal y en la Facultad de Medicina de Lisboa se conserva buena parte de la obra de Antonio Monravá i Roca³, médico catalán de confusa biografía que, tras formarse en las universidades de Lleida y Valencia y ejercer como cirujano en los ejércitos francés y español, traslada su residencia a Lisboa en el año 1721. Con la mediación del embajador portugués en Madrid, ese mismo año, obtiene la plaza de profesor de anatomía en el Hospital Real de Todos los Santos de la capital lusa; institución de la que poco después será nombrado director.

A la edad de ochenta y un años, el autor catalán remite a la Academia Médica Matritense⁴ una breve disertación bajo el pomposo título *Novissima e Insuperable Disertación*

³ Natural de la villa de Pons. Agrio polemista, extravagante y soberbio en sus declaraciones, tras haberse enfrentado a buena parte de la clase médica española y portuguesa fue destituido de su cargo en 1732, siendo remplazado por el italiano Bernardo Santucci. A partir de ese entonces, y hasta su fallecimiento en 1753, combinará la praxis médica con una prolífica actividad literaria como autor de diversos tratados, muy especialmente en el campo de la cirugía y la anatomía.

⁴ En la actualidad, Real Academia Nacional de Medicina de España.

sobre las preñadas cuando padecen Pica y Malacia (Monravá i Roca, 1752), la cual inaugura con las siguientes palabras:

Ninguno me parece mejor que yo, puede darse por entendido al curioso clamor de la Sociedad Médica Matritense, que deseosa de adelantamientos médicos, avisó por la Gazeta de Madrid del 2 de Febrero de 1751 a los profesores de Ciencias naturales que para mayor utilidad del Pueblo le tenía ofrecido, y pronto, un Premio para quien mejor y más arregladamente a las leyes del Mecanismo, escribiere una Disertación dando en ella la razón de Por qué las preñadas aborrecen muchos alimentos buenos y apetecen otros no usados, malos y dañosos (Monravá i Roca, 1752, p. 1).

Un año antes, en 1751, tal y como menciona nuestro autor, la Gazeta de Madrid, precursora de lo que a partir del año 1936 pasará a denominarse Boletín Oficial del Estado, se había hecho eco del siguiente llamamiento de carácter internacional:

Deseando la Real Sociedad Médica de Nuestra Señora de la Esperanza, establecida en esta Corte bajo la protección del Serenísimo Señor Infante Cardenal, enriquecerse de adelantamientos propios y extranjeros en las Ciencias naturales, para ser de mayor utilidad al Público; y teniendo ya prevenidos los Premios, que prometió en el año próximo pasado, para sus respectivos dueños: ofrece en éste las mismas cien libras de París o veinte onzas de Plata, que repartirá en proporción a los dos sujetos, que mejor, y más arregladamente a las leyes del Mecanismo escribieren una Disertación dando en ella la razón: *Por qué las Preñadas aborrecen comunmente muchos alimentos, que antes de la preñez les eran agradables, y apetecen de otros que antes les fastidiaban; sin omitir tal vez su irregular apetito el Carbón, Sal, Yeso, Etc. Añadiendo los remedios que puedan contener tan extraordinaria inclinación.* Estas disertaciones se remitirán al Doctor Pedro Bedoya y Paredes, Médico de Familia Numerario del Rey nuestro Señor y Secretario perpetuo de dicha Sociedad, antes del día primero de Octubre de este presente año, en el que se comenzarán a leer las que se hubieren remitido (Gazeta de Madrid, 1751, p. 39).

Sin asignar nombre a "tan extraordinaria inclinación", la Real Sociedad de Nuestra Señora de la Esperanza, más conocida como Academia Médica Matritense⁵, había solicitado a la comunidad médica, tanto nacional como extranjera, una respuesta plausible a tan intrincado enigma femenino; comprometiéndose a gratificar con "cien libras de París o veinte onzas de Plata" a aquellos que dieran con la misma.

Del número y rigor de las disertaciones que los facultativos enviaron a tal llamamiento, lamentablemente, poco sabemos. La actual Real Academia Nacional de Medicina de España no conserva en su archivo la mayor parte de los documentos datados entre 1750 y 1800; ya sea por causa del fuego o de una serie de sucesivos cambios de sede que propiciarán su extravío. No obstante, en 1754, tres años después de la convocatoria del premio, la Sociedad, tal y como había prometido, procede a la publicación de las dos disertaciones vencedoras en un tomo especial llevado a prensas a tal efecto⁶, en cuyo preámbulo se piden las pertinentes disculpas por la demora en la edición de la obra.

Así pues, si no de todos ellos, si disponemos de los textos íntegros del primer y el segundo clasificado, publicados por la propia Sociedad: el del doctor Juan Matheo Van Berkman, médico del Condado de Kuilemburg, en la actual Países Bajos; y en segundo lugar, el de Ramón Brunet de la Selva, presbítero y médico titular de la villa extremeña de San Vicente. Al igual que el de Monravá i Roca, que no resultó premiado pero si fue publicado por el propio autor⁷.

⁵ Tiene su origen en las tertulias informales acerca de temas relacionados con la salud que desde principios del s.XVIII llevaron a cabo un grupo de médicos, cirujanos y boticarios madrileños. Fue constituida en 1734 y aprobados sus estatutos por Real Decreto de Felipe V. A partir de 1861 pasará a denominarse Real Academia Nacional de Medicina de España, nombre que conserva en la actualidad.

⁶ Tomo editado en Madrid presentado en enero de 1755 bajo el título *Actas del año segundo de la Sociedad Médica de Nuestra Señora de la Esperanza, protegida por el serenísimo señor infante Don Luis, en que se publican las dissertaciones premiadas en el año de 1751. A la pregunta: ¿Por qué las preñadas comunmente aborrecen muchos alimentos, que antes de la preñez les eran agradables, y apétecen otros, que antes les fastidiaban, sin omitir tal vez su irregular apetito el carbón, sal, yeso, cal, etc.?* (Sociedad Médica, 1754). Este tipo de publicación, en la que se recogen las disertaciones de los autores premiados, será la última de una serie de convocatorias que la Sociedad Médica mantuvo hasta 1760.

⁷ Obra publicada en Lisboa en 1752 cuyo título completo es *Novisima e Insuperable Disertación sobre las preñadas cuando padecen Pica y Malacia, en que se da la razón: por qué ellas aborrecen muchos alimentos que antes de la preñez les eran agradables, y apétecen otros que antes fastidiaban, sin omitir tal vez su irregular apetito al carbón, sal, yeso, etc. Y en ella se verán los remedios contra tan extraordinaria inclinación* (Monravá i Roca, 1752).

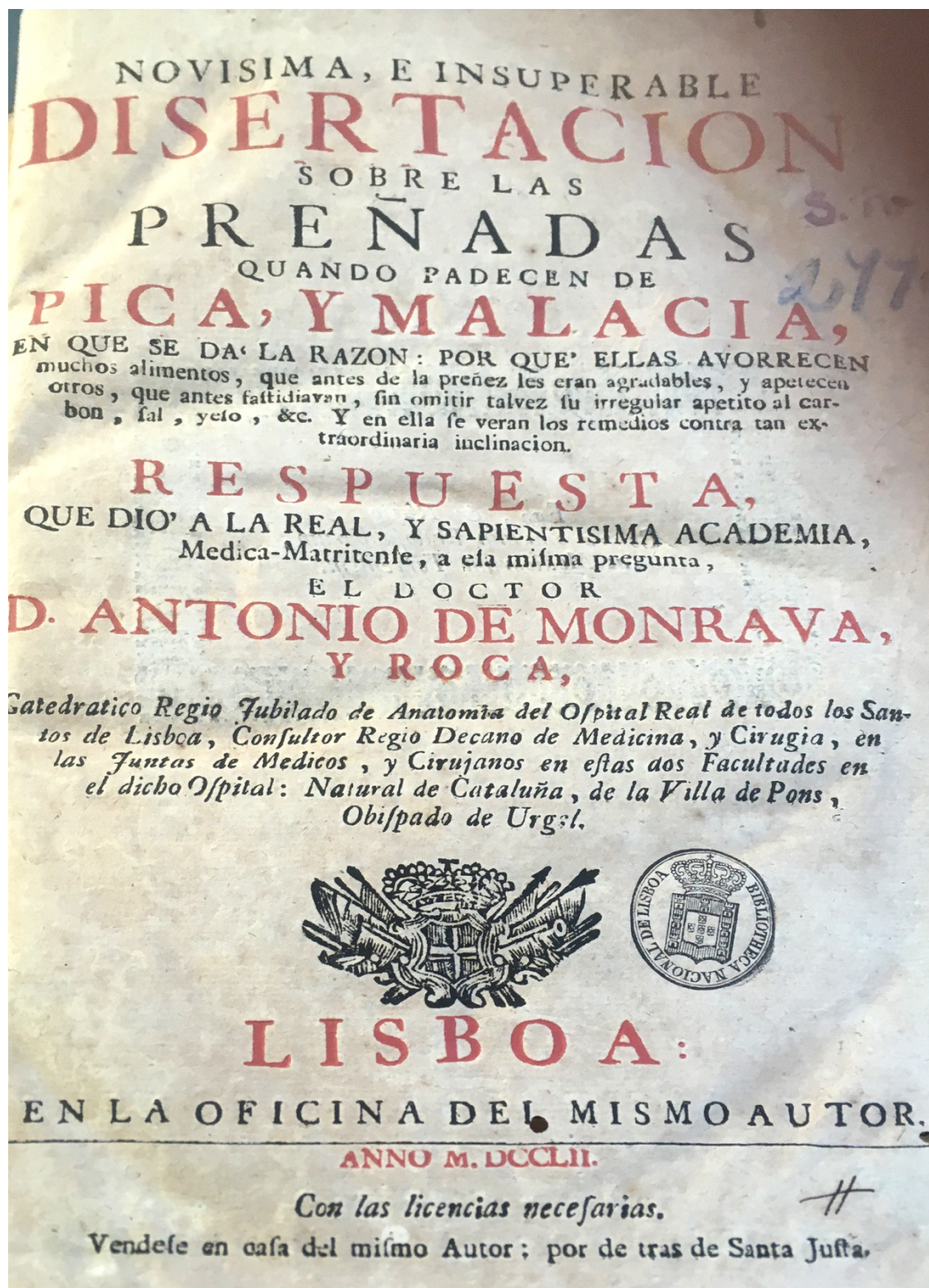


Ilustración 1. Primera página de la obra del doctor Monrava i Roca, editada en Lisboa en 1752. Biblioteca Nacional de Portugal. Fuente: fotografía del autor.

*Por qué las preñadas aborrecen muchos alimentos buenos
y apetecen otros no usados, malos y dañosos*

Estas disertaciones nos permiten, a modo de preámbulo, hacernos una idea de la relevancia que en algún tiempo ostentó médicamente la Pica, algo muy diferente a lo que puede significar en la actualidad. A partir de ellas podemos comenzar a vislumbrar qué era, cuál su origen histórico, cuáles sus signos, a qué clase de personas solía afectar, qué tipo de cosas comían, en qué situaciones, qué explicaciones daban los médicos a todo esto... Todas ellas cuestiones de gran calado para el devenir de nuestra investigación.

Pero si hay algo que de buenas a primeras llama nuestra atención es la convocatoria en si misma. Es decir, el hecho de que la Real Academia de Medicina de un país europeo en los albores de la Ilustración promueva un galardón internacional acerca de un tema hoy en día tan anecdótico, en términos científicos y sociales, como lo es la Pica. Lo cual nos confiere una idea inicial de la repercusión y el protagonismo que alcanzó en materia médica. Una entidad clínica que, por las razones que sea, preocupaba a los doctores de la época; sobre la que admitían sin tapujos su perplejidad y desconocimiento.

No es nueva la propuesta de esta thesis, y mucho menos la rigurosa inquisición, que de tan estupendo fenomeno han hecho los doctos; pero con tan poco fruto en la indagación de la verdad, que hasta oy se ha quedado en la palestra victoriosa la misma duda. Alexandro Masarias dice, que apenas se puede hacer juicioso escrutinio en esta lid, que merezca la razón de probable. Mercurial juzga, que es muy difícil, y quasi del todo imposible dar razon de efecto tan maravilloso. Y se conoce en la multitud de opiniones, debilidad de pruebas, y supuestos falsos, en que han cimentado la obra de la racionación (Sociedad Médica, 1754, p. 110).

Al hablar de trastornos del comportamiento alimentario las dos primeras palabras que vienen a nuestra cabeza son anorexia y bulimia. Dos afecciones que se popularizaron enormemente a partir de la década de los ochenta, pasando a formar parte del argot popular. Ambas asociadas culturalmente a las chicas adolescentes, a los cánones de belleza, al mundo de las dietas, al de la moda, al de la publicidad, y en definitiva, a los imperativos sociales en torno a la identidad y la apariencia corporal (Gracia-Arnaiz & Comelles, 2007; Hepworth, 1999).

La primera referencia a la anorexia nerviosa como denominación nosológica está datada con bastante exactitud a finales del siglo XIX, acuñada por William Whitey Gull. Así que a diferencia de la Pica, estamos ante una patología relativamente reciente; que aunque podamos relacionar con otras enfermedades o fenómenos religiosos de la antigüedad o de la época clásica, surge con la modernidad.⁸

Mucho más reciente es la aparición de la bulimia, ya que aunque el término fuera usado ya en el Renacimiento⁹, no fue hasta 1979 de la mano de Gerald Russell cuando se le asignó la acepción médica actual. En un principio como variante de la anorexia para posteriormente ser asumida como una entidad independiente.

Dicho esto, a diferencia de la anorexia y la bulimia, localizar el origen histórico de la Pica puede resultar una labor algo más complicada; ya que el uso del término, en referencia al consumo de cosas que no son alimentos, se remonta a épocas ulteriores. En opinión de las disertaciones presentadas al concurso de la Sociedad Médica debemos retroceder a la Roma y la Grecia antiguas.

Y así supongo lo primero, que este morbosos phenomeno, que inclina a las preñadas a aborrecer muchos alimentos que antes de la preñez les eran agradables, y apetecen otros, que antes les fastidiaban, sin omitir tal vez su irregular apetito al carbón, sal, yello, cal, etc. en quanto se apetece lo que no es alimento; ni puede serlo, es aquella maravillosa enfermedad, a quien Aristóteles, Plinio y Galeno llamaron Pica (Sociedad Médica, 1754, p. 112-113).

Una lista de autores que podríamos engrosar con Sorano de Éfeso, Dioscórides, Aetio de Amida, y como no, Hipócrates (Sociedad Médica, 1754). Aunque realmente, tal y como intentaremos argumentar más adelante, ninguno de ellos llegó a mencionar la palabra Pica para referirse a algún tipo de apetito desordenado.

⁸ William Whitey Gull se refiere a la enfermedad, en 1873, como anorexia histérica. Ese mismo año Ernst Charles Lasègue la denomina anorexia nervosa.

⁹ *Boulimus* procede del griego y se traduce como apetito de buey. También se hacía uso de la expresión *caninus appetitus* (apetito de perro) para referirse al hambre desmedida. Podemos observar cómo en materia alimentaria las analogías con el comportamiento animal eran y siguen siendo frecuentes en el lenguaje científico y popular. En el caso de la Pica, una de sus denominaciones durante el siglo XVI y XVII fue *picaceus appetitus* (apetito de urraca).

Pero ante todo, hacia donde apuntan las referencias y de donde parecen extraerse las conclusiones es de los tratados médicos escritos durante el Renacimiento por autores como Lazare Rivière, Paolo Zacchia, Daniel Sennert o Felix Plater (Sociedad Médica, 1754). A los que debemos sumar otros médicos como Johannes Lange, Giovanni Marinello, Rodrigo de Castro, Luis Mercado, Ambroise Paré o Amato Lusitano.

Otro aspecto interesante, y que de entrada llama poderosamente la atención, es que la Pica aparezca asociada casi exclusivamente a las mujeres embarazadas. De hecho, muchos de los médicos enumerados fueron autores de las primeras obras dedicadas a las "enfermedades de mujeres". Género que experimentó un gran interés médico a lo largo del s. XVI, con trabajos pioneros en su campo como *De Universa Mulierum Medicina* del portugués Rodrigo de Castro (1603), *Traité des maladies des femmes* del francés Jean Varandal (1666), *Le medicine partendenti alle infermità delle donne* del italiano Giovanni Marinello (1574) o *De Mulierum Affectionibus* del español Luis Mercado (1597).

Mujeres embarazadas, que según las disertaciones de Van Berkman, Brunet y Monravá i Roca, eran capaces de comer cosas como

un pellejo de oveja recién desollado, con su misma lana. [...] los cangrejos crudos, con cuyo plato se recreaba suavísimamente [...] el caso de otra preñada, que tenía particular gusto en alimentarse de plomo [...] otra, que con el ansia de comer peces, hizo plato de una culebra, de cuyo veneno vino a morir (Sociedad Médica, 1754, p. 107).

Y que en ocasiones, su deseo irrefrenable iba más allá de la ingesta de no-alimentos para interesarse por otro tipo de cosas; como "ir de romerías, hacer cosas deshonestas, etc." (Monravá i Roca, 1752, p. 3). O por otro tipo de objetos; como el caso "de una preñada que apeteciendo ansiosamente darle un ósculo en la cerviz a cierto mancebo, este condescendió, y poniéndolo en ejecución, la buena señora le clavó los dientes de manera, que de no quitársele, le hubiera arrancado la carne" (Sociedad Médica, 1754, p. 107).

No obstante, a modo de contrapunto, Brunet de la Selva aclara que "esta extravagante apetencia no es privativa y particular indisposición de las preñadas; pues sin exceptuar el sexo viril, aunque en este son los ejemplares menos frecuentes, acomete generalmente a todo género de personas" (Sociedad Médica, 1754, p. 108). Añadiendo otros casos que no se refieren exclusivamente a embarazadas, aunque si habitualmente a mujeres.

El caso de una doncella, que rayendo la cal de las paredes, se la comía, persuadiendo a todos, que este era un alimento muy dulce y grato al paladar. Amonio dice, que conoció un médico que prefería el queso podrido al mas regalado y delicioso plato. Masarías refiere el caso de una muchacha criada suya, que frecuentemente se comía las velas, que servían en casa. Borello hace mención de una mujer, que tenia por alimento muy delicioso y grato al estomago el fétido excremento del hombre. Schenkio y Marcelo Donato hacen una larga serie de muchos sujetos de varios estados, sexos y edades que comían tierra, carbones, cal viva, tartaro, lana, hielo, harina, sal, nieve, peces crudos y carne humana (Sociedad Médica, 1754, p. 108).

En estas descripciones apreciamos cierto interés facultativo que trasciende lo puramente médico para adentrarse en el terreno de la moralidad. Una actitud de condena que va más allá del posible perjuicio que estas ingestas puedan acarrear en la salud de la paciente. De hecho, se afirma que en muchos casos, más que de una enfermedad se trataría de "puro melindre" de ellas y "servil condescendencia" de los maridos en satisfacer los deseos de sus mujeres (Sociedad Médica, 1754, p. 40). De igual modo, nos percatamos de que en la lista de sustancias se citan cosas como hielo, harina, sal, nieve o peces crudos, que a ninguno de nosotros, al menos hoy en día, debería sorprendernos su consumo.

Según los doctores, la dolencia solía aparecer al principio del embarazo y durar hasta el cuarto mes de gestación, momento en el que acostumbra a cesar espontáneamente, por lo que se recomienda al facultativo esperar hasta tal término. Brunet señala la importancia de discernir los casos en los que el deseo es de la madre de aquellos en los que es del infante. Si el deseo es del niño "lo que se conoce por lo extraordinario y violento de los movimientos que trae en el vientre" (Sociedad Médica, 1754, p. 199), solo cabe la condescendencia. Pero en el caso de ser de la madre, siempre y cuando su inclinación sea hacia cosas muy perjudiciales, "por inutrientes y nocivos, en este caso, se depondrá la plenitud con algunas evacuaciones de sangre" (Sociedad Médica, 1754, p. 199).

Este tipo de abordaje terapéutico va en consonancia con los factores causales que se atribuían a la enfermedad, relacionados con el exceso de sangre en el cuerpo de la mujer durante el embarazo y el desequilibrio de los humores, derivada de la supresión del periodo menstrual. Un planteamiento etiológico inspirado en las teorías inscritas en el corpus galénico

e hipocrático, que seguían conservando su predicamento en pleno siglo XVIII. Y que atribuían la dolencia a cosas como "la multitud de humores depravados de diversas especies, cuya coluvis y congestión en el ventrículo [estómago], viciando la facultad concoctriz, que excitan sensaciones apetitivas de cosas extrañas y diversas" (Sociedad Médica, 1754, p. 111).

No obstante, la influencia de los nuevos conocimientos médicos en las postrimerías de la Ilustración, sobre todo en el campo de la anatomía, es palpable en los tres trabajos. En la inclusión de descripciones, más o menos acertadas, acerca de la configuración y funcionamiento de las fibras musculares del cuerpo humano; conocimientos que se intentan conjugar con el corpus humoral. El ganador del concurso, Juan Matheo Van Berkman, apoyándose en la obra de anatomistas como Leeuwenhoek, Philip Verheyen o Lorenzo Bellini, lo expone así:

[...] [debido a la acritud] se mueven más las partes musculares, hacen movimientos inordinados de los músculos intestinales hacia arriba, y hacia abajo, aquí las extensiones, y eminencias, allí contracciones y disminuciones de los diámetros, en otra parte corrugaciones y complicaciones, abajo movimientos hacia abajo, en lo alto movimientos hacia arriba: de donde se originan los borborismos, los flatos, dolores, nauseas, vómitos, etc. Últimamente, nace el apetito y deseo, que pide el remedio capaz de quitar esta acritud (Sociedad Médica, 1754, p. 96).

Un remedio que no sería otro que la ingesta de cosas extrañas caracterizadas por su "propiedad absorbente, como la greda, la cal, arena, etc." (Sociedad Médica, 1754, p. 96), con la finalidad de neutralizar los efectos nocivos de los fluidos corrompidos; razón por la que, a estas mujeres, según los autores, comer este tipo de cosas no les repercutiría ningún daño. Tras las sangrías, desaconsejadas por muchos, esta sería la segunda opción terapéutica, que explica la Pica como un mecanismo natural para corregir los desequilibrios del cuerpo; la desarmonía entre sus fluidos causante de la enfermedad. Por este motivo, salvo en casos extremos en los que los consumos son desmedidos, se aconseja respetar el curso natural de la enfermedad.

El tercer y último tratamiento, defendido por Monravá i Roca, se aleja sustancialmente de los dos anteriores, tanto de las sangrías como de la condescendencia con el síntoma. El médico catalán, aunque sigue haciendo mención de los humores y al mal funcionamiento de

algunos sentidos como el gusto, es quizás el más rupturista; puesto que afirma que "la esencia de esta enfermedad es ser un delirio" (Monravà i Roca, 1752 p. 2). Para su curación, nos emplaza a otra de sus obras, titulada *Novissima Medicina*: "No son necesarios remedios para ser curada: bastan las palabras de los parientes y amigas que persuadan al paciente del engaño en que ha caído" (Monravà i Roca, 1747, p. 290).

Sin embargo, lejos de lo que pudiera parecer, el médico catalán no está proponiendo ningún tipo de acercamiento psicologista, sino más bien una protoneurología del s.XVIII, basada en los preceptos de autores como Thomas Willis y adornada con los complementos humorales de la tradición antigua.

Declaro que la inmediata causa de la Pica y Malacia es una intemperie húmeda de los Cuerpos Estriados, como otra semejante lo es también de cualquier otra especie de Delirio, a la cual intemperie produjo la demasiada irrigación de la linfa filtrada por la glándula pineal, la cual linfa es Causa material. [...] La causa ocasional de la Pica son los órganos o del gusto o del olfato, a saber: lengua o nariz, los cuales, de tal modo viciados en su textura, que reciben agradables las especies sensibles de algunas cosas que son malas como si fuesen buenas. Y estas especies, llegando a los cuerpos estriados, junto con la intemperie húmeda de ellos, representa al Alma la falsedad del objeto (Monravà i Roca, 1752, p. 3).

No solo las preñadas...

La convocatoria del concurso acontece en un periodo de transición, de los saberes antiguos a los modernos, dentro de la disciplina médica. Un momento de intensas polémicas entre galenistas y defensores de los nuevos conocimientos (Riera Climent & Riera Palmero, 2017). El nacimiento de la Sociedad Médica y otras similares se enmarca en este contexto histórico, en los albores de la Ilustración.

Aunque el enunciado de la convocatoria hiciera alusión únicamente a "la extraña inclinación" de las embarazadas, a esas alturas, la mirada médica ya se había dirigido a otro tipo de personas, que al parecer caían también afectadas por la Pica. Jóvenes adolescentes atacadas por una misteriosa enfermedad bautizada como *clorosis*; que entre sus síntomas

incluía también la ingesta de cosas extrañas. De hecho, en algún momento de sus relatos, los tres autores se refieren al apetito desordenado de las cloróticas.

Igualmente, a mitad del s. XVIII estaba a punto de debutar otra enigmática afección, también relacionada con la alotriofagia, que durante casi un siglo causará furor entre los médicos coloniales de la América esclavista: la *cachexia africana*. Una sorprendente enfermedad que se cebó con los braceros negros y muy especialmente con la economía de las plantaciones.

Por otro lado, puesto que estamos ante un premio de carácter internacional, recordemos que el ganador fue un médico holandés, suponemos que este comportamiento alimentario despertó un gran interés entre la comunidad médica; que se deduce del gran número de textos médicos sobre la Pica o Malacia a los que los concursantes hacen referencia.

Queremos quedarnos con cuatro aspectos clave que se desprenden de las tres disertaciones presentadas. De una parte, las dudas acerca de su nombre y de su origen, para nada una cuestión menor. Todos coinciden en señalar que el origen de la Pica es lejano, remontándose a autores como Galeno, Hipócrates, Sorano de Éfeso o Aetio de Amida; atribuyendo a éstos la acuñación de la etiqueta diagnóstica. Sin embargo, muy probablemente, la Pica como tal no fuera reconocida hasta el Alto Renacimiento.

Otro aspecto valioso que extraemos de los trabajos presentados al premio, son las referencias bibliográficas que presentan, que podemos dividir en tres grandes bloques. Por una parte, los autores antiguos, a los que acabamos de hacer alusión. Por la otra, los médicos renacentistas que habían inaugurado un nuevo género médico, precursor de la ginecología y obstetricia moderna, con los libros y capítulos sobre *morbis mulieribus* (enfermedades de mujeres). Por último, las referencias a los autores modernos, la mayoría de ellos grandes anatomistas de la segunda mitad del siglo XVII, como Thomas Willis, Philip Verheyen o Lorenzo Bellini y taxónomos como Boissier de Sauvages.

En cuanto a las razones etiológicas y terapéuticas, se deja entrever cierto desconcierto general. Con infinidad de ideas y teorías epistemológicamente contrapuestas que los autores intentan conciliar lo mejor que pueden. De ahí que al mismo tiempo que exponen pormenorizados esquemas fisiológicos sobre el funcionamiento (o el mal funcionamiento) de órganos como la lengua o el estómago, continúan aferrándose a los viejos preceptos humorales. Dando lugar a una extraña mezcolanza de mecanismos alterados y humores viciados que dota al relato de un tono fantástico.

Que en las Preñadas es tanta: la plenitud como la cachochimia, lo acredita la misma experiencia. Las venas y arterias están llenas de sangres impuras. En el útero, y vasos adyacentes, dicen Hypocrates y Galeno, están estancadas grandes porciones de aquella menstrual y venenosa materia, cuyas retenciones y virulentos miasmas de sus substancias, son causa frequentissima de malignas y venenosas enfermedades. La saburra viciosa humoral en el ventrículo, dice el mismo Galeno, que en las preñadas es excedente, y que la Pathos-Pica que padecen es accidente que procede de esta causa (Sociedad Médica, 1754, p. 196).

Con todo esto, parece claro que a mediados del siglo XVIII, la Pica interesaba a los médicos, y que estos insistían en la acumulación de la sangre menstrual como principal agente causal; de ahí su asociación a mujeres embarazadas y jóvenes cloróticas.

Por último, en línea con lo expuesto, se percibe una preocupación médica por entender el funcionamiento del cuerpo de la mujer, y en definitiva, su deseo. A la par que proteger, desde la autoridad facultativa, valores y principios culturales asociados a la feminidad, la maternidad y el matrimonio. Una salvaguarda que se orienta en gran medida a la condena de cualquier tipo de desviación, tanto el campo de la sexualidad como en el de la alimentación.

El nombre

Sin duda alguna, uno de los mayores misterios de la Pica, al igual que siguen siéndolo su causa, su prevalencia, su tratamiento y su impacto en la salud, es su nombre. Todos aquellos tratados médicos del Renacimiento, el Barroco o la Modernidad, de autores cuya erudición nadie sería capaz de poner en duda, mostraron un especial interés en acertar con su procedencia. Ninguno alumbró una certeza incontrovertible; tampoco nosotros aspiramos a ello.

Hoy en día, la Pica, es una entidad nosológica que podemos encontrar en manuales diagnósticos de psiquiatría, pediatría y, en menor medida, medicina general. No suele usarse ningún otro de los múltiples apelativos que tiene y que en otro tiempo fueron habituales para referirse a ella, tales como malacia o citta. Ni los neologismos que posteriormente surgieron, de evidentes resonancias latinas y griegas, como pseudorexia, polifagia, alotriofagia o parorexia. A pesar de que, en esencia, con algunos matices, todos estos términos hacen referencia a un fenómeno similar.

Ya el nombre en si mismo, por la razón que sea, llama la atención: Pica. Al lado de nosografías bien conocidas como anorexia, bulimia, esquizofrenia o trastorno bipolar; la Pica, en su desnudez, infradiagnóstico y escasa popularidad, aparece como fuera de sitio. Una categoría más propia de un relato de José Luis Borges que de un documento científico. Algo impropio de un manual serio.

El hecho de que figure en muchas ocasiones con su letra inicial en mayúsculas llama poderosamente la atención. Es como si ante su falta de entidad no le bastase con su apelativo y precisara ser distinguida de alguna otra forma. O quizás todo lo contrario, que por su extravagancia mereciera algún tipo de trato deferencial, como si se tratase de un Conde o un Vizconde. O simplemente porque el vocablo no suene a enfermedad, sino a otra cosa. O porque definitivamente sea otra cosa.

De hecho, siempre es otra cosa antes que enfermedad. Un tipo de lanza, un palo de la baraja, una unidad de medida, la garrocha del picador, la tercera persona del singular del presente de indicativo del verbo picar.

Sea como fuere, es difícil encontrar personas que de buenas a primeras, al oír la palabra Pica sepan de qué estamos hablando, incluso en el mismo gremio médico. Acudirán a Google

o al manual de turno y entonces dirán: "¡Ahh, si! yo vi una vez un programa que hablaban de esto", o "Si, si, yo de pequeño me comía los mocos", o "Una compañera mía, psiquiatra, llevaba el caso de una chica que comía cal de la pared". Y es que, en el fondo, todos lo conocen, ya sea porque oyeron hablar de alguien que lo hacía o porque ellos mismos lo hicieron también. Lo cual nos sugiere que, aunque habitualmente omitida, pudiera ser una práctica mucho más habitual de lo que se presume. Percepción que contrasta con el asombro que acostumbra a producir.

La hiedra y la urraca

Introducido en los manuales diagnósticos de la psiquiatría moderna a partir del año 1980 (APA, 1980), el término Pica ha conservado su vigencia facultativa hasta la actualidad; a pesar de que su orden taxonómico haya sufrido variaciones debido a ligeros cambios en cuanto a su definición y criterios diagnósticos. Evidentemente, su origen se remonta a un marco cultural y temporal muchísimo más lejano, razón por la cual resulte enormemente laborioso y confuso localizar e identificar el momento exacto de su aparición y su significado inicial como concepto médico. Sin duda, el ejercicio merece la pena.

La jerga de la medicina occidental está plagada de términos de origen remoto, y en ciertas ocasiones, desconcertante o ignoto. Buena parte de ellos provienen del latín; a su vez, muchos tienen su correlato en el griego antiguo. Designaciones tales como histeria, hipocondría, anorexia, bulimia, manía, clorosis o caquexia, son buena muestra de ello.

Del mismo modo, es fácil observar como la medicina moderna, en su empeño por hacer prevalecer el rigor y la objetividad del conocimiento positivo por encima de cualquier licencia literaria, ha ido despojándose de buena parte de ellos; como si de esta manera acentuara su cientificidad alejándola de cualquier tipo de resonancia precientífica o mitológica.

De forma particular, podemos apreciar este baile lingüístico en el terreno de la psiquiatría. Afecciones asimiladas culturalmente durante siglos como manía, melancolía o histeria han pasado a denominarse trastorno bipolar, depresión o trastorno de conversión. En rigor, no un simple cambio de nombre. Muy probablemente, en tal ejercicio de transmutación taxonómica, la nueva designación, aun conservando cierta relación de vecindad con la anterior o con lo anteriormente designado, haya acabado por crear otra cosa.

La mayoría de los artículos científicos consultados a lo largo de esta investigación atribuyen el uso de la palabra Pica a una relación alegórica con la Urraca común (*Pica pica*), perteneciente a la familia Corvidae (Linneo, 1758). Conocida comúnmente por su fama de ladrona¹⁰, dada su querencia por recolectar objetos, usualmente brillantes o de colores llamativos, que va acumulando en algún lugar determinado. Sin embargo, salta a la vista, y en cierta medida nos desconcierta, que nada tiene que ver el comportamiento de este animal con el comportamiento alimentario de los que padecen Pica. Ya que, a diferencia de estos, nuestra ave no llega nunca a ingerir tales objetos.

De igual modo, suele atribuirse la acuñación del término al célebre médico bizantino Aecio de Amida¹¹, probablemente en el s. VI, cuando en realidad él simplemente se dedicó a recopilar los saberes médicos de eminentes autores antiguos, como fueron Dioscórides o Sorano de Éfeso, en una gran obra de dieciséis volúmenes a la que llamó *Tetrabiblion*. Por lo tanto, hemos de sospechar que el término no fue una invención suya. Aún más, Aecio escribió toda su obra en griego y no en latín, idioma al que corresponde la palabra Pica.

Buena parte de los autores renacentistas (Marinello, 1609; Mercado, 1597; Varandal, 1666; De Castro, 1603; Lange, 1589), en sus disertaciones y tratados médicos, hacen referencia al origen latino del término, pero evidenciando que en realidad el concepto representado hunde sus raíces en el griego. Rodrigo de Castro¹² en su *De Universa Mulierum Medicina* (1603), influyente tratado sobre enfermedades femeninas editado en Hamburgo a principios del s. XVII, señala:

A veces ocurre una enfermedad alrededor del segundo mes de embarazo, llamada en latín (pica), como el ave locuaz y habladora pintada de varios colores. Y en griego (malacia o citta), debido a su similitud con la hiedra que se llama (cittos) en griego, que se enreda con diversas plantas según las encuentra. Las afectadas buscan todo tipo de alimentos extraños e incluso absurdos, como carne cruda, tierra, carbón, tejas,

¹⁰ Coloquialmente, su nombre suele ser utilizado para referirse a una persona ladrona o excesivamente habladora.

¹¹ Aetio de Amida o Aecio de Amida (502-575). Autor bizantino nacido en Turquía. Llegó a ser médico personal de Justiniano I. Conocido en el campo médico por sus compilaciones de textos de Galeno, Dioscórides y Oribasio.

¹² Rodrigo de Castro (1546–1627). Médico portugués de origen sefardí. Estudió medicina en la Universidad de Salamanca. Su condición de judío converso le hizo trasladarse a Hamburgo, ciudad en la que residió hasta su muerte. Su obra *De Universa Mulierum Medicina*, la cual fue reeditada en varias ocasiones, fue un referente en el campo de la ginecología y la obstetricia. Véase Jon Arrizabalaga, 2009

ladrillos, tiza, ceniza, cal viva, conchas, pieles, frutas ácidas y amargas, e incluso estopa y brea (Castro, 1603, p. 254).

Casi como un calco, unos años antes, en el capítulo titulado "De picaceo pregnantium appetitu" de su obra *De Mulierum Affectionibus* (1597), publicada originalmente en 1579, el vallisoletano Luis Mercado apuntaba en el mismo sentido.

Entre las cosas que observamos que ocurren con mayor frecuencia en las mujeres embarazadas, el primer y más común problema que se presenta es una cierta alteración en el apetito, que causa una anomalía, una variación y una condición inestable, llamada pica. Esta afección la llaman pica o chita debido a la similitud con el ave que tiene diferentes colores blancos y negros, o por su similitud con una especie de hiedra que se adhiere a varias cosas que se le presentan; los latinos lo llaman malacia (Mercado, 1597, p. 408).

Ambos autores, suscriben el origen latino del término Pica, aunque ambos citan otro nombre para tal afección, Malacia. También se refieren a este comportamiento como *picaceus appetitus* o apetito de urraca, de forma similar a lo que sucede con otros apetitos animales que podían acontecer en humanos; como *caninus appetitus* o *boulimus*, en relación con el apetito de perros y bueyes. Por último, se presenta una alegoría alternativa: *citta* o *chita*, en referencia a la "hiedra que se adhiere a multitud de cosas que se le presentan".

La palabra griega *κίττα* o *κίσσα*¹³, transliterada al latín como *citta* o *cissa*, efectivamente significa hiedra, pero igualmente hace referencia a un ave, aunque no es seguro que sea un término específico para la urraca común. Y es que, en realidad, *κίσσα* (*cissa*) también puede designar al arrendajo (*Garrulus glandarius*); de la misma familia que la urraca, pero más conocida por su capacidad de imitar cantos de otras especies que por algún tipo de cleptómana pasión. Probablemente, tal y como indica Gradvohl (2016), en algún momento fue confundida (o sustituida) con la *Pica pica*, a partir de las traducciones que los médicos

¹³ *Κίττα* (*kitta*): Este término se encuentra en los escritos de Aristófanes y es más comúnmente utilizado para referirse a la urraca. En general, se cree que *κίττα* se refiere específicamente a la urraca común (*Pica pica*). *Κίσσα* (*kissa*): Este término se encuentra en los escritos de autores como Eurípides y Esquilo. Aunque también se utiliza para referirse a la urraca, su significado exacto no está del todo claro.

renacentistas hicieron de los textos antiguos. En favor de tal confusión, es de justicia decir que a la urraca común también se la conoce por la multitud de sonidos que es capaz de emitir; mención aparte de que ambos pájaros sean omnívoros.

Seguimos el hilo y acudimos a cuatro autores anteriores. El primero es Jean Varandal¹⁴, profesor de la decana Facultad de Medicina de Montpellier, el cual no publicó ninguna obra en vida, siendo sus discípulos los encargados de hacerlo en francés décadas más tarde. En *Traité des maladies des femmes* (Varandal, 1666), escrito a finales del s.XVI, en su apartado "Du Schirre & du Chancre de matrice", hace referencia a la afección sin mencionar la palabra Pica, aunque sí Malacia.

Del lado de las cosas naturales, el temperamento melancólico o sanguíneo, la edad avanzada hasta los cuarenta años, un estilo de vida difícil, el consumo de alimentos sucios y perjudiciales como en la malacia, el impulso desmedido de comer como en la bulimia, pueden causar esta desgracia; [...] (Varandal, 1666, p. 229).

El segundo, Johann Lange¹⁵, médico y cirujano alemán, gran conocedor de las lenguas clásicas, aborda el asunto en otro contexto. En la obra *Epistolarum Medicinalium*¹⁶ (Lange, 1589), originalmente publicada entre 1554 y 1560, la Epístola 12 del segundo Libro, "De Admirandis Muliebris Pica Historiis, & Causa", enumera un sinnúmero de casos de comedoras de cosas, a cuál más inverosímil, citando expresamente en su título la palabra Pica. Su primer párrafo dice así:

¹⁴ Jean de Varandal (1564?-1617). Natural de Nimes (Francia), desconocemos el año de su nacimiento. Fue profesor y posteriormente rector de la Universidad de Montpellier. No llegó a publicar nada en vida. Tras su muerte, fueron publicados diversos manuscritos y notas de sus últimas conferencias. Se le considera el padre del término médico *clorosis*.

¹⁵ Johann Lange (1485-1565). Nacido en Lowenberg, Silesia. Gran viajero y conocedor de las lenguas clásicas, se doctoró en medicina en la Universidad de Pisa. Al regresar a Alemania aceptó el cargo de médico principal del Elector del Palatinado, que mantuvo hasta su muerte en 1565. Su obra *Epistolarum medicinalium* aparece frecuentemente referenciada en tratados y disertaciones médicas sobre la Pica.

¹⁶ *Epistolarum medicinalium* (1605) fue una obra pionera en su género, el de las recopilaciones de casos¹⁶, conjuntamente con otras como *Curatationum medicinalium* de Amato Lusitano (1556) u *Observationes medicae* de Johann Georg Schenck (1584). Que debió influenciar enormemente a los médicos que lo sucedieron; ya que podemos encontrar multitud de referencias a ésta en los tratados y disertaciones posteriores a su muerte en 1565. Helen King, en su libro *The Disease of Virgins* (2005) hace de las aportaciones de Lange el hilo conductor para su reveladora investigación sobre la *clorosis*. Sin embargo, en el texto original de Lange, la Pica no llega a asociarse a las adolescentes cloróticas, sino que es tratada como una patología propia de embarazadas.

Mientras el príncipe Alceo estaba gravemente enfermo, nos entreteníamos con nobles condes de linaje distinguido, con el fin de engañar el tedio del tiempo, recordando historias sorprendentes sobre la extraña enfermedad femenina Pica (llamada también Citta y Malacia) mientras compartíamos mesa (Lange, 1589, p. 606).

Otra de las obras revisadas es la de Giovanni Marinello¹⁷, *Le medicine appartenenti alle infermità delle donne*, publicada en italiano en 1563¹⁸ y traducida al francés a principios del s. XVII bajo el título *Les maladies des femmes et remedes d'ycelles* (1609). En este caso hay razones para sospechar que el uso de la palabra Pica sea una inclusión del traductor, el también médico Jean Liebault.

Las mujeres embarazadas, a partir del cuadragésimo día o el tercer mes de embarazo, son afectadas por un apetito por cosas extrañas, absurdas, ineptas y extravagantes, que se llaman Pica y Malacia en latín. Esto también es común en las mujeres jóvenes y vírgenes con enfermedades caquéticas, a veces en hombres y mujeres que sufren de melancolía u otras enfermedades que son causadas por la bilis negra, o una mezcla de varios fluidos, y a menudo a los pacientes con fiebre (Marinello, 1609, p. 674).

Por último, acudimos al portugués Amato Lusitano¹⁹, a su recopilación de casos clínicos *Curationum Medicinalium*, publicada en Basilea en 1556. En la tercera centuria de esta obra figura un capítulo titulado "Curación octogésima sexta, en la cual se trata sobre la citta, es decir, la enfermedad llamada pica, que los médicos también denominan *μαλακία* [malacia] como si se refirieran a la blandura [laxitud, debilidad]" (Lusitano, 1556, p. 474). En él se

¹⁷Giovanni Marinello (????-1580). Médico y filósofo italiano nacido en Módena en fecha indeterminada. Vivió en Venecia hasta su muerte en 1580. Buen conocedor del griego, latín e italiano. Publicó diversos tratados en lengua vernácula sobre consejos cosméticos y salud femenina.

¹⁸No hemos podido acceder a esta edición. En una de sus ediciones posteriores, publicada en Venecia en 1574, no aparece la palabra Pica ni tampoco Malacia.

¹⁹Amato Lusitano (1511-1568). Nacido en Castelo Branco, Portugal. De origen sefardí, se doctoró en medicina en la Universidad de Salamanca. Debido a las tensiones religiosas en la Península Ibérica, emigró a Amberes en 1533 y posteriormente a Italia y Turquía. Su obra *Curationum medicinalium* (1556) fue pionera dentro del género de las curaciones y observaciones, basadas en las experiencias clínicas de los médicos. Una buena parte de las ediciones de esta obra, compuesta por 701 casos clínicos divididos en siete centurias, fue total o parcialmente censurada por la Inquisición. Para una biografía más detallada véase GIR *Speculum medicinae* en <https://amatolusitano.uva.es/bibliografia/>

relata el caso de una niña de 12 años de semblante pálido y complexión débil que se expresa con dificultad y que padece de un extraordinario y desordenado apetito.

Curación octogésimosexta. Sobre la citta, es decir, la pica, que los médicos también llaman μαλακία (malacia). La hija de un individuo que, al hablar, expresa muy mal sus ideas, de doce años de edad, de rostro pálido y de constitución delgada, sufría de una enfermedad llamada citta. De hecho, comía indiscriminadamente piedrecitas, tierra, guijarros, barro, algodón, etc., y disfrutaba tanto con ello que llegaba a comer el algodón del interior de su almohada sobre la que las mujeres suelen sentarse para coser, a pesar de las reprimendas de su madre y los presentes. Y no solo comía las cosas mencionadas, sino incluso otros alimentos aún más absurdos (Lusitano, 1556, p. 474).

Así pues, localizamos la aparición del término Pica a mediados del siglo XVI, al igual que observamos el uso generalizado de la denominación Malacia²⁰, que fue prácticamente abandonada a finales del s. XIX en alusión a algún tipo de apetito desordenado²¹. De tal modo, opinamos que el uso de la palabra Pica a nivel médico ya estaba vigente a mediados del s. XVI, y probablemente lo estuviera antes, a partir de las mencionadas traducciones publicadas a comienzos de siglo.²² Hecho que difiere con lo expuesto por Gradvohl (2016) en su artículo sobre la etimología de la Pica; en el que sitúa la primera mención a esta nomenclatura en la obra *De la generation*²³ de Ambroise Paré. Y también con lo escrito por Parry-Jones (Parry-Jones & Parry-Jones, 1992) en su magnífica revisión histórica sobre la Pica, donde el término es atribuido al cirujano inglés Thomas Gales en 1563.

²¹ Con la excepción del idioma portugués que sigue haciendo uso de la palabra compuesta "picamalacia".

²² La primera mención al término "Pica" para referirse a algún tipo de apetito desordenado la hemos encontrado en la página 176 del tratado médico *De Morbis Mulierum Curandis* del médico francés Nicholas de la Roche, cuya primera edición fue impresa en París en 1542; concretamente en el capítulo "Picæ seu malatiæ & fastidii cura" (de la Roche, 1542, p. 176).

²³ No hemos podido localizar la obra citada por Edina Gradvohl. Lo que sí que aparece en una de las obras de Ambroise Paré es un capítulo con el mismo nombre, "De la generation". Concretamente en la página 637 de la décima edición de *Les Ouvres* (1641); la primera edición de esta obra data de 1575.

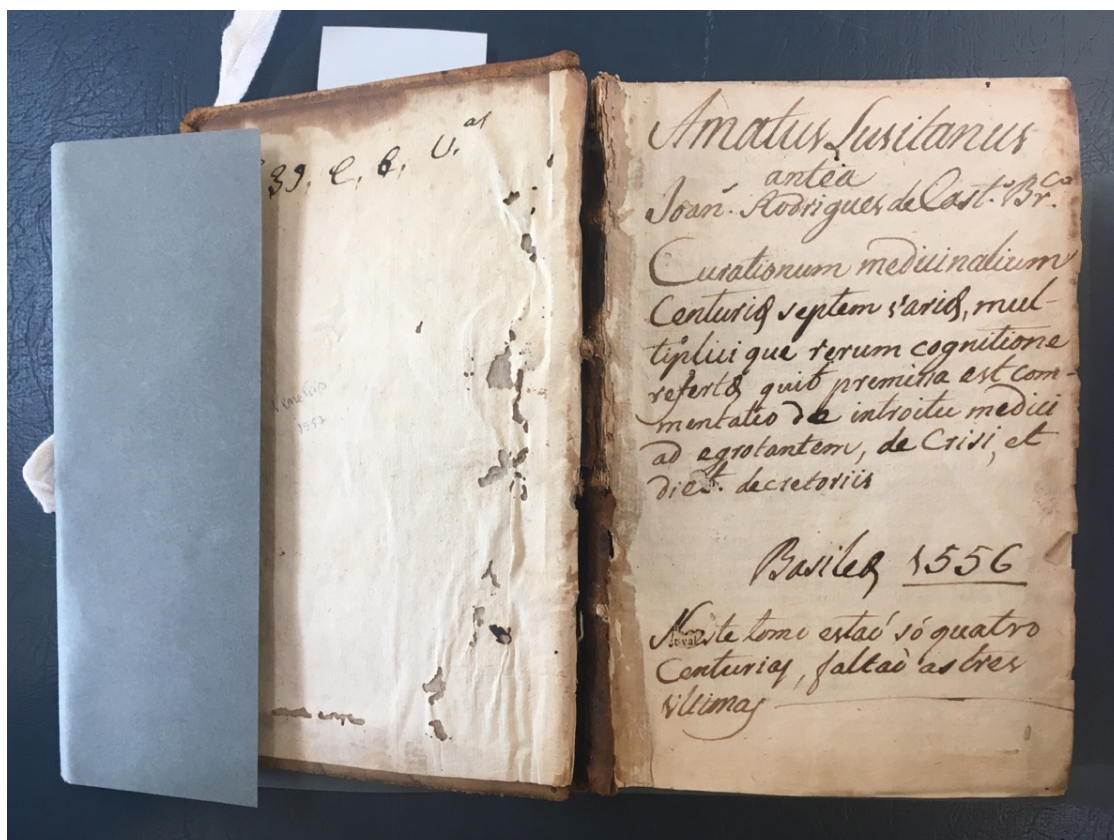


Ilustración 2. Primera página de una de las ediciones de la obra *Curatiorum Medicinalium* (centurias I, II, III y IV) del portugués Amato Lusitano, publicada en 1556. Uno de los primeros textos médicos en los que aparece la palabra "Pica" en referencia al hábito de comer "cosas extrañas". Biblioteca Nacional de Portugal. Fuente: fotografía del autor.

Pero más allá de saber si fue este o aquel autor el primero en manejar el término Pica, apreciamos por el gran número de obras que abordan el tema, un inusitado interés facultativo hacia esta afección, enormemente mayor del que suscita hoy en día. Gran parte del interés por esta y por otras "enfermedades de mujeres", vino dado por la accesibilidad a los textos de los autores antiguos; en especial al corpus hipocrático.²⁴ Aunque es de sospechar la existencia de otros motivos.

Una de estas traducciones es de la obra de Sorano de Éfeso, médico griego del s. II que ejerció en Roma y Alejandría, y que es considerado uno de los padres de la ginecología. En el Capítulo XV "Sobre la cissa" vuelve a referirse a la cuestión etimológica del término; con nota del traductor.

²⁴ La primera de estas traducciones suele atribuirse a Marcus Fabius Calvus en 1525 (Gramenzi, 2020).

Dicen que este nombre se le atribuye debido a una metáfora con el pájaro. Así como la urraca se caracteriza por su colorido plumaje y su canto, de la misma manera el presente síntoma se considera efectivo para provocar diversas inclinaciones. Algunos lo atribuyen a la planta del cissus, ya que esta también es variada en sus ramificaciones (Sorano de Éfeso, 1881, p. 215).

7. El capítulo comienza de la misma manera que el capítulo de Aecio, 10. titulado 'Sobre la cissa de Galeno' (de un libro supuestamente perdido de Pseudo-Galeno): 'En el segundo mes, a las mujeres embarazadas les ocurre una condición llamada cissa [por metáfora de ave...], según dicen algunos...'. Además, cf. Muscio I, 88 y un fragmento similar de Oribasio en la versión latina de la antigua VI, 48, donde se dice lo siguiente: 'La cissa recibió su nombre de los antiguos, algunos de ellos por la aversión de la mujer embarazada (el tedio en Muscio)... otros por similitud con un ave que los griegos llaman cissa, y los latinos llaman gaia (:gaviota? según Plinio, Cael.)'. Ya que se dice que esta ave se distingue por su variedad de plumaje y su voz polifónica, de manera similar esta condición impone diversas formas de deseos...' (Sorano de Éfeso, 1881, p. 215)

El tomo al que pertenecen estos fragmentos corresponde a una compilación de textos de Sorano de Éfeso titulada *Gynaecia Muscionis*, rescatados y traducidos al latín por el copista Muscio (Mustio) en el s. VI y publicada y revisada por Valentino Rose en 1881 bajo el título *Sorani Gynaeciorum*. Por lo que es imposible saber en qué medida los textos publicados pueden diferir de su fuente original.

Dicho esto, el fragmento vuelve a hacer referencia a los ítems señalados anteriormente: la urraca, la hiedra y, como novedad, una posible alusión a la gaviota. Pero lo más relevante está en el hecho de que en el caso de la urraca, no se establece una relación metafórica con su costumbre de robar objetos sino con su voz polifónica, lo que contradice la interpretación más extendida. De igual modo, se hace mención del tedio (*tedium*) de las embarazadas, asunto del que provisionalmente no logramos descifrar su relación con la palabra *cissa*.

El traductor cita algunos de los autores en los que se apoya: Plinio el viejo, (s. I), Caelio Aureliano (s. V), Oribasio de Pergamo (s. IV) y un texto apócrifo de Galeno (s. II); de los

cuales, los dos primeros escribieron en latín y los dos últimos en griego. Pero podemos localizar otros que también hicieron mención a la *cissa*, como es el caso del mencionado Aecio de Amida (s. VI), de Pablo de Egina (s. VII) o Dioscórides (s. I). Este último autor, célebre precursor de la farmacopea, viene a aportarnos otro dato interesante en un epígrafe sobre la cidra (variedad de cítrico) en su obra *De Materia Medica*.

Las llamadas ‘manzanas de Media’ o ‘manzanas pérsicas’, en latín *citria*, son de todas conocidas, pues es una planta que produce fruto durante todo el año sin interrupción, y su fruto es alargado, rugoso, dorado por su color, oloroso con intensidad, provisto de una simiente parecida a la de la pera. Bebidas empapadas en vino tienen virtud de actuar eficazmente contra el efecto de los venenos mortales y de soltar el vientre. Su decocción y su jugo son enjuagatorios con vistas al buen olor de boca. Las comen sobre todo las mujeres para saciar el antojo (*κίσσα*) de las embarazadas. Parece que colocadas sobre los vestidos en el interior de las arcas los conservan sin ser comidos por las polillas (Dioscórides, s.f., como se cita en López Eire, 2006, Lib1. Sec.115.5b)

En los manuscritos medievales de la obra de Dioscórides aparece la palabra *κίσσα* (*cissa*), no para hablarnos de un ave ni de una planta trepadora, ni tampoco de la Pica. Su enunciación, simplemente, hace alusión al antojo de las embarazadas. Uso del concepto que tiene un importante precedente en la obra Aristóteles (s. IV a.c.), en su *Historia de los animales*, en la que podemos leer: "Además, las mujeres embarazadas tienen todo tipo de deseos y los cambian constantemente; lo que se conoce como *kissa* (*κίσσα*)"²⁵ (Aristóteles, 1883, Lib.VII, Cap.IV 584a).

La palabra antojo es popularmente conocida y de uso común, sin duda mucho más que la Pica. Sus traducciones al inglés, francés, italiano y portugués son: *craving*, *envie*, *voglie* y

²⁵ De la traducción francesa de Barthélemy Saint-Hilaire de 1883: "D'ailleurs, les femmes grosses ont toutes sortes d'envies, et elles en changent à tout instant; c'est ce qu'on appelle en grec Kissân." "Εἰώθασι δὲ ταῖς κρούσαις ἐπιθυμῖαι γίνεσθαι παντοδαπαὶ καὶ μεταβάλλειν ὀξέως, ὃ καλοῦσιν τινες κισσᾶν. καὶ ἐπὶ τῶν θηλειῶν ὀξύτεραι μὲν αἱ ἐπιθυμῖαι, παραγινομένων δὲ ἤττον δύνανται ἀπολαύειν." (Aristóteles, Histoire Des Animaux. Tome Deux. Livre VII) El traductor añade una nota en la que aclara: "J'ai reproduit le mot grec, parce que dans notre langue nous n'avons pas de terme équivalent; j'ai cru aussi devoir donner une traduction telle quelle de ce mot. Kissa ou Kitta désigne une espèce de pie, ou de corbeau" (Aristóteles, Histoire Des Animaux. Tome Deux. Livre VII).

desejo; todas ellas se pueden traducir como deseo. En castellano, sus cinco primeras acepciones son:

1. m. Deseo apremiante y pasajero, habitualmente caprichoso.
2. m. antojo atribuido popularmente a la mujer embarazada.
3. m. coloq. Mancha en la piel de una persona, atribuida popularmente a un antojo no satisfecho de su madre durante el embarazo.
4. m. Persona o cosa deseada de forma normalmente caprichosa.
5. m. coloq. P. Vasco. Fastidio, asco, hastío (RAE, 2023).

La primera acepción establece su particular naturaleza "apremiante, pasajera y caprichosa". La segunda y la tercera hacen referencia explícita a la mujer y al embarazo. La cuarta es genérica, aplicable a cualquier situación y a cualquier mortal. La última, coloquial en el País Vasco, nos confunde sobremanera, ya que viene a dar cuenta de sensaciones que aparentemente se presentan como un obstáculo para el deseo: el fastidio, el asco y el hastío. Pero a su vez, nos remite al tedio de las embarazadas al que se refería Muscio y Oribasio en la nota de la traducción latina de Sorano de Éfeso (1881).

Si leemos detenidamente, comprobamos que la palabra es sumamente versátil puesto que no solo habla de la acción de desear algo, sino también de aquello que se desea y de la consecuencia de no haber satisfecho tal deseo. Igualmente, podemos constatar cómo en su tránsito del griego al latín, de *κίσσα* (cissa) a Pica, el concepto ha sufrido un proceso de resemantización, perdiendo muchos de sus significados al pasar de antojo a enfermedad.²⁶

Llegados a este punto, ¿qué sacamos en claro de todo esto? ¿a dónde pretendemos llegar? ¿qué importancia tiene conocer el significado original del término? ¿qué importancia tiene que el vocablo médico Pica haga alusión a la ladrona urraca común, al canto del arrendajo, a una gaviota o a la hiedra que trepa adhiriéndose a todas las cosas?

En este sentido, no es arriesgado señalar que buena parte de la discusión en torno al origen y las implicaciones sociales y médicas de la Pica corre en paralelo al origen, aplicación y sucesivos cambios en los términos que han sido usados para designarla.

²⁶ Que se puede apreciar en los tratados y disertaciones médicas a partir del Renacimiento en relación con el tratamiento que se da a la afección y al uso de expresiones como *Absurdus Appetitus*, *Vitiosus Appetitus*, *Depravatus Appetitus* o *Corruptus Appetitus* (Lange, 1589; De Castro, 1603; Marinello, 1574; Monravá i Roca, 1747; Mercado, 1597; Paré, 1641)

Probablemente no sea lo mismo la *cissa* de Dioscórides, que la Malacia de Marinello, que el Trastorno del Comportamiento Alimentario llamado Pica que recoge el *DSM* hoy en día. Por lo cual, se nos antoja relevante para nuestro estudio el saber a qué tipo de personas y por qué razón se comenzó a aplicar esta categoría médica. Y a su vez, de qué manera estas personas, mediante su comportamiento, hicieron honor o no a ella, fortaleciendo, modificando o impugnando dicha categoría (Hacking, 1985).

La Malacia

La palabra latina Malacia²⁷, mencionada por muchos de estos autores y cuyo origen debemos buscarlo también en el griego antiguo, *μαλακία* (malakía), hace referencia según *A Greek-English Lexicon* (Lidell y Scott, 1996) a cierto reblandecimiento de los órganos o debilidad del cuerpo; de ahí que en medicina se use frecuentemente para hacer mención a enfermedades relativas al reblandecimiento de algún tejido, como sucede en la osteomalacia o la condromalacia. Sin embargo, ni en relación con su uso coloquial ni médico, a diferencia de *κίσσα* (cissa), disponemos de ningún texto antiguo en el que aparezca para referirse a algún tipo de apetito desordenado. De manera que probablemente, al igual que Pica, debutara con las traducciones al latín de los autores griegos realizadas durante el Renacimiento.

Si nos detenemos a analizar el breve y resumido itinerario etimológico que acabamos de trazar acerca de la Pica, desde los autores renacentistas a los antiguos, podemos observar cómo lo que inicialmente surge como un capricho de embarazada (antojo) pasa a convertirse en un comportamiento depravado (Pica); al igual que en la causa y la consecuencia de una debilidad (Malacia); una debilidad aplicada a una determinada clase de personas.

Por ello, la clave, más que en la palabra Pica, quizás haya que buscarla en su subalterna Malacia y en su significado original, el cual sigue siendo el mismo: blandura o debilidad. Debilidad en el cuerpo, debilidad en el deseo, debilidad moral, debilidad en el entendimiento. Una debilidad que se manifiesta en la falta de integridad moral para contener un apetito absurdo (*absurdus appetitus*), de urraca (*picaceus appetitus*), corrupto (*corruptus*

²⁷ ²⁷ En inglés malacia, en francés malacie, en italiano malacia y en portugués malacia. En el caso del francés, en algunos textos médicos del s.XVII y XVIII, aparece como mollesse para referirse a la Pica, que también se traduce como debilidad o blandura.

appetitus), vicioso (*vitiosus appetitus*) o depravado (*depravatus appetitus*), consistente en consumir alimentos equivocados y extraños como tierra, brea, ceniza o carbón. Y que viene a aplicarse principalmente a la mujer; habitualmente virgen o embarazada. Y en contadas ocasiones a "algunos hombres"; niños y locos principalmente. Una clase de hombres significados socialmente por algún tipo de debilidad, que contrasta con la integridad y fortaleza del resto.²⁸ Tal es así, que el término castellano molicie, del latín *mollities*²⁹, transliterado del griego *μαλακοί* (*malakói*), y del que según algunos autores deriva la palabra mujer, aparte de como ablandamiento es usado como sinónimo de afeminamiento³⁰.

Algo que Marinello explicita con estas palabras: "la mujer, debido a su frialdad y humedad, es un hombre débil y parece hecha al azar [...] no siendo las mujeres de constitución perfecta, como los hombres" (Gramenzi, 2020, p. 88). O que Rodrigo de Castro sugiere al afirmar que "casi todas las personas experimentan deseos naturales similares en algún momento, pero las personas prudentes, constantes y honestas pueden moderar su apetito y superar estos impulsos" (Castro, 1603, p. 255).

Pero no solo esto, puesto que como ya vimos, el término puede ser traducido también como indulgencia. Debilidad en el que consiente. Debilidad hacia el que padece una debilidad. En este caso hacia la mujer; más concretamente hacia la mujer embarazada que desea comer cosas extrañas. Y es que, de ser cierta aquella percepción popular que nos habla de la existencia de un género débil y un género fuerte; en relación con lo que comemos o deseamos comer, la Pica o Malacia, cumpliría la función de ser un perfecto marcador clínico y moral.

²⁸ En algunos estudios etnográficos actuales sobre geofagia en sociedades tradicionales se describen casos de severa condena social cuando es practicada por hombres. Uno de estos trabajos es el de Geissler (2000) sobre los Luo en Kenia. El autor refiere que "para los hombres es vergonzoso comer tierra, pero no para las mujeres [...] si los hijos de un hombre casado lo ven comiendo tierra, se avergüenza y pierde autoridad ante ellos [...] A las niñas no les gustaban los hombres que comían tierra porque era algo vergonzoso y esos hombres eran blandos" (Greissler, 2000, p. 660-661).

²⁹ El término *mollities* (*molles*) fue también usado para referirse a la masturbación u onanismo; desde el siglo XIII hasta la aparición de estas dos denominaciones en la literatura médica del siglo XIX. Véase Aries et al., 1987; Montero, 2008

³⁰ Pablo de Tarso, en su conocida Primera epístola a los corintios, hace referencia a diversos tipos de pecados entre los que cita *molles*; que diferentes autores han traducido como afeminados o como masturbadores. "Neque molles neque masculorum concubitores neque fures neque avari neque ebriosi neque maledici neque rapaces regnum Dei possidebunt" "Ni los afeminados, ni los que se acuestan con hombres, ni los ladrones, ni los avaros, ni los borrachos, ni los maldicientes, ni los saqueadores heredarán el reino de Dios." (1 Cor 6, 10)

Por último, reforzando esta hipótesis, si retomamos el significado y uso original del término *κίσσα*, cuya transliteración al latín acabó siendo *cissa* para posteriormente ser traducida como *Pica*, comprobamos en muchas menciones de la literatura griega, como en Esquilo o Aristófanes, una manifiesta identificación cultural con las mujeres, o más bien, una caracterización de su deseo; tanto en su acepción a la hiedra "que se retuerce y se adhiere a todas las cosas" como en "la urraca ladrona, parlanchina y traicionera".

De ahí que bien podamos concluir que, si la hiedra y la urraca se identifican con la mujer, la *Pica* y la *Malacia* son un deseo femenino que se adhiere aquí y allá y se manifiesta en apetitos que quebrantan la normatividad alimentaria en mujeres (y en algunos hombres) y en la incapacidad para contener dicho deseo. Por lo que no es casualidad que el momento en el que esto sucedía con mayor virulencia, y veremos si todavía sucede, fuera precisamente en dos de los estadios más liminales y representativos de la feminidad en muchas culturas, como son el embarazo y la adolescencia.

Los doctorandos

Llegados al siglo XVII el interés por la Pica no va a decrecer, apreciable en el gran número de tesis doctorales (*Disputatio Médica Inauguralis*) dedicadas a esta patología que proliferan por las universidades de toda Europa (Ledel, 1668; Gerner, 1622; Christiani, 1621; Müller, 1675; Denhe, 1698; Schuster, 1658). En ellas, los aspirantes a doctor, referencian los mismos saberes recogidos en las traducciones al latín de los autores grecorromanos y en los tratados de nuevo cuño publicados a partir del s. XVI; en los que habitualmente se acude a similares causas, signos y remedios que los que expondrán los aspirantes al premio de la Sociedad Médica Matritense en 1751.

Muchas de estas obras pueden ser localizadas para su consulta en los fondos documentales de algunas instituciones europeas. Como son la Bibliothèque Nationale de France, la Biblioteca Nacional de Portugal, la Universidad Complutense de Madrid, Ludwig-Maximilians-Universität München, Österreichische Nationalbibliothek, Universitätsbibliothek Basel o Utrecht University.

Todas las tesis están escritas en latín y tienen una extensión en torno a 30 páginas. Su estructura suele ser siempre la misma: un acercamiento inicial al problema, en el que se incide en el significado de los términos Pica y Malacia y la importancia de conocer su origen. Una segunda parte en la que se vuelven a reproducir los casos de comedoras de cosas insólitas a los que a modo de "casos clínicos" aludían los tratados renacentistas. Un tercer bloque en el que se detallan sus posibles causas. Y para concluir, observaciones acerca de su pronóstico y los remedios más habituales para esta dolencia.

Disputatio Médica Inauguralis

Hemos analizado doce de estas tesis; en todas ellas vuelve a hacerse patente un enorme interés por la procedencia del nombre; para nada una cuestión menor, ya que como afirma uno de los aspirantes a doctor, "nada está en las manos y el trabajo del médico a menos que primero haya estado en la mente y el conocimiento, como dice nuestro gran Hipócrates. Por lo tanto, no afirmamos que nuestro esfuerzo en revelar el nombre de nuestra afección sea en vano" (Ledel, 1668, cap. I art. I). Vuelve a hablarse de Pica y de Malacia, y de sus precursores griegos *κίττα* (kitta) y *μαλακία* (malakía). Vuelve a mencionarse el comportamiento de la

urraca, el plumaje del arrendajo, la hiedra que se adhiere a todo aquello que encuentra, la blandura, la debilidad. Vuelve a aludirse al supuesto origen hipocrático de la enfermedad. Al igual que vuelven a citarse los mismos autores: Lange, Marinello, de Castro, Varandal, etc.

También se sugiere que Pica y Malacia, aun siendo casi idénticas, pudieran ser dos afecciones diferentes; la segunda propia de embarazadas y la primera susceptible de afectar también a otras personas. Aunque como norma general la mayoría de los autores no hacen distinción entre ambas en sus disertaciones.

Plinio lo llama malacia, aunque otros distinguen la pica de la malacia, llamando pica a cualquier apetito por cosas extrañas y absurdas, ya sea que ocurra en mujeres o en hombres, y malacia a aquel que es familiar solo en las embarazadas, en el cual no solo se desean cosas absurdas y extrañas, sino también alimentos y bebidas habituales, pero con más avidez y de manera variable: y a menos que se les proporcione lo que desean, afecta al feto. Sin embargo, en la mayoría de los casos, estos dos términos son utilizados indistintamente por los autores (Gerner, 1622, p. 2).

Las definiciones que se dan para este comportamiento aluden de nuevo al consumo de cosas como carbón, yeso, carne y pescado crudos, trapos viejos, cal, arcilla, piel, e incluso carne humana. Caracterizadas como "cosas extrañas y a veces repugnantes" o "cosas absurdas e inusuales". Igualmente, se advierte cierta predilección por las "cosas amargas, ácidas y picantes, como la sal, el vinagre y las especias" (Gerner, 1622, p. 2); por lo que se recalca que "a veces, el deseo desordenado se dirige a condimentos en lugar de alimentos" (Christiani, 1621, p. 7). Igualmente, se hace hincapié en el marcado carácter cualitativo de esta afectación del apetito, estableciendo la diferencia principal con otros desórdenes alimentarios, como la *boulimus* o el *caninus appetitus*, que también gozaron de interés médico en la época,

La malacia difiere del apetito canino y de la bulimia en que esta, con cierta impotencia mental, no solo desea cosas aptas para comer, sino también cualitativamente nocivas, mientras que en aquellos, el apetito se desvía solo en cuanto a la cantidad de alimento (Müller, 1675, p. 5).

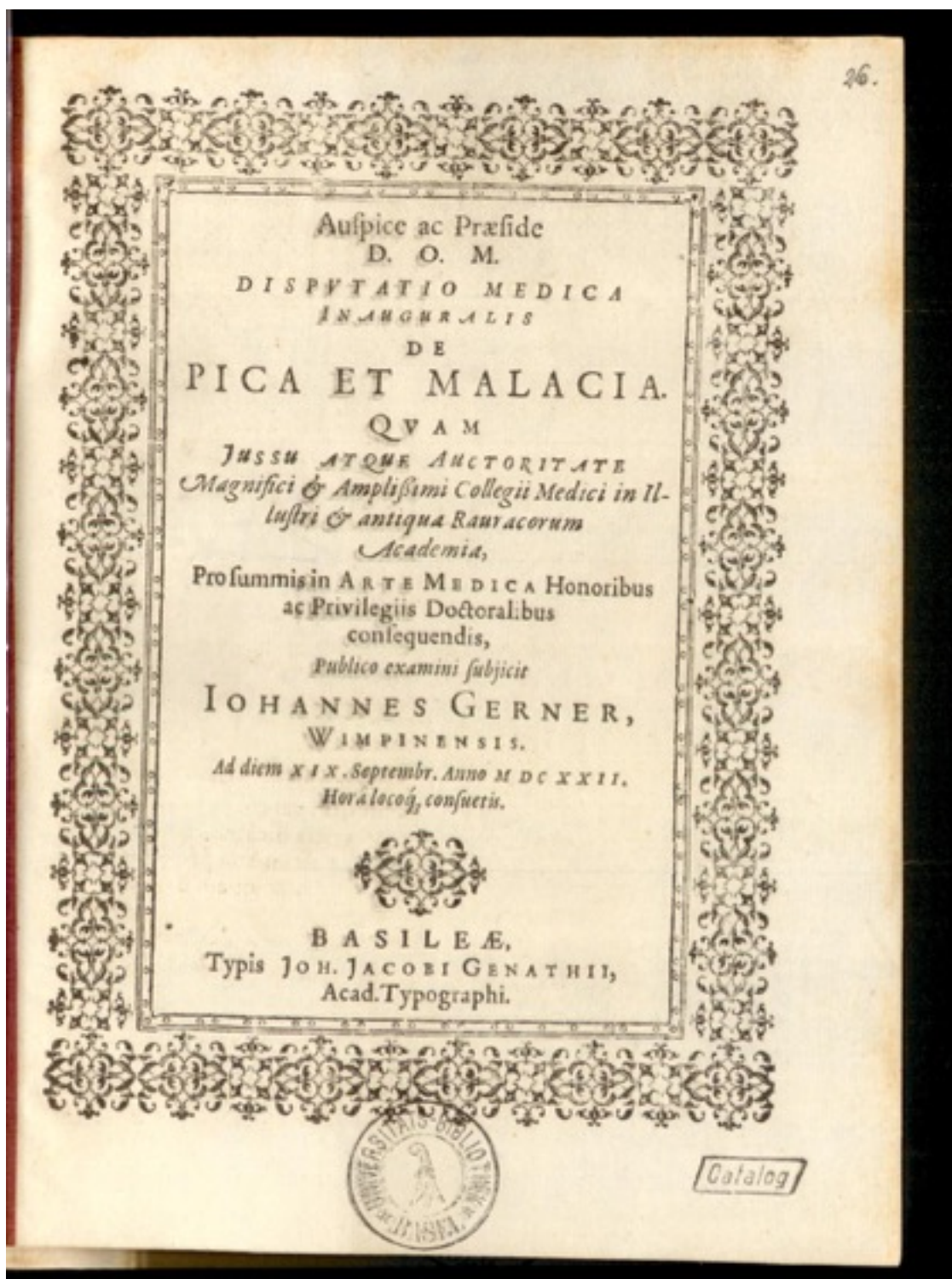


Ilustración 3. Primera página de la *Disputatio Medica Inauguralis* de Johannes Gerner, presentada en 1622 en la Universidad de Basilea. Fuente: Universitätsbibliothek Basel

Respecto al tipo de personas afectadas, se insiste en que en su gran mayoría son mujeres embarazadas, seguidas de mujeres jóvenes que sufren clorosis, de mujeres en general y raramente de hombres. También se citan algunos pocos casos de niños, como por ejemplo,

una niña de 14 años, que desde su infancia había comido frecuentemente cal de las paredes y fragmentos de ladrillos y no podía abstenerse de su uso, al investigar las causas, se descubrió que la madre de esta niña, cuando estaba embarazada, había comido las mismas cosas contra natura (Denhe, 1698, p. 15).

En este ejemplo, la Pica de la niña es interpretada como efecto imitativo de la de su madre; por lo que se sugiere que puede tratarse de un comportamiento aprendido. Pero en muchas ocasiones, al deseo de la madre le es asignado otro tipo de consecuencias, a menudo más graves; que van desde manchas en la piel del recién nacido hasta abortos espontáneos. "En resumen, la pica no está exenta de peligro, especialmente si no pueden satisfacer esos apetitos intensos; pues suelen abortar, o expulsar al feto con alguna marca" (Schuster, 1658, art. XLI). Una de las razones por las que, en cuanto a su terapéutica, muchos textos recomiendan ser condescendientes con las apetencias de las pacientes, a no ser que revistan un riesgo más que evidente para el feto o para ellas mismas, o esperar hasta el cuarto mes de embarazo, momento en el que la mayoría de casos ceden por si solos.

El alemán Samuel Ledel, señala: "sabemos que la pica se manifiesta en los primeros meses en las mujeres y se extiende hasta el término medio de la gestación, momento en que cesa, a menos que se busque el consejo y la ayuda de un médico experimentado y sabio" (Ledel, 1668, cap. V art. I). Otro de los doctorandos, Johan Jacobus Schuster (1658), en su tesis *De Pica sive Malacia*, afirma que este mal aparece "durante los primeros, segundos y terceros meses de gestación, cuando el feto aún es pequeño y absorbe solo los alimentos más puros, dejando los impuros. Esto provoca que posteriormente la madre desarrolle un apetito depravado y corrupto" (Schuster, 1658, art. VII).

La asociación entre la Pica y los primeros meses del embarazo es un aspecto repetido en todas las disertaciones y suele ser atribuido a una desigual pugna nutricional entre la madre y la criatura que el cuerpo de la madre resuelve a favor del feto. Esta explicación es trascendental para la comprensión y el tratamiento médico de la Pica, y aparece de forma

recurrente en la obra de un gran número de médicos renacentistas. Rodrigo de Castro, en su *De Universa Mulierum Medicina*, lo expone más pormenorizadamente de la siguiente manera.

Esta afección ocurre cuando la capa del estómago está impregnadas de algún humor o excremento nocivo, según cuya variedad se apetecen los diversos y extraños alimentos mencionados. En las mujeres embarazadas, estos excrementos tienen una única causa: la supresión de la menstruación. Estos, que solían ser expulsados mensualmente, ahora son suprimidos por el feto, y mientras una parte pequeña y más pura se destina a la alimentación del feto, el resto asciende, y con su propia sustancia o vapor, es tan pernicioso que afecta especialmente al estómago, órgano dotado de un sentido más delicado. Por esto, la afección comienza alrededor del cuadragésimo día desde la concepción y dura hasta el cuarto mes, cuando, al crecer el feto y requerir más alimento, se reduce la acumulación de humor vicioso, que en parte es expulsado por el vómito y en parte se transfiere al feto, aliviando los síntomas (Castro, 1603, p. 254).

La supresión de los meses

En la medicina antigua y renacentista, los supuestos y creencias sobre la menstruación diferían de los que maneja la ciencia actual. Algo que no debe extrañarnos, ya que la menstruación se ha considerado un proceso misterioso en multitud de épocas y latitudes culturales. Asociada con lo impuro o contaminado, facilitador o precursor de enfermedades, las mujeres durante ese periodo eran susceptibles de transmitir todo tipo de males al resto (Douglas, 1973; Brumberg, 1982).

Mientras que los médicos no entendieron la naturaleza del ciclo ovulatorio y el flujo menstrual, "las mujeres, de hecho, parecían estar extrañamente afligidas" (Brumberg, 1982, p. 1475). Por ello en muchas sociedades, a modo de precaución, se debían evitar durante estos periodos determinadas situaciones sociales; como la participación en actividades religiosas, la preparación de alimentos o el uso de determinados objetos (Buckley y Gottlieb, 1988; Delaney et al, 1988; Roux, 1990). Así lo prescriben algunas de las creencias populares de algunos nativos; como cuando se recomienda a las mujeres con el periodo no hacer mayonesa, puesto que se cortará, o no regar las plantas porque se marchitarán.

Para autores como Hipócrates (460-370 a.C.) o Sorano de Éfeso (s. II), la menstruación era entendida como un proceso de purificación del cuerpo, mediante la cual el útero se llenaba de sangre para limpiarse y prepararse para un posible embarazo. Según los preceptos del humoralismo, se creía que la sangre era uno de los cuatro humores y que su adecuado equilibrio era esencial para la preservación de la salud. La menstruación se asociaba con la necesidad de liberar la sangre acumulada en el útero para mantener el equilibrio de los humores; por lo que, el exceso de sangre o su estancamiento en el útero podía ser fatal, provocando enfermedades y desequilibrios en el cuerpo.

Este sería el caso de la Pica gestacional, cuya causa no guardaba relación con ningún tipo de adicción o error cognitivo, sino con un mal funcionamiento del cuerpo derivado de la sangre menstrual que al no ser expulsada quedaba supuestamente retenida; sangre de por sí contaminada o corrompida al quedar estancada. Una anormal acumulación de fluidos o "plétora" (Oakley, 1984) que acababa afectando a los órganos adyacentes. En el caso que nos toca, sobre todo al estómago; de lo que surgía el apetito depravado, aunque en otras versiones de este relato también podía repercutir sobre el hígado e incluso el cerebro.

En base a los supuestos hipocráticos, los remedios para las enfermedades, tal y como explica Peset, siempre buscaban restablecer el equilibrio de los humores. "Si la dolencia actuaba por ejemplo por sus cualidades cálidas, era necesario un remedio frío, si lo hacía por las húmedas, medicamentos secos" (Pezet, 2018, p. 2). Es por ello que este extraño apetito, que para unos era leído en clave de algo dañino para la salud de la mujer, para otros representaba un mecanismo natural que buscaba la restauración de la armonía humoral. Así pues, las embarazadas deseaban comer cosas similares o contrarias en función de la calidad de los humores que prevalecían en su cuerpo; y no consentir sus deseos podía resultar fatal tanto para la futura madre como para el futuro bebé.

La Pica era interpretada como un conjunto de peligros potenciales e insolubles: peligro por comer cosas nocivas que no se deben comer, pero peligro también si no se dejan comer. Un peligro doble, tanto para la madre como para el niño, provocado por el prolongado contacto con una sustancia impura, la sangre menstrual, que despierta el apetito por cosas impuras; y a veces, también el deseo de cometer actos impuros.

El paradigma menstrual, con sus correspondientes matices, fue asumido durante mucho tiempo, pero a medida que evolucionaron los saberes médicos fueron surgiendo discrepancias. Alguno de sus puntos débiles, a los que los teóricos no eran capaces de hacer

frente, eran cuestiones como las vías de transmisión de los fluidos o vapores corrompidos desde el útero al estómago o las razones por las que éstos no tenían efectos negativos sobre el feto. En este sentido, el alemán Johannes Gerner, en su tesis defendida en 1622 en la Universidad de Basilea, mostraba sus reticencias, señalando que esta explicación no podía ser aceptada tan a la ligera.

En primer lugar, si fuera cierto que estas cosas se desean como contrarias, los pacientes deberían beneficiarse por ellas, pero no se benefician. Sino que se dañan más. En segundo lugar, aunque aceptemos que estos humores están acostumbrados a requerir contrarios, hay que preguntarse por qué los pacientes no prefieren cosas contrarias conocidas en lugar de cosas extrañas y absurdas, como yeso, carbón, cal, etc.; cuando hay muchas cosas adecuadas que no se desean, tan solo las peculiares. En tercer lugar, vemos a través del vómito, donde las mujeres embarazadas vomitan humores ácidos, que sin embargo desean cosas ácidas; por lo tanto, no se puede decir que estas cosas sean contrarias de forma tan simple (Gerner, 1622, p. 3).

Es decir, el trinomio que relaciona sangre, útero y estómago, parece no ser lo suficientemente convincente, ya que muchos médicos aprecian contradicciones en las explicaciones causales que se proponen. Es por ello que, conforme avanza el siglo y sin abandonar las viejas teorías, la medicina comienza a apuntar hacia otros factores que se desplazan hacia otros órganos y funciones corporales.

El lugar afectado en esta enfermedad es doble: el estómago y el cerebro. Así también, se puede establecer una doble causa. La que está en el cerebro no es otra cosa que la depravación del razonamiento y de la imaginación, por la cual los pacientes se determinan a comer una cosa específica. La causa de la enfermedad en el estómago es un humor ácido. La primera de estas causas, considerada por separado, es una especie de melancolía; la otra, una especie de hambre canina. Si conjugamos estos dos afectos, solo se puede llamar pica o malacia (Veryser, 1695, p. 4).

Pero volviendo al tema del cuarto mes, a partir del cual se dice que la mayoría de casos remiten espontáneamente, los médicos señalan que en algunas pacientes no es así; supuesto

en el que la evolución de la afección se vuelve mucho más preocupante. "En cuanto al pronóstico, la pica, aunque no sea letal por sí misma, si es persistente y prolongada, lleva a las enfermas a la atrofia, caquexia, hidropesía, generación de gusanos, abscesos con bolsas y muchas otras aflicciones" (Gerner, 1622, p. 4). En estos casos se recomienda su abordaje terapéutico, pero absteniéndose de aplicar remedios tan habituales en la época como los vomitivos o las sangrías; medidas que podrían poner en juego el correcto devenir del embarazo, y que si eran prescritas en el caso de las jóvenes adolescentes.

Si una mujer está embarazada, es inapropiado administrarle vomitivos o purgantes; en su lugar, se debe corregir el humor nocivo. Para corregirlo, los mejores remedios son las sales laxantes, tanto fijas como volátiles, y otros que abundan en cualquiera de ellas, como los corales, las perlas, los ojos de cangrejo, la piedra hematites, el ámbar, las limaduras de hierro y similares. [...] Además, el humor más nocivo (a saber, el ácido) se diluye y se neutraliza simplemente con la ingesta abundante de agua o con una gran cantidad de café, y especialmente té (Veryser, 1695, p. 8).

Al repasar la lista de remedios que este y otros aspirantes a doctor proponen, salta a la vista que perfectamente podrían formar parte del conjunto de sustancias y materiales típicamente consumidos por las afectadas por la Pica, incluso cuando se hace referencia a su abundante consumo; por lo que guarda cierta lógica que las extrañas ingestas de las embarazadas, en ausencia de mejor explicación, fueran interpretadas como una forma de remedio natural para la enfermedad, equiparadas a la condición de medicamentos.

Una interminable lista de insólitas apetencias

Un ingrediente común en la cocina de todas estas disertaciones es una interminable lista de casos y cosas que las afectadas por la Pica podían llegar a apetecer. Que sirve a los autores como prueba que da fe del fenómeno que están tratando. Sin embargo, por la desmedida exageración que se trasluce en sus ejemplos, no sabemos hasta qué punto hacen el relato más verosímil.

Estás listas de aberraciones alimentarias o perversiones del gusto son recurrentes no solo en cuanto a su estructura sino también en la literalidad y similitud de los "casos" que se

enumeran. En ellas podemos vislumbrar la existencia de una leyenda o patrón de origen incierto alrededor de la Pica, que durante siglos corrió de pluma en pluma, reproduciéndose hasta la saciedad para desaparecer lentamente por si sola.

La disertación más antigua que hemos consultado data del año 1621 y está escrita por el aspirante a doctor Lázaro van Heyden, bajo el título *De Pica seu Malacia*. La más reciente se titula *De Appetitu Ventriculi Depravato in Pica et Malacia* y fue presentada en Mellingen (Suiza) en 1698 por el alemán Tobias Dehne. En ellas encontramos los siguientes fragmentos:

También algunas mujeres embarazadas tienen el deseo inusual y absurdo de condimentos en lugar de alimentos. Por ejemplo, Platter observó que una mujer embarazada disfrutó comiendo varias libras de jengibre y a pesar de esto, no sintió ardor en la garganta ni mucho menos en el estómago. Schenck menciona a una mujer embarazada que consumió alrededor de veinte libras de pimienta. [...] También se conocen casos en los que algunas mujeres embarazadas anhelan carne humana, como relata Lange. Una mujer embarazada arrancó trozos de la carne del cuello de un joven desnudo y, si no lo hubiera mordido, habría abortado, como se menciona en las *Ephemerid*. Alguna también deseaba morder las nalgas de un niño de dos o tres años, como se narra en las *Ephemerid*. Germ. Alrededor del año 1553, una mujer, poseída por el deseo de comer la carne de su marido, lo mató por la noche, y con avidez mordió su brazo y costado izquierdo aún calientes con sus dientes, guardando el resto del cadáver condimentado con sal para futuros manjares (Dehne, 1698, p. 6-7).

Otra mujer que deseaba comer la carne de su esposo lo mató en secreto, y después de saciarse con casi la mitad de la carne, arrojó el resto al mar. Este acto la afectó con una fiebre debilitante, y finalmente, experimentó remordimientos. [...] un hombre noble que había estado deseando ardientemente la cal viva durante mucho tiempo. Finalmente, devoró un trozo de cal viva del tamaño de un puño, y experimentó una gran satisfacción, sin sufrir ninguna lesión en el estómago ni en los órganos internos. [...] el caso de una mujer embarazada que consumió alrededor de veinte libras de pimienta sin abortar. [...] las mujeres embarazadas a veces desean anguilas crudas, así como la piel que las rodea. También se menciona que consumen carbón, cenizas, arena, creta y cal extraídos de piedras, [...] conocí a una joven de unos 18 años, hace casi un

año, que, a pesar de las reprimendas de sus padres, robaba carbón y lo comía a escondidas con deleite. Esta joven murió al cabo de tres años. [...] un niño de 9 o 10 años, hijo de un farmacéutico en París, que, cada vez que tenía la oportunidad, robaba ácido sulfúrico de la farmacia y lo consumía sin sufrir daño alguno (van Heyden, 1621, p. 2).

Entre la primera y la segunda disertación habían transcurrido casi cien años, y podemos comprobar como el tono, el estilo y los motivos escogidos seguían siendo los mismos. Historias insólitas, muchas de ellas repetidas o reinterpretadas, sobre mujeres (y de vez en cuando algún hombre) que comen cosas extrañas, de forma inusual o en cantidades desproporcionadas; algo así como una gran oda al absurdo. O en ocasiones como un espectáculo circense; un "más difícil todavía", en el que los autores comienzan presentando consumos más o menos comunes para *in crescendo* llegar a casos de canibalismo. Las mismas o parecidas historias que encontramos en las obras presentadas al premio de la Sociedad Medica Matritense en 1752; de las que para encontrar sus fuentes debemos retornar a las obras médicas renacentistas, como *Epistolarum Medicinalium* (Lange, 1589), probablemente una de las más revisitadas (Sociedad Médica, 1754; Ledel, 1668; De Castro, 1603; Hubrigk, 1672; Fragoso, 1627; van Heyden, 1629).

Pero qué podemos extraer de estas listas de casos, qué interés tenían a nivel médico, de qué forma nos ayudan a comprender la Pica. Para intentar dar respuesta a estas cuestiones queremos tomar como ejemplo una de las historias sobre la Pica más reproducidas; la cual figura en la Epístola XII del mencionado libro de Lange, cuya primera edición data de 1554.

Una mujer, estando embarazada, ansiaba morder el hombro desnudo de un panadero y rechazaba toda la comida excepto la carne de ese hombre. Su comprensivo esposo acordó pagar una suma específica por cada mordisco que diera en el hombro del panadero. El panadero había soportado dos mordiscos en su hombro, pero rechazó el tercero debido al dolor. Lo sorprendente sucedió entonces: la mujer dio a luz a trillizos, dos vivos y uno muerto. De esta manera, incluso en casos como este, las fuerzas de la naturaleza a veces responden a los deseos inusuales de las personas (Lange, 1589, p. 607).

Más allá de su total ausencia de verosimilitud, el breve relato es delicioso; y probablemente revelador, puesto que el autor alemán, un médico, hace uso de él para explicarnos la Pica.

Lange nos cuenta que la protagonista de la historia rechazaba todo tipo de comida y que deseaba comer precisamente aquello que no podía comer porque no era comida. No quería el pan sino al panadero, más concretamente su hombro; una parte de la anatomía necesaria para amasar el pan. Igualmente nos dice que su marido condescendió y que el panadero no fue capaz de aguantar el dolor. Como consecuencia de este deseo, tuvo tres hijos de los cuales uno nació muerto. Por último, Lange extrae una interpretación moral de la historia, en la que asocia el hecho de engendrar trillizos al deseo inusual de la embarazada; y la desgracia de perder uno de ellos al deseo en parte no consumado.

Sin duda, la historia sintetiza todos los elementos que hemos tratado en los párrafos anteriores. Sobre todo, cuando los doctorandos citan los riesgos que conlleva la Pica, y a su vez el peligro de no respetar el deseo de la embarazada. Igualmente, nos habla de la naturaleza de la Pica, un apetito depravado que transgrede categorías y trasciende lo meramente alimentario. Por último, la narración retrata a dos hombres asustados y perplejos por el incomprensible deseo de una mujer; y a un tercer hombre, el médico, que describe e interpreta la escena.

De los errores del cuerpo a los errores de la imaginación

De lo escrito en las *Disputatio Médica Inauguralis* pueden extraerse una serie de conclusiones provisionales. En primer lugar, en este tipo de obras, la Pica sigue presentándose como una afección propia de mujeres; de hecho, la gran mayoría de los textos en los que se apoyan los autores son capítulos o tratados médicos dentro del campo de la ginecología y la obstetricia, escritos o traducidos durante el Renacimiento³¹ (Castro, 1603; Marinello, 1609; Mercado,

³¹ De forma excepcional, Lazaro Rivière (1589-1655), médico, anatomista y profesor de la Universidad de Montpellier, en su obra *Opera Medica Universa* (1664) escrita a mediados del s. XVII, la incluye dentro del capítulo "enfermedades del estómago", junto a otras como fame canina (hambre canina), siti morbosa (sed morbosa) e innapetentia (inapetencia). Lo cual, tratándose de un reputado e influyente médico de la época puede significar un cambio de tendencia. De hecho, aunque a lo largo de todo el texto la sigue asociando a la especial naturaleza de las mujeres, ya sean embarazadas o cloróticas, hace referencia al factor digestivo y nutricional y la asigna también a los hombres. "En cuanto a la pica que se presenta en hombres, aunque es muy poco común y se relaciona con obstrucciones en el hígado y el bazo, su tratamiento será considerado en sus lugares específicos" (Rivière, 1664, p. 134).

1597). Textos que acostumbra a tratar motivos como la mola de útero, la pasión histérica o el furor uterino; algo que difiere con su actual orden taxonómico, dentro de la categoría "Trastornos del comportamiento alimentario" (APA, 2014).

Como hemos comentado, en muchas culturas la menstruación representa un estadio peligroso, también en términos alimentarios (López García, 2017), pero vemos cómo, desde la lectura médica de la época, su ausencia podía llegar a serlo mucho más, tanto para la madre como para su futuro hijo; ya que al no evacuarse regularmente la sustancia impura ambos podían quedar contaminados. La hipótesis humoral tuvo vigencia durante el Renacimiento, pero a partir del siglo XVII, con el despegue de la anatomía y la fisiología modernas, comenzó a cuestionarse como explicación única para procesos corporales como la menstruación. No obstante, no será hasta mucho más tarde, en 1908, cuando Fritz Hitschmann y Ludwig Adler logren dar una respuesta científica al asunto. Hecho que vino a desacreditar —no totalmente— la noción de la menstruación como una "crisis" precursora de enfermedades (Brumberg, 1982).

Otro aspecto llamativo es el asombro que esta práctica alimentaria producía entre los facultativos, asombro que oscila entre la comicidad y la estupefacción, constatable en los "casos clínicos" que los autores detallan. En líneas generales, un asombro masculino acerca de la feminidad encarnado en la figura del médico. Pero también nos pone en alerta el hecho de que sea precisamente durante uno de los estadios vitales de la mujer, el embarazo, en el que con más recelo se prescribía una dieta "buena y abundante" (Usunáriz, 2021), fueran las propias mujeres las que desearan comer cosas como tierra, cal o cenizas.

De igual modo, si acudimos a las escasas revisiones sobre la Pica gestacional que se publican hoy en día, comprobamos que las embarazadas del siglo XXI ya no comen ni carbón ni anguilas crudas ni carne humana; aunque en determinados marcos culturales sea habitual el consumo de tierra, hielo o almidón (Young, 2011; Laufer, 1930; Abrahams y Parsons, 1996; Anell y Lagercrantz, 1958). Un estudio realizado en Dinamarca entre 1996 y 2002, mediante cuestionarios online a 70,132 mujeres gestantes, arrojaba una tasa de prevalencia prácticamente despreciable, del 0,02% (Mikkelsen et al., 2006). Con lo que podemos hacernos una ligera idea de su relevancia actual en países occidentales; a pesar de no disponer de demasiados datos, ya que la mayoría de los estudios epidemiológicos sobre la Pica gestacional han sido realizados en Centroamérica y países de África Subsahariana.

Por último, respecto a su etiología, la medicina del Barroco sigue sin aportar unas razones concluyentes; de hecho, los mismos autores reiteran sus dudas y la dificultad ontológica que la Pica conlleva. Sin embargo, a nivel teórico podemos apreciar el inicio de cierta transición, transición que veremos con el transcurso del tiempo; de los errores del cuerpo a los errores de la imaginación.

De morbo virgineo

A lo largo de los siglos XVI, XVII y buena parte del XVIII, la Pica fue tratada como una nosografía con entidad propia asignada a un grupo específico de población. Es así como en base a una particularidad fisiológica, la ausencia de la menstruación, se construye un relato explicativo para dar cuenta de ella y asimilarla como una enfermedad casi exclusiva de mujeres. Aparte de las embarazadas, este marcador, más allá de la evidencia empírica, opera de tal forma que da pie a incluir en ella a otro tipo de mujeres que comparten la misma particularidad; las jóvenes vírgenes.

Aunque esta enfermedad es común y no infrecuente entre las mujeres embarazadas, sabemos, sin embargo, por observaciones médicas, que esta afección también ha atacado a mujeres y vírgenes fuera del estado de embarazo, especialmente antes del flujo menstrual o cuando este está suprimido, según se ha anotado en varias obras y por diferentes autores (Tralles, 1677, art. III).

La clorosis

Esta patología, específica de mujeres adolescentes y muy ocasionalmente, a final del s. XIX, de muchachos jóvenes, fue conocida bajo múltiples apelativos a lo largo de sus cuatro siglos de vida, hasta su desaparición a comienzos del s. XX: *febris alba*, *febris amatoria*, *icterus alba*, *green sickness*, *pale colours*, *cachexia virginiae* o *morbus virgineo*. De igual modo, compartió con la Pica un mismo origen causal: la sangre menstrual; en el caso de la clorosis, no a su supuesta retención en jóvenes de las que se esperaba que ya hubieran llegado a la menarquía.

Según Helen King (2005), la primera referencia a la afección, aunque sin citar su nombre, viene de la mano del ya mencionado Johannes Lange en 1554, en la epístola XXI de su *Epistolarum Medicinalium* (Lange, 1589). Requerido por el padre de una joven paciente en edad de casar, describe un cuadro clínico al que denomina *morbo virgineo*; que pocos años más tarde el francés Jean Varandal bautizará como clorosis (Schleiner, 2009).

Por eso me pides un juicio sobre la enfermedad de tu hija y sobre su matrimonio, y también mencionas correctamente los primeros síntomas de la enfermedad: la palidez

de su rostro, que hace un año lucía con el rubor rosado de sus mejillas y labios, ahora parece descolorida, pálida, su corazón tiembla con el menor movimiento de su cuerpo, sus arterias temporales palpitan de forma notable, sufre de disnea al subir escaleras o bailar, tiene aversión a los alimentos, especialmente a la carne, y sus piernas, especialmente cerca de los tobillos, se hinchan y adquieren un edema por la noche (Lange, 1589, p. 100).

No obstante, casi en el mismo año, el portugués Amato Lusitano (1556), describe un caso similar acerca de la cura de una niña de 12 años de "facie pallida" y "positione gracilis" que come piedrecitas, tierra y algodón, en el que tampoco se menciona la clorosis pero si las palabras citta, Pica y Malacia.

Los múltiples apelativos para la clorosis solían hacer referencia a uno de sus síntomas más característicos, la palidez. En especial su alias "the green sickness", en relación con cierto tono verdoso y apagado que los médicos de la época aseguraban apreciar en los rostros de sus jóvenes pacientes. Palidez que, contrariamente a lo que debe suponerse de cualquier enfermedad, tuvo algún tipo de interés estético o atractivo sexual, aludido en expresiones como "the anaemia of good-looking girls" (Tait, 1889, p. 282). Una creencia que popularmente se asignaba a la enfermedad sugería que las tendencias eróticas en las afectadas estaban más desarrolladas que en otras mujeres.

A este respecto, y más allá de presunciones populares acerca de la lascivia contenida de estas jóvenes impúberes, es necesario reseñar que la historia de la Pica está jalonada de ejemplos en los que se pone de relieve cierta función estética, principalmente en el caso de la *geofagia* o la *pagofagia*; siempre relacionada con la blancura del cutis o con la delgadez. Tal es así, que para algunos, en muchas ocasiones, la palidez no sería un síntoma de la enfermedad sino un efecto propiciado por las mismas pacientes obcecadas en la búsqueda de un ideal de belleza que alcanzarían mediante el consumo de sustancias no comestibles. Abordaremos este aspecto en capítulos posteriores, no obstante, queremos referir aquí dos fragmentos extraídos de la obra *Traité des maladies des femmes* del reputado Jean Varandal (1666) y de la tesis doctoral del alemán Stockhausen (1681).



Il·lustració 4. "Clorosis" (1899) del pintor català Sebastià Junyent. Fuente: Museo Nacional de Arte de Cataluña

Algunas cuando están demasiado rojas, para cambiar el color que ven en su rostro, utilizan una gran cantidad de agua fría cuando se van a dormir, o desde temprano en la mañana, y también consumen con avidez vinagre, hierbas, manzanas y otras cosas similares, incluso nieve y hielo; es por eso que el calor natural se extingue y las obstrucciones se multiplican (Varandal, 1666, p. 4).

Además, algunos apetitos absurdos de ciertas jóvenes, que aún no están satisfechas con esto, buscan otras cosas igualmente absurdas y menos apropiadas para el consumo, como la cal, la tiza, el grano crudo y muchas otras sustancias, convenciéndose erróneamente de que pueden lograr un color de piel más claro y una apariencia más atractiva (Stockhausen, 1681, p. 15).

Aparte de la palidez, las irregularidades menstruales y la ingesta de sustancias no comestibles, el cuadro clínico lo completaba la apatía y la debilidad corporal. Debilidad que aparece en muchas disertaciones del siglo XVII dedicadas a la Pica, habitualmente haciendo uso de la palabra *cachexia*³² (caquexia); y que nos remite nuevamente al significado del término Malacia. "Esta enfermedad es muy peligrosa: pues si no se cura rápidamente y con toda diligencia, fácilmente cae en una hambre canina o anorexia, y si se origina por la obstrucción de los menstros, muy fácilmente degenera en caquexia o leucoflegmasia" (Veryser, 1695, p. 10).

En consonancia con sus signos y sus causas, los tratamientos prescritos eran siempre los mismos, todos en la misma dirección. Las sangrías, con el fin de evacuar la sangre sobrante que no había podido ser evacuada mediante la menstruación; y el matrimonio, o en su defecto el *coitus licitus* (King, 2005). La alusión al casamiento como el mejor remedio, o el único para esta dolencia, es usual en la literatura sobre la clorosis (Lange, 1589). Y es que, tal y como señala King (2005), en el propio nombre de la enfermedad, *morbis virgineo* o enfermedad de las vírgenes, se desvela su cura. Johannes Lange (1589), remitiéndose a la obra de Hipócrates, lo explicita de esta manera. "Les ordeno a las vírgenes afectadas por esta enfermedad que

³² El término de origen griego *cachexia* (καχεξία), se compone de dos partes: "kakos" (κακός), que significa "malo" o "maligno", y "hexis" (ἕξις), que se traduce como "estado" o "condición". En conjunto, se refiere a un estado de mal o deterioro en la salud y la condición física.

tengan relaciones sexuales lo antes posible. Si no son afectadas por esta enfermedad durante la pubertad, entonces se presentará después, a menos que se casen" (Lange, 1589, p. 92).

Su relación con la sexualidad femenina ha de comprenderse en función del papel social que jugaba la mujer en la cultura del Renacimiento y la modernidad temprana; una enfermedad construida en torno a las preocupaciones sociales acerca de la pubertad. King (2005) sostiene que el concepto de la enfermedad se transformó a medida que cambiaron las ideas sobre la virginidad y la pubertad; y que su surgimiento solo fue posible a partir del s. XVI, con el auge del protestantismo que favorecía aún más el matrimonio como única meta para una niña cristiana. A su vez, la patología no guarda continuidad con ninguna anterior, aunque los tratados renacentistas se esmeraran en citar a Galeno o a Hipócrates como padres de la criatura. Recordemos que no fue bautizada como clorosis hasta Jean Varandal (1666), y que de ella no se conoce nombre anterior alternativo.

Respecto a su desaparición, suele ser atribuida a los cambios en la dieta y a la prescripción social de una edad más tardía para el matrimonio. Aunque para algunos no existiría tal desaparición, sino que se trataría de una simple sustitución, ya sea por el boom de la histeria a finales del s. XIX o por el descubrimiento de la anemia hipocrómica.

De morbus pregnantibus a morbus virgineus

Pica y clorosis no solían faltar en los capítulos dedicados a las enfermedades de mujeres durante el Renacimiento, acostumbrando a aparecer entrelazadas. Cuando se cita la clorosis suele figurar la Pica como síntoma. Y al hablar de la Pica o Malacia, cuando no a embarazadas, es haciendo referencia a mujeres caracterizadas como cloróticas.

Las chicas que tienen 'les pales colours' tienen un apetito igualmente corrompido que las mujeres embarazadas. Este fenómeno, los latinos lo llaman Pica o Malacia, es decir, languidez, debilidad y laxitud, mediante el cual, desencantadas de lo que se les presenta, desean cualquier otra cosa, especialmente algo completamente extraño y ajeno a la naturaleza (Paré, 1641, p. 637).

A partir del s. XVIII se irá estrechando aún más el vínculo entre ambas entidades. La Pica dejará de ser una afección casi exclusiva de embarazadas para convertirse en uno de los

síntomas estrella de las cloróticas. De ahí que llegados al siglo XIX apreciemos una disminución de publicaciones y capítulos dedicados a la Pica gestacional, a la par que aumentan los relativos a la Pica de las adolescentes. Pero ¿por qué la Pica aparece como síntoma característico de la clorosis? ¿por qué a diferencia de otros síntomas asociados a esta enfermedad, adquiere más protagonismo a medida que nos acercamos a su desaparición a comienzos del s. XX.?

Respecto a la primera cuestión, sin duda, el relato galénico heredado por los médicos renacentistas que sitúa la supresión de las menstruaciones como la génesis de la Pica, hace de ello algo propicio. Aunque en rigor, en el caso de la clorosis, no estemos ante una supresión, sino más bien ante una inesperada no aparición. Pero más allá de este hecho, cuestiones como la apariencia física de las cloróticas o su comportamiento alimentario alertan también a los médicos de cierta similitud con las embarazadas (Rue, 1819; Trabuc, 1818). Una similitud que no guarda proporcionalidad con el tipo de tratamientos recomendados, puesto que a diferencia de la condescendencia médica que se dispone hacia el deseo de las gestantes, por miedo a abortos u otro tipo de inconveniencias en el recién nacido, se impone severidad hacia las adolescentes.

Si acudimos a alguna de las enciclopedias médicas del XIX observamos la inclusión recurrente de las cloróticas dentro de los grupos de riesgo de la Pica, con la misma o mayor presencia que las mujeres encinta.

Pica es la enfermedad que invade a las vírgenes, y está principalmente asociada con la clorosis, y afecta especialmente a aquellas que son aptas para el matrimonio, aunque no perdona a las más jóvenes. Si afecta a las mujeres embarazadas, se llama Malacia, lo cual rara vez dura más allá de los cuatro primeros meses de gestación (Lieutaud, 1816, p. 555).

[...] la padecen con frecuencia las mujeres embarazadas, las cloróticas y las que no están bien menstruadas. Algunos autores la juzgan idiopática en las cloróticas y simpática en las embarazadas (Oms & Oriol Ferreras, 1840, p. 169).

Pero no es este el único desorden alimentario históricamente asociado a la clorosis, lo fue también la inapetencia, y en cierta medida el *caninus appetitus* o la *boulimia*; de lo cual

inferimos la importancia que los médicos asignaban a la alimentación en relación con la lánguida apariencia de sus enfermas y con las mencionadas irregularidades menstruales. Una importancia que apreciamos en declaraciones como la de Maubray, que consideraba que los síntomas "procedían de una nutrición depravada" (Maubray, 1724, p. 44), o la de Habershon, que sugirió que los síntomas de la clorosis "son precedidos por una nutrición defectuosa y por un apetito alterado o caprichoso, y los cambios en la sangre misma parecen ser secundarios a la absorción y asimilación imperfecta de los alimentos" (Habershon, 1863, p. 518).

En el mismo sentido, Clark (1887) advertía del peligro que la obesidad representaba para las jóvenes. Para este autor, más que en la incapacidad del cuerpo para evacuar la sangre menstrual, el origen del problema estaba en el exceso de sangre que el cuerpo de la mujer producía de forma natural durante la adolescencia; por eso les recomendaba la restricción en la ingesta de determinados alimentos, como carne o huevos. Algo que también contrasta con el trato hacia las embarazadas, cuyas prescripciones dietéticas apostaban por una alimentación generosa (Usunáriz, 2021).

Y es que en la tradición galénica, la comida era potencialmente sangre; los alimentos pasan del estómago al hígado y del hígado al resto del cuerpo en forma de sangre. Es en este órgano, el hígado, donde se produce la sangre a partir del "chylo", resultante de la cocción de los alimentos en el estómago (Wear, 1995), para posteriormente ser conducida a través de las venas al resto de partes del cuerpo. De este modo, la mala calidad o la excesiva cantidad de sangre producida, y la incapacidad para ser transmitida al resto de órganos, queda asociada a la enfermedad.

En el caso de la ausencia de menstruación, ésta podía ser provocada por la concurrencia de uno o varios de los siguientes factores. El primero atribuido a la naturaleza del útero, que podía ser demasiado duro o compacto. El segundo a la posibilidad es que los canales destinados al suministro de la sangre fueran demasiado angostos en el útero, ya sea de forma congénita o por la presión ejercida por los órganos adyacentes. Por último, podía suceder que el fluido transportado, la sangre menstrual, se volviera demasiado espesa o pegajosa.

Así pues, la Pica podía ser interpretada de dos formas. Como un síntoma de la *plétora*³³ o exceso de sangre acumulada; ya sea por la presión que el útero engrandecido ejercía sobre el estómago o por la transmisión de la sangre menstrual retenida y fermentada hacia este mismo órgano, provocando su mal funcionamiento, y abocando así a las enfermas al consumo de cosas extrañas. O también como su causa, ya que al consumir sustancias como cal, arcilla o carbón, se obstruían los canales internos del cuerpo, incluidos los pequeños conductos circulatorios del útero destinados a evacuar la sangre menstrual; a la vez que la hacía más viscosa, dificultando su paso. Un fenómeno fisiológico al que algunos denominaron *opilación*.³⁴

Bucarofagia

En la literatura española del Siglo de Oro encontramos multitud de alusiones a la opilación. "Casar a mi hija, que es el mejor medio para desopilarla" (Lope de Vega, 1836, p. 20); "Comes carbon, yesso, ò tierra, como las damas de Corte que diz [dicen] que adrede se opilan por andar las estaciones? (Tirso de Molina, 1635, p. 254); "Opilóse, en conclusión, / Y levantóse a tomar / Acero para gastar / Mi hacienda y su opilación" (Quevedo, 1699, p. 122). Siempre refiriéndose a mujeres, habitualmente jóvenes y de clase alta, que comen arcilla de una forma muy singular.³⁵

Daysme terribles enfados / con vuestros locos antojos, / quereysme sacar los ojos / despues que os tengo criado. / Teneysme muy acabada / tu con hazer melindritos, / comiendo yeso y barritos / siempre opilada y sangrada (Lope de Vega, 1617, p. 298).

³³ Del gr. *πληθώρα plēthóra*. Exceso de sangre u otro tipo de fluido orgánico en el cuerpo.

³⁴ Del lat. *oppilatio, -ōnis*. Obstrucción.

³⁵ Tirso de Molina, Calderón, Góngora, Quevedo, Lope de Vega, Vélez de Guevara, Quiñones de Benavente, Moreto. Todos ellos en alguna de sus obras hacen referencia directa a la opilación de las muchachas. En ocasiones se habla de la opilación causada por el consumo de barro, yeso o cenizas (Lope de Vega, 1617). Otras veces lo que comen estas damas no es exactamente barro, sino el barro cocido procedente de unas pequeñas vasijas llamadas búcaros, que rompen en pedacitos y luego mastican (Quevedo, 1699). También se relatan casos de mujeres embarazadas "ilegítimamente" que ante el miedo a la reprobación social fingen estar opiladas (Lope de Vega, 1836). En otras ocasiones se habla del consumo de barro como una práctica premeditada para verse más delgadas, pálidas y bellas (Tirso de Molina, 1635).

Bucarofagia es el término con el que algunos autores (Michaelis, 1921; Morel-Fatio, 1896; Seseña, 2009) han denominado al curioso hábito de ingerir fragmentos de cierto tipo de vasijas cerámicas, conocidas como púcaros, al que fueron especialmente proclives las jóvenes damas de la aristocracia y la nobleza ibérica a lo largo de los siglos XVI y XVII. Aunque también existan testimonios de consumos entre mujeres de clases menos pudientes, embarazadas³⁶ e incluso entre monjas de clausura (Fragoso, 1627; Guzmán, 1672).

Delicados recipientes de pequeñas dimensiones utilizados para beber agua, los búcaros, o púcaros en portugués, procedían de enclaves alfareros del cuadrante noroeste peninsular y del Nuevo Mundo; estos últimos, los más codiciados, estaban elaborados con tierras mexicanas y de Perú. Su mayor virtud, debido a un proceso físico de transpiración y capilaridad, era la propiedad de refrigerar su contenido, algo de enorme valor en la época. Pero no solo eso, sino que a su vez, en contacto con el barro, el agua adquiría un aroma y sabor sumamente apreciados, tal y como describieron ilustres viajeros europeos de visita en España (Magalotti, 1825; D'Aulnoy, 2005).

A bote pronto, la posibilidad de comer algo tan pétreo e inflexible como la cerámica puede sonar inverosímil. Sin embargo, estas vasijas, de formas características y paredes extremadamente finas, estaban fabricadas mediante tiempos de cocción cortos. Lo cual, aparte de favorecer el mencionado proceso de transpiración, hacía de su masticación e ingestión algo factible. De hecho, tal y como queda recogido por algunos cronistas, este sobrevenido uso femenino llegó a alterar el orden de su función y su interés comercial.

Tan suaves al olfato y gusto, que se aplican por lo común las mujeres a comer dicho barro, que en polvo suelen cargar en cajuelas, por lo que aún quebrada la loza la venden por arrobas en Jalapa, Veracruz y Acapulco; estímase en más que el cristal, loza China, de Pantaba, y más que los búcaros de Alcorza, esto es, que los muy delicados (Mota Padilla, 1742, p. 44).

³⁶ Por más que suele afectar a adolescentes, la bucarofagia, tomada como una modalidad de Pica, vuelve a asociarse con el embarazo. "Una señora desta Corte traía en su preñez pedaços de jarrillos de Portugal (que son de un barro colorado y pegajoso) y quando estaba en conversaçõ comia dellos debaxo de un lienço" (Fragoso, 1627, p. 174).

En cualquier caso, es evidente que la bucarofagia adoptó visos de exitosa moda entre las damas españolas y portuguesas de la época, y siempre que a ella encontramos mención la encontramos también a la opilación. En mujeres que llaman la atención por su palidez y fragilidad; apariencia sospechosamente similar a los cuadros clínicos de las cloróticas. Una opilación, que al igual que pudieran ocurrir con la obstrucción de una cañería, era atribuida al barro; y se traducía en cuadros de amenorrea e hidropesía. O lo que es lo mismo, desde la lectura que de ello hacía el humoralismo, la anormal retención y acumulación de fluidos corporales, incluida la sangre menstrual.

Ni Joan Jacobs Brumberg (1982) ni Helen King (2005), en sus magníficos trabajos sobre la enfermedad de las vírgenes –aunque si a la Pica– hacen mención al hábito de comer búcaros; ya que principalmente se detienen en ejemplos tomados del mundo anglosajón. Y es que parece ser que la práctica de la bucarofagia debió darse casi exclusivamente en la Península Ibérica, tierra natal de los búcaros³⁷, aunque sepamos que algunas de estas vasijas y su correspondiente bucarofagia viajaron a cortes europeas de naciones como Italia o Alemania (Michaelis, 1921; Seseña, 2009).

Por eso debemos volver a la etiología de la clorosis, en la que el apetito depravado de las pacientes, hasta bien entrado el siglo XVIII, solía ser atribuido a la supuesta retención de la menstruación; y no al revés, como suele leerse en los versos de los literatos del Siglo de Oro cuando se refieren al hábito de *comer barro*³⁸. Un cambio en su causalidad a todas luces interesante, puesto que abre la posibilidad a que la geofagia en el caso de españolas y portuguesas (y por qué no también en el resto) pudiera darse como un comportamiento estratégico, es decir, deliberado. No solo en cuanto al logro de un rasgo estético, la palidez, altamente valorada para la feminidad del barroco, sino también para conseguir la supresión estratégica del ciclo menstrual o la postergación de la menarquía. O simplemente, tal y como ha apuntado un autor español, como un medio anticonceptivo (Castillo-Ojugas, 2006). Algo

³⁷ Carolina Michaelis de Vasconcelos en su obra *Algumas palavras a respeito de púcaros de Portugal* (1921) defiende el origen árabe de este tipo de piezas cerámicas y de la costumbre de comer barro en la Península Ibérica.

³⁸ Es con esta expresión, "comer barro", con la que de forma más reiterada se refieren estos autores a la bucarofagia. Según Seseña (2009), cuando usan esta fórmula hacen referencia al consumo de los barros de Estremoz, de Montemor-o-Novo, de Talavera o de otros lugares, es decir, a las producciones cerámicas procedentes de estos enclaves. Aunque nos queda la duda de que sea exclusivamente a estas vasijas y no al consumo de tierra y arcilla en general.

que daría sentido a la feroz condena que el clero hacía de esta moda femenina, presente en un buen número de sermones (Aguilar y Zuñiga, 1657; Santa María, 1698; Najera, 1680).

Y de este bucaro quebrado por el pecado como el demonio, no del otro lodo tosco, del que se formaron los animales, que se llama tierra. [...] Porque el demonio no se paladea con barro de Alcorcón, sino con búcaros de Estremoz, o de la Maya, como las damas sus discípulas; que aunque tiene el infierno tan ancho el paladar, apetece el mejor sabor (Aguilar y Zuñiga, 1657, p. 53).

No obstante, al revisar los documentos de la época, nos percatamos de que las referencias a la opilación, con relación a *comer barro*, aparecen de forma desigual en el campo médico y en el literario, siendo en este último en el que se dan con más profusión. Poco o nada, aunque si que citen la clorosis, hacen alusión a ella los renombrados médicos portugueses y castellanos (Lusitano, 1556; Mercado, 1597; Castro, 1603; Sanz de Dios y Guadalupe, 1730). Lo cual puede llevarnos a pensar en que más que un parecer médico bien pudiera tratarse de una deducción popular reproducida en coplas y habladurías. De hecho, su aparición en las obras de Lope, Tirso y otros autores siempre vienen a colación de motivos de carácter amatorio y sexual muy dados al chascarrillo; como el caso de jovencitas que quieren parecer pálidas y delgadas, enamoradas que no menstrúan, reinas que no logran tener descendencia o monjas que pretenden ocultar embarazos.

Un trastorno digestivo

Tanto la teoría de la plétora como la de la opilación conservaron su vigencia durante mucho tiempo; hasta finalizado el siglo XVIII, momento en el que se produce un cambio de paradigma que asimila la clorosis a un trastorno digestivo. Como ejemplo de este cambio, *El Giornale Critico di Medicina Analitica* de 1826 recogía un caso de geofagia en una niña de 15 años afectada por parasitosis digestiva en el que se afirma lo siguiente:

La depravación del apetito (pica, malacia) se observa en asociación con otros síntomas de gastritis crónica o gastroenteritis; de hecho, si se la observa con atención, puede con razón considerarse al igual que la bulimia como una indicación de inflamación lenta

del canal digestivo. Y en efecto, lo vemos con bastante frecuencia en esa afección crónica que los nosólogos llaman clorosis, y que en nuestra opinión, si bien no siempre, es principalmente independiente del útero y en cambio secundaria a una gastritis lenta (Strambio, 1826, p. 431).

Si acudimos a otros autores (Dunlison, 1848; Cazeaux, 1876) observamos que a mediados del siglo XIX la clorosis era mayormente un trastorno del aparato digestivo, habitualmente asociado a la gastritis o gastroenteritis. Dunlison sugiere que la condición caquética presente en la clorosis puede ser observada en personas de ambos sexos. Por otro lado, Cazeaux discute sobre los tratamientos para la clorosis, como la administración de magnesia y bicarbonato de sosa, así como el uso de aguas y pastillas de Vichy, que reflejan un cambio significativo en la concepción de la enfermedad (Cazeaux, 1876).

Paralelamente, cuando la mirada médica se desplaza de los desórdenes uterinos a los desórdenes alimentarios, la Pica adquiere una mayor preminencia pasando a ser considerada por muchos no un simple síntoma sino una causa de la clorosis. Este cambio, en el relato médico, hace posible que la clorosis dejará de ser, a mediados del siglo XIX, una enfermedad exclusiva de niñas en su etapa de pubertad para incluir a niños y también a hombres adultos. De este modo, la Pica fue separándose de la sexualidad femenina y haciéndose sitio más allá de los capítulos dedicados a las enfermedades de las mujeres.

Sin embargo, la condición caquética, que se encuentra en la clorosis, ciertamente existe a veces en aquellas personas del otro sexo; y en consecuencia, la definición debería abarcar el estado patológico del sistema de nutrición, sin tener en cuenta ningún trastorno de las funciones sexuales (Dunlison, 1848, p. 664).

En relación con la nutrición, y volviendo al tono de la piel, es necesario señalar que la entidad que supuestamente reemplaza históricamente a la clorosis, la anemia hipocrómica, está caracterizada también por la debilidad y la palidez, en este caso asociadas a una deficiencia de hierro. Algo que vuelve a relacionarla con la calidad de la sangre, si no viscosa o corrompida, si con unos niveles de glóbulos rojos por debajo de los parámetros establecidos. Esta perspectiva refuerza la idea de que los problemas nutricionales y metabólicos subyacentes son centrales en la comprensión de la clorosis y su relación con la Pica.

Esta explicación causal ya se dejaba entrever en algunos de los remedios propuestos por los médicos, desde Avicena cuando recomendaba el "hierro contenido en el vino fino" (Campuzano, 2011, p. 535) para calmar los deseos de las embarazadas, a las enciclopedias médicas del siglo XIX, en las que se señala que "en las jóvenes cloróticas cesa la depravación del apetito cuando por medio de la administración de los ferruginosos ha vuelto a adquirir la sangre su cantidad normal de glóbulos" (Grisolle, 1857, p. 29). Sin embargo, no fue hasta 1961 cuando el médico indio Ananda Prasad mostró científicamente que la geofagia podía estar relacionada con la deficiencia de nutrientes esenciales, especialmente hierro y zinc, mediante una descripción de casos de anemia en niños iraníes a los que les daba por comer tierra (Prasad et al., 1961).

Esto puede llevarnos a pensar en cierta continuidad con el relato clásico, ya sea por la apelación que se hacía a la sangre como agente causal o por aquellos planteamientos que interpretaban la Pica como un remedio natural destinado a calmar las intemperancias digestivas. Sea como fuere, tras el hallazgo de Prasad se han realizado infinidad de estudios que no han logrado calmar la controversia, ya que muchos investigadores sostienen que existen razones más que fundadas para no dar por válida esta hipótesis. Entre otros aspectos, por el mínimo porcentaje de anémicos que desarrollan Pica o por la ausencia de los citados micronutrientes en los muchos de los materiales que los afectados escogen para su consumo, como es el caso del hielo en la *pagofagia* o el almidón en la *amilofagia*.

Cénit y ocaso de la clorosis

El cambio de paradigma que posterga al útero como agente causal de la Pica, coincide con varios eventos tanto a nivel social como médico; al igual que con el máximo apogeo de la clorosis. En unas pocas décadas, la clorosis pasó a convertirse en una auténtica enfermedad de época, como llegaría a serlo años más tarde la histeria (Hacking, 1995); constatable en el gran número de alusiones que se hacen a ella en la literatura europea de la época (Rother, 2017; Schleiner, 2009) o en fenómenos como los brotes de "clorosis masiva" en los internados ingleses de niñas del s. XVIII (King, 1996). Y es que tal y como apunta Brumberg, en la Inglaterra de la época Victoriana "todas las adolescentes eran potencialmente cloróticas" (Brumberg, 1982, p. 1470), muchas de las cuales también padecían Pica.

Este boom de la enfermedad ha sido atribuido al retraso en la edad de casamiento; hecho que socialmente favorece la prolongación de la etapa puberal en la mujer. La adolescencia, considerada una etapa liminal en el contexto de la cultura occidental, implica una serie de riesgos sociales. El cuerpo de la niña que se transforma en mujer se convierte en objeto sexual y estrategia de reproducción social; sometido al albur de los intereses familiares y los imperativos religiosos. Algo moral y materialmente valioso que se debe preservar (Mead, 1990). Es así como el pujante deseo de la adolescente requiere ser atemperado mediante una buena educación y altas dosis de interdicciones sociales; y puede que también a través de la enfermedad. "Los médicos esperaban ver la clorosis en las adolescentes en proceso de madurez sexual; las niñas aprendían que tenían la enfermedad a través de la familia, los amigos, la prensa popular y sus médicos" (Brumberg, 1982, p. 1468).

En relación con la Pica, estaríamos ante uno más de los signos que ilustran los peligros intrínsecos a la adolescencia, en un campo igual de sensible para la vida como puede serlo la sexualidad; a saber, la alimentación. Algo que actúa como un marcador moral, ya que "el consumo de sustancias no comestibles constituye una prueba de que la adolescente está esencialmente fuera de control y que el proceso de maduración sexual puede generar voraces y peligrosos apetitos" (Brumberg, 1982, p. 1473).

En este sentido, el de marcador moral, podemos establecer un nexo con el *depravatus appetitus* de las embarazadas. Recordemos la lista de casos, a cual más inverosímil, con los que se deleitaban los autores del Renacimiento acerca de las extraordinarias y bizarras cosas que las "preñadas" podían llegar a apetecer (Lange, 1589; Mercado, 1597; De Castro, 1603; Marinello, 1609); que fueron tomados como datos empíricos por buena parte de los autores posteriores. No solamente referidas a la ingesta de sustancias o materiales no comestibles, como tierra, arcilla, cal o carbón; sino también a otro tipo de inclinaciones perversas, que solían tener como objeto a un hombre. Como la mujer que deseaba "los hombros de un pobre Ganapan (panadero)" (Sociedad Médica, 1754, p. 108) o la que "mató a su marido, y comiéndose la mitad de él, saló lo demás para ir saciando poco a poco su torpe gusto" (Sociedad Médica, 1754, p. 108).

Es decir, estados liminales en la mujer caracterizados socialmente como etapas peligrosas dominadas por una locura pasajera e irrefrenable (Mead, 1990; Douglas, 1988; van Gennep, 2008; Turner, 1967). Algo que asusta al médico varón, en su función de epítome del buen padre, que en ocasiones es tratado con severidad y en otras con condescendencia; y que de la

misma forma que en las cloróticas encuentra su resolución natural en el matrimonio, en las embarazadas cesará tras el alumbramiento.

Pero centrándonos de nuevo en la enfermedad de las vírgenes, ¿cuál sería el motivo de su desaparición a principios del s. XX? Y en relación con nuestro objeto de estudio, ¿por qué la Pica sobrevive mientras que la clorosis no?

Respecto la primera cuestión, algunos autores sostienen que más que ante una desaparición estaríamos ante una sustitución por otras patologías. Ya sea por algún trastorno mental, como la histeria o la anorexia nerviosa; o por alguna nueva enfermedad, como la anemia hipocrómica. En parte, estos planteamientos se fundan en la concurrencia a comienzos del s. XX del declive de la clorosis con el auge de estas afecciones.

Sin embargo, plantear una sustitución uno por uno en términos nosográficos puede resultar algo grosero. Ya que tanto el cuadro clínico que caracteriza la dolencia como su tratamiento médico y social, aun guardando similitudes, no son exactamente los mismos. En este sentido valdría la pena cuestionarse si aquello que vino a denominarse clorosis durante el Renacimiento sería exactamente lo mismo que la clorosis de las adolescentes decimonónicas cuatro siglos más tarde; objeción igualmente aplicable en el caso de la Malacia o Pica.

En cuanto a aquellos autores que defienden la idea de su desaparición, la mayoría aducen factores de orden médico o cultural; entre los que podríamos citar los cambios en la vestimenta femenina (King, 2005), el abandono del corsé o el incremento en el consumo de carne (Hudson, 1977). En paralelo, determinados hallazgos en el campo médico, como la comprensión de la función ovárica (Brumberg, 1982) y el uso generalizado de los análisis de sangre, auspiciaron este cambio de perspectiva, que transformó el relato médico de forma paulatina. Pero, sobre todo, la desaparición de la clorosis vendría de la mano de una serie de cambios socioestructurales que alteraron la concepción de la adolescencia. Y que tienen su correlato médico en cuestiones como el retraso de la edad normativa para el comienzo de la menstruación; la cual, en Inglaterra, se situaba en 17 años en 1833, pasando a ser de 13 años a mediados del s. XX (Brumberg, 1982, p. 1469).

Tanto si damos por buena su desaparición como si aceptamos su transformación en otra dolencia, lo que sin duda pasó a mejor vida fueron las teorías que durante tantos siglos, al igual que para la Pica, habían apuntado a la acumulación de la sangre menstrual como su causa, y por ende, a la mujer como el principal grupo de riesgo de la Pica. Y es que en relación

con nuestro objeto de estudio estaríamos ante un hecho sustancial, ya que al contrario que la clorosis, la Pica sobrevivirá de la mano de otros agentes y otros planteamientos médicos.

The *Dirt-eaters*

El *Diccionario de Medicina y Cirugía*, confeccionado por el doctor Antonio Ballano entre 1805 y 1807 y considerado la primera enciclopedia médica española (Miqueo, 2015), enumera una serie de categorías para la Pica en función de sus grupos de riesgo, el tipo de no-comestibles consumidos y su causa. Según esta obra se establecen seis perfiles para la dolencia (Ballano, 1807)³⁹.

En primer lugar, encontramos la "Pica infantil", propia de los niños, "que apetecen la tierra y el yeso, y depende de la presencia de una saburra acescente" (Ballano, 1807, p. 374). En segundo, la "Pica de las cloróticas", la cual se presenta como síntoma y es debido a "la viscosidad y carácter pituitoso de su saliva, incapaz de excitar el gusto, por lo cual casi siempre apetecen sustancias vegetales ácidas y saladas" (Ballano, 1807, p. 374). A continuación, menciona la "Pica malacia", que relaciona con "el apetito extraordinario de las embarazadas, que sin duda resultan de la alteración que ocasiona el estado de su útero en las demás entrañas" (Ballano, 1807, p. 374).

Prosigue la tipificación y en cuarto lugar cita "la Pica de antiescorbúticos", en referencia al apetito hacia sustancias extrañas y alimentos antiescorbúticos, los cuales "una vez satisfechas, han curado enfermedades crónicas muy rebeldes" (Ballano, 1807, p. 374). Como "Pica voluntaria" entiende aquella tendencia que se da en muchas jóvenes "que con la falsa idea de hermostrar su tez comen carbón, tierra y otras sustancias aún más nocivas" (Ballano, 1807, p. 375); cuya causa es de origen moral, por lo que debe ser corregida mediante la educación. Por último, el autor propone la "Pica fingida", en alusión a ciertos "charlatanes y titiriteros que aparentan comer piedras, cuchillos, etc." (Ballano, 1807, p. 375).

En el citado listado, podemos apreciar cómo a principios del s. XIX, los dos principales grupos de población a los que inicialmente fue atribuida la Pica, las mujeres en estado de gestación y las jóvenes cloróticas, incluyendo a aquellas jóvenes movidas por fines estéticos,

³⁹ La clasificación de Ballano coincide bastante con la presentada por el célebre taxónomo William Cullen a finales del siglo XVIII, que a su vez nos remite a la obra de Boissier de Sauvages. Únicamente difiere en la inclusión de un sexto tipo, algo extravagante, al que llama "Pica fingida". "CII. PICA. A desire of eating what is not food. Pica, S. gen. 222. Sag. gen. 334. Citta, Lin. 78. Allotriophagia, Vog. 299. Malacia, Vog. 300. As I am not sufficiently acquainted with the species of Pica, I give the following from Sauvages: Pica infantilis, fp. 1. chlorosiantium, fp. 2. malacia, fp. 3. absorbutorum, fp. 4. voluntaria, fp. 5" (Cullen, 1800, p. 163).

siguen figurando en la lista. Sin embargo, en ninguno de los casos se cita la supresión o retención de la menstruación como origen causal de la enfermedad, aunque sí el estado alterado del útero en el caso de las embarazadas.

Pero si por algo nos interesa la tipología que establece Ballano es porque en ella la Pica ya no es una "cosa de mujeres", también lo es de otros sujetos, como los enfermos de escorbuto y los niños, e incluso los charlatanes y titiriteros. Esta tendencia se consolidará a lo largo del siglo alentada por la paulatina irrupción del alienismo, la pediatría y la medicina colonial, que dirigirán el foco médico hacia otros grupos sociales que hasta la fecha se habían mantenido al margen de la Pica; principalmente niños, alienados y esclavos negros.

La cachexia africana

A comienzos del s. XIX la Pica llegó a adquirir una gran notoriedad médica y social asociada al comportamiento alimentario de las jóvenes cloróticas; ya sea como síntoma o como agente causal. Sin embargo, no será esta dolencia la única causante de su popularidad. El surgimiento de una nueva enfermedad, con ciertas similitudes con la clorosis pero localizada en otro contexto geográfico y cultural, atrae repentinamente la atención de la comunidad médica.

La nueva afección, cuya causa se achacó desde su aparición casi exclusivamente⁴⁰ al consumo de tierra⁴¹, provocaba un cuadro de debilidad general similar al de la clorosis; inhabilitando al esclavo negro para el desempeño de su trabajo. Por razones obvias, un serio quebradero de cabeza para los dueños de las plantaciones agrícolas; tanto en las Indias Occidentales como en los estados sureños de Norteamérica y en algunos enclaves de Sudamérica.

⁴⁰ Para algunos autores la geofagia era una consecuencia de la cachexia africana, y no a la inversa (Kearsley, 1803; Chisholm, 1822). Por otro lado, en algún texto de la época la cachexia africana se asimila como una infección bacteriana denominada Escrofula (Tuberculosis???) cuya propagación se achaca a las condiciones de insalubridad de las barracas en las que viven hacinadas las familias negras (Jordan, 1828; Headen, 1837). De igual modo, algunos médicos, muy pocos y solo en el caso de algunos pacientes, separan la Pica de la cachexia. En un artículo publicado en el *Provincial Medical and Surgical Journal de Londres* se dice: "[...] pero se puede comer cualquier tipo de tierra. Por otro lado, como observa el Dr. Dors, la enfermedad puede seguir su curso sin que se manifieste ningún deseo de ingerir alimentos no naturales" (Imray, 1843).

⁴¹ A este respecto, *New Orleans Medical Journal* recoge el siguiente fragmento del doctor Carpenter, del Colegio de Médicos de Louisiana, en el que se señala que "por lo general, se fijan en un artículo, como preferible al resto, pero en su ausencia se entregarán fácilmente a los que tienen a mano. Los artículos que se comen con mayor frecuencia son arcilla, barro, mortero seco, yeso, cal, polvo, cenizas, conchas, tiza, pipas de tabaco, pizarra, ladrillos, arena, madera podrida, trapos, pelo y algunas otras sustancias no naturales" (Carpenter, 1844, p. 149).

De esta preocupación, podemos suponer que nace su sobrevenida popularidad y el importante interés médico suscitado; manifiesto en artículos como el del doctor Headen de Virginia, publicado en el *Western Medical Reformer* en 1837, en el que se advierte de "la frecuencia cada vez mayor de su ocurrencia, y la destrucción frecuente de familias enteras de negros, que la convierten en un tema de actualidad" (Headen, 1837, p. 290). Una preocupación que no había remitido con el paso del tiempo; un siglo antes, el médico militar John Hunter, en su *Observations on the Diseases of the Army in Jamaica* (1788), daba cuenta de los estragos provocados por la enfermedad en similares términos.

Hasta ahora no se ha descubierto ningún medio de prevenir la horrible práctica del *dirt-eating*, como se la llama, ni ningún método para remediar los efectos destructivos de la misma: un negro que trabaja bajo la enfermedad se considera perdido. En muchas fincas, la mitad de las muertes, en un cómputo moderado, se deben a esta causa. (Hunter, 1788, p. 313)

Pero en rigor, debemos decir que la aparición de la cachexia africana trasciende el orden puramente económico, ya que en pleno auge del movimiento abolicionista, la dolencia viene a actuar como un importante coadyuvante a la hora de patologizar la constitución física y mental de las personas negras; de forma semejante a como se había hecho en la Europa de los siglos anteriores en relación a las "enfermedades de mujeres". Estos dos factores, sumados a la irrupción de la figura del médico colonial, que pugnará con otros agentes por preservar su nicho económico y su estatus social, harán de la cachexia africana una instancia nosológica de primer orden a lo largo de más de un siglo.

El primer texto en el que se cita la enfermedad data de 1764 y está redactado por el médico edimburgués James Grainger; incluido en una monografía sobre las enfermedades más habituales en las Indias Occidentales. En su trabajo, el autor escocés se refiere al consumo de tierra como "un comportamiento patológico que perturba el funcionamiento interno de la plantación" (Grainger, 1764, p. 85); enfatizando en sus nefastas consecuencias económicas y el desespero de los plantadores. Todavía en el siglo XVIII, otros documentos, principalmente guías para la gestión de las plantaciones y tratados sobre medicina tropical, se mueven en la misma línea e hipotetizan en torno a los factores causales de la enfermedad indicando los mejores remedios para su erradicación.

George Davidson (1799), formado también en la Universidad de Edimburgo, como muchos otros de sus colegas de profesión, apunta en un artículo publicado en el *Medical Repository* que la enfermedad guarda una estrecha relación con la "nostalgia" de los esclavos africanos que han sido separados de su cultura y de sus hogares. All mismo tiempo, insinúa que probablemente estemos ante un mal endémico del sistema esclavista, asociado a las condiciones de abandono en las que viven los trabajadores; alineándose así con las corrientes abolicionistas que paulatinamente iban adquiriendo mayor calado a nivel político.

Estas dos hipótesis, la de la separación y la del abandono, son las que toman mayor cuerpo en los textos dedicados a la cachexia africana. Explicaciones que adquieren un gran sentido si las enmarcamos dentro del periodo histórico en el que surge el abolicionismo. Tal es así que al mismo tiempo que buena parte de los médicos abrazaban estas hipótesis, un no menor número de ellos intentaba defender científicamente la deficiente naturaleza física, intelectual y moral de los negros, que los abocaba a consumir cosas dañinas y contrarias a la naturaleza.

La confusión y la apatía generalizada de las capacidades, tanto mentales como corporales, son un efecto de la enfermedad, no una causa que surge de la pérdida de amigos y hogar, de alegrías y amabilidad. [...] Personas que viven en la misma plantación, tal vez en la misma sección exacta de la misma plantación donde nacieron y crecieron, con todos sus amigos a su alrededor y bajo amos y dueños indulgentes, [...] provistos con comida abundante, vestimenta y, si es necesario, ayuda médica, también están sujetos a esta enfermedad (Cragin, 1835, p. 361).

Para Rana Hogart (2017), la hipótesis de la inferioridad racial tiene algo de contradictorio; puesto que su supuesta constitución, hacía a los negros inmunes ante algunas enfermedades que atacaban insidiosamente a los blancos, y sin embargo, al mismo tiempo, los exponía a otras. Algunos médicos, como William Carpenter, dejaban entrever esta idea en afirmaciones como que la geofagia entre los blancos no producía "las mismas afecciones graves que invariablemente se encuentran asociadas a ella en los negros. El elemento que

confiere a este hábito su carácter fatal en los negros ciertamente aún no se conoce satisfactoriamente"⁴² (Carpenter, 1844, p. 158).

Es necesario remarcar, que la explicación que defiende la inferior constitución racial del negro fue tomando mayor calado a partir del momento en el que se prohíbe la trata de esclavos⁴³. Es decir, podemos afirmar, tal y como se ha apuntado en multitud de trabajos dedicados al proceso de medicalización (Foucault, 2014; Castel, 2009; Comelles, 2003; Freidson, 1978) y a los fenómenos modernos de segregación social (Levi-Strauss, 1990), que la ciencia vino al auxilio de la política en aras de la construcción de un relato positivo que justificara el mantenimiento de determinadas fórmulas de estratificación social.

Y es que serán precisamente esos negros díscolos y problemáticos, o simplemente aquellos que han logrado su emancipación, sobre los que va a recaer en mayor medida el peso de la enfermedad. Una idea a la que se aferrarán las facciones proesclavistas más aguerridas, y que se difundirá, entre otros medios, a través de panfletos como *Cotton is King, and Pro-Slavery Arguments*; obra en la que se incluye el influyente texto del político David Christy⁴⁴ y una selección de textos médicos compilada por E. N. Elliott, presidente del Colegio de Plantadores de Mississippi, tan solo un año antes del estallido de la guerra.⁴⁵

Cuando ese imperio espiritual no se mantiene en su totalidad, o en otras palabras, cuando el negro es mal gobernado, tiende a caer bajo la influencia espiritual de los astutos y maquinadores de su propio color, y la Cachexia Africana es la consecuencia (Elliott, 1860, p. 724).

⁴² Disponemos de escasos datos epidemiológicos sobre el fenómeno. El historiador Kenneth Kiple señala: "nuestra muestra de siete estados de las estadísticas de mortalidad del censo de 1850 confirma la predilección de los africanos por la geofagia, mientras que al mismo tiempo sugiere la naturaleza normalmente no letal de la enfermedad. Porque a pesar de la temible reputación de comer tierra, solo se le atribuyeron 86 muertes. Sin embargo, casi todas las víctimas eran negras" (Kiple, 1981, p. 113).

⁴³ Establecida en Reino Unido mediante la promulgación del Acta del Comercio de Esclavos en 1803 y en Estados Unidos en 1808, las cuales ponen fin al comercio de esclavos, pero no a la esclavitud. No será hasta mediados del s. XIX cuando la mayor parte de países europeos aprueben su abolición definitiva.

⁴⁴ A este autor se atribuye el famoso slogan "King Cotton", usado por los secesionistas y que sintetizaba su estrategia política. Según la cual, debido al importante peso económico que el algodón tenía en la época, las potencias europeas apoyarían la rebelión; finalmente no fue así.

⁴⁵ Guerra de Secesión (1861-1865). Contienda entre los estados Unionistas y los estados Confederados, defensores de la abolición y del mantenimiento de la esclavitud respectivamente; y que finalizó con la victoria de los unionistas y la consecuente abolición de la esclavitud en los Estados Unidos.

Jóvenes cloróticas y negros caquéticos

El prestigioso *The Edimburgh Practice of Physic, Surgery and Midwifery*, editado en Londres en 1803, en su epígrafe dedicado a la Pica propone varios apelativos para esta dolencia: "Se le llama por nosotros Mal d'Eftomac, o Cachexia Africana; y por un síntoma constante que lo acompaña, la ingestión de tierra, según algunos"⁴⁶ (Kearsley, 1803, p. 537). Para a continuación pasar a detallar sus síntomas, que por su similitud emparenta con los de la clorosis; que fue también conocida como *cachexia virginea*.

No sería incorrecto considerar como una variedad de esta enfermedad [la Pica], una tropical a la que el Dr. Chisholm ha dado el nombre de Cachexia Africana. La familiaridad entre esta enfermedad, a la que los negros esclavos recién importados a las Indias Occidentales están sujetos, y aquella a la que son propensas las jóvenes en la mayoría de los países, presumimos que no escapará a la observación de los lectores médicos; y no dudamos en afirmar que la misma teoría puede aplicarse con seguridad a ambas (Kearsley, 1803, p. 537).

Y es que, en efecto, si observamos la lista de síntomas asociados a la cachexia africana;

opresión o dolor en la región del estómago, falta de apetito alternando con hambre voraz, pica (o gusto depravado por las cosas no comestibles y particularmente por las sustancias terrosas), estreñimiento obstinado y en una etapa posterior diarrea. Otra serie de síntomas están asociados con la extrema anemia, a saber, palpitaciones, disnea después de un ligero esfuerzo corporal, pulso pequeño, suave e irregular que se acelera con el movimiento activo, frialdad de la piel y palidez (que aparece en el negro como una decoloración marrón o verdosa), palidez de las membranas mucosas, debilidad progresiva que culmina en agotamiento completo, disminución de las secreciones, pérdida de peso y retención de líquidos (Hirsch, 1883).

⁴⁶ Lista de apelativos que acudiendo a otros autores podemos ampliar con términos como *Leucophlegmatia Ethiopum*, *Chlorosis Ethiopum*, *Negro cachexy o malacia africanorium* (Dunglison, 1848), *Negro Consumption* o *Struma africana* (Jordan, 1828), *mal de cœur*, *hypohæmia or anæmia intertropicalis*, *cachexie aqueuse* (Hirsch, 1883) o *Clorosis palúdica* (Heusinger, 1852)

y los comparamos con lo que de la clorosis detallaban los autores renacentistas (Varandal, 1666; Lange, 1589; Paré, 1641), las obras médicas del siglo XVII (Veryser, 1695; Sydenham, 1695) o el conocimiento enciclopédico de los ilustrados (Sociedad Médica, 1754);

mal color de la cara y de todo el cuerpo, hinchazón de la cara, párpados y tobillos, pesadez de todo el cuerpo, cansancio de piernas y pies, dificultad para respirar, pulso febril, somnolencia, Pica, o anhelo de cosas que no se debe comer, y la interrupción de la menstruación (Sydenham, 1695, p. 78).

enseguida comprobamos las notables similitudes existentes entre ambos cuadros clínicos⁴⁷. Por lo tanto, no es de extrañar que muchos facultativos coloniales, formados en la Europa de las adolescentes cloróticas, vieran en la cachexia africana una variante de esta patología e intentaran importar las mismas recetas (Dancer, 1801; Kearsley, 1803).

Sin embargo, aun reconociendo su gran parecido, algunos mostraron sus reticencias apoyándose en el perfil de los afectados o en sus patrones de conducta. Como el inglés Robert Thomas, en la cuarta edición de su *The Modern Practice of Physic* (1813), que aseguraba que la clorosis "solo afecta a las mujeres, principalmente en la edad en la que debería comenzar la menstruación; mientras que la primera [la cachexia africana] afecta tanto a hombres como a mujeres, y a menudo se encuentra en niños de seis o siete años, como he visto suceder en varios casos" (Thomas, 1813, p. 440).

Las similitudes o diferencias que los facultativos del siglo XIX van a encontrar entre ambas afecciones, es decir, si estamos ante la misma u otra enfermedad, no es una cuestión baladí; ya que en caso de ser asimilada como una forma de clorosis estaríamos ante una dolencia no específica de esclavos, contradiciendo así a aquellos que pretendían ver en ella una enfermedad consecuencia de su defectuosa constitución racial.⁴⁸

⁴⁷ Curiosamente, y enlazando con los debates médicos que asociaban los desórdenes menstruales con los desórdenes alimentarios en el caso de embarazadas y cloróticas, la diferencia más sustancial entre estas dos listas de síntomas la encontramos en la sustitución de "la interrupción de la menstruación" en las jóvenes cloróticas por "la disminución de las secreciones" y "retención de líquidos" en los negros caquéticos.

⁴⁸ Algo similar a lo que sugería Howell Cobb, cofundador de los Estados Confederados, cuando ante la falta de efectivos se pretendió incluir a los esclavos negros en las filas del ejército confederado: "Si los esclavos se convierten en buenos soldados toda nuestra teoría de la esclavitud está equivocada" (Blight, 2001).

Por otro lado, vale la pena examinar en detalle los síntomas enumerados: fatiga, apatía, debilidad, somnolencia, palpitaciones y sensación de falta de aire. Muchos de ellos caracterizados por su ambigüedad clínica y fácilmente aplicables a otras patologías, especialmente a ese grupo de enfermedades a las que el filósofo Ian Hacking (1985) se refiere como *enfermedades transitorias* o enfermedades de época. Malestares difícilmente cuantificables para los que no existe un marcador específico, tales como fibromialgia, distimia, neurastenia o fatiga crónica; en gran medida asociados a la debilidad, a la que Carpenter, en su artículo sobre la cachexia africana, vuelve a referirse como Malacia, traducida como "blandura o afeminamiento" (Carpenter, 1844, p. 147). Una debilidad que levanta las sospechas de médicos y cultivadores, ya que en ocasiones se acusa al paciente de estar fingiendo su padecimiento para eludir el trabajo en la plantación.

Tapar bocas, cortar cabezas

Para el caso de la cachexia africana, a diferencia de lo que ocurría con embarazadas y adolescentes, la Pica se presenta desde un principio como un factor causal; tal es así que todos utilizan el término *Dirt-eating* para hacer referencia a la enfermedad (Cragin, 1835; Hunter, 1788; Imray, 1843; Dunlison, 1848; Carpenter, 1844). Comer tierra compromete el estado de salud de los esclavos negros; sus cuerpos languidecen, su piel se torna más clara, su sistema digestivo deja de funcionar correctamente, su ánimo decae. Y más preocupante si cabe, el hábito se presenta como algo insidioso, un problema al que ni los médicos ni los hacendados saben hacer frente. Una inclinación usualmente calificada como adictiva que los esclavos tienden a ocultar.

El diagnóstico de esta enfermedad no es nada difícil; sin embargo, el paciente, cuando se le acusa de comer tierra, lo que con demasiada frecuencia se presenta como un delito voluntario más que como una enfermedad irresistible, invariablemente niega la acusación (Cragin, 1835, p. 359).

Por ello, el tratamiento que los administradores blancos aplicarán para combatir un hábito tan pernicioso para sus intereses, no se limitará a la prescripción de medicinas y hábitos saludables. Se optará por medidas mucho más coercitivas; alguna de ellas de extrema

crueledad. El doctor Cragin, al igual que otros de sus colegas, recomienda el uso de bozales o mordazas metálicas con el propósito de impedir la ingesta de tierra.

Como medios curativos, ni las promesas ni las amenazas (incluso cuando se ejecutan), ni el confinamiento de piernas y manos con cepos y grilletes, ejercen la menor influencia; y su efecto preventivo es tan temporal como su empleo. Tan grande es la depravación del apetito y tan fuertemente están sujetos a su dominio irresistible los desafortunados que sufren bajo esta dolencia. Una máscara o boquilla metálica, asegurada con un candado, es el principal medio de seguridad para evitar que se den el gusto de comer tierra. (Cragin, 1835, p. 360)

Otro de los remedios utilizados, el más efectivo según algunos, y al que probablemente se llegó de modo fortuito a raíz de las disecciones post mortem practicadas sobre los cuerpos de los afectados, fue la decapitación sistemática de los cadáveres de aquellos esclavos negros fallecidos por cachexia africana. Una medida solamente comprensible dentro del sistema de creencias religiosas asignadas a los esclavos, según el cual, las personas tras su muerte retornaban a sus lugares de procedencia.

Además del placer que obtienen de esta práctica [geofagia] una vez que se ha vuelto habitual, se supone que al principio la adoptan por otros motivos, como el descontento con su situación actual y el deseo de la muerte para regresar a su propio país, ya que son muy conscientes de que inevitablemente los destruirá (Hunter, 1788, p. 311).

Así pues, cuando la remisión del mal hábito no pueda lograrse de un modo terapéutico, se optará por amedrentar a la comunidad negra "cortando las cabezas de los cadáveres de los que han muerto a causa de esta práctica viciosa" (Hunter, 1788, p. 314); "ya que imaginan que esta operación impide su regreso a su país de origen y su migración a otros estados de existencia" (Gavin, 1843, p. 364). Y es que, realmente, nada más efectivo que cortar cabezas cuando tapar bocas no es suficiente.

Es importante subrayar el papel que juegan las prácticas religiosas de la comunidad negra en su relación con los administradores blancos. Éstas despertarán todo tipo de sospechas y serán sistemáticamente condenadas por médicos y hacendados. Algunos autores, como John

Imray (1843), declaraban sin tapujos que la presencia de estas creencias entre los esclavos negros promovía el consumo de tierra y el deterioro de su salud.

En el momento en que un negro creía que un "hombre Obeah" estaba practicando sus hechizos sobre él, se daba por perdido. La más leve dolencia era convertida por la imaginación en una enfermedad grave, y la salud se deterioraba gradualmente. Una de las consecuencias más frecuentes de este estado mental era tal desarreglo de las funciones digestivas que sentaba las bases de un *mal d'estomac* incurable (Imray, 1843, p. 305-306).

¿Pero por qué estas prácticas se asociaban al consumo de tierra? ¿Hasta qué punto se trataba de una acusación fundada? James Maxwell, otro médico destinado en Jamaica, observaba que el esclavo, bajo la influencia del Obeah⁴⁹, "caía y se hundía en la melancolía [...], imaginándose alternativamente afectado con todos los males de la caja de Pandora" (Maxwell, 1835, p. 412). Las palabras del médico remiten nuevamente a la hipótesis de la separación y la nostalgia como origen del *Dirt-eating*; para el caso, desde la interpretación que hacían los agentes coloniales, este tipo de cultos acentuaban el sentimiento de desarraigo. Pero además, la cachexia africana era también contemplada como una forma de enfermedad autoinducida mediante la ingesta de tierra, que era promovida por los líderes religiosos negros como medida de boicot ante las penosas condiciones de vida que se daban en las plantaciones.

Los negros indolentes que, por pura pereza, descuidan el cultivo de sus parcelas de provisiones y quedan expuestos a necesidades similares. Estos últimos a veces recurren a la práctica de manera intencionada para provocar mala salud, como un medio para evadir el trabajo (Cragin, 1835, p. 362).

⁴⁹ El *Obeah* es un culto sincrético que articula cultos animistas africanos con el cristianismo importado por los colonos europeos en las Indias Occidentales. Tiene una considerable presencia en Jamaica, pero también se da en otros territorios de las Antillas como Haití, Belice o Surinam. Es conocido por el uso ritual de sustancias psicotrópicas. Otros cultos sincréticos de características similares en esta zona son el *Vudú* en Haití, la *Santería* en Cuba o el *Candomblé* en Brasil.

William Carpenter (1844) en su *Observations on the Cachexia Africana*, señala otra de las consecuencias de este tipo de creencias; para mayor desespero de los facultativos, "la total imposibilidad de inspirarles la más mínima confianza en la acción reparadora de las medicinas, o cualquier otro medio curativo, a menos que sea secundado por la brujería" (Carpenter, 1844, p. 159). Un fenómeno ampliamente estudiado en las relaciones de poder en contextos coloniales, mediante el que los sometidos, haciendo uso de sus propios métodos de curación, desafían la medicina y la autoridad blanca (Fett, 2002).

Para acabar con esta plaga, el doctor Thomas Dancer, también residente en la isla de Jamaica, aconsejaba localizar a sus promotores y castigarlos; y como último remedio, el bautismo de todos sus seguidores (Dancer, 1801), para que la influencia del cristianismo sobre el esclavo negro lo "emancipe de la esclavitud mental de la ignorancia" (Maxwell, 1835, p. 412), que lo llevaba a enfermar y a no querer ser curado.

Respecto a la segunda cuestión, relativa a la veracidad de las acusaciones; debemos tener en cuenta, tal y como la antropología política ha mostrado en multitud de casos (Moreno Feliú, 2010; Ferrándiz, 2012), que los cultos de los sometidos siempre fueron un foco de desconfianza para los agentes coloniales y un arma de resistencia para los sometidos⁵⁰. Tanto a la hora de infundir el temor como de llamar a la movilización. De ahí que no deba sorprendernos que el dedo acusador de la *geofagia* se dirigiera hacia estos sincretismos religiosos con el propósito de dismantelarlos; más allá de la verisimilitud de las acusaciones vertidas.

Los apetitos de las mujeres negras embarazadas

Al margen de las medidas adoptadas para combatir la afección, un indicio bastante llamativo en las descripciones de los médicos sobre el desordenado apetito de sus pacientes negros es su propósito ridiculizador. Una estrategia basada en la exageración y el desprestigio similar a lo

⁵⁰ Un caso de gran valor simbólico que ilustra las relaciones de dominación y resistencia que se entrecruzaban con la práctica médica y la religión en el contexto colonial, y que queremos citar por su relación con la cachexia africana y la geofagia, es el de Santa Anastasia. Entre la historia y la leyenda, se cree que esta esclava nació en alguna plantación cerca de Pompeu (Brasil) en 1740; otros autores defienden que se trata de un personaje inventado. Sus seguidores le atribuyen diversos milagros. La iconografía de esta santa la presenta con una máscara de metal que tapa su boca, similar a las usadas para impedir el consumo de tierra entre los esclavos. Véase Gonçalves Conceição, 2020.

que ocurría con los "casos clínicos" de Lange y compañía; que apostaban por el sonrojo y la hilaridad. Basta con hacer una lectura estricta del término *Dirt-eating*, que si bien pretende aludir a la ingesta de tierra, puede traducirse como "comiendo suciedad".



Ilustración 5. Retrato de Santa Anastasia con uno de los típicos bozales utilizados por los hacendados para evitar el consumo de tierra. Fuente: Gonçalves Conceição, 2020

William Cragin, médico escocés afincado en la Antillas, uno de los referentes para el resto de sus colegas en materia de cachexia africana, detalla una lista de casos en los que da cuenta de las insólitas cosas, más allá de la tierra y la arcilla, que los esclavos negros podían llegar a apetecer.

Algunos arrancan y comen jirones de la ropa que usan, hasta que ya no les queda; otros tragan con avidez el pelo que se arrancan de la cabeza, hasta quedar casi calvos antes de ser detectados. Algunos negros comen su tabaco de pipa y el de los otros negros. Fui informado por un caballero de la más estricta veracidad, que un negro en su plantación era así morbosamente aficionado a los ratones, que tragaba enteros (Cragin, 1835, p. 358).

En dichas listas, comer tierra u otras sustancias no comestibles suele ser interpretado como un signo inequívoco de estulticia, de incapacidad para discernir entre lo más básico; entre aquello que es y aquello que no es un alimento. "Como he observado, dondequiera que se encuentre la enfermedad, el paciente es apático y estúpido casi hasta la idiotez, y aparentemente indiferente a la comodidad, o incluso a la vida misma" (Cragin, 1835, p. 361). Pero a veces, las descripciones sobre los apetitos que despierta la enfermedad incluyen –de nuevo– signos que trascienden el comportamiento alimentario; fundamentalmente de carácter sexual y preferentemente relativos a las mujeres.

Se encontró frecuentemente que las mujeres jóvenes que sufrían de mal d'estomac habían sido disolutas e irregulares en sus hábitos, tales como el exceso de baile durante la noche, las relaciones sexuales promiscuas con el otro sexo, etc. También se debe mencionar la pasión de los celos como predisponente a la enfermedad en ambos sexos (Imray, 1843, p. 306).

Así pues, las mujeres negras que comían tierra solían ser aquellas que bailaban demasiado y eran promiscuas y celosas, por lo que deducimos que un agravante a la condición de negro era la condición de mujer. De hecho, para muchos plantadores y médicos coloniales, la culpa de la geofagia y la transmisión de ésta de generación en generación recaía principalmente sobre la comunidad femenina de la comunidad negra.

Algunos no dudaron en achacar el problema a la negligencia de estas madres, tanto en relación con sus hábitos como en los que transmitían a sus hijos. Aspectos como una prolongada lactancia, un deficiente cuidado corporal o la ansiedad mental, podían ser precursores de la enfermedad (Thomson, 1820; Maxwell, 1835). No obstante, el factor de transmisión que más frecuentemente citan los médicos lo encontramos en las prácticas geofágicas a las que se decía que eran propensas. Según Thomson (1820), en su *Treatise on the Diseases of Negroes, as they Occur in the Island of Jamaica: with Observations on the country remedies*, ellas preparan "pequeños pasteles de tierra cocida, que comen cuando tienen eructos o acidez estomacal: no lo ocultan, sino que lo ven como un privilegio de su situación peculiar"; motivo por el que sus hijos "adoptan la costumbre sin ser conscientes de sus efectos" (Thomson, 1820, p. 46).

Pero si bien es revelador el hecho de que los administradores coloniales acusen a las madres de ser los vectores de la enfermedad, lo es también que estas y otras prácticas se den precisamente en contextos alejados del control de la autoridad blanca, como son la crianza y los cuidados maternos. Ámbitos que difícilmente podían ser supervisados (Hogart, 2017), lo que aportaba al *dirt-eating* sus necesarias dosis de desconocimiento, dando rienda suelta a la fantasía etnocentrista en el relato del médico europeo.

El final del Dirt-eating

El fin de la guerra en 1865 proclamó como vencedor al bando unionista y supuso la abolición de la esclavitud en los Estados Unidos.⁵¹ En relación con la cachexia africana, las consecuencias de este cambio social se antojan más que evidentes. En un mundo sin esclavos perdieron su razón de ser tanto las "enfermedades de esclavos" como los artículos científicos dedicados a estas, por lo que paulatinamente fueron desapareciendo. Algo diferente a lo ocurrido con muchas afecciones que figuraron en los tratados y disertaciones sobre "enfermedades de mujeres"; que gozaron de gran éxito entre los doctos lectores del Renacimiento y que en un buen número pervivieron tras la llegada de la obstetricia y la ginecología modernas. No será el caso de patologías raciales como la drapetomanía⁵² o la cachexia africana; las cuales, igual que la clorosis de las adolescentes, pasaron a mejor vida.

A este cambio en lo social es preciso sumar los avances en el campo médico que se produjeron durante la segunda mitad del s. XIX; como el desarrollo de la microbiología y las técnicas de laboratorio. Que relegaron hipótesis como la nostalgia o la inferior constitución racial del negro, para vincular a la cachexia africana con la anemia hipocrómica o casos de parasitismo; principalmente de *ancylostoma duodenale* (Hirsch, 1883), tuberculosis (*escrófula*) (Jordan, 1828; Headen, 1837), y en menor medida, malaria (Heusinger, 1852).

⁵¹ Por países y en orden cronológico ascendente, con anterioridad a esa fecha, la abolición de la esclavitud había sido proclamada en: Haití, 1804; Chile, 1823; México, 1829; Reino Unido, 1833; Uruguay, 1842; Francia, 1848; Dinamarca, 1848; Colombia, 1851; Países Bajos, 1863

⁵² La drapetomanía fue una enfermedad mental surgida en el siglo XIX que afectaba exclusivamente a los esclavos negros y cuyos síntomas principales eran el deseo de libertad o los sentimientos opuestos a su condición de esclavos. El término se atribuye al médico sureño Samuel A. Cartwright, quien también escribió acerca del *Dirt-eating*. Véase Chorover, 1980.

Aunque no sepamos hasta qué punto la interpretación científica que se hizo de estos hallazgos estuvo influenciada por los cambios sociales que se estaban produciendo.

Al principio se creía que la aparición de la enfermedad entre los negros podría explicarse por su práctica (que surgía ya sea de un mal hábito o de un propósito suicida) de comer tierra u otras sustancias indigestas. [...] Griesinger fue el primero en arrojar luz sobre la naturaleza de la "cachexia Africana", cuando demostró a partir de sus observaciones en Egipto en el caso de los *fellahs* y soldados, que tenía que ver con una enfermedad parasitaria, con la presencia de *Anchylostoma duodenale* en el canal intestinal del paciente y con los efectos resultantes de ello (Hirsch, 1883, p. 318).

Sin embargo, el relato estigmatizante sobre la cachexia africana y la geofagia, así como con otras "enfermedades de negros", estaba ya establecido. Caracterizaciones que probablemente hayan quedado inscritas en el imaginario popular acerca de las particularidades físicas y mentales de las personas negras; que ha podido influir en que uno de los grupos de población más estudiado en relación a la Pica en Estados Unidos sean los descendientes afroamericanos, a menudo tomando como muestra a residentes en los estados del sur (Jackson et al., 2020; Grigbsy et al., 1999; Vermeer, 1979; Whiting, 1947).

No podemos afirmar hasta qué punto la cachexia africana fue un fenómeno "real", ni en qué medida el *dirt-eating* fue su factor causal. Ni siquiera disponemos de unas tasas de prevalencia fiables que nos permitan cuantificar el alcance sanitario del problema; tan solo contamos con las impresiones vertidas por los médicos coloniales, en gran medida tamizadas por sus respectivos idearios políticos. Tampoco podemos precisar si la geofagia fue una práctica generalizada o puntual.

Sea como fuere, tal y como hemos expuesto, la aparición de la cachexia africana surge en gran medida de la mano de un interés económico; cuando no de la tipificación y el control sobre los cuerpos, que comienza a jugar un papel crucial en la consolidación de los estados modernos y el control social sobre las clases subalternas (Foucault, 1980).

A lo largo del siglo XIX, la cachexia africana supondrá un socorrido objeto arrojado entre los bandos abolicionista y proesclavista. Lo que para unos será una "negroes disease", como consecuencia de la deficiente constitución física y mental de la raza negra, para otros será una "slaves disease", asociada a las malas condiciones de trabajo y de vida que los

finqueros imponen a sus esclavos. De hecho, su evolución corre en paralelo al desarrollo histórico de la contienda política en torno al esclavismo en los Estados Unidos.

La geofagia era una práctica conocida entre las clases pobres americanas y bien documentada en las plantaciones de azúcar en las Antillas durante buena parte del siglo XVIII (Imray, 1843), sin embargo, no será hasta comienzos del s. XIX cuando se ponga el foco en los esclavos de los estados sureños; algo que podemos deducir por la fecha del primer artículo sobre la cachexia africana aparecido en una publicación médica norteamericana⁵³ (Hogart, 2017).

Pero no solo será un recurrente objeto arrojado en las disputas políticas de los blancos, sino también entre negros y blancos. Constatable en las acusaciones que los administradores vertían sobre la influencia negativa del sincretismo religioso afroamericano en la salud de los esclavos. O en la forma en la que a menudo, médicos y finqueros acusan a los negros de fingir o de autoinducirse la enfermedad como estrategia de boicot, o simplemente de no querer curarse. En este sentido, podemos sospechar la existencia de una doble recurrencia, en la que las prácticas geofágicas de los esclavos se retroalimentaban del temor y la espectación que despertaban en los finqueros.

Por otro lado, la Pica, en el caso del *Dirt-eating*, queda limitada a las prácticas geofágicas, salvo en algunos pocos casos que se citan otro tipo de materiales. Comer tierra posee una enorme carga simbólica, relacionada con la fertilidad o con los orígenes. En muchos de los textos que hemos revisado se hace referencia a ello, como cuando se dice que los esclavos se sienten así conectados con sus lugares de procedencia. Hoy en día, la geofagia sigue siendo habitual en muchas regiones del mundo, normalmente entre sociedades y clases subalternas (Abrahams & Parsons, 1996; Hunter & Kleine, 1984); a pesar de ello, la medicina sigue estudiando estos casos como una forma de Pica.

Si comer tierra, en el relato de los colonos, suponía algo lo suficientemente denigrante a nivel alimentario, como marcador moral va a contaminar el resto de prácticas y comportamientos de los esclavos, sobre todo, aquellas relativas a su religión y su sexualidad; especialmente en el caso de las mujeres. Una especie de estigmatización totalizante (Becker,

⁵³ Davidson, G. (1799) "Account of the Cachexia Africana, a disease incidental to Negro Slaves lately imported into the West Indies." En *Medical Repository* 2, pp. 282–84.

2014; Goffman, 2006) que revela el importante papel de la alimentación como marcador identitario, y que nos lleva a pensar en que no solo somos lo que comemos sino también lo que nos permiten o nos prohíben comer.

Una condena moral tan totalizante como el contexto espacial en el que se desarrolla la trama, dentro de los dominios de las plantaciones, que permite a la autoridad una fiscalización total de la cotidianidad de los esclavos, incluida su alimentación (Goffman, 2001). Una suerte de monitorización médica y social que de alguna manera sigue dándose con los grupos de riesgo a los que actualmente se asocia la Pica, como niños, pacientes psiquiátricos y mujeres embarazadas.

Por último, en relación con el pronóstico de la enfermedad, fueron muchos los que afirmaron su incurabilidad, asegurando que aquellos esclavos que vivían en plantaciones con poca vigilancia blanca o aquellos que lograban su emancipación eran los más propensos a caer enfermos (Cragin, 1836). Así pues, inferimos que si bien las cloróticas se curaban mediante el matrimonio (Lange, 1589), y en las preñadas, la Pica desaparecía tras el alumbramiento (Sociedad Médica, 1754), probablemente el único remedio para la cachexia africana fuera el trabajo disciplinado.

Niños, locos y niños locos

El ya mencionado William Carpenter (1844), en la introducción de su artículo *Observations on the Cachexia Africana, or the habit and effects of dirt-eating in the negro race*, dedicado a la cachexia africana en Jamaica, señalaba las diferencias y similitudes con otras situaciones en las que la Pica aparece como trastorno alimentario en otros agentes, refiriéndose al caso de los niños.

En todos estos casos [de Pica], no podemos dejar de observar la ausencia de muchas de las características específicas del hábito y grupos de síntomas que caracterizan la afección llamada Cachexia Africana. De hecho, los casos que se aproximan más a esta enfermedad son aquellos en los que los niños adoptan el hábito de comer tierra, pero en estos casos los síntomas son más variables y menos graves, y el hábito es más fácilmente controlado que en la enfermedad de la raza negra (Carpenter, 1844, p. 147).

Aunque los tratados, disertaciones y enciclopedias médicas ya habían aludido a la tendencia de niños y dementes hacia la ingesta de no-comestibles, no será hasta mediados del siglo XIX, con el progresivo y paralelo desarrollo de la psiquiatría y la pediatría, cuando la Pica se va a asociar con firmeza a estos grupos sociales. Puede que hasta ese entonces sus apetitos desordenados entraran dentro de lo normal; puesto que de todos es de esperar que los niños hagan niñerías y los locos cometan locuras. Puede también que fueran instituciones como la familia o la religión las que se encargaran de su contención o indulgencia; no así de su nosología, patogenia o terapéutica. O que la normatividad social en torno a la alimentación y la salud no hubiera recaído aún con el mismo peso que sobre las adolescentes, las embarazadas y los esclavos de siglos anteriores.

Los niños

Uno de los hitos más importantes en el desarrollo de la pediatría moderna fue la fundación de hospitales dedicados exclusivamente al cuidado y tratamiento de niños. Como el Hospital for Sick Children, fundado en Londres en 1852, o el Children's Hospital of Philadelphia, en 1855. Estas instituciones jugaron un papel crucial en la promoción y

desarrollo de la pediatría como especialidad médica. Otro momento clave fue la publicación de obras pediátricas, como *Infant Diet* del alemán Abraham Jacobi (1874), uno de los padres de la pediatría estadounidense. Este libro es considerado una de las primeras obras médicas centradas en la alimentación del niño. En un artículo publicado unos años antes en el *New York Journal of Medicine*, el doctor Jacobi (1860), remitiéndose a textos de otros autores como Francis Battersby, relaciona la Pica infantil con la lactancia materna, tal y como se había hecho en el caso de la cachexia africana.

La Pica, en los niños, depende probablemente de una sensibilidad alterada de los nervios y de la acidez de las secreciones del estómago; por haber sido alimentados con leche corrompida o de manera irregular. Por regla general, esto es una evidencia de una lactancia indebida, pues de catorce casos en los que lo noté, la duración promedio del amamantamiento fue de veinte meses; seis de esos casos fueron amamantados dos años más; y uno de ellos, destetado al año, continuó en el pecho durante siete meses, durante la gestación uterina de un niño siguiente (Jacobi, 1860, p. 169).

El artículo en el que podemos leer este fragmento, titulado *On enlargement of the infantile liver*, relaciona la Pica infantil con un exceso de ácido láctico en el estómago y con la hepatomegalia. Esta hipótesis, que sucintamente ya había sido planteada por la medicina renacentista en relación con la plétora de las embarazadas, será la defendida por muchos autores durante buena parte de la mitad del siglo XIX (Churchill, 1858; Foot, 1867). En base a este supuesto, el consumo de sustancias absorbentes como tiza, cal o tierra vuelve a ser interpretado como una especie de tratamiento digestivo.

Siempre he tenido la impresión de que, en muchos casos, la pica en los niños es más bien un intento instintivo por parte de ellos de recetar un remedio adecuado para una dispepsia ácida, aunque a menudo en una forma no respaldada por la autoridad médica, que el resultado de un hábito sin objetivo (Foot, 1867, p. 312).

Y es que, el *boom* de la cachexia africana aún no había declinado definitivamente, y los facultativos solían apoyarse en las conclusiones que algunos médicos coloniales (Hunter,

1973) habían sacado acerca de la enfermedad en los esclavos negros; como la que interpretaba la Pica como un remedio natural.

En la dispepsia que afecta a los negros de Jamaica cuando se enfrentan a dificultades y privaciones, un síntoma prominente es un tormentoso dolor de estómago, y es para aliviar este incómodo síntoma que el afectado recurre a comer tierra absorbente, lo cual brinda un alivio temporal (Foot, 1867, p. 310).

Pero por lo visto, la teoría que defiende el consumo de no-comestibles como remedio natural tampoco acaba de convencer. El obstetra inglés Fleetwood Churchill en su *Diseases of Children*, advierte de que este factor causal no puede ser tomado como una norma general, puesto que no siempre concurren trastornos digestivos. "He visto un caso, sin embargo, en el cual este apetito depravado parecía ser hereditario y no estaba relacionado ni con la lactancia ni con trastornos del estómago o el hígado" (Churchill, 1858, p. 580). Igualmente, respecto a la clase de productos que ingieren estos niños, tal y como expone el doctor Small, "son tan diversas como las sustancias a las que tienen acceso" (Small, 1899, p. 73); entre las cuales se citan tanto sustancias absorbentes como otras que no lo son.

Carbón, cenizas, tierra, papel, yeso, tiza, tejas, pizarra, pipas de barro, cerillas, almidón en bruto, corcho, cáscaras de huevo, jabón, plomo negro, asfalto, tierra del camino, juguetes, barro lamido de las botas, pelos arrancados de sus propias cabezas, todas y cada una de estas cosas son devoradas por niños con pica (Small, 1899, p. 73).

Además, este supuesto remedio tiene su contrapartida en el gran número de infecciones digestivas que se observaban en los niños afectados por Pica, precisamente por comer tierra o arcilla contaminada con huevos o larvas. El norteamericano Rachford (1905) hacía alusión a una epidemia acontecida en 1892 atribuida a esta causa, "cuyas principales características eran un apetito desmedido por la arcilla roja. Esta epidemia afectó a niños, varios de los cuales fallecieron" (Rachford, 1905, p. 424).

Similar lectura podemos extraer de la relación entre Pica infantil y determinados déficits micronutricionales. Los primeros experimentos llevados a cabo en la década de los sesenta en niños aportaban conclusiones dispares. Mientras que algunos parecían evidenciar que tras la

Pica se escondía un cuadro de anemia subyacente, subsanable mediante el aporte de micronutrientes al organismo, en otros se hacía evidente que el placebo o las soluciones salinas inyectadas en los grupos de control tenían la misma efectividad que los preparados con hierro u otros compuestos (Lourie et al., 1963). Sin embargo, en el desconcierto general, a veces se prescribían tratamientos con hierro; algo que sigue dándose hoy en día.

Respecto al debut y al pronóstico de la Pica infantil, casi todos los autores coincidían en señalar su etapa de máximo apogeo durante los primeros años de vida, a partir del momento en que el niño posee la capacidad para acceder y manipular los objetos que encuentra en su entorno. Un comportamiento exploratorio considerado normal y en cierta medida necesario que "muestra una tendencia a desaparecer en el tercer o cuarto año de vida" (Thomson, 1896, p. 155), pero que en algunos casos persistía de forma insidiosa.

Pica y plomo

De la mano de la infancia, la Pica va a volver adquirir un gran protagonismo a comienzos del siglo XX. Esta vez a raíz de un sobrevenido problema sanitario que tomará la dimensión de fenómeno social y movilizará a multitud de agentes e instituciones.

A finales del siglo XIX, en plena efervescencia del capitalismo fabril, el plomo era un compuesto utilizado habitualmente en la fabricación de infinidad de productos de consumo masivo; ya sea como material principal o como aditivo. Desde juguetes a enseres domésticos, pasando por pinturas de uso industrial o combustibles; muchos de estos artículos contenían plomo. Para el caso de la elaboración de pinturas, uno de los aditivos frecuentemente utilizados era el conocido como "blanco de plomo", debido a la durabilidad y al poder cubriente que proporcionaba. Este ingrediente, mezcla de carbonato y plomo en proporciones y formas variables, destaca por su toxicidad.

En los albores del siglo, dos doctores franceses, miembros de L'Académie de Médecine, alertaban en sendas obras (Renaut, 1875; Gautier, 1883) sobre el cada vez más extendido uso del plomo en la industria manufacturera⁵⁴ y el grave peligro que suponía para la salud de la

⁵⁴ "A pesar de la oposición en muchos sectores al uso del blanco de plomo, todavía existe una gran demanda, si no una demanda creciente, para el pigmento. Se estima que en 1910 se fabricaron 58,000 toneladas de blanco de plomo en este país, y que se importaron 14,500 toneladas del extranjero. En Gran Bretaña, este departamento

población. El segundo de ellos, Armand Gautier, en su *Le cuivre et le plomb dans l'alimentation et l'industrie*, lo expresaba de la siguiente manera:

Nuestro objetivo no es presentar aquí nuevas pruebas clínicas o toxicológicas sobre el peligro de la absorción de plomo, incluso en dosis mínimas, sino más bien mostrar que los avances de la industria moderna tienden cada vez más, y generalmente sin que lo sepamos, a introducir este peligroso metal en el entorno en el que vivimos llevándolo constantemente a nuestros órganos (Gautier, 1883, p. 116).

Este peligro sanitario no afectó del mismo modo a toda la población, ya que aunque su uso industrial se volviera masivo, hubo grupos más y menos expuestos a la amenaza del plomo. El primer grupo que despertó la preocupación de las autoridades y sobre el que se tomaron las primeras medidas para la prevención de riesgos, fueron tanto los trabajadores que intervenían en la fabricación de productos con plomo como aquellos profesionales que hacían uso de éstos.

Thomas Oliver (1914), un médico escocés experto en salud laboral hacía constar las tasas de prevalencia del plumbismo⁵⁵ derivado de actividades profesionales a principios de siglo, alertando que aunque las advertencias médicas habían hecho descender el número de intoxicados, no había ocurrido de la misma forma con el número de fallecidos. En el periodo entre 1900 y 1912, según los datos reportados por 18 empresas británicas, se dieron 8523 casos de *lead poisoning*. "En 1900 y 1901 los casos fatales fueron 38 y 34 respectivamente, pero en 1911 y 1912, aunque según las tablas se reportaron menos casos, hubo 37 y 44 muertes respectivamente" (Oliver, 1914, p. 36).

Para el caso de las pinturas industriales, el *Report Of British Departmental Committee On The Danger In The Use Of Lead In The Painting Of Buildings*, reeditado por el Departamento de Trabajo de EEUU en 1916, expone que entre "los pintores de edificios en Inglaterra y Gales, se informan alrededor de 30 muertes por intoxicación por plomo cada año. [...] Sin

particular de la industria emplea a 2,500 hombres, mientras que el capital invertido con fines de fabricación no puede estar muy lejos de £1,500,000. En los Estados Unidos de América, la fabricación de blanco de plomo comenzó en 1777. La producción anual de blanco de plomo en los Estados es de 100,000 toneladas" (Oliver, 1914)

⁵⁵ Referido con otros apelativos como *saturnismo*, *colica pictonum*, *colica pictorum* o *lead poisoning*.

embargo, se estima que el número de casos no mortales es de alrededor de 750 por año" (U. S. Department of Labor, 1916, p. 8)

A raíz de datos como estos, el gobierno británico se vio obligado a tomar una serie de medidas, similares a las ya adoptadas por países como Francia, Alemania o Bélgica⁵⁶, entre las que destacan la limitación de los niveles de concentración de plomo en pinturas y barnices, la prohibición del lijado en seco de superficies pintadas o la supresión del uso del "plomo blanco" en las operaciones de pintado de edificios (U. S. Department of Labor, 1916); unas regulaciones que se demoraron en el caso de Estados Unidos.

Pero con el devenir de los acontecimientos, la preocupación institucional trascendió el ámbito laboral, y tras los profesionales de la pintura la mirada se dirigió hacia la infancia; concretamente a aquellos niños más propensos a llevarse todo tipo de cosas a la boca. Con todo ello, de repente, la Pica pasó a convertirse en un problema de salud pública.

Algunos niños afectados por la pica tienen un anhelo morbosos de roer objetos pintados, como marcos de ventanas, muebles blancos, barandas de cunas, barandas de porches y otros artículos al alcance en el hogar. Un niño vive en un mundo de plomo; por lo que la Pica es uno de los factores etiológicos más importantes en la intoxicación por plomo en niños (Ruddock, 1924, p. 1684).

La forma más habitual de intoxicación por plomo en estos niños era a través de la ingesta de *lead paint chips*. Pequeñas escamas de pintura que con el paso del tiempo se desconchaban de paredes o muebles y caían al suelo. Este deterioro en las superficies pintadas era más frecuente en construcciones antiguas que no habían recibido un mantenimiento adecuado, por lo que las tasas de prevalencia más elevadas de plumbismo infantil se daban en los barrios

⁵⁶ Relación de medidas adoptadas en otros países. Francia: ley el 20 de julio de 1909 que prohíbe el uso de plomo blanco en todas las operaciones de pintura en edificios, ya sea en el exterior o en el interior. Alemania: la prohibición de lijar en seco y pulir con piedra pómez; el uso de batas; la provisión de instalaciones de lavado. Bélgica: El decreto más temprano relacionado con el uso de plomo blanco en la pintura de edificios entró en vigor el 15 de agosto de 1906, y establece la prohibición del lijado en seco, la provisión de ropa de trabajo y dispositivos de lavado, y exámenes médicos trimestrales. (U. S. Department of Labor, 1916)

más pobres de las grandes ciudades (Hartman et al., 1960; Lourie et al., 1963). El mismo contexto social en el que se daban las tasas más elevadas de Pica⁵⁷ (Millican et al., 1962).

En el transcurso de unas décadas, tanto en Estados Unidos como en Europa, la alerta sanitaria tomó proporciones epidémicas⁵⁸, y publicaciones de carácter generalista, como magazines o tabloides, comenzaron también a hablar de la Pica, recogiendo las opiniones de médicos, reportando nuevos casos de niños envenenados y difundiendo recomendaciones para hacer frente al problema. Recomendaciones que sobre todo estaban dirigidas a las familias con niños de corta edad, principalmente a las madres. En julio de 1963, la popular revista *Newsweek*, en un artículo titulado "Strange Hunger" se hacía eco de la alerta sanitaria.

Aparte de ser uno de los síndromes más extraños de la infancia, puede ser peligroso. Según el Dr. Millican, aproximadamente la mitad de los niños llevados de urgencia al Hospital Infantil después de envenenarse accidentalmente con pintura a base de plomo y otros peligros domésticos, tenían Pica (Newsweek, 1963).

Otro de los medios de prevención fue la edición institucional de guías informativas destinadas a padres; a menudo traducidas al español, que advertían de las graves consecuencias que la intoxicación por plomo podía acarrear a sus hijos y difundían una serie de medidas y precauciones. Estas guías estaban dirigidas ante todo a familias afroamericanas y latinas, de ahí que muchas veces aparezcan traducidas al español.

⁵⁷ El estudio al que nos referimos (Millican et al., 1962), realizado en 1962 en Estados Unidos, señala que los niños entre 3 y 4 años pertenecientes a las clases más bajas presentaban Pica en un 20% mientras que en los niveles económicos más elevados apenas se computaban casos. De igual modo, en edades más tempranas, mientras que las familias pobres computaban entre un 50% y un 60%, en familias de ingresos más altos era el 30%.

⁵⁸ En la ciudad de Nueva York, se reportaron más de 500 casos confirmados de envenenamiento por plomo en niños en 1964. [...] De los 61167 envenenamientos reportados al Centro de Control de Envenenamientos de la Ciudad de Nueva York entre 1955 y 1963, el 3%, o 1704, fueron casos de envenenamiento por plomo. En Baltimore, durante 1956-1964, hubo 1337 casos conocidos de envenenamiento por plomo en niños. En Chicago, durante 1959-1961, se reportaron 429 casos de envenenamiento por plomo a la junta de salud. Representaron el 4.7% de los casos de envenenamiento accidental reportados en ese período. [...] Entre 1959 y 1963, 182 niños recibieron tratamiento por encefalopatía aguda por plomo en el Hospital Infantil del Condado de Cook. A lo largo del período de 5 años, a pesar del uso de agentes quelantes y diversas técnicas para reducir la presión intracraneal, la tasa de letalidad se mantuvo esencialmente inalterada en el 25% (Lin-Fu, 1967, p. 3).

Si una criatura come bastante de estos pedacitos de pintura, su cerebro sufrirá daños y como resultado de esto, podrá convertirse en un retrasado mental o incluso, morirse. [...] Si usted ha visto a un niño llevarse a la boca pedacitos de pintura o de enyesado, debe llevarlo a un médico, a una clínica o a un hospital lo más pronto que pueda (U. S. Department of Health, 1975, p. 4).

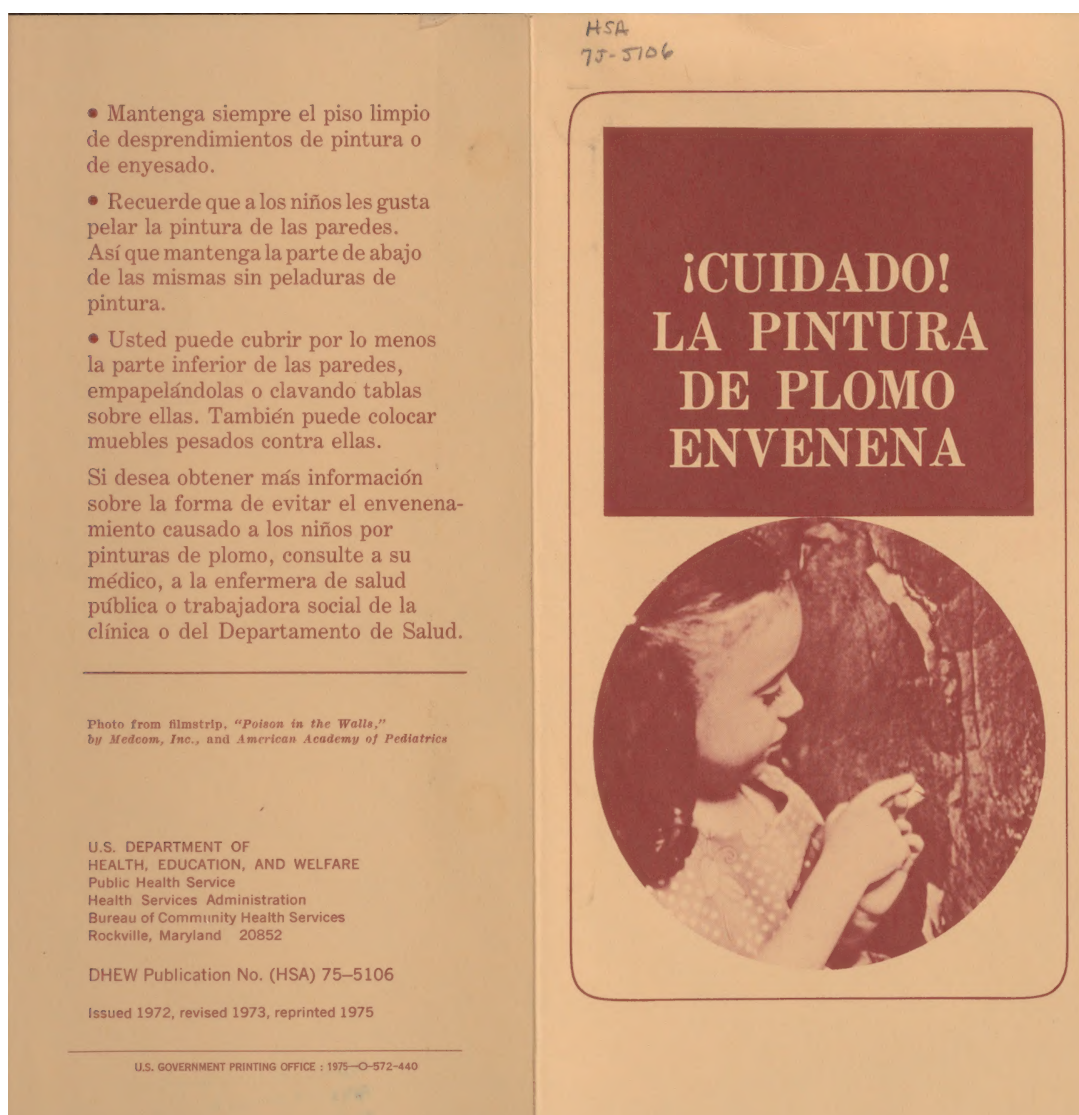


Ilustración 6. Guía para familias, editada por el Departamento de Salud de los Estados Unidos en 1975, informando de los peligros del lead poisoning. Fuente: archive.org

Como podemos ver, el *lead poisoning* estaba a la orden del día y sus consecuencias podían llegar a ser fatales; mucho más en niños que en adultos, y entre estos, mucho más en edades tempranas y en las clases sociales más bajas. Trabajos como el de Jenkins y Mellins (1957) aportan una serie de claves epidemiológicas recabadas en la década de los cincuenta.

Los datos epidemiológicos muestran que los niños de entre 1 y 4 años de edad comprenden aproximadamente el 90% de los casos. La mayoría de estos casos residen en los barrios marginales más pobres, con algunos casos en vecindarios de clase baja-media. Las viviendas eran en su mayoría deterioradas y apartamentos submarginales. [...] Las familias de las que provenían los pacientes tenían en promedio cuatro niños. (Jenkins y Mellins, 1957, p. 70)

Respecto a la procedencia étnica, la mayor parte de los casos se detectaban entre familias de ascendencia latina y sobre todo afroamericana. Variable que para la mayor parte de investigadores no guardaba una relación directa con ningún tipo de condición racial sino con la pobreza endémica a la que este grupo social estaba expuesto (Bare, 1957; White, 1957). En realidad, una tormenta perfecta, puesto que el perfil epidemiológico de las familias con niños afectados por *lead poisoning* era prácticamente el mismo que el de los afectados por Pica.⁵⁹

Los niños locos

El advenimiento del *lead poisoning*, tras la debacle del *dirt-eating* y el ocaso de la *green sickness* a comienzos del XX, puso de nuevo a la Pica en el candelero; lo cual tuvo su correlato en el significativo incremento de artículos científicos dedicados a esta nosografía, habitualmente en el campo de la psiquiatría. En ellos, una vez más, se intentó dar respuesta a los mismos enigmas que siguen rodeando hoy en día a esta práctica alimentaria.

En relación con las intoxicaciones por plomo, la Pica infantil, desde el punto de vista psiquiátrico, fue comprendida desde una triple vertiente. Por un lado, como ya hemos visto, como precursor de la enfermedad. Ya que los niños proclives a ingerir no-alimentos,

⁵⁹ "El envenenamiento por plomo en la infancia está significativamente relacionado con la pica. En la ciudad de Nueva York se ha informado que más del 30% de los niños que manifiestan pica tienen envenenamiento por plomo. Entre el setenta y el noventa por ciento de los niños con envenenamiento por plomo tienen antecedentes de pica" (Lin-Fu, 1967, p. 5).

potenciales comedores de los fragmentos de pintura patógenos, a menudo eran caracterizados como desviados o retrasados mentales (Bare, 1957).

En segundo lugar, como consecuencia; ya que aparte de síntomas como el estreñimiento, la pérdida de apetito, la anemia o el sangrado de encías, tras el envenenamiento, los médicos apreciaban cambios en el carácter del niño y trastornos cerebrales. Síntomas que podían quedar como secuelas permanentes en los casos más graves. Según los autores, aparte de trastornos del habla y déficits psicomotrices, estos niños desarrollaban un importante deterioro cognitivo (White, 1957; Ruddock, 1924; Jenkins y Mellins, 1957).

Por último, la Pica en niños fue calificada por algunos como una suerte de adicción; o como una proto-adicción que apuntaba maneras para adicciones más preocupantes en la etapa adulta del individuo (Knight, 1937; Hoch y Zubin, 1958; Lourie, 1967). De hecho, no es inusual que la Pica sea equiparada a hábitos como el fumar o el alcoholismo, más que con un trastorno propiamente alimentario. Muchos de los niños diagnosticados con Pica, tras restablecerse de episodios graves de envenenamiento por plomo, reincidían irremediabilmente en sus hábitos alotriofágicos.

Con referencia a la posibilidad de recurrencia de una intoxicación grave por plomo, se preguntó sobre la conducta alimentaria actual del niño. Fue motivo de gran preocupación saber que en algunos niños el hábito de la pica persistía. La pica habitual estuvo presente en 10 casos en el momento del examen. En otros nueve se habían producido algunos casos aislados de pica. Los 13 niños restantes habían abandonado por completo ese comportamiento (Jenkins y Mellins, 1957, p. 74).

Así pues, aparte del contexto socioeconómico en el que crece el niño, desde la perspectiva psiquiátrica de la época, notablemente influenciada por el psicoanálisis (Martínez-Hernández, 2000), se va a poner la atención en los cuidados del niño y sus vicisitudes afectivas durante los primeros años de vida. Casi exclusivamente en el entorno familiar, y muy especialmente en la figura de la madre, que ya no prepara tortitas de barro para sus hijos, como en el caso del *dirt-eating*, sino que los malcria o los desatiende.

En relación al concepto adicción, que hemos mencionado hace un momento, por un lado, se incide en los problemas de socialización en edades tempranas; "¿estamos viendo, en estos niños de 18 meses a cuatro años con pica, a individuos propensos a la adicción que

aprenderán a resolver posteriores problemas sociales recurriendo nuevamente a los deseos orales como posibles soluciones para ellos?" (Lourie, 1967, p. 94). Por el otro, en el exceso de estimulación oral que la madre puede llegar a ejercer como forma para calmar al niño; inscribiendo en el sujeto un placer distorsionado como compensación por la pérdida de seguridad (Knight, 1937). "En otras palabras, el niño no llega a experimentar ningún conflicto entre sus estímulos internos de llevar objetos a la boca y las limitaciones externas porque estas no han sido operativas" (Lourie et al., 1963, p. 144).

Pero aparte de como una adicción, la Pica es asimilada por la psicología como un mecanismo de defensa o cierto tipo de perversión, que tendría su génesis en los acontecimientos biográficos más tempranos del niño. Lourie y colaboradores (1963), en su trabajo *Why Children Eat Things That Are Not Food*, citaban cuatro supuestos mórbidos para la formación de la Pica.

1. La pica puede ser un intento por parte de un niño pequeño de resolver el problema de satisfacer sus necesidades orales cuando la madre no está disponible debido a la muerte o la separación, o debido a trastornos de personalidad en la madre.
2. La pica puede representar una gratificación oral excesiva resultante de una sobreestimulación por parte de la madre.
3. La pica puede representar agresión dirigida hacia la madre como continuación o desplazamiento de conflictos tempranos relacionados con la alimentación, especialmente en torno a la introducción de alimentos sólidos.
4. La pica puede ser acentuada o perpetuada por daño cerebral que afecta el desarrollo perceptual y motor (Lourie et al, 1963, p. 145).

En estos supuestos, la madre está presente en todo momento y en todo lugar. Incluso en el posterior desarrollo del epígrafe que hace referencia al daño cerebral, se dice que "la madre no reconoce o es incapaz de satisfacer las necesidades de dependencia exagerada del niño orgánicamente dañado" (Lourie et al, 1963, p. 145). O en su defecto, el padre está ausente, ya que no es capaz de establecer las interdicciones oportunas. Queda claro que en todo este desmadre y "despadre" es imprescindible la concurrencia del médico.

Otro aspecto revelador que arrojan estos estudios es la mayor prevalencia en niños en los que la madre o algún hermano padecen Pica (Barltrop, 1966; Lin-Fu, 1967); ya sea por la subcultura familiar que comparten o por el efecto imitación.

En general, las madres que provienen de comunidades donde es común comer arcilla o almidón, o que sufren pica, tienden a tener una actitud tolerante hacia la pica en sus hijos, e incluso algunas pueden fomentarla. Como se mencionó anteriormente, esto es un fenómeno común en las clases sociales más bajas de residentes del sureste de Estados Unidos, donde ha habido una alta incidencia de pica durante más de cien años (Blatny, 1969, p. 18).

Por último, entre las consecuencias del *lead poisoning*, la más preocupante al margen de los fallecimientos, eran las encefalopatías, que frecuentemente daban lugar a trastornos neurológicos y psiquiátricos crónicos, los cuales guardaban una estrecha relación etiológica con la Pica.⁶⁰

Considerando los casos individualmente, se observa que 27 de los 32 niños tenían un retraso grave en el momento de la prueba, mientras que antes del envenenamiento por plomo solo 7 parecían haber tenido retraso en el desarrollo general. [...] El estudio de aciertos y fallos (*scatter analysis*) muestra que estos pacientes tienen las mayores dificultades en la denominación de objetos, la memoria visual y conceptualización simple (Jenkins y Mellins, 1957, p. 73).

Un hecho de enorme trascendencia en el estudio de la Pica infantil, que sumado a otros como la categorización del objeto de estudio, dificultaba sobremanera cualquier tipo de prospección epidemiológica o medida de prevención. Es decir, las investigaciones no eran capaces de discernir hasta qué punto la Pica era la consecuencia o el agente causal.

⁶⁰ McLaughlin de la ciudad de Nueva York informó un total de 151 admisiones de 143 niños en un período de 5 años. Varios niños fueron admitidos dos y tres veces, cada vez con encefalopatía recurrente. En un caso, los episodios repetidos dejaron al niño completamente incapacitado. Otros que trabajan en el campo del envenenamiento por plomo también han afirmado que "vimos a los mismos niños una y otra vez siendo traídos para más descontaminación, y cada vez con evidencia de más encefalopatía, más daño cerebral residual. Estábamos viendo cómo se creaban retardados mentales y vegetales institucionales justo ante nuestros ojos" (Lin-Fu, 1967, p. 14).

La incidencia exacta del envenenamiento por plomo como causa de retraso mental no se conoce, pero encuestas limitadas de los niveles de plomo en sangre entre niños con retraso mental sugieren que la incidencia probablemente no es infrecuente. Por otro lado, se ha argumentado que los niños con retraso mental son más propensos a tener pica y, por lo tanto, más propensos a sufrir envenenamiento por plomo (Lin-Fu, 1967, p. 4).

Es así como los médicos, en los casos de Pica, solían encontrarse ante niños con problemas neurológicos o psiquiátricos, incluíbles dentro de la categoría retraso mental⁶¹, que podían interpretarse como predisponentes o como efecto de la intoxicación. Niños locos que comían cosas raras o niños que comían cosas raras y se volvían locos.

Los locos

En 1972 el National Institute of Mental Health (1972) publicó la obra *Pollution, its impact on mental health*, en ella se recogen 110 extractos de artículos científicos que tienen como motivo central la relación entre la salud mental y la contaminación ambiental. Los textos incluidos en la recopilación no se limitaban ni a los niños ni al *lead poisoning*; pudiendo encontrar referencias a otros posibles riesgos como el mercurio, el monóxido de carbono, los insecticidas o el ruido ambiental. Sin embargo, se otorgaba a las intoxicaciones por plomo un importante papel como precursor de enfermedades mentales en la infancia, principalmente casos de retraso mental.

Las consecuencias de la intoxicación por plomo incluyen encefalopatía aguda, encefalopatía crónica, encefalopatía periférica, neuropatía crónica o tardía por plomo, incompetencia cerebral, daño cerebral, déficits sutiles en el aprendizaje y deficiencia mental profunda (National Institute of Mental Health, 1972, p. 30).

⁶¹ Término en desuso debido a sus connotaciones peyorativas.

La relación patogénica que se establece en estos artículos es la ya mencionada; niños con Pica que ingieren pintura con plomo y desarrollan encefalopatías que acarrearán diversos grados de discapacidad intelectual. Aunque como norma general, se sugiere que resulta imposible determinar en qué grado la Pica y el retraso mental anteceden o no a la intoxicación. Sea como fuere, los trabajos siempre hablan de un niño problemático con un bajo cociente intelectual que presenta alteraciones del comportamiento, disciplina deficiente y relaciones interpersonales defectuosas; difícil de corregir y difícil de controlar.

Hasta comienzos del siglo XX, la Pica todavía no había caído de lleno dentro de los dominios de la psiquiatría; la solíamos encontrar en los capítulos sobre enfermedades de mujeres, en relación con los apetitos desordenados durante el embarazo y la adolescencia y en la literatura médica colonial, cuando se trataba el problema de la cachexia africana. A partir de este momento, de la mano de la medicina infantil y el interés médico por los "niños retrasados", la Pica se convierte en una patología eminentemente psiquiátrica.

Michel Foucault, en su obra *Los anormales* (2007), nos emplaza a pensar en cómo el dispositivo psiquiátrico vino a hacerse cargo de la anomalía social; a partir del análisis de los cambios culturales que le otorgaron un papel central dentro de los pujantes sistemas normativos de educación a finales del s. XIX. El filósofo francés, nos habla de la transición desde un alienismo decimonónico, en el que la sanción médica recaía sobre un grupo de excluidos sociales, portadores de una marca innata, a la psiquiatría moderna, donde la génesis de la enfermedad se sitúa en los acontecimientos de la infancia; haciendo posible que el radio de acción del dispositivo pueda extenderse a la sociedad en su conjunto. Para Foucault, la puerta de entrada a esta nueva dimensión de la enfermedad mental se sitúa claramente en la medicalización del comportamiento y el cuerpo de los niños.

La infancia como fase histórica del desarrollo, como forma general de comportamiento, se convierte en el gran instrumento de la psiquiatrización. Y yo diría que esta logra captar al adulto y la totalidad del adulto a través de la infancia. La infancia fue el principio de generalización de la psiquiatría; tanto en ésta como en otros lados, la infancia fue la trampa para los adultos (Foucault, 2007, p. 281).

En especial, esta nueva forma de patologización va a recaer inicialmente sobre prácticas que sospechosamente van a atribuirse casi exclusivamente a los niños; principalmente sobre

la masturbación⁶². De este modo, comienza a contemplarse a todo niño como un potencial masturbador, y una nueva economía del placer, que implica la fiscalización y condena médica de determinados hábitos infantiles, se instala dentro de una estructura afectivamente condensada: la emergente familia nuclear.

Tremos a colación las comparaciones que algunos médicos establecieron entre la Pica y otros malos hábitos infantiles como el acto de la masturbación. Recordemos lo que se decía en *Neurotic Disorders of Childhood* en 1905 respecto a la Pica: "una neurosis de hábito leve, análoga en su etiología a neurosis de hábito como la masturbación, los tics y el chuparse el dedo" (Rachford, 1905, p. 430). Una observación que explicita una falta de autocontrol sobre el cuerpo que ya no es valorada en términos morales sino médicos; comportamientos patológicos e insidiosos precursores de toda una batería de dolencias, que podían darse durante la infancia pero sobre todo en la época adulta.

Es causa de meningitis, dice Serres en su *Anatomie comparée du cerveau*. Es causa de mielitis y diferentes afecciones de la médula espinal: es lo que dice Dupuytren en un artículo de *La Lancette française*, en 1833. Es causa de enfermedades oseas y degeneración de los tejidos de los huesos, dice Boyer en las *Leçons sur les maladies des os*, de 1803. Es causa de enfermedades oculares, en particular, de la amaurosis, cosa que dice Sanson en el artículo "Amaurose de Dictionnaire des sciences medicales"; es lo que dice Scarpa en su *Traité de maladies des yeux*. Bland, en su artículo de la *Revue médicale* de 1833, explica que interviene con frecuencia, si no constantemente, en la etiología de todas las enfermedades del corazón (Foucault, 2007, p. 223).

Enfermedades del cuerpo a las que se atribuye una etiología infantil y sexual; el mismo origen que años más tarde Sigmund Freud asignará a otro tipo de afecciones: las neurosis. Una teoría sobre el normal (y anormal) desarrollo del sujeto fundamentada en su desarrollo

⁶² Foucault (2007) cita dos obras clave para la comprensión de esta lucha contra la masturbación, que sitúa más allá de los pecados de la carne para enmarcarla en un contexto médico moderno. *Onania or the Heinous Sin of Self-Pollution and All its Frightful Consequences in both Sexes Considered with spiritual and physical advice to those who have already injured themselves by this abominable practice* de Bekker, publicada en Inglaterra (Bekker, 1718) y *Tentamen de morbis ex manu stupratione* de Tissot, en Ginebra (Tissot, 1758). Tal y como señala Foucault, las dos publicadas en países protestantes; donde no existía la dirección de conciencia en la forma católica ni los grandes establecimientos de enseñanza.

sexual, que precisamente ubica su génesis en la satisfacción oral, primeramente obtenida a partir del pecho materno para posteriormente ser dirigida hacia otro tipo de objetos sustitutorios (Freud, 2012; Klein, 1960; Mannoni, 1992).

En este punto, apreciamos como alimentación y sexualidad quedan entrelazadas, estableciendo para ambos casos unos criterios médicos de normalidad; una normalidad sexual y alimentaria que debe ser acorde con el grado de desarrollo evolutivo del individuo. De modo que todo aquel comportamiento fuera de este rango será susceptible de ser interpretado como patológico, o al menos, como insano. Sobre todo en el caso de los "niños anormales", incapaces de discriminar correctamente entre sus posibles fuentes de satisfacción.

Por último, y no menos importante, otro aspecto a tener en cuenta es la compulsividad. Aunque hoy en día su definición "oficial" (APA, 2014) no haga mención a ello, la Pica, a nivel médico, en artículos y revisiones, suele asociarse a altos grados de ésta. Una compulsividad que corre en paralelo a la incapacidad para discriminar, pero que ya no se ciñe a la idea de cretinismo sino a la de mandato. Una forma de aislar el acto del mero deleite del cuerpo, tal y como señalaba Foucault (2007) con relación a la masturbación, para convertirlo en un impulso incontenible; alejado del hedonismo o de la búsqueda voluntaria de placer y equiparado a una especie de sometimiento psicopatológico del individuo. Algo que a la par que actúa como eximente en el terreno moral, opera como marcador de enfermedad, y muy probablemente, acercó la Pica al territorio de las adicciones.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales

En la actualidad, la Pica es una nosografía psiquiátrica que sanciona médicamente el consumo de sustancias no comestibles, quedando enmarcada dentro de los "Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos", junto al resto de desviaciones del comportamiento alimentario que asume la medicina institucional: anorexia, bulimia, trastorno por evitación, trastorno de rumiación y trastorno por atracón (APA, 2014). Su primera aparición en el *DSM* data del año 1980, con la publicación de su tercera versión (APA, 1980). En ese momento, quedó incluida en el capítulo "Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia", dentro del subapartado "Trastornos alimentarios".

Aunque los grandes nosógrafos del siglo XVIII, como Linneo (1759) o Boissier de Sauvages (1772), ya habían propuesto su inclusión dentro de las clases "Mentales" y "Folies" respectivamente, la Pica había seguido siendo tratada como una enfermedad de mujeres, como una enfermedad de la sangre, del útero, del estómago, como una enfermedad racial o como una enfermedad de los sentidos, entre otras. A partir del siglo XX, y muy especialmente tras la publicación del *DSM-III* (APA, 1980), los casos van a ser derivados sistemáticamente al psiquiatra, quedando fijada como una psicopatología; inicialmente asignada a los niños

para más tarde extenderla al resto de categorías sociales.⁶³ Puede que todo ello guarde una estrecha relación con el boom del *lead poisoning*.

La noción de peligrosidad

Algunos autores sitúan el final de la clorosis a principios del siglo XX, a raíz de una serie de avances médicos y cambios culturales (King, 2005). En realidad, no se trataría de un final estrictamente localizado en el tiempo, sino más bien de un estadio crítico para una nosografía. Un periodo en el que se superponen diversos acontecimientos médicos y preocupaciones culturales respecto a un determinado problema de salud o padecimiento; algo así como un rito de paso taxonómico en el que confluyen tanto hallazgos científicos como condicionantes económicos, simbólicos y sociales, que pueden acarrear el mantenimiento, la transformación o la desaparición de una determinada categoría asistencial (Hacking, 1995).

El *DSM-IV*, penúltima entrega del manual de la American Psychiatric Association, explicitaba en 1995: "Son muy escasos los datos epidemiológicos sobre la pica. El trastorno no suele diagnosticarse, pero no es raro entre niños preescolares" (APA, 1995, p. 100). Observación que tres décadas después, el presente trabajo de investigación suscribe en base al material etnográfico producido; por el escaso número de casos que los facultativos identifican en su praxis médica o por la dificultad para encontrar informantes diagnosticados con esta afección psiquiátrica.

En este sentido, los reportes epidemiológicos arrojan datos de lo más dispar, en función de los criterios metodológicos y el contexto cultural escogido. Siempre en grupos sociales fácilmente monitorizables, como niños, embarazadas y pacientes psiquiátricos; muy pocas veces en población general. Pero sobre todo por la forma que dichos estudios categorizan la Pica; ya sea como el consumo de no-alimentos, de no-comestibles, de sustancias no-nutricionales, de alimentos sin procesar o de aditivos en cantidades ingentes. Por no hablar de la frecuencia, de la duración, de la compulsividad o de la intencionalidad de la práctica.

⁶³ El *DSM-IV* de 1995, mantuvo la Pica dentro de la misma categoría de trastornos mentales que el *DSM-III* (APA, 1980); "Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia". A diferencia de lo ocurrido con la anorexia o la bulimia, que fueron desplazadas a una nueva categoría denominada "Trastornos de la conducta alimentaria".

No obstante, la categoría nosográfica Pica existe, por lo que la enfermedad existe también. En este sentido, consideramos que muchas cosas pueden ser convertidas en enfermedad si se da un malestar (Freidson, 1978; Comelles, 2003) o una mínima percepción de riesgo (Giddens, 1994; Beck, 2008); tanto a nivel biológico como psicológico, tanto a nivel individual como social. De hecho, dentro del campo de la alimentación podemos encontrar numerosos ejemplos en los que el "riesgo alimentario" (Poulain, 2004) actúa como factor determinante a la hora de medicalizar nuestros consumos.

En el caso de la Pica, en la actualidad, podemos comprobar como por sí sola no merece mayor atención médica o social; más allá del sonrojo, la comicidad o la estupefacción que puede producir saber que alguien come esto o aquello, o del incumplimiento de las cambiantes prescripciones dietéticas de la postmodernidad. Sin embargo, asociada a un peligro emergente, como lo fue el plomo en los años sesenta, tanto el interés social como su diagnóstico crecen. Una conclusión provisional que nos arriesgamos a anticipar a la luz de la breve genealogía que hemos trazado; desde la Pica de las embarazadas al *lead poisoning*, pasando por la cachexia africana o la clorosis, siempre en relación con el consumo de no-comestibles.⁶⁴

Las intoxicaciones por plomo en niños aún siguen dándose, no pasaron a la historia, pero sí el elevado número de casos y la alarma social. Los países occidentales establecieron severas restricciones para el uso de plomo en pinturas y artículos de uso doméstico, por lo que la prevalencia de esta afección descendió a niveles tolerables; y con ella los diagnósticos de Pica infantil. Pero el temor que había suscitado en las décadas anteriores persistió, lo que probablemente actuó como argumento para introducirla en los capítulos del *DSM* en 1980. Algo a lo que invitan a pensar las palabras del psiquiatra y pediatra Reginald Lourie (1967) en uno de sus trabajos sobre la Pica a finales de los sesenta.

Nos vimos obligados a estudiar esto porque desde la zona urbana nos estaban trayendo niños con pica que presentaban envenenamiento por plomo. La descontaminación se llevó a cabo de manera bastante efectiva, pero los mismos niños seguían regresando con

⁶⁴ En el recorrido genealógico que hemos trazado podríamos incluir otro grupo de riesgo que hasta el momento no ha sido mencionado: los animales. La medicina veterinaria, a partir del siglo XX, recoge la Pica como una patología que también pueden sufrir los animales domésticos y aquellos destinados a la producción de carne para consumo humano.

más episodios de envenenamiento por plomo y con más daño cerebral. Tuvimos que averiguar por qué los niños estaban comiendo las paredes y la carpintería (Lourie, 1967, p. 92).

El paradigma nutricional

A ello hay que añadir el enorme peso adquirido por el paradigma nutricionista en las últimas décadas (Scrinis, 2021; Coveney, 1996), un relato científico que tiende a reducir la alimentación al valor nutricional de aquello que nos llevamos a la boca, en términos de calorías, vitaminas, proteínas, etc. Y que en ocasiones convierte a los ciudadanos en "comedores de salud" obsesionados con la saludabilidad de sus elecciones, en detrimento del resto de factores que definen las prácticas alimentarias.

Puede que en un mundo cada vez más permeable a este discurso, encontrarnos con personas que son "comedores de cosas", cosas caracterizadas por su supuesta insignificancia nutricional, suponga un atentado contra el *mainstream* alimenticio.⁶⁵ De hecho, la definición que el actual *DSM* (APA, 2014) otorga a la Pica como patología, incide especialmente en la condición "no nutritiva" de las sustancias escogidas por los afectados. En relación a esta caracterización, podríamos añadir que aunque las elecciones de los diagnosticados con Pica puedan llegar a ser "no nutritivas"⁶⁶, muy a menudo lo son; como cuando se producen ingestas de ingredientes de cocina sin procesar u otras sustancias con algún tipo de aporte micronutricional, como la tierra o la cal.

En este sentido, el paradigma nutricionista en el que parcialmente se apoya la sanción médica de la alotriofagia difiere del criterio utilizado por los doctores del Renacimiento en torno al *depravatus appetitus* que observaban en las embarazadas; el cual no estaba basado en preceptos científicos acerca de la cantidad exacta de nutrientes y micronutrientes contenidos en los alimentos, asunto que excedía con creces sus conocimientos, sino en la idoneidad social

⁶⁵ Mucho más de lo que puede suponer la denostada —y a la vez promocionada— "comida basura"; de marcadas resonancias semánticas con el *Dirt-eating* (comiendo suciedad) de los esclavos negros del siglo XIX.

⁶⁶ El *DSM-V* (APA, 2014) añade un cambio respecto a su cuarta entrega (APA, 1995), ya que aparte de "no nutritivas" hace constar también la expresión "no alimentarias". Para Vázquez et al. este cambio "parece aclarar que lo consumido no es alimento" (Vázquez Arévalo, 2015, p. 109). Sin embargo, esta modificación no ayuda mucho en la categorización del comportamiento, ya que entre las cosas ingeridas en los casos de Pica también encontramos sustancias como arroz crudo o harina.

y moral de la alimentación en relación a cuestiones relativas a la concepción humoral de las enfermedades y al significado cultural de lo que se comía. Diferentes construcciones argumentales a las que Gyorgy Scrinis se refiere con el término *nutriscape*⁶⁷ o "escenario de nutrición", a saber, "la totalidad de conocimiento científico predominante, los debates, tecnologías, instituciones, industrias, ideologías e identidades asociadas a la nutrición en un lugar y periodo histórico específico" (Scrinis, 2021, p. 65).

El autor australiano, expone alguno de los puntos débiles de esta forma de pensar la alimentación. Según él, entre otros aspectos, el nutricionismo reduce los alimentos a una serie de componentes nutricionales aislables que son asimilados por el cuerpo de una forma estandarizada e individualizada, lo que denomina el mito de la precisión nutricional. Este enfoque obvia las interacciones que se producen entre los diversos alimentos, tanto en su procesado como dentro del cuerpo humano. A su vez, se omiten las particularidades y especificidades de cada metabolismo y de las diferentes funciones corporales. Por todo ello, el autor concluye que "los especialistas en nutrición tienden frecuentemente a elevar su limitada comprensión (y muchas veces bastante preliminar) de los nutrientes al estatus de certezas o verdades nutricionales" (Scrinis, 2021, p. 31).

Esta supuesta precisión cuantitativa relega a un segundo orden cuestiones centrales a la hora de escoger nuestros alimentos, tales como la comensalidad, la identidad, el placer sensorial o los múltiples significados que atribuimos a aquello que comemos. Factores esenciales a la hora de comprender la alimentación, que demuestran que en términos alimentarios el ser humano es extremadamente obstinado en sus elecciones, y muy habitualmente relega a un segundo plano el beneficio nutricional. Por poner tan solo un ejemplo, estudios recientes sugieren que en algunos casos, como en el consumo de frutas y verduras, aquellas partes como huesos, tallos o cáscaras que acostumbramos a calificar como no-comestibles, pueden llegar a ser más nutritivas que aquellas que usualmente consumimos (Conrad et al., 2018; Wijngaard et al., 2009).

En general, los informantes que han colaborado en el presente estudio, comedores habituales de cosas como mocos, caolín, papel, uñas o pegamento no achacan su práctica a

⁶⁷ Término que bebe del concepto *ethnoscape*, acuñado por el antropólogo indio Arjun Appadurai. Véase Appadurai, 1990

cuestiones nutricionales sino más bien a la sensación placentera que les reporta; comparable al que come un snack o al que se deleita experimentando con nuevos sabores. Aún más, cuando se les cuestiona acerca del insignificante valor nutricional de sus elecciones no dudan en señalar que para ellos se trata de un factor que no reviste mayor importancia. Algo muy similar a lo que apreciamos en los testimonios que recogen diferentes etnografías sobre el consumo de insectos, algas u otros productos que no suelen aparecer en la dieta occidental pero que son habituales en otros lugares; como entre la comunidad *adi* en India:

Los insectos son apreciados porque se pueden recolectar fácilmente, son económicos y tienen buen sabor. Aparentemente, los aspectos nutricionales, como si contienen muchas proteínas, minerales o vitaminas, no se tienen en cuenta en las decisiones sobre qué especies comer y cuáles evitar (Megu et al., 2018).

Por último, en aparente contradicción, es importante subrayar que muchos estudios bioquímicos y etiológicos en torno a la Pica y al consumo de no-alimentos se aferran precisamente al beneficio nutricional de estos, acudiendo para justificarla al mismo paradigma nutricional que la condena. Este sería el caso de multitud de investigaciones que relacionan la pagofagia o la geofagia con los déficits de hierro, calcio o zinc (Young, 2011).

La capacidad de discernimiento

Otro de los criterios utilizados por el *DSM-V* para el diagnóstico de la Pica es la madurez cognitiva del sujeto afectado. El citado manual "recomienda una edad mínima de dos años para el diagnóstico de pica, para poder excluir el hábito de llevarse objetos a la boca, propio del desarrollo normal de los niños, que pueden acabar ingiriéndolos" (APA, 2014, p. 330). Podemos observar que en ningún momento se dice que los niños de esa edad no sean capaces de discriminar, sino que su pertinaz querencia por llevarse cosas a la boca puede conducir a que ingieran aquello que no deben;⁶⁸ de lo que se deduce, que la medicina psiquiátrica

⁶⁸ El *CIE-11* sí que se posiciona respecto a la capacidad de discernimiento, ya que en su definición establece que la Pica solo es diagnosticable en "un individuo que ha alcanzado una edad del desarrollo en la que se esperaría que distinguiera entre sustancias comestibles y no comestibles (aproximadamente los 2 años)" (OMS, 2021).

prefiere no mojarse a la hora de situar el momento exacto en el que el sujeto adquiere la capacidad para discernir en materia alimentaria, reconociendo tan solo algo evidente a ojos de todo el mundo, que los niños muy pequeños se llevan todo tipo de cosas a la boca, y atribuyendo a su ingesta un carácter exclusivamente involuntario o accidental. Así pues, para este manual, carece de sentido un diagnóstico de Pica a tan corta edad.

La psicología cognitiva (Piaget, 2000) establece que la capacidad del niño para diferenciar entre alimentos y el resto de cosas se desarrolla gradualmente a medida que crece y adquieren experiencia, paralelamente a otras capacidades cognitivas, en una sucesión cronológica de cuatro etapas comunes para todos los seres humanos: etapa sensoriomotora (0-2 años), preoperacional (2-7 años), de operaciones concretas (7-11 años) y de operaciones formales (a partir de 11 años). Es decir, la capacidad para distinguir alimentos emergería paulatinamente entre el fin de la etapa sensoriomotora y el comienzo de la preoperacional; en torno a los dos años que estipula el *DSM-V* (APA, 2014).

Otros enfoques teóricos, como el psicoanálisis, no se centran tanto en la capacidad para discriminar como en la gratificación oral y sus consecuencias en la comprensión del entorno y el proceso de socialización (Freud, 2012; Klein, 1960). Durante la denominada "etapa oral", que abarca los primeros años de vida del niño, la boca es la principal zona erógena, por lo que los niños exploran el mundo en gran medida a través de ella. Esto suele incluir la tendencia de llevarse todo tipo de objetos a la boca. De hecho, tal y como sugería Lourie (1967), la no modulación de estas tendencias podría suponer un desencadenante de la Pica en épocas posteriores.

Pero más allá de las teorías en torno al desarrollo infantil, investigadores en el campo de la psicología experimental han sugerido que los humanos, al igual que otros animales, poseen determinados mecanismos innatos que les ayudan en la selección de los alimentos.⁶⁹ Como el desagrado hacia los sabores amargos, asociados a sustancias tóxicas o el gusto hacia los

⁶⁹ Uno de los estudios pioneros en este campo fue realizado en 1928 por la estadounidense Clara M. Davis. En su experimento observó las elecciones de varios niños recién destetados a los que se les permitió escoger su dieta a partir de un amplio conjunto de alimentos ofrecido durante 6 meses. Entre sus conclusiones, destaca que tras el experimento ninguno de los niños presentó carencias nutricionales; por lo que se sugiere que sus elecciones "naturales" en cuanto al tipo y cantidad de alimentos seleccionados no fueron desacertadas (Davis, 1928).

dulces, asociados a sustancias altamente calóricas (Peiper, 1963; Steiner, 1974). Un hecho que obliga a pensar en que la supuesta falta de criterio o incapacidad para discriminar en niños de corta edad no puede ser aceptada, al menos en su totalidad.

Algunos de los profesores de educación infantil entrevistados durante esta investigación, apoyándose en su experiencia profesional, hacen hincapié en que a los dos años los niños distinguen considerablemente bien entre comestibles y no-comestibles. Incluso bastante antes, en torno a los 9 meses o el año de edad. De igual modo, suscriben la percepción de que tienden a llevárselo todo a la boca, hábito que van abandonando con el paso del tiempo. Un motivo de preocupación en el caso de las guarderías, que obliga a apartar o esconder aquellos objetos y sustancias que por su tamaño o composición suponen un riesgo potencial de intoxicación o atragantamiento.

En este sentido, respecto a la ingesta accidental, opinamos que si no hay intencionalidad difícilmente podemos hablar de consumo, y que si no hay consumo, no procede hablar ni de Pica como sanción médica ni de alotriofagia como práctica alimentaria. Con ello queremos explicitar que consideramos el consumo de no-comestibles como algo deliberado, algo que trasciende la mera noción de ingesta en alguna de sus variables, como puede ser la accidentalidad o la no constancia de aquello que se está comiendo. Consumos que probablemente pueden darse también en niños de edades tempranas.

La sanción cultural

El consumo de no-comestibles ha estado históricamente asociado a la alteridad; a los niños, a los locos, a las cloróticas..., pero sobre todo a aquellos Otros cuya diferencia radica en su condición cultural. Van a ser especialmente ellos los que coman cosas extrañas o absurdas, cuando no inmundas; no nosotros. Algo de lo que dieron buena fe las inauditas descripciones que tanto los cronistas del Nuevo Mundo como los exploradores científicos de la Ilustración, desde Bernal Diaz del Castillo (1632) a Alexander Humboldt (1826), dejaron escritas acerca de las insólitas prácticas alimentarias de los remotos pueblos con los que se encontraron a su paso, al igual que de los castigos que los agentes coloniales aplicaban por alguna de ellas. En 1625, durante el Virreinato de Nueva España, ciertas ordenanzas dictaban,

...y porque del gran desorden que la mayor parte de los indios de la dicha provincia tienen de comer tierra desde muchachos hasta la vejez (...) ordeno y mando que ningún indio ni india coma tierra, en poca ni en mucha cantidad (...) es de justicia que en la picota del pueblo se les den cincuenta azotes la primera vez y por las demás cien (...) y al que dos veces lo cometiere no pueda tener oficio de república por cuatro años, desde que lo hubiere cometido y sea castigado (Castello, 1986, p. 104).

A diferencia de las citadas ordenanzas, el *DSM-5* (APA, 2014) recalca que el diagnóstico de la Pica no puede llevarse a cabo en aquellas situaciones en las que el comportamiento alimentario forma parte de una práctica culturalmente aceptada o socialmente normativa. Es decir, para la medicina moderna, la Pica debe carecer de significado cultural.

En algunas poblaciones comer tierra u otras sustancias no nutritivas parecidas es una creencia con valor espiritual, medicinal u otro valor social, o puede ser una práctica culturalmente aceptada o socialmente normal. Dicho comportamiento no justifica el diagnóstico de pica (APA, 2014, p. 331).

La cita hace referencia explícita al consumo de tierra o sustancias similares. También al valor espiritual, medicinal o social que los comedores asignan a su práctica. Finalmente, nos habla de normalidad. Nos atrevemos a afirmar que en torno al 90% de los trabajos disponibles acerca del consumo de no-comestibles versan sobre la geofagia (Laufer, 1930; Abrahams y Parsons, 1996; Anell y Lagercrantz, 1958; Henry & Cring, 2013; Rosenblat, 1936), y que éstos casi siempre están ambientados en África, India, Oriente Próximo o América del Sur, a veces también en Oceanía o en Extremo Oriente; aunque contemos con la "evidencia de sus diversas manifestaciones en el mundo Mediterráneo, como en la época Romana y posteriormente, en la Europa Occidental medieval" (Hunter, 1973, p. 170).

Sin embargo, a pesar de ser las sustancias mayormente escogidas, la alotriofagia no se reduce al consumo de tierra o arcilla en estos lugares, sino que acostumbran a reportarse consumos de sustancias como cenizas, hielo, cal o arroz crudo, entre otras. De igual manera, su uso va más allá de la función médica o religiosa, o de cualquier tipo de creencia popular, ya que muy a menudo queda asociado a algo aparentemente tan prosaico como el gusto

personal (Huebl et al., 2016; Vermeer, 1971) o en ocasiones puntuales al hambre (Katz, 2008; Henry y Cring, 2013).

Pero lo que en el fondo de la cuestión subyace, es un intento por separar lo normal de lo patológico, o simplemente de hacer de la Pica algo viable en términos patológicos. Es decir, si uno de los eximentes que plantea la psiquiatría para el diagnóstico de Pica es que la práctica esté culturalmente aceptada, puede dar pie a interpretar que fenómenos como la geofagia son una excepción aplicable a unas pocas sociedades. Sin embargo, si acudimos al material etnográfico existente, podemos comprobar que tal percepción es errónea⁷⁰, siendo precisamente Europa y Estados Unidos los casos excepcionales; donde la geofagia causa enorme extrañeza. El mismo contexto cultural en el que hunde sus raíces tanto la psiquiatría como el *DSM*.

Con todo ello queremos manifestar que resulta comprometido intentar separar aquellos comportamientos atribuibles a pautas culturales de aquellos que no lo son. De hecho, la psiquiatría en si misma puede ser considerada un producto cultural, generador a su vez de una serie de etnocategorías como la que en este capítulo estamos abordando. De no ser así, en términos epistemológicos, ¿qué clase de entidad nosográfica es aquella que solo puede ser aplicada a los miembros de la cultura que la ha creado?

⁷⁰ Buena prueba de ello es lo fácil que es encontrar variedades de tierra y arcilla para el consumo humano en los mercados de países como Ghana (Hunter, 1973), Nigeria (Vermeer & Ferrell, 1985), México (Ferrell, 2008), Guatemala (Ferrell, 2008), Haití (Katz, 2008), Cabo Verde (Rocha y Ferreira, 2014), Kenia (Miller et al., 2018), India (Abrahams y Parsons, 1996), Uganda (Huebl et al., 2016), Bolivia (Browman, 2004) o Tanzania (Msoffe et al., 2019). Y también en tiendas online, principalmente orientadas hacia personas originarias de países africanos que residen en Europa o Estados Unidos: www.zimtuckshop.co.uk, www.chalkineurope.com, www.earthsclystore.com, www.edibleclay.in

[5]
**DIFICULTADES EPISTEMOLÓGICAS
EN TORNO A LA PICA**

Un problema de categorías

Una de las apreciaciones facultativas más habituales en torno a la Pica es su infradiagnóstico; lo cual invisibiliza aún más una entidad ya de por sí poco conocida médica y socialmente. Tal es la ausencia de casos que los estudios epidemiológicos disponibles no suelen realizarse sobre población diagnosticada de Pica, sino tomando como universo muestral grupos genéricos en los que rastrear comportamientos catalogables como Pica. Entre los factores a los que a menudo se alude destaca el supuesto ocultamiento que muchos de los afectados hacen de su comportamiento alotriofágico; ya que el consumo de cosas ajenas al catálogo de comestibles puede dar pie a la burla, la reprobación social o cualquier tipo de estigmatización rayana a la locura.

A este respecto queremos añadir que si bien no está del todo claro en qué momento los humanos adquieren la capacidad para discriminar entre comestibles y no comestibles, intuimos que pronto toman consciencia de lo que pueden y de lo que no pueden hacer; en nuestro caso, de lo que pueden y lo que no pueden comer. Motivo por el que aquello que se desea fervientemente, pero está sujeto a algún tipo de condena social, tiene enormes

posibilidades de convertirse en una práctica íntima; puede que esta sea una de las razones por las que en la alotriofagia apenas encontramos indicios de comensalidad.

Otro de los factores que citan algunos autores es el poco interés facultativo que suscita este comportamiento alimentario (Kachani y Cordás, 2009). Así como es normal que en el transcurso de una entrevista clínica el doctor se interese por si el paciente come mucho o poco, o acerca de qué tipo de alimentos consume, no es muy usual (y quizás inapropiado) que lo haga sobre qué tipo de no-alimentos consume o en qué medida lo hace.

Con todo esto, no es de extrañar que la mayoría de casos clínicos publicados versen acerca de pacientes que tras algún tipo de ingesta bizarra acuden, o más bien son conducidos, a los servicios de urgencias (Žganjer et al., 2011; Pérez-Torres et al., 2006; İşlek et al., 2014; Sekiya et al., 2018). Casos computables, pero en un número que se nos antoja exiguo respecto al monto poblacional.

Pero si hay un factor susceptible de ser tenido en cuenta por encima del resto es el de su definición (o indefinición) y lo poco operacional que esta resulta tanto en la praxis médica como para el estudio epidemiológico de la Pica (Lacey, 1990; Feldman, 1986); "un latente conflicto en cuanto a su definición y su existencia" (Lacey, 1990, p. 29) que algunos han tildado de "caos nosológico" (Kachani y Cordás, 2009).

A vueltas con la definición

El actual *DSM* define la Pica como la "ingestión persistente de sustancias no nutritivas y no alimentarias durante un periodo mínimo de un mes" (APA, 2014, p. 329). Con el eximente ya mencionado de los niños menores de 2 años y de las personas procedentes de otros marcos culturales. Su antecesor, el *DSM-IV*, proponía casi la misma definición: "ingestión persistente de sustancias no nutritivas durante un periodo de por lo menos un mes" (APA, 1995, p. 99) Por su parte, quince años antes, su tercera entrega establecía que "la característica esencial es el consumo persistente de una sustancia no nutritiva" (APA, 1980, p. 71); en este caso sin hacer referencia al eximente cultural ni a los niños de muy temprana edad.

Por su parte, la Clasificación Internacional de las Enfermedades (OMS, 2021) determina la Pica como

el consumo regular de sustancias no nutritivas, como productos y materiales no alimenticios (por ejemplo, arcilla, tierra, tiza, yeso, plástico, metal y papel) o ingredientes de alimentos crudos (por ejemplo, grandes cantidades de sal o harina de maíz) que es persistente o lo suficientemente grave como para requerir atención clínica en un individuo que ha alcanzado una edad del desarrollo en la que se esperaría que distinguiera entre sustancias comestibles y no comestibles (aproximadamente los 2 años) (OMS, 2021).

Observamos que entre las tres versiones del *DSM*, la variación es mínima, siendo quizás lo más sustancial la introducción de la expresión "no alimentarias" en la versión actual, que como ya hemos comentado anteriormente, no aclara gran cosa. Pero una vez revisada la definición "oficial", queremos ir a beber de otras fuentes y comprobar en qué medida las definiciones que se dan para la Pica se ciñen a lo dictado por los citados manuales médicos y en qué medida han cambiado a lo largo del tiempo.

Queremos comenzar recapitulando brevemente algunas de las definiciones que daban los doctores "clásicos y modernos" a los que acudíamos en capítulos anteriores. Uno de los primeros tratados médicos en el que se nombra la palabra Pica es *Curationum medicinalium*, cuya primera edición fue impresa en Basilea en 1556. Su autor, el médico portugués Amato Lusitano, define la Pica o Malacia como "el vicio de comer no solo carbones, tiza, cimolia, guijarros, sino también otros alimentos absurdos" (Lusitano, 1556, p. 474).

Por su parte, el también portugués Rodrigo de Castro, en 1603, la define como "un apetito inusual por una variedad de alimentos extraños y completamente absurdos, como carne cruda, tierra, carbón, tejas, ladrillos, tiza, asfalto, cal viva, cáscaras, pieles, frutas ácidas y amargas, e incluso estopa y brea" (De Castro, 1603, p. 254). Otro médico ilustre del siglo XVI, el español Luis Mercado, dice que se trata de "la inclinación hacia cosas extrañas y ajenas a nosotros, como el carbón, el yeso, la tierra y otras cosas de esta naturaleza (Mercado, 1597, p. 408). El resto de los autores de la época, procedentes de naciones como Francia, Italia o Alemania, la categorizan de forma similar (Lange, 1589; Marinello, 1609; Paré, 1641).

Las definiciones recogidas en los textos de las *Disputatio Médica Inauguralis* del Barroco corren en el mismo sentido. En 1622, el doctorando Johannes Gerner afirma que "los enfermos se sienten atraídos por cosas extrañas y a veces repugnantes, como carbón, yeso, carne y pescado crudos, trapos viejos, cal, arcilla, piel, carne humana y otras cosas absurdas e

inusuales" (Gerner, 1622, p. 2). Por su parte, unos años más tarde, Samuel Ledel afirma que debe hablarse de Pica "cuando el estómago anhela alimentos anómalos y ajenos a la naturaleza, fuera de lo común" (Ledel, 1668, p. 3). Por último, ya a finales de siglo, el alemán Tobias Dehne lleva a cabo una categorización algo más sofisticada que se desmarca del resto:

Este deseo impulsa a las embarazadas a anhelar alimentos que están más allá de los límites de la costumbre en términos de tipo, momento y cantidad. Por ejemplo, algunas mujeres pueden desear comer cerezas, fresas o ciruelas en pleno invierno, aunque estén verdes o inmaduras (Dehne, 1698, p. 6).

En los siglos XVIII y XIX, asociada a la clorosis, encontramos las siguientes acepciones para la Pica. Joseph Lieutaud, médico de Luis XV, dice que se trata de "un tipo de apetito depravado, en el cual se anhelan cosas inusuales o absurdas, o en una cantidad inusual" (Lieutaud, 1816, p. 555). Más escueto se muestra el alemán Willhelm Huffeland, que habla simplemente de un "apetito por cosas extraordinarias" (Huffeland, 1838, p. 272). Por su parte, el doctor Pierre Cazeaux, en su *Tratado teórico y práctico de obstetricia*, vuelve a incidir en el mismo tipo de calificativos; "apetitos extraordinarios y depravados, que inducen a las embarazadas, lo mismo que a las cloróticas, a desear las cosas más absurdas y repugnantes" (Cazeaux, 1876, p. 434). Augustin Grisolle, en su *Tratado elemental y práctico de patología interna*, sostiene que la Pica

consiste en una depravación tal del gusto, que los enfermos desean y comen sustancias extravagantes, pero que contienen principios nutritivos, o bien objetos que no son asimilables. En el primer caso se dice que hay malacia, en el segundo toma la enfermedad el nombre de pica (Grisolle, 1857, p. 293).

En otro contexto médico, el de la literatura colonial dedicada al estudio del fenómeno del *Dirt-eating*, encontramos definiciones que circunscriben la Pica casi exclusivamente al consumo de tierra o arcilla. El doctor Carpenter, en un número del *New Orleans Medical Journal* de 1844, lo definía como "la ingestión habitual de sustancias no asimilables, y en particular de sustancias terrosas" (Carpenter, 1844, p. 146). Para el escocés John Imray, es una enfermedad "caracterizada en muchos casos, pero no en todos, por una tendencia a

consumir cierta especie de arcilla o tierra de varios tipos" (Imray, 1843, p. 409). Por último, Robley Dunglison, en su manual *The Practice of Medicine: Treatise on Special Pathology and Therapeutics*, sostiene que "es una depravación del apetito, que provoca un deseo irresistible de consumir sustancias de carácter indigestible y, a veces, repulsivo" (Dunglison, 1842, p. 672).

Observamos que las expresiones más repetidas en todos estos fragmentos son "extrañas", "absurdas", "repugnantes", "extravagantes", etc.; un error en la elección alimentaria que deviene *exceso* imposible de cuantificar (Comelles, 2013). Todas ellas, expresiones que encontraríamos chocantes en un texto médico actual, pero que en su época (y puede que en la nuestra) poseían un valor descriptivo a nivel clínico. Igualmente, observamos que bien entrado el s. XIX van abandonándose este tipo de caracterizaciones, al tiempo que se introducen otras como "no asimilables", "no nutritivas" o "indigestibles".

La literatura médica actual ya no hace uso de términos como "absurdas" o "extravagantes" para categorizar sus patologías; hoy en día las variables que definen las enfermedades son otras. El método positivo exige la elección de parámetros que permitan aprehender los fenómenos médicos de forma objetiva. La normalidad se establece en base a criterios estadísticos o funcionales; tomando distancia con cualquier tipo de resonancia moral, religiosa o ideológica. No obstante, en determinados casos, como cuando tratamos de la conducta o los comportamientos humanos, la categorización puede resultar sumamente complicada; muy especialmente en algunos casos.

A diferencia de otros trastornos del comportamiento alimentario, como la anorexia o la bulimia, la Pica es una entidad nosográfica eminentemente cualitativa, ya que los criterios para su identificación no suelen guardar relación con la cantidad de aquello que es ingerido, sino con su naturaleza y el contexto de su consumo. A bote pronto puede parecer un problema menor; es decir, tratándose de lo que comemos, podríamos saber si el paciente elige este o aquel alimento y en qué cantidad, y en función de todo ello valorar facultativamente lo pertinente o no de dichos consumos. Sin embargo, el verdadero problema aparece cuando de lo que estamos hablando es del consumo de no-alimentos, puesto que aparte de otras cuestiones, en seguida nos percatamos de que para definir la Pica primero debemos definir qué es un alimento.

Los artículos científicos

En las últimas décadas, aunque no con la profusión que se da en otras materias, es fácil encontrar artículos científicos sobre la Pica. La mayoría de ellos son estudios de casos, reportes epidemiológicos y revisiones sistematizadas. En todos se afirma que la Pica es un trastorno del comportamiento alimentario que afecta sobre todo a niños, mujeres embarazadas y pacientes psiquiátricos. También suele hacerse hincapié en su supuesta relación con la anemia.

En cuanto a la definición del objeto de estudio se toman diversos indicadores tratados de forma diversa, como la condición no nutritiva o no alimentaria de los consumos, su duración, su frecuencia, la intencionalidad, el grado de compulsividad o si los afectados ingieren o simplemente se limitan a masticar o chupar las sustancias. La combinación de estas y otras variables da lugar a un *pool* de definiciones aplicables a multitud de situaciones y contextos alimentarios que a muchos de nosotros nos sorprendería tildar de patológicos. Hemos recopilado algunas de ellas:

El consumo compulsivo y recurrente de artículos no nutritivos (Stiegler, 2005, p. 27).

El deseo persistente y compulsivo y la ingestión de sustancias usualmente consideradas incomedibles (Leung & Hon, 2019, p. 164).

Pica se puede definir como un trastorno alimentario que típicamente incluye la ingesta continua o el llevarse a la boca sustancias no comestibles o no nutritivas (Singh et al., 2015, p. 281).

Se define la pica como la avidez intencionada, iterativa y persistente —que dura más de un mes— por ingerir, masticar, chupar o lamer sustancias que general o individualmente no se consideran alimenticias; o bien consumir obsesivamente cantidades descomunales de algún alimento o condimento específico (Frenk et al., 2013, p. 58).

La ingesta de sustancias crudas no comestibles (Medina-Tepal et al., 2021, p. 205).

El anhelo y el consumo intencional de sustancias que el consumidor no define como alimento (Roy et al., 2018, p. 163).

La pica se define como el deseo y la ingesta compulsiva de sustancias no alimentarias y, a veces, un mayor deseo o ingestión de sustancias alimentarias (Abu et al., 2017, p. 297).

La ingestión compulsiva diaria de alimentos o artículos no alimentarios que normalmente no forman parte de la dieta habitual o las preferencias del paciente (Barton et al., 2010, p. 1).

Al leer estas acepciones, en sentido estricto, nos vienen a la cabeza multitud de casos, más o menos particulares, que podríamos etiquetar como Pica; y otros que siendo habitualmente calificados como Pica no se ceñirían a las definiciones dadas. Uno de estos casos sería la mucofagia, frecuente no solo entre niños, sino también entre personas adultas (Jefferson and Thompson, 1995; Andrade y Srihari, 2001; Wertheim et al., 2006). Para algunos una forma de micronutrición⁷¹ o mecanismo autoinmune (Portalatín, 2007), que ha sido descrito en un buen número de estudios etológicos (Fabre et al., 2022). Y de la que, en rigor, todos somos partícipes, puesto que tal y como señala la fisiología moderna, los seres humanos ingerimos una considerable cantidad diaria de mucina vía retronasal.

Otra tendencia que sería difícil categorizar como Pica mediante alguna de estas definiciones sería el consumo de hielo, práctica conocida como *pagofagia*, que para muchos es una variante de la Pica asociada también a la anemia (Parry-Jones, 1992; Young, 2011). Que quizás comenzó a ser sancionada socialmente en épocas en las que las posibilidades de

⁷¹ La composición del moco nasal es: 95% water, 2% glycoprotein, 1% other proteins, 1% immunoglobulin, traces of lactoferrin, traces of lactoferrin, traces of lipids (Portalatín, 2007)

conseguir hielo o nieve para su consumo eran muy limitadas.⁷² De hecho, somos muchos los que nos atiborramos a polos y helados durante el periodo estival sin que nadie ose pensar que padecemos trastorno alguno.

También aquellos consumos en los que entran en juego las ya mencionadas *Perceived Inedible Parts* (PIPs); partes de alimentos comunes que usualmente son desechadas en las cocinas y en la industria alimentaria pero que en función de la situación social o las preferencias de los consumidores pueden llegar a ser incorporadas a la dieta. Como pieles, huesos, cáscaras, vainas o hojas de determinados vegetales a muchas de las cuales se les atribuyen valores nutritivos más elevados que el de aquellas partes habitualmente consumidas (Gallagher et al., 2022; Nicholes et al., 2019).

Algo similar a lo que sucedería con aquellas cosas que pasan a asimilarse como alimentos en épocas de carestía, conocidos como *famine foods*; tal y como ha sido documentado en periodos de hambruna o guerra, situaciones coyunturales en las que se recurre a plantas o animales que en condiciones normales son considerados no-comestibles (Matalas & Grivetti, 2008; Reyes-García et al., 2015; Edgerton-Tarpley, 2020).

O el consumo desmedido de sal en occidente, considerado por algunos el único mineral del que hacemos un uso alimentario (Kurlansky, 2002; Hladik, 2008); algo no del todo cierto. Hábito que podría perfectamente ser interpretado como un comportamiento alotrofágico, si es valorado únicamente en términos de necesidades nutricionales. Y que también apreciamos en la ingesta no intencional de sustancias a priori no comestibles, como la cal o el azufre, tradicionalmente utilizados en la producción y procesado de algunos alimentos, como el maíz o el vino (Castello, 1986; Ávila et al., 2008; Peña, 2015).

Estos y muchos otros ejemplos engrosan una lista de sustancias, usos y situaciones que ponen en evidencia la operatividad de las definiciones dadas para la Pica y muestran la complejidad que entraña establecer una frontera precisa entre lo que es y lo que no es comestible; por lo que si añadimos el escaso número de diagnósticos que se reportan y el poco interés científico que se le presta, puede darnos la sensación de estar ante una nosografía

⁷² El consumo de hielo y bebidas refrigeradas con hielo y nieve se convirtió en la Europa meridional en un fenómeno social durante los siglos XVI y XVII, que fue objeto de enconadas controversias médicas y religiosas. Signo de distinción social que acabarían imitando los sustratos más bajos, en torno a su consumo pronto se desarrolló un lucrativo negocio. Algunos médicos achacaban a su uso numerosas dolencias, e incluso la muerte. Por su parte, la religión vio en esta nueva moda un vicio del que dio buena cuenta en sus sermones. Véase Martín Ferreira & de la Rosa Cubo, 2018.

fantasma, más fantasmática si cabe que aquella que observaban los doctores del Renacimiento en sus depravadas comedoras de extravagancias.

Con esto no estamos negando que haya personas que ingieran con más o menos asiduidad cosas que puedan llegar a acarrearles algún daño. Percances que no solo pueden acontecer en el terreno de los no-comestibles, sino también con muchas de aquellas sustancias o productos que catalogamos como comestibles; a los que a menudo se asocian dolencias como la obesidad, la diabetes, la hipertensión, las enfermedades cardiovasculares o el cáncer (Fardet, 2017; Schnabel et al., 2018). Tan solo queremos señalar que el fenómeno que estamos abordando resulta inaprehensible mediante caracterizaciones como que es un trastorno consistente en comer sustancias no nutritivas o no alimentarias. Ni refiriéndose al consumo de ingredientes crudos, o en cantidades desmesuradas, o compulsivamente, o durante un periodo de tiempo determinado... Por lo que constatamos que la Pica pone en crisis la categoría comestible.

Tipos y Picas

Para concluir queremos echar un vistazo a los tipos de Pica que diversos autores han establecido en función de variables como la clase, el número o la naturaleza de las sustancias consumidas. Es evidente que se podrían escoger multitud de criterios clasificatorios para tipificar diferentes subtipos de Pica; sin embargo, los más frecuentados son los siguientes.

En primer lugar, encontramos las clasificaciones basadas en el tipo de material o sustancia escogida por los afectados (Frenk, 2013; Campuzano, 2011). Lo cual da lugar a una especie de bestiario de "fagias". Podemos imaginar que, si aplicáramos este criterio taxonómico con determinación, la lista podría ser interminable, ya que deberíamos escoger una nomenclatura para cada uno de los no-comestibles que se pueden llegar a ingerir. Entre las denominaciones más habituales encontramos: geofagia (consumo de tierra), amilofagia (almidón), pagofagia (hielo), tricotilofagia (pelo humano), rizofagia (arroz crudo), carbofagia (carbón) y papirofagia (papel). Y entre las más pintorescas: cuasicarovofagia (cascaras de huevo), licopersicofagia (cáscaras), lumbricofagia (lombrices) y cautopireiofagia (cerillas). A veces también se menciona la antropofagia, como sinónimo de canibalismo. (Fig. 1)

Otro criterio categorizador es la naturaleza de la sustancia escogida; es decir, si se trata de comida o no. De tal manera que la subclasificación queda compuesta por Food-Pica, cuando se

escogen ingredientes comunes pero se ingieren sin ser procesados, cuando lo habitual es procesarlos, como el arroz crudo. Non-Food Pica, cuando se ingieren cosas culturalmente comprendidas como no comestibles. Y Mixed Pica, cuando cuando el comportamiento adopta ambas tendencias indistintamente (Danford & Huber, 1982). Este enfoque taxonómico viene dado ante la evidencia de que las sustancias a las que se suele recurrir no son exclusivamente no nutritivas o no alimentarias.

| MATERIAL/ SUSTANCIA | DENOMINACIÓN | MATERIAL/ SUSTANCIA | DENOMINACIÓN |
|----------------------------|------------------------|----------------------------|---------------------|
| Tierra/ Arcilla | Geofagia | Lana | Jumperfagia |
| Hielo | Pagofagia | Piedras | Litofagia |
| Almidón | Amilofagia | Huesos | Osteofagia |
| Arroz Crudo | Rizofagia o amilofagia | Sal | Salinofagia |
| Cal | Gipsiferofagia | Tiza | Gipsiferofagia |
| Papel | Papirofagia | Garbanzos crudos | Cicerofagia |
| Carbón | Carbofagia | Granos de café | Gavofagia |
| Pelo | Tricotilofagia | Ceniza | Estacofagia |
| Esponja | Espongiofagia | Jabón | Sapofagia |
| Fósforos | Cautopireiofagia | Tela | Tisufagia |
| Mocos | Mucofagia | Plástico | Plasticofagia |
| Uñas | Onicofagia | Pinturas | Pictofagia |
| Heces | Coprofagia | Plumas | Plumofagia |
| Pegamento | Adhesivofagia | Sangre | Hemofagia |
| Madera | Xilofagia | Tabaco | Tabacofagia |
| Harina | Farinofagia | Hojas | Foliofagia |
| Cáscaras | Licopersicofagia | Cartón | Cartofagia |
| Metal | Metalofagia | Algodón | Gosipofagia |

Fig. 1. Listado de "fagias" más citadas con su denominación y el material/sustancia consumida. Fuente: publicaciones de casos, revisiones sistemáticas y reportes epidemiológicos.

Otro criterio categorizador es la naturaleza de la sustancia escogida; es decir, si se trata de comida o no. De tal manera que la subclasificación queda compuesta por Food-Pica, cuando se escogen ingredientes comunes pero se ingieren sin ser procesados, cuando lo habitual es procesarlos, como el arroz crudo. Non-Food Pica, cuando se ingieren cosas culturalmente comprendidas como no comestibles. Y Mixed Pica, cuando cuando el comportamiento adopta ambas tendencias indistintamente (Danford & Huber, 1982). Este enfoque taxonómico viene dado ante la evidencia de que las sustancias a las que se suele recurrir no son exclusivamente no nutritivas o no alimentarias.

En otros casos la variable elegida es el número de no-comestibles que el paciente consume. Por lo que la lista es breve, quedando conformada por la Pica específica, cuando se trata exclusivamente del consumo de un material, y la Pica generalizada, cuando son más (Ali, 2001). Tomando como referencia esta variable, en la práctica, la Pica raramente es indiscriminada, ya que la elección de los artículos consumidos tiende a ser meticulosa y concienzuda, discriminando entre diferentes tipos de tierra, hielo, esponja, mocos o multitud de otras sustancias.

También encontramos aquellos autores que se fijan en la incapacidad de los pacientes para refrenar su deseo. Incompetencia que, aunque no se da en todos los casos, suele atribuirse a los afectados por Pica. Así pues, en esta catalogación encontramos casos de Pica compulsiva y otros de Pica hedonista, en los que el único móvil es el disfrute sensorial (Hartmann, 2019).

Por último, hay quien pone el acento en la condición patológica o cultural de la práctica; haciendo uso de los términos Pica cultural, cuando está culturalmente aceptada, y Pica a secas cuando no (Stiegler, 2005; Jackson, 2020). Esta última forma de clasificar la Pica puede que sea la más comprometida, puesto que para el diagnóstico de la Pica se exige la ausencia de cualquier tipo de sanción cultural (APA, 2014).

Como ya hemos comentado, podríamos escoger otros criterios, como la clase de sustancia ingerida, con relación a si se trata de partes corporales, materiales o ingredientes comunes; o su pertenencia al reino animal, vegetal o mineral; o si son sólidos o líquidos; o la frecuencia de los consumos; o la edad de los afectados... Pero en el fondo, más allá de crear más subtipos, las

definiciones continuarían desvirtuando la práctica; puesto que dejarían de lado muchos otros factores. O bien acabaríamos creando tipologías inaplicables de apariencia surrealista.⁷³

Por poner un ejemplo, el caso de la pagofagia o consumo de hielo, práctica considerada por muchos autores una modalidad de la Pica, y que gozó de cierto protagonismo en décadas pasadas en los Estados Unidos (Young, 2011). Resultaría complicado decidir si debemos clasificarla como Pica Food o Non-food; al igual que si debiera incluirse en la categoría Pica cultural o patológica, ya que en nuestros días el consumo de hielo es algo común. Es decir, para sancionar médicamente la pagofagia deberíamos recurrir a otras variables susceptibles de convertir la práctica en algo "anormal", como la cantidad ingerida, la forma de consumo o la compulsividad.

En definitiva, estamos ante tentativas taxonómicas que en mayor o en menor medida resultan infructuosas, lo cual, juntamente con otros factores, dificulta el diagnóstico y el estudio epidemiológico de la Pica.

⁷³ Que nos haría recordar el *Emporio celestial de conocimientos benévolos* de José Luis Borges: "Las remotas páginas de cierta enciclopedia china de conocimientos benévolos [donde] está escrito que los animales se dividen en a) pertenecientes al emperador, b) embalsamados, c) amaestrados, d) lechones, e) sirenas, j) fabulosos, g) perros sueltos, h) incluidos en esta clasificación, i) que se agitan como locos, j) innumerables, k) dibujados con un pincel finísimo de pelo de camello, z) etcétera, m) que acaban de romper el jarrón, n) que de lejos parecen moscas" (Borges, 2013, p. 276).

La (escasa y dispar) epidemiología de la pica

A partir del siglo XX, la Pica comenzó a asociarse al mundo de los trastornos psiquiátricos, en ocasiones como entidad independiente y en otras como síntoma de otras afecciones mentales, como la esquizofrenia, el trastorno bipolar o el autismo, u otros trastornos del comportamiento alimentario. De hecho, según los criterios diagnósticos del *DSM-V* (APA, 2014), la Pica es el único desorden alimentario que diagnósticamente puede ser compatible con otros de su misma categoría.

La mayor parte de los casos se identifican en pacientes derivados a psiquiatría, tanto adultos como niños, desde otras especialidades como la pediatría o la medicina de familia; raramente desde la obstetricia, al menos en nuestro contexto cultural. También se reportan casos que acuden a los servicios de urgencias tras la ingesta de algún tipo de cosa bizarra; como monedas, clavos, cerillas o piedras. En estas situaciones las consecuencias de las ingestas revisten una enorme gravedad, dando lugar a intoxicaciones y obstrucciones intestinales, que pueden desembocar en un desenlace fatal (Grewal y Fitzgerald, 2002; Almeida et al., 2020; Dumanguing, 2003; Pérez-Torres et al., 2006). Sin embargo, es tan escaso el número de diagnósticos, que la epidemiología no suele contabilizar propiamente casos de Pica identificados por los facultativos, sino comportamientos alimentarios que en base a una muestra poblacional y una definición dada podrían ser catalogados como tales.

En este capítulo acudiremos a reportes epidemiológicos, todos ellos realizados en las tres últimas décadas, que han intentado cuantificar la frecuencia de la Pica en diferentes grupos poblacionales de los cinco continentes. Para ello hemos realizado una revisión bibliográfica a partir de una búsqueda exhaustiva en las bases de datos de Scopus, Web of Science y PubMed, utilizando los descriptores “pica”, “pica disorder”, “geophagia”, “amylophagia” y “pagophagia”, tanto en español como en inglés. Se han omitido otras denominaciones de la afección, como malacia, citta o cissa, debido a su práctica desaparición de la terminología médica actual. La elección del resto de descriptores, relativos a la ingesta de tierra, almidón y hielo respectivamente, se ha realizado teniendo en cuenta los no-comestibles más habituales a los que se hace mención en los manuales médicos y la literatura existente sobre la Pica.

Pacientes psiquiátricos

Los datos epidemiológicos sobre la Pica relacionada con la salud mental señalan unas tasas de prevalencia de lo más dispar, dándose una buena parte de los casos en población institucionalizada (Johnson et al., 1994; Danford & Huber, 1982; McAlpine & Singh, 1986; Ali, 2001); ya sea por la gravedad de las patologías, por las consecuencias del aislamiento social al que están sometidos los internos o porque estamos ante un grupo monitorizado fácilmente observable.

Desagregados por categorías diagnósticas, algunos estudios realizados arrojan cifras que van desde el 60% en autistas al 4% en sujetos con síndrome de Down (Kinell, 1985), pasando por el 14,3% en esquizofrénicos (Osuji & Onu, 2019) o el 1,3% entre pacientes con otros trastornos de la conducta alimentaria (Delaney et al., 2015). Pero como ya hemos comentado, son datos que hay que tomar con precaución puesto que la diferencia porcentual en función del diseño de los estudios puede ser considerable. Por poner un ejemplo, en el caso de pacientes con discapacidad intelectual diversos trabajos reportan tasas que oscilan entre el nada despreciable 25,8% y un anecdótico 0,3% (Ali, 2001).

Probablemente, el trastorno psiquiátrico más frecuentemente asociado a la Pica y más estudiado en relación con ella sea el autismo, en gran medida, debido a la peligrosidad que entrañan el tipo de ingestas que a veces se dan entre estas personas. A diferencia de otros comportamientos alotriofágicos, en los que existe una concienzuda selección del tipo de materiales consumidos, la Pica entre autistas y discapacitados intelectuales suele caracterizarse por ser indiscriminada y estar dirigida hacia cosas que pueden entrañar un mayor riesgo, como productos de limpieza u objetos metálicos.

Dentro de este grupo, un estudio desarrollado este año en Reino Unido sobre una cohorte de 100 niños en etapa pre-escolar revela que, de 59 de ellos, diagnosticados con trastornos del espectro autista, un 13% tenían Pica (Arije & Mitchell, 2023). Por su parte, otro trabajo realizado en 2018 entre niños estadounidenses, acerca de las patologías asociadas a los trastornos del espectro autista, reflejaba tan solo un 3.0% y un 2.4% en niños menores y mayores de 6 años respectivamente (Neumeyer et al., 2019).

Por último, en relación con pacientes institucionalizados, Matson y Bamberg (1999) encontraron una prevalencia del 6% entre los residentes de un centro psiquiátrico de Louisiana. Mucho más baja que el 21,8% reportado por un estudio realizado entre 1008

internos en Ontario (Ashworth et al., 2008) o el 22,1% del trabajo de Swift et al. (1999), también en Canadá.

Población general

La profusión de estudios sobre los enfermos mentales contrasta con la carencia de datos en cuanto a la prevalencia de la Pica en la población general. Con lo que es difícil saber hasta qué punto estamos ante una práctica anormal en términos estadísticos. Los únicos trabajos existentes, Hartmann (2019), Golden et al. (2012) o Decaudin et al. (2020), señalan unas tasas de prevalencia de 69,23%, 53,4% y 10,9% respectivamente. El primero de ellos realizado en Alemania entre adultos de 17 a 65 años, el segundo entre una muestra de 760 habitantes de Madagascar y el tercero entre residentes en Francia originarios de África Subsahariana, Latinoamérica y Antillas.

En el resumen del segundo de los trabajos citados podemos leer: "Nuestros resultados sugieren que los estudios poblacionales de pica deben incluir a hombres de todas las edades" (Golden et al., 2012: 1). Observación tan evidente como relevante, puesto que habitualmente las muestras epidemiológicas se centran en pacientes psiquiátricos; cuando no en mujeres embarazadas (Mikkelsen et al., 2006), en mujeres embarazadas con anemia (Khoushabi et al., 2014) o en mujeres embarazadas con problemas mentales (Ezzeddin et al., 2016), casi siempre africanas, afroamericanas o latinas (Ahmed et al., 2012; Mensah et al., 2010; Roy et al., 2018; Simpson et al., 2000), muy raramente en población general.

De este modo, resulta muy difícil conocer la extensión "real" del fenómeno; aunque sospechamos, en base a algunos trabajos de carácter cualitativo (Huebl et al., 2016) y a nuestro propio trabajo de campo, que puede ser una práctica más generalizada de lo que se piensa. De hecho, un pormenorizado estudio de Andrea Hartmann (2019) realizado en Alemania contraviene la idea de la Pica como un comportamiento de carácter patológico, asociándolo más bien a una búsqueda de satisfacción personal.

La frecuencia del comportamiento de pica no se asoció con trastornos de la alimentación ni con psicopatología general, y solo un pequeño subgrupo de participantes mostró interés en el tratamiento. [...] Estos hallazgos podrían sugerir la existencia de dos subgrupos diferentes de individuos con pica: uno en el que la pica

refleja más un trastorno de control de impulsos o un comportamiento de regulación emocional, y otro en el que la pica refleja un comportamiento más impulsado por el hedonismo (Hartmann, 2019, p. 814).

Muy en línea con lo planteado en otro de los trabajos, esta vez centrado en la relación entre Pica y adolescencia. Medina-Tepal y colaboradores (2021) nos presentan unas tasas del 25,68% para el consumo de no-comestibles entre estudiantes mexicanos; siendo la pasta de dientes, el papel y los plásticos las sustancias mayormente escogidas. En base a los datos recopilados los autores concluyen que

el consumo de sustancias no comestibles, tanto crudas como procesadas, es más frecuente de lo que se creía. Vale la pena señalar que este comportamiento no tiene que ver en todos los casos con el trastorno de pica, por lo que parece relevante medir otras conductas que permitan detectar con mayor precisión este trastorno (Medina-Tepal et al., 2021, p. 211).

Niños

En el campo pediátrico, los estudios localizados en países occidentales vuelven a centrarse en problemas neurológicos y psiquiátricos, en mayor medida niños autistas. Desagregados por patologías, un estudio reciente asigna tasas del 23,2% en niños con autismo y del 8,4% en casos de discapacidad intelectual, bastante más elevadas que el 3,5% que registra el grupo de control (Fields et al., 2021). Por su parte, Emond y colaboradores, en su investigación acerca de los patrones alimentarios en niños autistas, refieren cifras relativamente cercanas, del 12,5% para niños de 54 meses (Emond et al., 2010). Sin embargo, otro trabajo sobre patologías asociadas a los trastornos del espectro autista, ya mencionado en este capítulo, computaba tan solo un 3.0% (Neumeyer et al., 2019).

Todos estos estudios, definidos por la posible vecindad entre Pica y psicopatología infantil, han sido llevados a cabo en Estados Unidos; quizás debido al antecedente histórico del *lead poisoning*. Un enfoque etiológico que no observamos en las investigaciones epidemiológicas en África, India y Oriente Próximo, las cuales más que en niños con autismo o discapacidad intelectual se centran en pequeños con anemia o parasitosis.

En estos otros países, encontramos porcentajes tan dispares como el 8,6% en Ghana (Abu et al, 2017), el 48,2% en Benin (Mireku et al., 2020), el 7,2% en Egipto (El nemer et al, 2014), el 6,7% en Irán (Sadeghzadeh et al, 2017) o el 22% en Bangladesh (George et al, 2015); todos ellos referentes a prácticas geofágicas. Aparte de las ya mencionadas dificultades en la categorización del objeto de estudio, los porcentajes pueden sufrir importantes oscilaciones en función del país escogido, la edad de los niños estudiados o si las investigaciones han sido realizadas en contextos rurales o urbanos. De igual modo, los resultados pueden variar en función de si las entrevistas o cuestionarios han sido dirigidas a los padres o a los propios niños.

Por lo poco acostumbrado del tipo de variable epidemiológica en la que se repara, dentro de este conjunto de trabajos queremos destacar el trabajo de Ravinder K. Gupta y Ritu Gupta (2005), realizado en India, en el cual se explora la influencia de la subcultura familiar y el efecto imitación. El estudio, elaborado sobre una muestra de 200 niños de 18 meses a 10 años, entre los que ninguno presentaba signos de discapacidad intelectual, identificó un 44% de casos en los que existía previamente una historia familiar de Pica.

Por último, respecto a datos relativos a población infantil sin psicopatologías diagnosticadas en países industrializados debemos mencionar varios trabajos. El primero, el de Murray y colaboradores (Murray et al., 2018), que recoge una tasa de prevalencia del 10% entre escolares suizos. Otro elaborado entre escolares alemanes de 7 a 14 años que arroja una cifra del 12,31% (Hartmann et al., 2018). Y un tercero, realizado a partir de encuestas a padres en una comunidad rural en Australia (Ardesshirian, 2017), que refleja una afectación infantil del 22,4%.

Embarazadas

En cuanto a la prevalencia de la Pica en mujeres gestantes, cabe decir que quizás sea el grupo de población más estudiado; con la particularidad de que la inmensa mayoría de los trabajos están ambientados en países africanos. Tal cantidad de artículos invita a pensar en la existencia de un fuerte arraigo de la geofagia gestacional en muchas regiones de África. En este grupo, el país del que disponemos más referencias epidemiológicas es Ghana.

Los artículos sondan los factores y consecuencias médicas asociadas al consumo de tierra o arcilla. En ellos suele apuntarse a los déficits micronutricionales como factor causal de la

Pica gestacional; se sugiere que la geofagia puede ser una forma de aportación suplementaria de hierro, calcio o zinc. Igualmente, en casi todos los trabajos, se alerta de una serie de riesgos para la salud, entre los que destacan los cuadros de intoxicación por metales pesados y la parasitosis.

El ya mencionado artículo de Abu et al. (2017) acerca de la geofagia infantil en Ghana, también nos aporta datos sobre las madres de estos niños, arrojando unas tasas de prevalencia del 26,6% durante su embarazo (Abu et al., 2017). Otro de los trabajos, desarrollado a partir de una muestra de 400 mujeres embarazadas derivadas a los centros de atención prenatal, confirma cifras similares (Boadu et al., 2015); destacando el hecho que para el caso de las mujeres residentes en contextos rurales las tasas se disparan a un 63,64%.

Pero no solamente se habla de geofagia, en ocasiones las tasas reportadas son más elevadas para otro tipo de prácticas Pica como la pagofagia. Un estudio de 2010, también desarrollado en Ghana, sitúa el consumo de hielo durante el embarazo en un 41%; por encima de la geofagia, que computa un 29,8% sobre el total de encuestadas (Mensah et al., 2010). Además, como dato a tener en cuenta, destaca que las prácticas alotriofágicas acontecen independientemente del nivel educativo y la clase social de las afectadas.

Algunos investigadores han sugerido una relación entre la educación y la práctica de la pica, especialmente en los países occidentales, donde la tasa de prevalencia varía entre 0 y 5%. En estas sociedades, la práctica de la pica es común entre las comunidades pobres y no educadas. En este estudio, encontramos que incluso las personas con educación universitaria, un grupo con estilos de vida más comparables a las personas de los países desarrollados, también participan en la práctica de la pica (Mensah et al., 2010, p. 285).

En otras zonas de África, como Kenia, República del Congo o Tanzania, se vuelven a dar unas elevadas tasas de prevalencia. Diversos estudios realizados en Kenia señalan tasas por encima del cincuenta por ciento (Geissler et al., 1998; Prince et al., 1999; Luoba et al., 2004). Igualmente se vuelve a advertir de que la Pica en África no se limita a la geofagia, siendo también habitual la ingesta de hielo y almidón o sustancias similares (Chung et al., 2019). Una práctica que no se circunscribe exclusivamente al periodo del embarazo, sino que tal y

como demuestra el informe, muchas mujeres mantienen las ingestas en el postparto (Chung et al., 2019).

En Sudán, República del Congo y Tanzania, las investigaciones arrojan datos similares en cuanto a la prevalencia en el consumo de diferentes tipos de tierra. Los estudios citan variedades de arcillas autóctonas (*tokoke, udongo, ufue*), preparaciones horneadas a partir de éstas (*daub*) y tierra procedente de montículos de termitas, para muchos la más codiciada (Gundacker et al., 2017; Young et al., 2010). La mayor parte de estas tierras se venden en los mercados locales. En el caso del Congo, un estudio realizado por Gundacker et al. aporta un dato significativo; a saber, las tasas de prevalencia van *in crescendo* a medida que transcurren los primeros meses de gestación. Computando un 33% en el primer trimestre, un 56% en el segundo y un 63% en el tercero (Gundacker et al., 2017).

Al igual que otras regiones africanas, en Sudán y Tanzania se vuelve a hacer alusión la recurrente ingesta de hielo o arroz crudo. Con porcentajes que rondan el 25% y el 40% respectivamente (Ahmed et al., 2012; Young et al., 2010). También se hace hincapié, y esto es algo que suelen recalcar los manuales psiquiátricos al uso, en que el resto de la dieta de las afectadas no suele verse alterada.

Los geofagistas no mostraron diferencias respecto a los no geofagistas en ninguna variable de consumo dietético. Tampoco hubo diferencias significativas entre los amilofagistas y los no amilofagistas en el número medio de comidas diarias, las porciones de hierro inorgánico, el uso de vitaminas o suplementos de hierro (Young et al., 2010, p. 146).

Podríamos continuar citando estudios realizados en otros enclaves africanos como Uganda (Huebl et al., 2016), Sudáfrica (Mashao et al., 2021), Sierra Leona (Hunter, 1984), Zambia (Shinondo y Mwikuma, 2009) o Nigeria (Abrahams et al., 2013), pero creemos que no es necesario; las altas tasas de prevalencia y la predilección por sustancias terrosas es una constante en todos ellos. De lo que inferimos la existencia de un cinturón geofágico que va desde África Occidental hasta Tanzania, del que quedan excluidos, no del todo, ni mucho menos, los países norteafricanos. (Fig. 2)

Con menor profusión se ha estudiado a las embarazadas de Asia y América Latina, principalmente en Irán e India. En el caso de Latinoamérica, se vuelve a introducir la variable

"patología mental" (Santos et al., 2017; Ayeta et al., 2015). Un estudio sobre trastornos de la alimentación durante el embarazo llevado a cabo en São Paulo aporta cifras casi despreciables para la anorexia y la bulimia; no así para la Pica, que sitúa como primera psicopatología alimentaria asociada al embarazo, con un 5,7% (Santos et al., 2017). Datos similares a los de otro estudio brasileño realizado en 2018 entre 147 participantes, que reflejaba un 4,8% (Oliveira y Cordás, 2020), pero muy por debajo de los porcentajes que arrojan los estudios efectuados entre africanas.

En el mismo continente, una investigación de Simpson y colaboradores (2000) concluye que un elevado porcentaje de mujeres mexicanas en periodo de gestación consumen no-comestibles. El estudio trabaja con dos grupos: uno de residentes en México, al que asigna una prevalencia del 44%, y otro para las migrantes a California, con un 31%. Los ítems mayoritariamente escogidos fueron bloques de arcilla o carbonato, hielo y *bean stones* (terrones de tierra encontrados entre los frijoles sin lavar). Además, este y otros trabajos (Lin et al., 2015) sugieren la presencia de cierto "cambio dietético", puesto que las residentes en su país de origen consumían especialmente tierra y derivados, mientras que las emigradas a USA los habían sustituido por hielo.

Del mismo modo, queremos destacar que al igual que los dos estudios citados, muchos otros sobre la Pica gestacional (y no solo gestacional) realizados en Estados Unidos suelen fijar su atención en personas de procedencia latina o afroamericana (Roy et al., 2018; Thihalolipavan et al., 2013; Bruhn & Pangborn 1971). Un hecho significativo que cuando presenta alguna excepción se remarca con aclaraciones como: "una fortaleza del presente estudio es la presentación de observaciones en hombres blancos no hispanos con una amplia gama de edades que tenían anemia por deficiencia de hierro, con o sin pagofagia" (Barton et al., 2019, p. 75).

En el caso de Asia, por razones que desconocemos, Irán e India son los países que presentan más reportes epidemiológicos. En ambas naciones se da una alta prevalencia para la ingesta de no-comestibles durante el embarazo. Los estudios en Irán informan tasas del

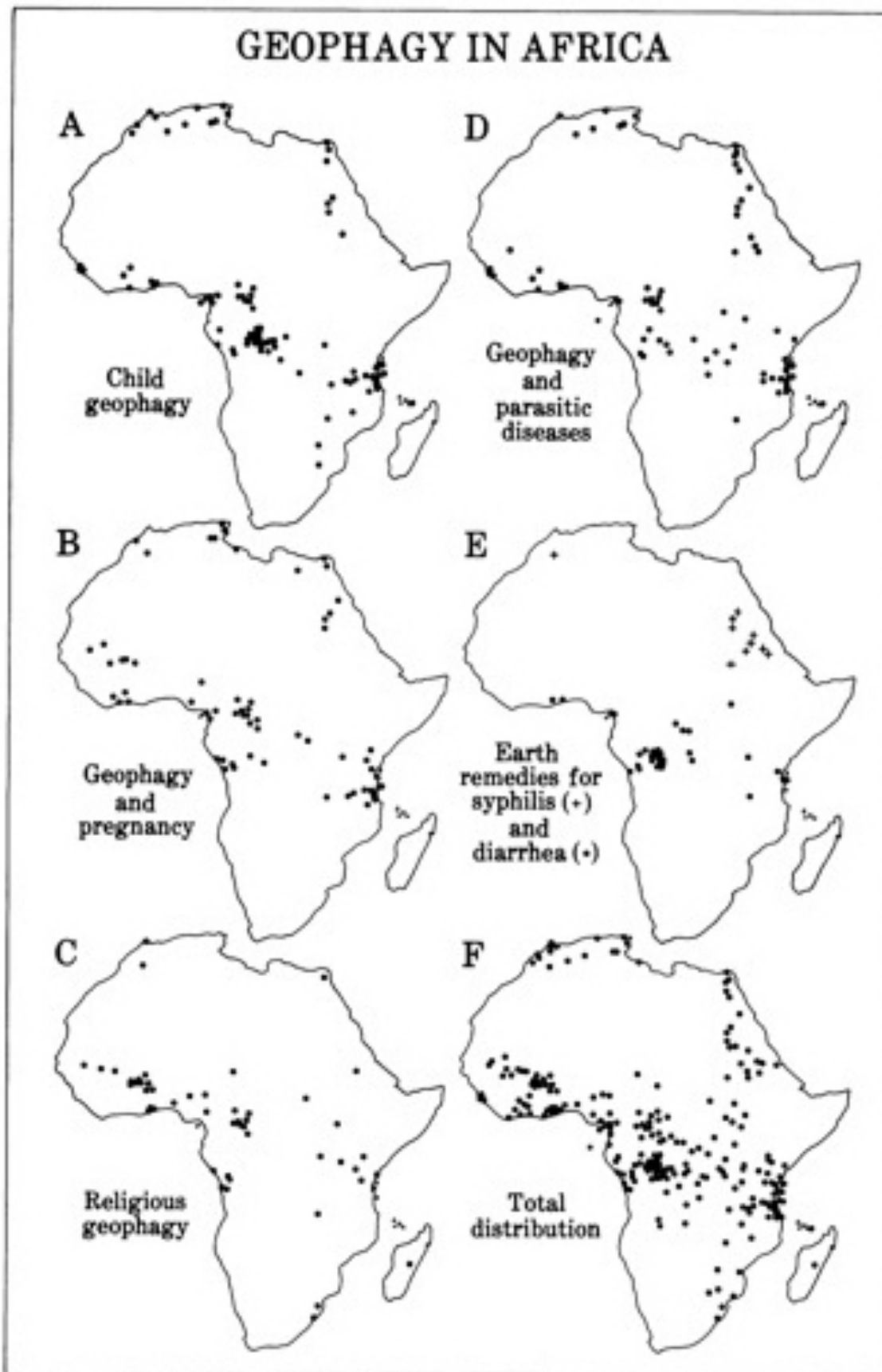


Fig. 1. Distribución de prácticas geofágicas en África. Fuente: Anell & Lagercrantz, 1958

8,33% (Ezzeddin et al., 2015), el 15,5% (Mortazavi y Mohammadi, 2010) o el 17,5% (Khoushabi et al., 2014). Los materiales más consumidos vuelven a ser arcilla y hielo; aunque muchas de las encuestadas también mencionan algo a lo que los autores se refieren como "*praying clay*" (Ezzeddin et al., 2015), que tratándose de Irán probablemente sea *turbah*.⁷⁴

Un notable trabajo de Placek y Hagen (2013) en Tami Nadu, India, acerca de los factores culturales que influyen en la Pica gestacional, informa un 15% para la Pica y un 46% para amilofagia. En este caso, a diferencia de otros estudios, los autores no consideran el consumo de arroz crudo como una forma de Pica. Igualmente, señalan que algunos ítems, como el mango no maduro, son considerados comestibles durante el periodo de gestación mientras que no lo son en el resto de situaciones. Para otro tipo de consumos existe una fuerte condena social.

En cambio, la ceniza y el barro no eran culturalmente aceptados; el 67% de los encuestados afirmaron que la ceniza no era aceptable para su consumo, mientras que el 58% informó que las mujeres no deben comer barro. Para estas dos sustancias, algunos participantes afirmaron además que se regaña a las mujeres si las atrapan comiendo ceniza o barro (Placek & Hagen, 2013, p. 805).

Los autores también hacen alusión al aspecto motivacional de la práctica; para unas de carácter medicinal, en el caso del mango verde, y para otras la satisfacción, como cuando comen arroz crudo. Estos dos vegetales, el mango y el arroz, verdes o crudos, aparecen recurrentemente en el resto de estudios sobre la India. Como en el de Francis et al. (2022), en el que se encontró que un 29.7% de las embarazadas practicaban la Pica; de las que el 67,3% tenía anemia, el 36% bajo peso y el 9,5% sobrepeso. Los autores defienden que este comportamiento guarda una estrecha relación con la anemia. Por último, este estudio

⁷⁴ El término puede ser traducido como "suelo". También es conocido como *mohr*, que significa "sello". Se trata de una pequeña tableta de arcilla inscrita con alguna imagen religiosa sobre la que algunos musulmanes postran sus cabezas durante sus plegarias. Es una especie de suelo portátil sagrado que cumple la función de dotar de un contexto purificado al acto de la oración. La arcilla con la que está hecho suele provenir de enclaves señalados dentro del mundo islámico. Esta práctica ritual es propia de los chiitas, secta mayoritaria en Irán. Su consumo suscita controversia, ya que para unos es una especie de pecado mientras que para otros un acto sagrado.

menciona otro no-comestible con connotaciones religiosas denominado *vibuthi*⁷⁵, que se refiere a una ceniza sagrada obtenida a partir de madera quemada.

Al igual que los dos anteriores, la mayoría de trabajos en la India reportan unos datos de prevalencia elevados, que en algunos llega hasta el 32% (Gupta y Gupta, 2005). Un alto porcentaje de Pica en las madres que, según los autores, favorece la Pica en los hijos; juntamente con otros factores como "un tamaño de la familia reducido, las madres que trabajan y la alimentación con biberón" (Gupta & Gupta, 2005, p. 63).

El estudio danés

Con todos estos datos resulta chocante el caso de Europa, donde apenas disponemos datos. Uno de los pocos estudios existentes, realizado entre mujeres danesas y publicado bajo el título "Pica in pregnancy in a privileged population: myth or reality" (Mikkelsen et al., 2006), ponía en duda el consumo de no-comestibles entre las embarazadas europeas.

El cuestionario, al que contestaron 70,132 participantes consistía en una sola pregunta: "Have you eaten anything other than food in relation to your pregnancy (some women begin to eat e.g. soap or clay during their pregnancy)?". En caso de que la respuesta fuera afirmativa, se las instaba a enumerar los materiales o sustancias que habían consumido.

Como es de imaginar, ante una pregunta tan ambigua la respuesta no podía serlo menos. De hecho, los autores aclaran que el primer resultado computaba un 0,7% de afectadas por Pica; antes de anular aquellas contestaciones que incluían cosas como dulces o suplementos dietéticos. Una vez realizada esta corrección, el estudio concluye que "solo 14 mujeres mencionaron sustancias que claramente no eran alimentos"; un exiguo 0,02% de las embarazadas danesas (Mikkelsen et al., 2006, p. 1266).

Pero si nos fijamos en la lista de cosas⁷⁶ que declararon comer estas 14 mujeres, nos percatamos de que no figuran ingredientes comunes de cocina sin procesar; ni hielo o almidón en grandes cantidades; ni partes o excrecencias corporales como mocos, pelo o uñas.

⁷⁵ Propio del hinduismo, el *vibhuti* es un elemento sagrado utilizado en rituales agámicos. Se aplica mediante tres líneas horizontales en la frente y en otras partes del cuerpo. Los textos sagrados afirman que purifica el alma y que las obras realizadas sin usar este material son infructuosas.

⁷⁶ Clay/soil, 3; Toothpaste, 3; Chalk, 2; Coffee grounds, 1; Chlorine water, 1; Toilet paper, 1; Soft bath sponge, 1; Lavender flower, 1; Rose, 1

Todas ellas, sustancias o materiales que sí que se incluyen en otros trabajos que hemos repasado. Por lo que posiblemente la categoría utilizada, "anything other than food", no sea lo suficientemente precisa para definir el objeto de estudio.

Con esta puntualización no ponemos en duda que el 0,02% de las danesas que respondieron afirmativamente consumieran "sustancias que claramente no eran alimentos" a ojos de los autores y de la mayoría de la gente. Pero si sugerimos que probablemente muchas de ellas comieran cosas que, para muchos de nosotros, e incluso para ellas mismas, sean difíciles de categorizar en términos de comestibilidad, o simplemente en las que no se repara.

Sea como fuere, llama poderosamente la atención el contraste existente entre los reportes africanos y asiáticos que hemos analizado y los datos que arroja este estudio. Al igual que nos resulta enigmático que una patología que figuraba en todos los tratados sobre enfermedades de mujeres en la Europa del Renacimiento y la Ilustración se haya convertido en un mito. Y es que, si suscribimos lo que apuntan Mikkelsen et al., "la pica durante el embarazo es prácticamente inexistente en sociedades bien alimentadas como la danesa" (Mikkelsen et al., 2006, p. 1267).

Así pues, partiendo de la base de que estamos ante algo frecuente en otras sociedades; o bien la Pica gestacional desapareció en Europa, o no se le presta la suficiente atención, o las escasas investigaciones existentes se equivocan.

Anemia y Pica

Muchos de los estudios epidemiológicos citados sugieren que la anemia es el principal factor causal de la Pica, sobre todo en madres y niños. Personas a las que, por su situación particular en cuanto a su proceso de crecimiento o gestación, suelen asociarse determinados déficits micronutricionales.

Probablemente, el pionero de estos trabajos, ya citado en el capítulo 3, sea el del recientemente fallecido Ananda Prasad (1961), llevado a cabo en Irán en 1961. Su artículo "Syndrome of iron deficiency anemia, hepatosplenomegaly, hypogonadism and geophagia", recoge el seguimiento médico efectuado a 11 pacientes iraníes con este cuadro clínico; nueve de los cuales habían consumido tierra durante su infancia y adolescencia.

Muchos niños en Irán consumen arcilla en cantidades variables durante 2 o 3 años en la primera infancia. Parece que disfrutan del sabor y quizás satisface el hambre. Sin embargo, nuestros pacientes continuaron comiendo arcilla durante 10 a 13 años en grandes cantidades, y algunos tenían geofagia hasta su ingreso al hospital (Prasad et al., 1961, p. 142).

De las evidencias clínicas y la idea generalizada, que según Prasad, tradicionalmente han compartido los médicos iraníes respecto a que los niños anémicos son propensos a comer arcilla, el autor concluye;

si la geofagia desempeñó o no un papel importante en la absorción del hierro y el zinc, causando así este cuadro clínico, no se puede afirmar en la actualidad. No obstante, esta parece ser una posibilidad y solo investigaciones adicionales pueden arrojar luz sobre este aspecto (Prasad et al., 1961, p. 146).

Tras éste, otros muchos trabajos se han centrado en la posible relación entre anemia y Pica; de forma directa o indirecta. No solo en el campo de la medicina, también entre geólogos y etólogos; interesados en conocer la composición química de las tierras que los geófagos comen con mayor asiduidad (Browman, 2004; Miller et al., 2018) o su correlato en el comportamiento de los animales (Fabre et al., 2022; Abrahams, 2012; Hernández-Aco et al., 2022).

Centrándonos exclusivamente en las publicaciones de carácter médico, podemos encontrar tres posturas bien diferenciadas. De una parte, aquellos que defienden que la anemia puede ser una causa de la geofagia; debida a la malabsorción intestinal derivada del consumo prolongado de tierra. Por otro lado, los que argumentan que el comportamiento geofágico puede surgir como un mecanismo natural destinado a corregir la anemia; atribuido a la biodisponibilidad de determinados micronutrientes en estas tierras. Por último, los hay que ponen en duda o directamente descartan tales posibilidades. En cualquier caso, este tipo de enfoques no se han ceñido exclusivamente al consumo de tierra.

Uno de los estudios más citados (Reynolds et al., 1968), al igual que el de Prasad publicado en los años sesenta, versa sobre la posible relación entre anemia y pagofagia. Práctica que según Brenda Parry-Jones, en su artículo de 1992, "se considera popularmente

como una manifestación novedosa de la pica, que ha surgido, predominantemente en los Estados Unidos, en los últimos 30 años" (Parry-Jones, 1992, p. 561). Realizado entre 38 soldados con anemia de una base militar estadounidense, los investigadores descubrieron que 23 de ellos eran comedores compulsivos de hielo (Reynolds et al., 1968). Posteriormente, "se informó que el tratamiento de la deficiencia de hierro llevó a la desaparición del deseo de hielo en todos los pagofágicos de Reynolds, excepto uno" (Parry-Jones, 1992, p. 567).

A ésta le han seguido otras investigaciones que apuntan en la misma dirección; como las de McLoughlin y Hassanyeh (1990) y Barton et al. (2019). Éste último, el más reciente, realizado en Estados Unidos, se basa en la revisión de 41 historias clínicas de hombres no hispanos con deficiencia de hierro; en él podemos leer que el 34% de ellos padecían pagofagia. Al igual que en el caso de los soldados americanos, los autores sostienen que "la pagofagia en los 14 hombres de este estudio se resolvió rápidamente después del tratamiento con hierro dextrano intravenoso" (Barton et al., 2019, p. 74).

Otro reporte de los mismos autores, esta vez dedicado a otras formas de Pica, revisó las historias clínicas de 262 adultos, sin incluir mujeres embarazadas. Entre sus conclusiones, se afirma que los pacientes con Pica tenían una edad media más baja y eran negros. Sin embargo, "la prevalencia de la deficiencia de hierro, con o sin anemia, no difería significativamente entre los pacientes con y sin informes de pica" (Barton et al., 2010, p. 1).

Y es que si hacemos un somero repaso por la literatura médica (Bocquet et al., 2022; Khosrof et al., 2012; Adehossi et al., 2017; Nafil et al., 2015), comprobamos que los estudios epidemiológicos vuelven a arrojar resultados y conclusiones dispares. Por poner algún ejemplo, en Japón, un estudio de Uchida et al. (1998) arroja un 0.06% de afectados por Pica entre pacientes anémicos, mientras que otro realizado en Francia en 2005 computaba un 44% (Kettaneh et al., 2005).

Con estos datos resulta temerario adoptar posición alguna. No obstante, si bien los defensores de la hipótesis micronutricional se aferran a los datos obtenidos en algunos de estos estudios, sus detractores aportan una serie de argumentos en contra no carentes de sentido. En primer lugar, y quizás lo más evidente, muchos de los materiales ingeridos por los afectados no poseen apenas ningún tipo de valor micronutricional.⁷⁷ Por otro lado, si bien

⁷⁷ También se ha puesto en duda la biodisponibilidad de los micronutrientes contenidos en materiales como la tierra o la cal (Seim et al., 2013; Young, 2011).

algunos estudios han hallado déficits significativos de hierro y otros minerales entre pacientes con Pica, la proporción de anémicos que acaban desarrollando este comportamiento es mínima.⁷⁸ Por último, muchos de los micronutrientes mencionados, como el hierro o el calcio, podemos encontrarlos en ingredientes comunes de nuestra dieta ordinaria; por lo que, como medio adaptativo, sería más lógico acudir a ellos.

En torno a los datos

En esta breve revisión hemos analizado un conjunto de trabajos epidemiológicos en función de diferentes grupos de riesgo: niños, embarazadas, pacientes psiquiátricos, pacientes con anemia y población general. En ellos hemos podido constatar la relativa escasez de investigaciones disponibles, muy especialmente en el caso del último grupo mencionado. Igualmente, observamos las grandes oscilaciones existentes en cuanto a sus tasas de prevalencia; algo que da pie a suscribir apreciaciones como "ni su prevalencia ni sus correlatos sociales y biológicos han sido bien caracterizados" (Golden et al., 2012, p. 1) o "es difícil encontrar un resumen preciso de lo que se conoce y lo que se desconoce acerca de esta condición" (Lacey, 1990, p. 29), quejas recurrentes en los artículos sobre la Pica.

Así pues, llegados a este punto, nos preguntamos a qué se debe este vacío en la literatura médica y por qué se da semejante baile de cifras. Y sobre todo, qué podemos extraer de los datos epidemiológicos con los que contamos.

En primer lugar, puede ser que estemos ante estudios prácticamente inconmensurables, puesto que la definición que se da al objeto de estudio a menudo resulta disímil. De tal modo que, en su categorización podemos leer acepciones tan dispares como "el deseo y consumo intencionado de sustancias que el consumidor no define como alimentos" (Young et al., 2010, p. 144), "el consumo compulsivo diario de alimentos o elementos no alimentarios que no forman parte de la dieta o preferencias habituales" (Barton et al., 2019, p. 72) o "el consumo deliberado de sustancias que no están culturalmente definidas como alimentos" (Golden et al., 2012, p. 1). Puede que, tal y como venimos sosteniendo, este sea uno de los

⁷⁸ De hecho, algunos autores defienden una relación inversa, es decir, que la anemia en estos pacientes puede ser debida a síndromes de mala absorción provocados por la ingesta de sustancias no aptas para el consumo humano (Hooda & Henry, 2007).

principales motivos por los que resulta difícil estimar cuál es la prevalencia real de la Pica. De hecho, si nos atenemos al fenómeno Pica más estudiado, la *geofagia*, dentro de un área cultural concreta, las tasas de prevalencia no presentan tantas oscilaciones; algo que quizás sea debido a que categorías como "tierra" o "arcilla" son más fácilmente aprehensibles que "no-alimento" o "no-comestible".

Igualmente, puede que estemos intentando comparar fenómenos de diferente naturaleza, puesto que probablemente no sea lo mismo el niño que come arena en el patio de la escuela, que la embarazada africana que consume *calabachop*⁷⁹ o el paciente psiquiátrico que ingiere la tierra de las macetas. Es decir, equiparar consumos o ingestas sin valorar el contexto social, las posibles motivaciones y los significados que los agentes asignan a sus prácticas puede suponer también un error metodológico.

Por otra parte, se suele incidir en que la Pica "no está circunscrita a un área geográfica, etnia, género, cultura o clase" (Mortazavi & Mohammadi, 2010, p. 644). Sin embargo, como hemos visto, sus modalidades y el interés médico que suscita es distinto en relación con cada una de estas condiciones sociales; tal es así que, por norma general, cuando se habla de *pagofagia* los estudios suelen centrarse en pacientes anémicos, cuando se trata de consumo de tierra suele mencionarse a embarazadas africanas o niños árabes y cuando la Pica es estudiada en países industrializados aflora el colectivo inmigrante o los pacientes psiquiátricos.

Además de esto, en lo que respecta a la *geofagia*, muchos autores insisten en que es "más frecuente en países subdesarrollados que en desarrollados, entre pobres que entre ricos, entre negros que entre blancos, entre embarazadas que entre no embarazadas, entre niños que entre adultos" (Lacey, 1990, p. 31). Una consideración que contrasta con la de aquellos que aseguran que "incluso las personas con educación universitaria, un grupo con estilos de vida más comparables a las personas de los países desarrollados, también participan en la práctica de la pica" (Mensah et al., 2010, p. 285).

⁷⁹ El *calabachop* es el nombre de una arcilla blanca de consistencia crujiente consumida en Guinea Ecuatorial por mujeres embarazadas y mujeres en general, también entre niños. Se trata de una variedad de caolín tradicionalmente importado de la región de Calabar en Nigeria, donde se la conoce como *calabash*, *nzu* o *ndom*. Su consumo se extiende a otros países de la zona como Ghana, Benin o Camerún, en los que también se consumen otro tipo de tierras y arcillas.

Pero entre tanta disparidad, aun no existiendo datos concluyentes en cuanto a su impacto negativo para la salud, en lo que casi todas las investigaciones coinciden es en señalar la necesidad de erradicar estas prácticas; lo cual parece ser el motor de muchos de estos estudios.

También se informaron muchos mitos y concepciones erróneas asociadas con la práctica de la pica en estas comunidades (Abu et al., 2017, p. 297); La prevalencia de la pica en los sujetos sugiere que se debe educar a las mujeres embarazadas sobre los posibles efectos negativos de la pica en la madre y el feto (Boadu et al., 2015, p. 40); La alta tasa informada de pica en esta muestra indica que se debe realizar un cribado de la pica en mujeres embarazadas de origen mexicano y se les debe informar sobre los posibles efectos graves en el feto y la madre (Simpson et al., 2000, p. 20); Debería prohibirse la venta de arcillas geofágicas entre los productos alimenticios en los mercados de alimentos para evitar alimentar la idea engañosa de que las arcillas geofágicas son nutraceuticas (Kimassoum et al., 2023, p. 5).

Aun así, algunos pocos defienden la inocuidad de la práctica, señalando que "el volumen y el contenido de las sustancias de la pica son los principales problemas de preocupación [...] la ingestión de pequeñas cantidades es un hábito inofensivo" (Lacey, 1990: 32). En cualquier caso, las investigaciones invitan a pensar que es posible que su práctica esté disminuyendo a nivel global (Henry y Cring, 2013; Feldman, 1986).

Por último, queremos concluir que más allá de sus divergencias, la epidemiología confirma que el consumo de no-comestibles no es ningún mito sino una realidad que no se circunscribe solamente a "países subdesarrollados". Aunque sigamos sin saber si debe ser tomada como una patología o en qué medida la naturaleza del fenómeno es la misma en los diferentes casos estudiados.

COMIENDO COSAS DE NO COMER

Paisaje general de la Pica: más allá de los grupos de riesgo

Tal y como hemos visto, la Pica aparece históricamente asociada a unos mismos grupos de riesgo. En un inicio, a partir del s. XVI, asimilada como un proceso patológico propio de mujeres embarazadas, y casi simultáneamente, de adolescentes atacadas por la clorosis. Más adelante, en los textos médicos coloniales, en referencia a las enfermedades de los esclavos negros. A mediados del siglo XX, encarnada en los niños intoxicados por plomo. Finalmente, asociada a los enfermos mentales. Puede que fruto de esta genealogía, no solo la epidemiología sino también la antropología, hayan situado su interés casi exclusivamente en estos grupos sociales; con excepción de los esclavos negros y las jóvenes cloróticas. Razón por la que disponemos de muy poca información relativa a la presencia de comportamientos alotriofágicos en hombres adultos, ancianos o población general.

Conscientes de esta carencia, en este capítulo queremos centrar nuestra atención en esas otras personas a las que las investigaciones acerca del consumo de no-comestibles no suelen hacer alusión. Queremos comprobar hasta qué punto estamos ante una práctica exclusiva de

unos determinados grupos sociales o más bien de un fenómeno generalizado; más o menos invisibilizado.

Para ello, lo primero que necesitaremos será encontrar individuos que con más o menos asiduidad coman este tipo de cosas; a priori, algo aparentemente sencillo. De ahí que nuestro primer impulso haya sido salir a la calle en busca de informantes que coman sustancias y productos "extraños" o que lo hagan de forma inusual; tales como papel, cal, tierra, harina, espuma de tapizar, arroz crudo, pelo, etc.; artículos todos ellos que aparecen recurrentemente en los reportes epidemiológicos y en los estudios de casos clínicos que hemos consultado. Sin embargo, enseguida nos percatamos de que abordar a desconocidos (y a conocidos) con preguntas tan inoportunas como "¿usted come cosas que no son comida?" o "¿usted come tierra?", puede que no sea una buena idea, cuando no algo manifiestamente ofensivo.

De igual modo, no nos será posible acudir a establecimientos de comida en los que se vendan o se sirvan este tipo de cosas. Una estrategia de la que bien podríamos hacer uso, por ejemplo, en el caso de estar estudiando las connotaciones sociales de la dieta vegana; para lo que bien podríamos acudir a cierta categoría de tiendas o restaurantes en busca de consumidores.

En el mismo orden de cosas, no tenemos constancia de la existencia de ninguna celebración popular, club gastronómico, asociación de consumidores o industria dedicada a la producción o distribución de no-comestibles para su uso alimentario; algo que de forma manifiesta supondría un enorme contrasentido.

Por último, tampoco podemos acudir al escaso número de personas diagnosticadas de Pica, ya que con toda probabilidad serían pacientes que figurarían dentro de alguno de los grupos de riesgo citados, por lo que nuestro trabajo ya no partiría de una cohorte de población general.

Por lo tanto, ante esta sobrevenida dificultad metodológica, debemos encontrar otra fórmula para abordar el problema. Para ello hemos optado por la realización de una pequeña encuesta a través de internet, elaborada a partir del diseño de un breve cuestionario anónimo acerca del consumo de no-comestibles que ha sido remitido a contactos próximos, que a su vez han reenviado a un número limitado de conocidos.

El propósito es doble. Por un lado, pretendemos que dicho estudio nos proporcione un paisaje general, más allá de los mencionados grupos de riesgo, acerca del consumo de no-comestibles en términos cuantitativos. Por el otro, esperamos que nos permita establecer

contacto con aquellos participantes de la muestra que hayan declarado llevar o haber llevado a cabo alguna práctica alotriofágica y deseen ser entrevistados en profundidad. Para ello, a la conclusión del estudio, y preservando en todo momento su anonimato, hemos remitido un segundo email a todos los encuestados invitándolos a colaborar en nuestra investigación.

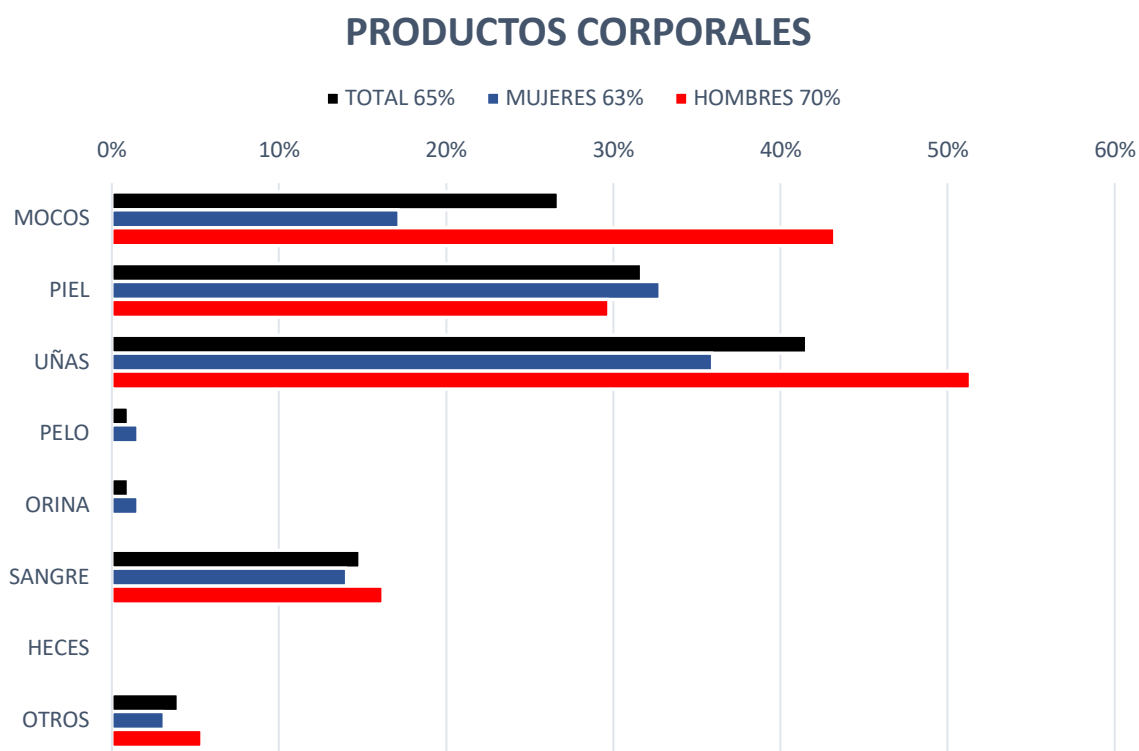
La encuesta

El cuestionario ha quedado conformado por una lista de 12 preguntas relativas al tipo de sustancia consumida, la frecuencia de los consumos, la etapa de vida en la que estos se han producido, el grado de compulsividad, el de ocultación, el estado de salud, la percepción subjetiva de enfermedad y la recompensa sensorial o psicológica obtenida. (Anexo I)

Probablemente, la dificultad mayor en su diseño haya sido la elección de los materiales y sustancias no-comestibles entre las que los participantes debían elegir. Para ello se ha realizado una revisión pormenorizada de los ítems más habituales mencionados en la literatura médica existente. A su vez, estos se han dividido en tres grupos: materiales o productos, ingredientes comunes sin procesar y partes o excrecencias corporales. En el primero de ellos hemos incluido: *papel, gomaespuma, jabón, cola/pegamento, tierra, almidón, tiza/yeso, plástico, metales, lana, pasta de dientes, algodón, ceniza y otros*. En el segundo: *legumbres crudas, hielo, pasta cruda, harina, alcohol sanitario, cáscaras de huevo, granos de café y otros*. En lo relativo a partes corporales se han hecho constar las siguientes opciones: *mocos, pelo, uñas, piel, sangre, heces y otros*.

En el estudio han participado un total de 101 personas, de las cuales el 63,3% eran mujeres y el resto hombres (el cuestionario no ha obtenido respuestas de otros géneros). La edad media de los participantes, todos mayores de edad, es de 41,2 años, entre un rango de edades que oscila entre 20 y 77 años, siendo mayoritariamente individuos de mediana edad. Respecto a su formación académica, un 83% declaran tener estudios superiores, un 7% bachillerato y un 10% formación profesional. El ámbito geográfico al que se ha restringido el estudio han sido las comunidades autónomas de Aragón y Cataluña, en el nordeste de España.

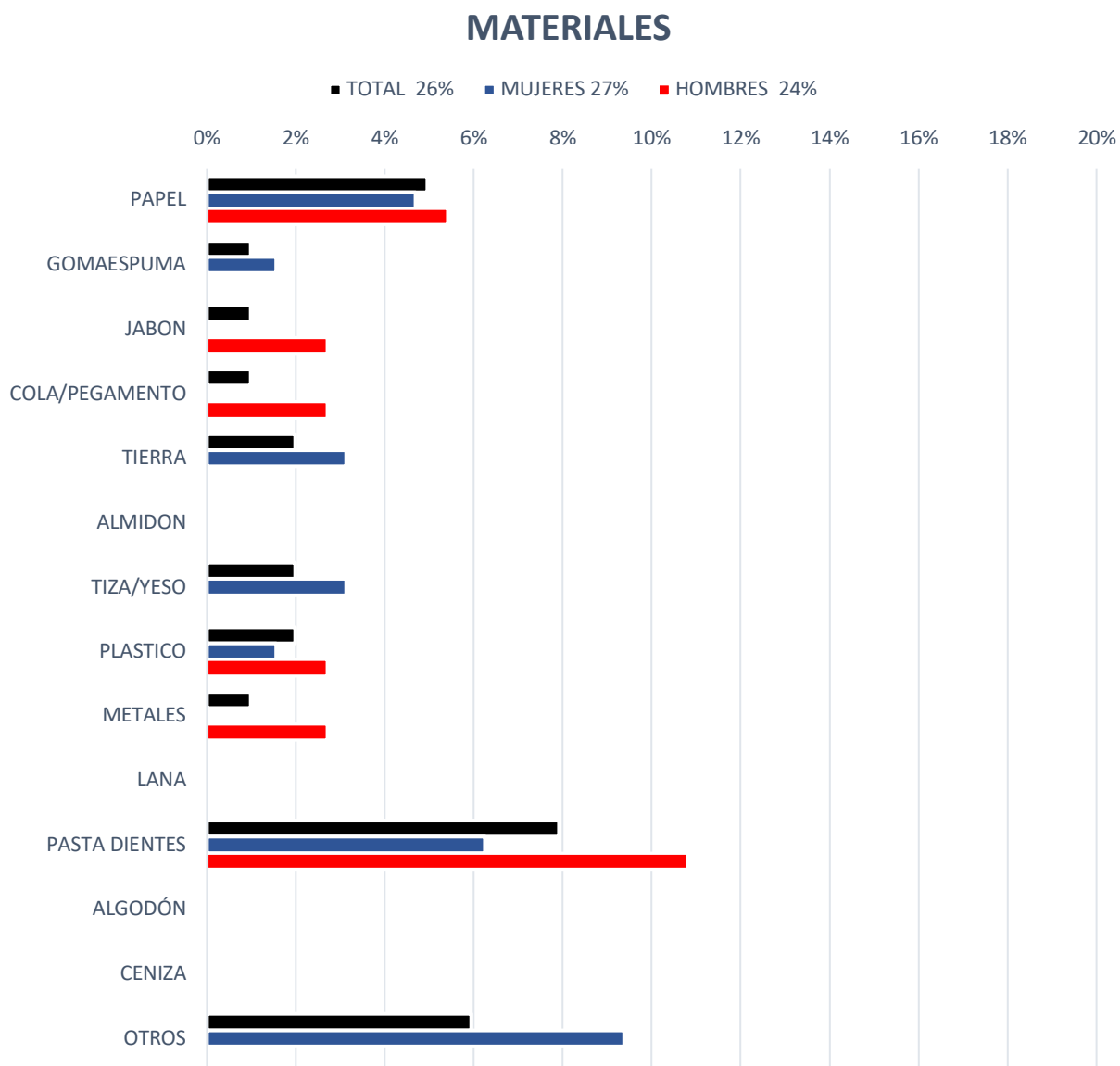
Los datos recabados arrojan una tasa de prevalencia del 65% respecto al total de encuestados en el consumo de partes o excrecencias corporales⁸⁰; un 70% de los hombres y un 63% en el de mujeres. Siendo esta modalidad la más habitual de entre las tres categorías de ingestas establecidas para este estudio. Los consumos mayoritarios son de uñas (42%), piel (32%), mocos (27%) y sangre (15%). Desagregados por género los datos resultan parejos, salvo en el caso de la ingesta de mocos que es ostensiblemente mayor entre hombres (43%) que en mujeres (17%).



En el caso de materiales o productos no comestibles, las ingestas más acostumbradas son pasta de dientes (8%) y papel (5%). En cómputos globales, el consumo de materiales y productos es reportado por el 26% de los encuestados. No se observan diferencias

⁸⁰ Hay quien ha designado a esta modalidad, en la que se ingieren partes o productos corporales, con el nombre de *autofagia* (Macbeth et al., 2008); que podría traducirse como "comerse a uno mismo". Haciendo una lectura muy estricta, se podría considerar una forma de canibalismo.

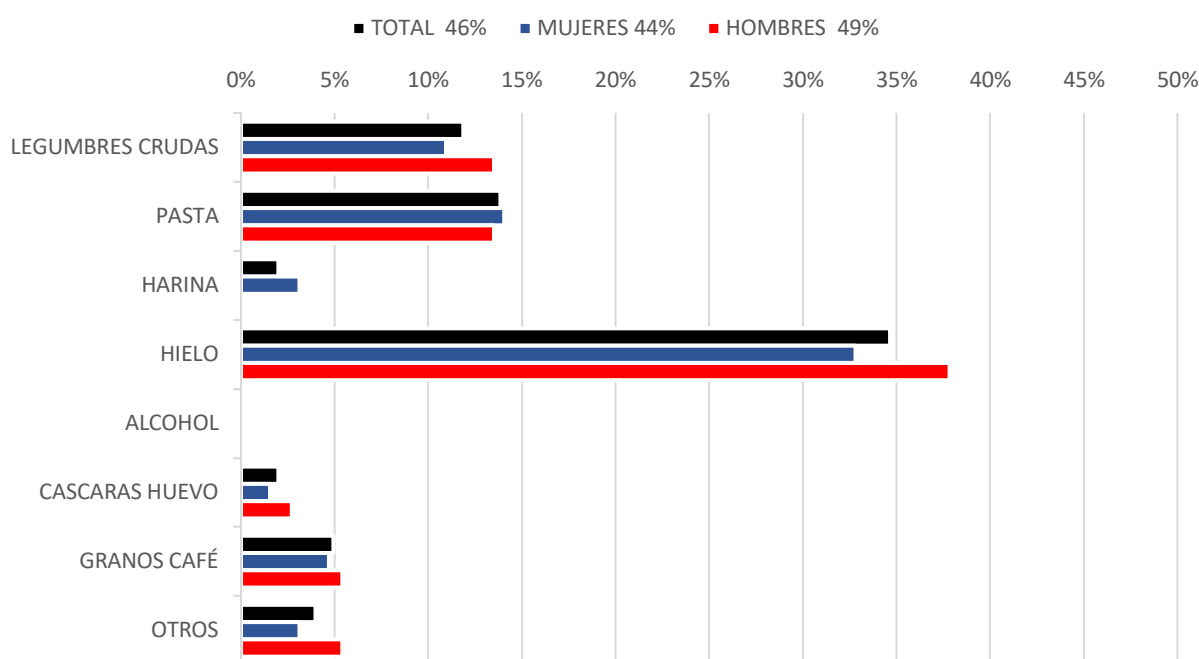
substanciales en cuanto a sexos, salvo en el caso de la tierra⁸¹ y el yeso, en las que solo encontramos mujeres. Aparte de esto, destaca la elevada tasa que arroja la categoría "otros materiales" en el caso de mujeres, siendo nula en el caso de hombres.



⁸¹ Constatamos que el consumo de tierra o arcilla entre los encuestados ocupa una posición marginal, en contraste con los datos epidemiológicos aportados por otros trabajos dedicados a la geofagia, todos ellos en África y Latinoamérica (Gundacker et al., 2017; Young et al., 2010; Katz, 2008; Ferrell, 2008). Esta razón nos lleva a pensar en que esta práctica haya podido ser abandonada en países como España a lo largo de los últimos siglos. Incidimos en el hecho de haber sido abandonada, puesto que disponemos de referencias documentales que nos hablan de que en el pasado estuvo vigente (Laufer, 1930; Hunter, 1973; Michaelis, 1921).

Por último, en cuanto a las ingestas de ingredientes comunes no procesados los datos muestran una prevalencia del 46%. Siendo los ítems más habituales el hielo⁸² (35%), la pasta cruda (14%) y las legumbres crudas (12%). Al igual que en las anteriores categorías, las cifras son similares para ambos géneros. Otros artículos escogidos con mucha menos frecuencia han sido harina y granos de café.

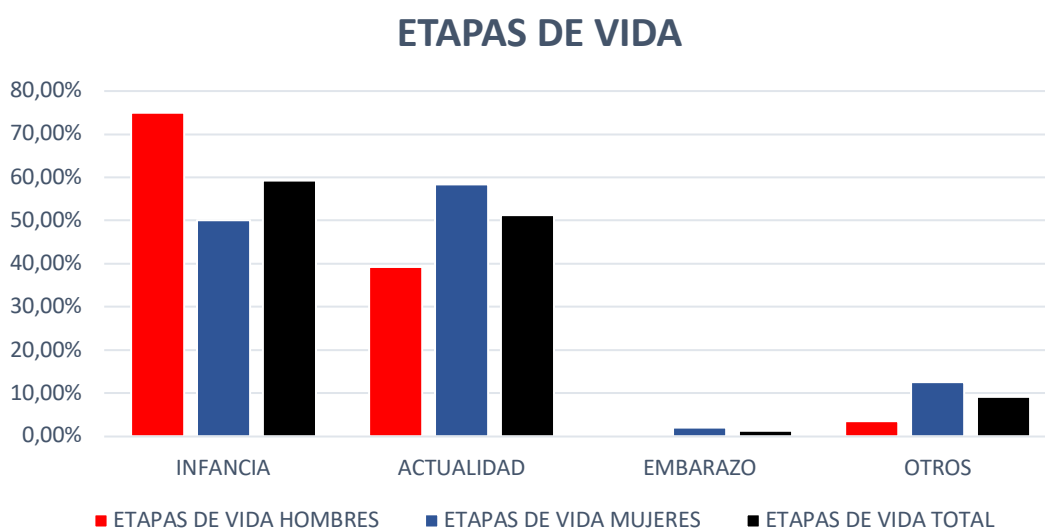
INGREDIENTES NO PROCESADOS



Tomando las tres categorías en conjunto, ninguno de los participantes declara consumir o haber consumido cosas como almidón, lana, heces o ceniza; sustancias que si aparecen en los estudios consultados para la elaboración de nuestra lista. Además, y contrariamente a lo que en ocasiones señala la literatura médica, no encontramos diferencias sustanciales en cuanto a la prevalencia para el consumo de no-comestibles entre hombres y mujeres en ninguno de los tres bloques.

⁸² En este apartado, la *pagofagia* o ingesta de hielo es la práctica más habitual. No obstante, la elevada tasa arrojada, nos hace sospechar sobre el tipo de uso al que pueden estar refiriéndose los encuestados. La *pagofagia*, práctica catalogada como Pica sobre la que existen algunas revisiones (Parry-Jones, 1992) y estudios epidemiológicos (Barton et al., 2019; Reynolds et al., 1968), no deja de resultarnos una categoría de Pica especialmente confusa y contradictoria.

Un aspecto relevante a la hora de interpretar los datos es la etapa vital en la que se enmarcan estas prácticas. Podemos sospechar que conforme los individuos van asumiendo una serie de normas sociales, este tipo de consumos deberían ir decreciendo; de hecho, la mayoría de los encuestados con comportamientos alotriofágicos, un 60%, los sitúan durante la infancia. Sin embargo, un nada despreciable 52% afirma llevarlos a cabo en la actualidad, durante su edad adulta. Igualmente, el porcentaje de hombres que han abandonado este tipo de consumos en el tránsito de su infancia a su edad adulta es mayor que el de mujeres; el cual, tal y como muestra nuestro estudio, crece ligeramente. Respecto a su relación con el embarazo, solo una de las sesenta y cuatro mujeres incluidas en la muestra declara haber tomado algún no-comestible durante el periodo de gestación, aunque desconocemos cuántas de ellas están o estuvieron embarazadas.



Otra variable a tener en cuenta es la frecuencia que los participantes asignan a sus consumos. Los datos obtenidos señalan que en mayor medida se trata de una práctica ocasional, en el 68% de los casos; en comparación con el 17,3% de los participantes que declaran hacerlo o haberlo hecho de forma diaria, o el 14,6% semanalmente.

En relación al grado de compulsividad, asunto que desde el punto de vista médico suele ser concomitante a la ingesta de no-comestibles, hemos preguntado a los participantes si "son capaces de no hacerlo", a lo que el 19% han respondido que no, respuesta algo más habitual entre mujeres (23%) que entre hombres (11%); por lo que en la mayoría de casos estaríamos ante un comportamiento consciente y voluntario.

Por último, en cuanto a la voluntad de ocultación de la práctica, un aspecto habitualmente asociado a la Pica y al que a menudo se atribuye su infradiagnóstico, un 29% declaran una intención positiva de ocultamiento, siendo una actitud más habitual entre los hombres.

Si bien nuestro modesto estudio cuantitativo presenta ciertas limitaciones metodológicas, como la elección del tamaño muestral o su realización mediante cuestionarios online, lo cual nos obliga a ser precavidos en la interpretación de los datos, la información obtenida nos permite dibujar un esbozo preliminar.

En primer lugar, en mayor o menor medida, parece que el consumo de no-comestibles no es algo inhabitual entre la población general de un país europeo como España. Nuestro estudio muestra unas tasas de prevalencia nada desdeñables; de un 52% de personas adultas que manifiestan consumir no-comestibles, entre los que un 17,3% declaran hacerlo o haberlo hecho de forma cotidiana.

Datos semejantes a los que arrojan los dos estudios existentes acerca de la prevalencia de comportamientos Pica en población general. El primero, de Andreas Hartmann, realizado mediante encuestas online a 78 adultos alemanes, de los que un 69,23% declaraban consumir artículos calificados como no-comestibles por ellos mismos; y entre los que solo un 10,26% mostraron algún interés por recibir ayuda psicológica (Hartmann, 2019). Y el segundo, realizado en Madagascar sobre una muestra de 760 personas compuesta por niños, adolescentes y adultos, que aporta unas tasas del 53,4% para el consumo de diferentes tipos de tierra, del 85,2% para la amilofagia y del 19,0 % para materiales como la tiza, el carbón y la ceniza (Golden et al., 2012).

De igual modo, comprobamos que este tipo de consumos no aparecen necesariamente asociados a ninguna psicopatología. Ni tampoco, aunque en ocasiones pueda darse, a ningún propósito medicinal, ritual o nutricional; por lo que es necesario sondear factores organolépticos en relación con determinados sabores, aromas y texturas, o del orden de la identidad social, como la clase, el género, la edad

Las entrevistas

En los meses posteriores a la realización de nuestro estudio cuantitativo hemos tenido la oportunidad de conversar con alguna de las 75 personas que declararon consumir alguna

sustancia no-comestible y mostraron su interés en colaborar con nuestra investigación. Debido a las restricciones de movilidad derivadas de la situación médica y social provocada en 2020 y 2021 por el COVID-19, la mayor parte de las entrevistas fueron realizadas a través de videoconferencia.

En total, hemos entrevistado a 6 mujeres y 3 hombres, con edades comprendidas entre los 33 y los 50 años, nacidos de España y residentes en Cataluña y Aragón. Todas las personas que respondieron a nuestro llamamiento poseen estudios superiores, con profesiones como trabajador social, médico, maestro de primaria o investigador postdoctoral.

Una de ellas, a la que llamaremos Estrella, mostraba su sorpresa ante nuestro estudio. Reacción que, de una o de otra manera, pudimos advertir en muchos de los entrevistados. "Pensaba que lo hacía todo el mundo. Nunca había sido consciente de esto". Igualmente, muestra su extrañeza ante las cosas que otras personas pueden llegar a consumir.

En la encuesta me chocó que la piel o la sangre, que son como algo que para mí es muy natural, y sin embargo, el resto de cosas que aparecían no lo eran. Vi que había opciones que me resultaron mucho más chocantes, cosas que yo no haría nunca en la vida [Estrella, 41 años].

Estrella come *crostas*⁸³, y lo hace habitualmente, o más bien cuando las tiene disponibles, es decir, cuando su cuerpo las produce. "Las crostas son cuando tienes una rascada que se pone la sangre seca, las cortezas. Me las arranco, las meto en la boca y me las trago. Incluso puedo jugar con ellas en la boca" [Estrella, 41 años].

Aunque nos asegura que nunca se ha autoinfringido una herida para poder proveerse de ellas, reconoce que cuando sufre algún leve accidente o rasguño, sus heridas tardan muchísimo tiempo en sanar. "Yo recuerdo las picaduras de mosquito del verano, de rascármelas mucho, todo el tiempo, rascármelas hasta hacer sangre, que hacía que me saliera una costra, y me pasaba el verano rascándomelas" [Estrella, 41 años].

Tal y como lo relata, se asemeja a un ciclo de producción y consumo; de producción y consumo de *crostas*. La herida produce una *crosta*, que al ser arrancada provoca una nueva

⁸³ Palabra catalana, su traducción al castellano es costra. El término se utiliza para referirse a la superficie endurecida, con apariencia de corteza, que se forma en las heridas, llagas y granos cuando se van secando.

hemorragia y como consecuencia una nueva *crosta*. Algo que Estrella, a sus 41 años, asegura que ha hecho "desde que tengo uso de razón". Un comportamiento del que es plenamente consciente que pone en práctica de "forma muy normal y muy natural" sin esforzarse en ocultarlo.

El otro día precisamente estaba en una reunión con mi jefa nueva, que supongo que yo debería estar nerviosa en ese momento, y tenía una costra aquí en el brazo, y sin darme cuenta me la arranqué, me empezó a sangrar, y me metí el brazo en la boca directamente para chupar la sangre, y de repente me di cuenta que esa señora me estaba mirando [risas] [Estrella, 41 años].

Ni Estrella ni el resto de entrevistados han sido diagnosticados de algo llamado Pica o cualquier otro trastorno psiquiátrico. Ni tampoco se les ha pasado por la cabeza acudir al médico por esto. Aunque en el caso de Luna, una barcelonesa de 35 años, su pareja y sus allegados insisten en que debe dejar de hacerlo.

O sea, me ocurre que las personas que están conmigo me dicen: '¡Venga, Luna, deja de morderte los dedos, tía! ¿No?' Mi pareja, mi madre... Y me acuerdo también de mi padre de pequeña, darme tortas en las manos, de no te muerdas. [...] Mi madre alguna vez me ha invitado a ir [al médico], en plan que hay aceites y movidas que te dan para que no te muerdas, porque son amargas y no sé qué, pero lo he ignorado [Luna, 35 años].

Luna come *padrastrós*⁸⁴; también un producto corporal. Lo hace diariamente desde los doce años. "Los padrastrós, los mordisqueo con las paletas, los voy deshaciendo en trozos más pequeños. Y luego, aunque no es un proceso consciente, o lo escupo o me lo trago" [Luna, 35 años].

En su caso, aunque asegura que es capaz de no hacerlo, se hace patente una gran compulsividad; apreciable en expresiones como "me doy cuenta cuando ya me estoy

⁸⁴ También denominado *repeló* en Cataluña y *repelón* en Aragón. Se trata de pequeños pedazos de piel que se levantan de la carne alrededor de las uñas de las manos.

mordiendo" o "me encantaría dejar de hacerlo". Vivencia que contrasta con la de Estrella, quién experimentaba sus consumos de *crostas* con gran naturalidad.

Aparte de las sensaciones satisfactorias que se deriban de su masticación e ingesta, Luna refiere que "me da mucha rabia tener irregularidades, entonces me las arranco". Según ella, puede guardar una estrecha relación con su carácter perfeccionista, apreciación también mencionada por Félix, otro de los entrevistados que se come las uñas y para el que el mayor placer es "como de que me estoy limpiando, que no me moleste, que estén los dedos bien. El placer es que me queden los dedos bien" [Félix, 34 años].

Sin embargo, aparte del deseo de una higiene u orden particular que se da en estos dos casos, estos productos corporales acaban siendo masticados, saboreados o ingeridos, al igual que sucedería con cualquier alimento, con un chicle o con un snack. Un comportamiento al que atribuimos cierta cualidad definitoria del acto; puesto que, si se tratara tan solo de mantener un sistema de orden, perfectamente se podría prescindir de estas acciones.

Muy diferente sería el caso de Aurora, una técnica de laboratorio que se presenta como una sibarita de las uñas. Hasta el punto de que asegura haber llegado a probar las de su novio e incluso las de su gato. O más bien, las de su gato e incluso las de su novio, según ella.

Por saber que textura tenía, si era como la de un humano, la he llegado a trocear con los dientes incisivos para notar el crack, crack, crack. Y es muy diferente a la de un humano. La textura, al menos. Es que las mías son muy suaves, y las suyas tienen como muchas capitas, como una cebolla pero muy dura, y son más como plástico. Las nuestras se pueden triturar bien y puedes hacer una bolita en la boca, pero con la de los gatos no. Incluso he llegado a probar una uña de mi pareja, pero la suya es mucho más dura. Y no me la he llegado a tragar porque no me gusta como acaba el proceso [Aurora, 33 años].

Aurora hace gala de una gran curiosidad por los sabores y las texturas, y por lo que nos comenta, no le da ni miedo ni asco el hecho de experimentar. Aparte de las uñas nos cuenta que de forma más ocasional consume *padrastrós* y *crostas*. Y que una vez probó "también la cera de las orejas, por curiosidad, pero al ser tan amargo es una cosa que he desechado. Además, me gustan las cosas sólidas" [Aurora, 33 años]. Igualmente, recuerda que de pequeña le gustaba comer mocos.

Nos percatamos de que todas las cosas que enumera son partes o excrecencias corporales, por lo que le preguntamos por qué ha elegido esos y no otros productos corporales que también se podrían comer. Ella responde que sencillamente "son sólidos y los puedo morder. El pelo, por ejemplo, sí que lo he chupado, sí que lo he mordido, pero no tiene una textura que me guste; además porque el pelo no me causa ninguna curiosidad" [Aurora, 33 años].

De igual modo, al interesarnos por los factores que motivan sus prácticas alotriofágicas, no reporta ni compulsividad ni ninguna intención nutricional, sino que detalla toda una serie de sensaciones que le resultan placenteras. Tales como "me gusta triturar bien la uña entre mis dientes", "la sensación esa crujiente" o "con las crostas te podría decir que depende del sabor".

Con todo esto, ante el florido ejemplo que nos proporciona Aurora, nos preguntamos que percepción tiene ella acerca de este tipo de prácticas. Si le avergüenzan, si las oculta a los demás, si piensa que entrañan algún tipo de comportamiento anormal. "Bueno, a ver, yo no conocía que había un trastorno de la Pica y que consistía en todo esto. Fue a través de tu llamamiento que me di cuenta de que no es algo tan fuera de lo común, sino que igual hay más personas" [Aurora, 33 años].

Y es que, repasando nuestras transcripciones, ninguno de los informantes había oído hablar de la existencia de un trastorno médico llamado Pica. Aunque si que fueran más o menos conscientes de la existencia de una sanción social. Una normatividad social y alimentaria que ni es exclusivamente médica ni tampoco unívoca, sino que se agudiza o se atenúa en función de factores como la edad, el género o la situación social.

Ramón, otro de nuestros entrevistados, nos deja una serie de observaciones buenas para pensar.

Los mocos los dejé bastante tarde, igual con 10 o 12 años. O con 14, pero imagínate, con 14 era ya algo que hacías a escondidas [Ramón, 45 años].

Lo tengo asociado al deleite. Aunque ahora me da asco el pensar en comerme un moco. Pero pienso que entonces si que lo tenía asociado al placer [Ramón, 45 años].

Los mocos saben salados, están bien buenos. Los mocos son muy salados, bueno, ese es el recuerdo que tengo, hace años que no me los como. Ahora me los podría comer pero si me pagaran; gratis no [Ramón, 45 años].

Yo estoy seguro de haber oído que los mocos eran como la caca o como el pis. Cosas que el organismo expulsa y son deshechos. Desde ese punto de vista yo asumí que era perjudicial; y que yo tenía que parar de comerme los mocos [Ramón, 45 años].

Ramón comía mocos⁸⁵, y por lo visto, le gustaba mucho hacerlo. De hecho, continuó haciéndolo hasta una edad que él mismo considera inapropiada; por lo que comenzó a ocultarlo a los demás, para finalmente acabar abandonando su práctica. Aún con todo y con eso, en las palabras de Ramón y en la forma cómo lo cuenta, apreciamos una añoranza, e incluso la perduración de cierto deseo; en aparente contradicción con el rechazo que él mismo refiere hacia esta práctica, patente en expresiones como "ahora me da asco el pensar en comerme un moco" o "me los comería pero si me pagarán". Un rechazo que reforzó haciendo uso de la noción de insalubridad; "asumí que era perjudicial; y que yo tenía que parar de comerme los mocos" [Ramón, 45 años].

En este caso, vemos cómo ante una práctica inapropiada para una determinada edad, el asco y el miedo actúan como condicionantes ante la preminencia de la sanción social, por lo que la práctica acaba siendo abandonada. Ramón ya no quería ser un niño, por lo que dejó de hacer cosas propias de niños; para el caso, comer mocos. No obstante, ahora se come las uñas; hábito que, al contrario de lo sucedido con los mocos, adquirió al hacerse mayor. "Las uñas yo creo que empecé por imitación, por ver a mi hermana mayor, porque era una persona que respetaba, por querer parecerme a esa persona. Lo de morderme las uñas debió empezar tarde, con la adolescencia o por ahí" [Ramón, 45 años].

Al igual que la edad; el género, la clase, la pertenencia étnica o cualquier otro tipo de condición social pueden actuar como freno o detonante para una determinada práctica

⁸⁵ Paradójicamente, a pesar de tratarse de un hábito bastante común, contamos con muy pocos trabajos científicos sobre la *mucofagia* y la *rinotexilomanía* en humanos (Andrade & Srihari, 2001; Jefferson & Thompson, 1995; Wertheim et al., 2006; Portalatín, 2007). En uno de ellos, el de María Jesús Portalatín (2007), se señala que todos ingerimos diariamente una considerable cantidad de moco vía retronasal y que algunos estudios apuntan a que la mucofagia podría ser una práctica para nada perjudicial, sino todo lo contrario; un mecanismo de vacunación natural autoinducido.

alimentaria (Douglas, 1973; Bourdieu, 1988; Mintz, 1985; Garine, 1972). En el caso del consumo de no-comestibles, autores como Peter Gow (1989) o Wenzel Geissler (2000), dejan claro que la elección de aquello que nos llevamos o no a la boca trasciende con creces los límites establecidos por la nutrición o el hambre.

Dichos antropólogos han estudiado las prácticas geofágicas en América del Sur y África respectivamente. Tanto en algunas comunidades de la Amazonia como entre los Luo de Kenia, el consumo de tierra se convierte en un importante marcador de identidad social. En ambos ejemplos, la *geofagia* está restringida culturalmente en términos de género y edad⁸⁶, quedando terminantemente proscrita entre los hombres adultos, y a veces también entre las mujeres, mediante sanciones de carácter formal e informal; ya sea a través de comentarios estigmatizantes o advertencias sobre los supuestos peligros asociados a ella.

Mientras que los niños tienen que dejar de comer tierra para convertirse en hombres, a las niñas les ocurre lo contrario, porque 'ahora pueden quedarse embarazadas', es decir, se convierten en mujeres. [...] Con el aumento de la identidad de género, los niños y las niñas desarrollan actitudes opuestas hacia la tierra. Como dijo un niño 'las niñas comen más, así que yo dejo de hacerlo' (Geissler, 2000, p. 661).

En línea con lo expuesto, puede que el abandono o la adquisición del hábito aparezca también asociada a determinados procesos liminales y la asunción de nuevas identidades sociales (van Gennep, 2008; Turner, 1967; Leach, 1989). Una hipótesis que quedaría bien ilustrada en el caso de muchos de los grupos sociales a los que histórica y médicamente se ha atribuido la Pica, como adolescentes o embarazadas, en su tránsito hacia la condición de mujer o madre. O en el de los esclavos negros de la cachexia africana, a raíz de su nueva condición social en el contexto de la América esclavista. O incluso en el caso de los enfermos

⁸⁶ La antropóloga Jennifer Mathews en su obra *Chicle: The Chewing Gum of the Americas, from the Ancient Maya to William Wrigley* (2009), profundiza sobre la función identitaria del consumo de chicle, el cual, en términos nutricionales, al igual que la tierra, podría también caracterizarse como un no-comestible. Basándose en las crónicas del Descubrimiento explica que mascar chicle, látex extraído del árbol sapodilla o chicozapote, estaba permitido solo a niños y mujeres solteras en México y Centroamérica; y era también un signo distintivo para las prostitutas aztecas.

psiquiátricos institucionalizados, en relación con su sobrevenido modo de vida, en el que, para algunos autores, el aislamiento social puede actuar como precursor de la Pica (Ashworth et al., 2009). Y es que, tal y como señala Julián López, "se comen cosas que definen al grupo y también se comen cosas precisamente para escapar, para salir de ese grupo y entrar en el siguiente" (López García, 2017, p. 13).

Otra de nuestras informantes, Natalia, comía masilla que rascaba de la pared. Y al igual que Ramón, fue dejando de hacerlo conforme se hizo mayor, antes de llegar a la adolescencia. Nos cuenta que,

era la masilla de entre las baldosas del baño, esa pasta blanca que une las baldosas. Cuando me iba a duchar, rascaba eso, salían tiras y las masticaba. La textura me daba mucho placer. Lo recuerdo ahora y puedo pensar en ese recuerdo de salivar, esa textura me fascinaba [Natalia, 50 años].

Pero aparte de la masilla, la entrevistada, como muchas otras personas con este tipo de comportamientos alimentarios, no limitaba sus ingestas a un solo un material o producto (Ali, 2001). Expresando sus reservas acerca de si se trata o no de un comestible, nos relata que también le gustaba comer el *marro* del café. "Marro es cuando tú has hecho el café en la cafetera italiana, el poso, me lo comía, me encantaba. '¡Ya hago yo el café!', les decía, y me iba a la cocina. Entonces cuando preparaba la cafetera, el poso me lo comía" [Natalia, 50 años].

Decíamos al comienzo de este capítulo, que más de la mitad de las personas encuestadas aseguraban comer o haber comido algún tipo de sustancia no-comestible, de las que un 65% elegían algún tipo de producto o excrecencia corporal. Pero además, dos terceras partes diversifica sus elecciones, no limitando sus consumos a un solo no-comestible. De tal modo, observamos que 55 de las 75 personas que respondieron afirmativamente en relación con el consumo de algún no-comestible citaban más de una sustancia.

Así pues, entre nuestros entrevistados, tenemos a Natalia, que comía masilla y *marro*; Aurora, uñas, *padrastrós* y *crostas*; o Ramón, mocos y uñas. Una tendencia, la de diversificar⁸⁷, que puede guardar relación con una actitud más proclive a experimentar con las posibilidades del entorno en términos alimentarios. Algo a lo que Fischler (1995) y Rozin (1976) denominaron *neofilia*, en contraposición a la *neofobia*, caracterizada por la reserva y la precaución. Y que entendemos que, de ser así, debería tener su correlato en la dieta ordinaria de los afectados.

Sin embargo, la tónica general en cuanto a la dieta ordinaria de las personas entrevistadas es bastante común, en las que no somos capaces de apreciar ninguna anomalía o hecho discordante respecto a la generalidad. Lo único que algunos de ellos coinciden en manifestar es el rechazo hacia los preparados elaborados a partir de vísceras animales y cierta propensión hacia las consistencias crujientes.

No le hago muchos ascos a la comida, me encanta comer, pero sí que tengo comidas que no toco, por ejemplo, el hígado. Todo lo que es casquería en general, vísceras, cerebro, ojos... esto no, lo rechazo de pleno. No lo como nunca. El hígado tampoco, no me gusta. ¡Uy! ¡Las gallinejas!, solo de verlas me pongo mala [Luna, 35].

Y lo que sí que destacaría es que me gusta mucho la comida crujiente, de textura crujiente. Es algo que noto como muy característico. Para mí algo sabroso es algo que cruje [Natalia, 50 años].

Pero la verdad es que la presencia de ambas tendencias no nos llama especialmente la atención. Por un lado, porque conforme la alimentación humana se ha ido separando de la "zoofagia" (Millán, 1998), el rechazo hacia determinadas presentaciones y partes del animal se ha generalizado entre los consumidores⁸⁸. Y en segundo lugar, porque se sospecha que los

⁸⁷ Una modalidad, la de simultanear o alternar el consumo de diversos no-comestibles, a la que algunos autores se refieren como "generalizada", en oposición a "específica" (Ali, 2001). En nuestro caso, preferimos denominarla "diversificada", en oposición a "exclusiva".

⁸⁸ "La *sarcófagia*, en la que el origen animal del alimento queda encubierto al convertirse en materia cárnica, se contraponen a la *zoofagia*, en la que la sustancia comestible no oculta su origen y conserva la apariencia animal fácilmente reconocible. La primera es la tendencia actual que parece guiar las preferencias y el consumo de productos de origen animal clasificados como carnes" (Millán, 1998, p. 134).

seres humanos, al igual que por los sabores dulces, sienten cierta predilección "innata" hacia lo crujiente (Roudaut et al., 2002); asunto sobre el que la industria alimentaria ha patrocinado numerosos estudios.

De igual modo, teniendo en cuenta que las vísceras animales y muchos de los preparados que se elaboran con ellas, suelen caracterizarse por su consistencia viscosa o gelatinosa —lo contrario a crujiente— podemos sospechar algún tipo de vínculo entre la textura/consistencia y los rechazos alimentarios⁸⁹; que alguno de los informantes llega a explicitar de esta forma.

Los callos, por ejemplo, las vísceras, bueno claro, es que no las considero ni alimentos. Callos a la riojana... son manjares para otros, o riñoncitos, turmas, cerebro... Tienen una textura gelatinosa, aquí entrarían también las patas de cerdo. Alimentos que tengan una textura gelatinosa me da rechazo [Natalia, 50 años].

En otro orden de cosas, también hemos querido indagar en la biografía médica de nuestros informantes y su estado de salud actual, en busca de algún tipo de coadyuvancia con el consumo de no-comestibles, ya que algunos estudios lo asocian con la anemia, e incluso con afecciones renales (Orozco-González et al., 2019). Sin embargo, tan solo uno de ellos, Andrés, ha mencionado haber padecido algún episodio de anemia, durante la infancia.

Andrés come ocasionalmente mocos y uñas; pero nos cuenta que de pequeño también comía papel. "De pequeño podía comer cartulina o un trozo de folio. Cuando estaba jugando, pues te comías el papel. Lo masticaba y al final me lo tragaba" [Andrés, 45 años]. Igualmente, se comía los mocos y las uñas, consumos que a diferencia del papel, sigue manteniendo. "Las uñas me las como. Y los mocos también, lo de los mocos pocas veces, pero alguna vez si" [Andrés, 45 años].

⁸⁹ Mary Douglas, en su célebre *Pureza y peligro* (1973), se refiere a la condena o rechazo cultural que acostumbran a producir experiencias o cosas que conllevan dificultades a la hora de ser categorizadas. Lo que en nuestro caso se traduciría en una suerte de dicotomía entre sólido y líquido; en la que aquello que no es sólido ni lo suficientemente líquido para poder beberse y aquello que no es líquido ni lo suficientemente sólido para poder comerse (masticar), sería susceptible de generar repulsa. Éste podría ser el caso de las vísceras de animales; pero también el de la clara del huevo, algunos preparados como las papillas o determinados productos marinos, como las navajas, las ostras o la ortiga de mar.

Cuando cita el consumo de mocos lo hace como a regañadientes y sin entrar en detalles. Cosa que no sucede cuando menciona el hábito de comerse las uñas, en realidad, mucho más dañino para su salud, según él mismo. Así que le preguntamos si intenta ocultarlo a los demás y en qué situaciones. "No. Hombre, si estoy en una reunión, evidentemente, intento controlarme. Pero no. Bueno, si estoy trabajando y me están viendo intento no hacerlo. Pero lo de los mocos si que lo oculto" [Andrés, 45 años].

En realidad, aunque él no acabe de reconocerlo, se da un propósito de ocultación en ambos casos, aunque en diferente grado para las uñas que para los mocos. Actitud que nos hace recordar las palabras de Ramón, cuando significaba el consumo de mocos como una cosa de pequeños y el de uñas de mayores.

Andrés es el único de nuestros entrevistados que ha llegado a visitar un médico por este motivo. En su caso, por el hábito de comerse las uñas; aunque no fue exactamente él, sino sus padres, la razón de la visita. "Fui de pequeño y me dijo que no tenía mucha solución. Me dio como un pintaúñas que era amargo. Estuve un mes o así y no funcionó" [Andrés, 45 años].

Este tipo de tratamientos, de corte cognitivo-conductual, son mencionados en algunos trabajos dedicados a la terapéutica de la Pica (Sturmey & Williams, 2016; Kern et al., 2006); en gente que come uñas, cal, esponja, etc. En general, se trata de abordajes que presuponen un alto grado de ansiedad y compulsividad en el paciente, y que consisten en programas basados en la privación, la reeducación alimentaria o la resignificación de los actos del paciente. Y en ocasiones, en el uso de psicofármacos (Sánchez et al., 2013; Cardoso et al., 2021) e incluso de plantas medicinales (Shekarriz et al., 2021). Todos ellos, aplicados de forma puntual en casos de niños en los que la Pica aparece asociada a trastornos del espectro autista (TEA), trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) o pacientes con trastornos obsesivo-compulsivos (TOC).

Sin embargo, aunque Andrés y alguno de los participantes en nuestra investigación asocian la ansiedad y la compulsividad a su comportamiento, muchos otros mencionan estados del ánimo aparentemente contrapuestos, como pueden ser el relaxo o el deleite. Lo cual, en cierta medida, nos desconcierta.

Lo de los mocos no lo hago casi nunca. Y lo de las uñas lo hago cuando estoy muy relajado o cuando estoy muy nervioso [Andrés, 45 años].

Lo puedo hacer tranquilamente cuando miro la tele, estando relajada. Normalmente lo habría asociado a estar relajada, a estar en casa. Pero ya te digo, el otro día en una videoconferencia, que estaría nerviosa, también lo hice. Pero no tengo la sensación de hacerlo como un impulso nervioso [Estrella, 41 años].

El *DSM-5* (APA, 2014), en la caracterización que hace de la Pica, no hace referencia explícita a la compulsividad, aunque en gran parte de la literatura médica si que suele venir asociada. La presencia del factor compulsivo remite a la falta de autocontrol, lo cual resulta un argumento plausible para buena parte de la psiquiatría. Es decir, la idea de que alguien coma cosas extrañas, a falta de mejores explicaciones, es atribuida a una incapacidad patológica para domeñar sus impulsos. De modo que la compulsividad, juntamente con la noción de riesgo, viene a convertirse en una socorrida puerta de entrada para incluir este tipo de prácticas alimentarias dentro del catálogo de psicopatologías; a pesar de que tal y como se desprende de nuestro trabajo etnográfico, la compulsividad no necesariamente hace acto de presencia.

En relación con esto, cabe recalcar que a menudo se achaca el infradiagnóstico de la Pica tanto a la supuesta ocultación que hacen los afectados como a la falta de interés de los facultativos. Sin embargo, puede que simplemente estas personas no lo vivan como un malestar o no vean en ello un problema con la suficiente entidad como para acudir a un médico. Muy en consonancia con lo que reflejan los resultados de nuestro estudio, en el que en relación a una lista compuesta por 27 ítems, entre los que figuraban cosas como mocos, papel, cal, tierra o pasta cruda, se preguntaba: "¿Consideras que consumir este tipo de cosas es indicativo de padecer una enfermedad?"; a lo que el 67% de los encuestados respondieron que no.

De hecho, si analizamos detenidamente los momentos históricos en los que la Pica ha gozado de mayor protagonismo, asociados a enfermedades como la clorosis, la cachexia africana o el lead poisoning, comprobamos que en todos los casos aparecía asociada a algún tipo de riesgo, tanto para el cuerpo biológico como social (Douglas, 1988). Lo que nos lleva a pensar en que, para la medicina, la noción de peligrosidad deviene un criterio principal en el diagnóstico de la Pica. Un riesgo que probablemente hoy en día no se de en la misma medida, de ahí la poca atención médica que se le presta.

En otro orden de cosas, algo que suele descartarse en las publicaciones consultadas, tanto de carácter médico como etnográfico, es que la práctica venga motivada por el hambre. Y es que resultaría bastante extraño que en una sociedad caracterizada por la abundancia y en personas que tienen una situación solvente a nivel económico, se optara por el uso de no-comestibles para saciar el hambre.

No obstante, el consumo de no-comestibles atribuido al hambre ha sido documentado en periodos de guerra o hambruna en diferentes sociedades y momentos históricos, en relación con recategorizaciones alimentarias mediante las que determinados productos o sustancias (*famine foods*), que en condiciones normales quedan fuera del catálogo de comestibles, pasan coyunturalmente a formar parte de la dieta ordinaria⁹⁰; en ocasiones de modo permanente. Sea como fuere, ninguno de los informantes hace alusión al hambre, ni siquiera a un hipotético valor nutricional o micronutricional de los no-comestibles que consumen, por lo que sus prácticas no parecen tener ninguna intención en este sentido. No así el acto de experimentar, morder, chupar, masticar, saborear, deshacer en la boca o tragar.

Supongo que es la textura dura, más que ingerirlo, me gusta morderlo. Me gusta triturar bien la uña entre mis dientes, sobre todo en la parte delantera, y sentir como las despedazo por dentro. Y de la crosta igual, la sensación esa crujiente también me reporta cierto placer. Es la textura-consistencia [Aurora, 33 años].

Tendría 4 años a lo mejor. Si, de "qué buenos están los mocos, ¡eh!" El sabor saladito. Me parecía que era una cosa accesible. Pero no podía ser un moco baboso, tenía que ser un moco sequillo, más bien duro [Silvia, 45].

Está muy relacionado con la textura. Un placer sensorial. En la boca, ese crujir, porque en ese caso no era el aroma, el placer no era aromático o de sabor, era un placer de textura. Recuerdo de hacerlo con los dientes de delante, masticar [Natalia, 52 años].

⁹⁰ Algunos ejemplos documentados son el consumo de serrín y raíces (Matalas y Grivetti, 2008), de tierra (Katz, 2008), el de algunas "malas hiervas" (Minnis, 1991) o animales de compañía (Medina, 2008).

Alguno de los informantes entrevistados no llega a ingerir las sustancias que se lleva a la boca, aunque la mayoría sí. A este respecto, queremos puntualizar que posiblemente la acción de ingerir o tragar haya sido asimilada culturalmente (hasta donde llega nuestro conocimiento etnográfico) como el desenlace natural e ineludible de toda práctica alimentaria, dada la enorme carga simbólica que conlleva el hecho explícito de incorporar una sustancia ajena al propio organismo; hasta el punto de haber eclipsado otros actos fisiológicos implicados en la alimentación. Una percepción que puede haber quedado reforzada por la preponderancia socialmente adquirida por el paradigma nutricionista, que implícitamente asimila la alimentación al acto de ingerir (Scrinis, 2021; Coveney, 1996).

Así pues, cuando pensamos la alimentación solemos pensar en nutrirnos, y cuando pensamos en nutrirnos, en ingerir o tragar algo. Sin embargo, con toda la precaución que merece el asunto, queremos mostrar nuestras reservas. Ya que, aparte de todos los hechos sociales que rodean a la alimentación, hay comestibles que simplemente se chupan; u otros que se mastican y que luego se escupen; o situaciones en las que tan solo se saborea o se cata un producto o ingrediente, sin llegar a tragarlo, y sin que por ello el acto pueda ser excluido de las prácticas alimentarias.

En el caso de la alotriofagia, no siempre las personas llegan a ingerir las cosas que se llevan a la boca; a veces, tan solo las manipulan oralmente con el objetivo de procurarse algún tipo de sensación corporal placentera. Por lo que entendemos que al igual que somos capaces de separar, en el caso de los seres humanos, la sexualidad de su función reproductiva, deberíamos poder aislar la alimentación de su función nutricional. Una idea que Roland Barthes deja entrever cuando afirma que "alimentarse es una conducta que se desarrolla más allá de su propio fin, que reemplaza, resume o señala otras conductas, y es ahí donde se convierte verdaderamente en un signo" (Barthes, 2006, p. 220).

Pero llegados a este punto, queremos volver al caso de Natalia y las dudas que expresaba acerca de si el *marro* del café es o no un comestible; más allá de que el café sea un comestible común en forma de infusión⁹¹. La interpelamos para que nos aclare si sería correcto incluirlo dentro de la categoría "comestible". En un mar de dudas, que por momentos parece no ser capaz de diluir, nos da una respuesta algo más detallada.

⁹¹ Al menos ese es el uso y el motivo por el que se ha hecho popular en todo el mundo. Aunque también se utilice como sazónador en algunos preparados y recetas de repostería.

Es comestible... Aunque la verdad es que no te aporta nutrientes... Mmmm... Claro, ¿qué es comestible?... pues lo que se puede comer. Si te lo puedes comer es comestible ¿no? Además, como el café [la infusión] es un producto que ingiero y que me encanta, siento que eso es algo que mi cuerpo perfectamente puede asimilar, lo siento como algo comestible [Natalia, 52 años].

Y es que, como podemos observar, no solo a los epidemiólogos que estudian la Pica, sino también a los propios "comedores de cosas", les resulta difícil definir qué es un comestible; asunto ineludible a la hora de caracterizar y diagnosticar la Pica, y que tampoco a los médicos consultados durante este proyecto les resulta fácil discernir con precisión.

Un alimento que aporta los requerimientos nutricionales necesarios para crecer, madurar y desarrollarnos. Tiene que tener un componente nutricional, y se supone que tiene que tener también factores que sean aceptables en cuanto a sabor, olor, masticación... [José, pediatra].

Bueno [duda], tampoco lo he pensado mucho. Pero en principio, algo que puedas ingerir, que no es nocivo y que te nutre [David, psiquiatra].

Etimológicamente cualquier cosa que se pueda comer. Otra cosa sería que un comestible es cualquier cosa... estoy pensando en voz alta [duda]. Tampoco tendría que tener fines nutricionales porque comemos muchas cosas, como una golosina, que no tiene ningún fin nutricional. Una pregunta bonita. ¿Una cosa que culturalmente la sociedad entiende que se puede comer? [se cuestiona] Tendría que pensar. Respuesta corta: cualquier cosa que se pueda comer. Pero claro, todo se puede comer [Miguel, obstetra].

Un trozo de papel, en principio no es un alimento, puede ayudar a hacer bolo fecal, pero no es un alimento. Un cubito de hielo no es un alimento. Un puñado de tierra en principio no lo es, quizás si lleva alguna lombriz; o puede ser que tenga algún nutriente [María, médico de urgencias].

De todo ello, de la lógica (si es que la hay) que encierran las categorizaciones alimentarias hablaremos más detenidamente en los siguientes capítulos. Pero ahora, a modo de conclusión, queremos repasar brevemente lo expuesto en esta viñeta etnográfica.

Más allá de los grupos de riesgo

En primer lugar, para su estudio, creemos conveniente separar la Pica de la alotriofagia. Entendemos la Pica como una sanción cultural de la alotriofagia, para el caso, una sanción médica que recae sobre un tipo de elecciones alimentarias (Freidson, 1978); instaurada en base a preceptos de normalidad que parecen reducir la alimentación a su función nutricional, al acto de ingerir y al hambre. A menudo asociada a la compulsividad y a una serie de supuestos riesgos para la salud.

Entre los participantes de la encuesta que han accedido a ser entrevistados hemos visto personas que comen o comían con asiduidad uñas, mocos, padrastrós, masilla, costras, cola o marro. Y entre el resto, aquellos que no hemos podido entrevistar, personas que declaran comer o haber comido gomaespuma, pasta de dientes, legumbres crudas, yeso, papel y muchos otros artículos en principio no-comestibles. Ninguno de ellos ha recibido un diagnóstico de Pica; no tanto por la ocultación de sus consumos o por el desinterés facultativo, sino sobre todo por la ausencia de la mínima percepción de enfermedad o malestar necesarias para que una persona demande asistencia médica.

Puede que a este respecto, un psiquiatra alegase que la no conciencia de enfermedad, en determinados trastornos, puede ser característica de la propia enfermedad. A nosotros, simplemente, nos cuesta trabajo creer que 75 personas que declaran consumir o haber consumido cosas "extrañas", extraídas de una muestra aleatoria conformada por 101 participantes, padezcan algún tipo de psicopatología. Más aún cuando en la mayoría de los casos no se refiere ningún tipo de desagrado, malestar o disfunción psicosocial, sino experiencias relacionadas con el gusto, el relaxo o el deleite sensorial.

Por otra parte, sin abandonar la valoración médica, son muchos los estudios que han relacionado determinados déficits de micronutrientes con este tipo de comportamientos alimentarios, habitualmente hierro, calcio o zinc (Prasad et al., 1961; Reynolds et al., 1968);

aunque hasta la fecha no exista un mínimo consenso científico al respecto. En el caso de nuestros informantes, tan solo uno de ellos ha referido algún episodio de anemia.

En cuanto a otros tipos de sanción cultural, no procedentes en sentido estricto del dispositivo médico, constatamos situaciones de desaprobación hacia este tipo de prácticas alimentarias, que oscilan entre el rechazo social y la autocensura. Sanciones informales que van en consonancia con el grado de madurez social del individuo; mucho más estrictas en la edad adulta que entre los niños.

El otro día me vio mi pareja haciéndolo y me dijo: ¿qué haces?, y digo... pues no sé, lo he hecho siempre. Y le dije: ¿tú no lo haces? Y me dijo: no, me parece asqueroso [Estrella, 41 años].

Yo recuerdo sobre todo a mi abuela paterna que se ponía muy pesada con que no me comiera las uñas. Me las seguía comiendo igual. Era algo como no fumes, pues bueno, bien [Ramón, 45 años].

En segundo lugar, nuestra investigación sugiere que no estamos ante una práctica exclusiva de niños, pacientes psiquiátricos y mujeres embarazadas, al contrario de lo que suele mostrar la literatura existente. Por lo que no descartamos que la normatividad médica haya heredado, sin una fundamentación empírica, que son estos y no otros los grupos sociales afectados; asignándoles un plus de alteridad mediante algo tan sensible como son las disposiciones alimentarias. Sujetos que no solo hacen o dicen cosas inapropiadas, sino que también comen cosas inapropiadas. Lo cual refuerza una imagen social de incorrección e indisciplina (Becker, 2014; Goffman, 2006), a la vez que otorga cierto grado de permisividad hacia sus comportamientos. En este sentido, queremos añadir que no solamente nos significamos socialmente mediante lo que comemos, sino también mediante lo que se nos permite comer.

En relación con el tipo de sustancias y materiales que se recogen en nuestro estudio, ítems que se escapan de la normatividad alimentaria, comprobamos que no son consumos indiscriminados, sino escogidos de forma selectiva, en los cuales se valoran positivamente cualidades como "sobre todo cuando son más secos, pues tienen un sabor salado. No sé si tú has comido alguna vez pipas Tijuana, tienen el reborde ese más sabroso y salado, pues

parecido" [Aurora, 33 años] o "la textura me daba mucho placer, lo recuerdo ahora y puedo pensar en ese recuerdo de salivar. Esa textura me fascinaba" [Natalia, 52 años].

Y es que, en no pocos casos, apreciamos una curiosidad inusitada o una especial querencia hacia la experimentación, ya que muchas de estas personas no se centran en el consumo de un único no-comestible sino que diversifican sus elecciones. Lo cual, probablemente, pueda guardar relación con la ya mencionada condición paradigmática del omnívoro, a saber, la pugna entre tendencias neofílicas y neofóbicas en el ser humano (Fischler, 1995; Rozin, 1976). Por ello, sospechamos que en estos casos la tendencia neofílica desbordaría a la neofóbica, dando lugar a comportamientos alotriofágicos; en contraposición a aquellos otros más ceñidos a la norma y al conservadurismo, que podríamos calificar como normatofágicos.

Por último, aunque todas puedan ser consideradas prácticas alotriofágicas, debemos tener en cuenta que posiblemente estemos asimilando diferentes fenómenos dentro de un único objeto de estudio. No solo en relación con las sustancias no-comestibles escogidas, puesto que quizás no sea lo mismo comer tierra que esponja o arroz crudo, sino también en cuanto a los agentes implicados, al significado y a la función que cada consumo adquiere en cada situación o caso. Algo que no deberíamos pasar por alto, puesto que sucede lo mismo cuando abordamos el consumo de artículos categorizados culturalmente como comestibles.

Al analizar el relato de nuestros entrevistados y las respuestas de nuestros encuestados nos asaltan las dudas, puesto que aun pudiendo llegar a consumir las mismas sustancias, logramos entrever matices que nos invitan a interpretar los casos de forma aislada. De tal modo, encontramos casos como el de Luna, la chica que ingería sus padrastrós, en los que destaca la compulsividad; otros como el de Natalia, que comía marro a escondidas, caracterizados por el deleite sensorial y el relajo; u otros como el de Ramón, comedor de mocos y uñas en sucesivas etapas de su vida, en los que prima la función identitaria. En definitiva, un extenso abanico de sustancias, funciones y significados sociales que nos pone en alerta ante la tentación de equiparar consumos o ingestas sin valorar el contexto social y las posibles motivaciones que los agentes asignan a sus prácticas; lo que podría suponer un enorme error metodológico.

La antropóloga Sera Young (2011), en su libro *Craving Earth*, una de las pocas ediciones antropológicas dedicada íntegramente a la Pica, sondea diversas funciones biológicas para los comportamientos Pica: remedio contra el hambre, forma de suplementación

micronutricional y mecanismo de detoxificación. Pero aparte de centrarse solamente en el consumo de unas pocas sustancias, en todo momento busca una explicación justificada por un hipotético beneficio adaptativo; sin ahondar en los significados culturales de estas prácticas, o al menos sin explorarlos en profundidad. Una forma de asignar a la cultura el rol de "un inteligente director de sanidad más que como jefe espiritual" tal y como espetaría la célebre Mary Douglas (1973, p. 48).

Y es que al hablar de alotriofagia y Pica la mayoría de autores acuden al materialismo cultural y las teorías adaptacionistas (McLoughlin y Hassanyeh, 1990; Barton et al., 2019; Bocquet et al., 2022), cuando no simplemente zanzan el asunto asimilándolo como un trastorno psiquiátrico relacionado con determinadas disfunciones neuronales (Cardoso et al., 2021; Danford and Huber, 1981), con las adicciones (Schnitzler, 2022), con el uso de antipsicóticos (Singh et al., 1994) o como un síntoma de la esquizofrenia, el TDAH o el TOC (Cardoso et al., 2021; Khosravi, 2021; Osuji & Onu, 2019). En todos los casos, según la mayor parte de las investigaciones realizadas hasta la fecha, todas igual de controvertidas, la Pica o bien tendría una función médico nutricional o bien supondría un error cognitivo conductual.

La psiquiatría, en su manual diagnóstico por excelencia, viene a decir que la Pica carece de significado cultural, al estipular que cuando la práctica aparece sancionada culturalmente no se puede hablar de Pica (APA, 2014). Nosotros, como antropólogos sociales, nos preguntamos hasta qué punto esta aseveración es posible. ¿Cómo puede ser que un comportamiento se situó al margen de la cultura en la que acontece? ¿Acaso no sería la Pica en sí misma una etnocategoría?

Por lo tanto, debemos considerar la posibilidad de que estemos ante prácticas heredadas, aprendidas, mediadas culturalmente. Actos que entrañan significados sociales, situados más allá de la función nutricional pero no por ello más allá de las prácticas alimentarias. Susceptibles de ser estudiados a la luz de los mismos aspectos socioculturales que la antropología de la alimentación ha manejado para dar explicación al resto de elecciones alimentarias.

El discurso experto: niños, locos y embarazadas

Ya vimos lo que de la Pica pensaban los médicos antiguos y modernos a través de los tratados y disertaciones escritos en su época. En este capítulo, nos gustaría conocer cuál es el parecer de los facultativos en el presente. Para ello, aparte de una exhaustiva revisión bibliográfica, hemos conversado con nueve especialistas procedentes de diferentes disciplinas de la salud. Y puesto que la literatura médica sigue insistiendo en asociar la Pica a tres grupos de riesgo — niños, embarazadas y pacientes psiquiátricos— hemos buscado a pediatras, obstetras, psiquiatras y médicos de urgencias. Todos ellos procedentes de centros de salud de Cataluña y Aragón, salvo una que ejerce en Madrid.

De igual modo, hemos conversado con monitores y psicólogas de dos centros ubicados en Aragón destinados a la atención y apoyo de personas con déficits intelectuales y autismo. Hemos creído conveniente conocer la opinión de estos profesionales, puesto que aun no siendo médicos, tienen contacto directo con este tipo de pacientes, muy habitualmente mencionados en la literatura médica sobre la Pica.

Por último, guiándonos por aquella percepción popular que afirma que los niños se lo llevan todo a la boca, a lo largo de los años 2022 y 2023 hemos recogido los testimonios de profesores de diversos ciclos educativos comprendidos entre 2 y 12 años de edad en la provincia de Huesca. Con la esperanza de que nos cuenten lo que ocurre en los patios y en las aulas en relación con posibles ingestas de no-comestibles.

Los médicos

Al entablar contacto con los especialistas de la salud, no hemos tardado en percatarnos de algo que ya sospechábamos: la Pica a nivel médico es un tema bastante intrascendente, casi un no-tema. Alguno de ellos ni siquiera sabía explicarnos a ciencia cierta en qué consistía exactamente, teniendo que acudir a la estantería para, palabra por palabra, recitarnos con precisión lo que decía la definición del manual de turno. Por supuesto, no lo achacamos a una falta de experiencia profesional ni a una mala preparación académica, más bien inferimos que al tratarse de un diagnóstico inusual no se repara demasiado en ello; aunque bien pudiera ser que por esta razón pocas veces es diagnosticado.

Entre todos los facultativos consultados, alguno de ellos con más de treinta años de profesión a sus espaldas, tan solo han visto un total de 10 casos de Pica. Y en alguno de los ejemplos referidos, mostrándose incapaces de aseverar si realmente se trataban de "genuinos" casos de Pica.

No es un tema del que se hable mucho. Yo creo que no he hablado nunca con nadie de la Pica, salvo contigo. Y no es un tema que se investigue demasiado [David, psiquiatra].

Yo creo, lo que sí que tengo claro, y llevo muchos años viendo niños, es que es una patología que he visto muy muy muy poco. Down, por ejemplo, yo he visto muchísimos y ninguno me ha contado que tuviera Pica [José, pediatra].

No solemos prestar excesiva atención a ese tipo de cosas, no hacemos preguntas concretas sobre ese tipo de cosas. Por lo que estoy seguro que es un síndrome infradiagnosticado [Miguel, obstetra].

Miguel, un obstetra que trabaja en un hospital materno-infantil, insiste en que se trata de un síndrome infradiagnosticado. Achacándolo, por un lado, al poco interés facultativo, y por el otro, al posible ocultamiento que los pacientes hacen de su comportamiento.

En medicina siempre se dice que buscas lo que encuentras [lapsus], o sea, solo encuentras lo que buscas. Entonces, no tenemos una estructura de consulta muy destinada a este tipo de conductas. Entonces, cuando alguna vez detectamos alguna, casi siempre es por una alarma, más que de la propia paciente de su entorno. El paciente, yo creo, desde mi experiencia, piensa que lo que hace no es muy normal, y entonces no lo exhibe. Por lo que nunca me ha pasado que el paciente me diga "oye, estoy comiendo esto". Sino que de alguna manera, como pasa con el consumo de alcohol, hay pacientes que te pueden decir "oye, se me está yendo de las manos", pero casi siempre es el entorno. Pues esto es igual, la pareja o la madre que dice "está haciendo cosas raras [Miguel, obstetra].

El médico nos pone como ejemplo uno de los dos casos de Pica que ha visto a lo largo de su trayectoria profesional. Relata el caso de una mujer en periodo de gestación que adquirió el hábito de comer la cal de las paredes de su domicilio y de cómo el marido advirtió del problema.

Era una paciente de etnia gitana y el marido estaba muy preocupado porque decía que en cuanto se daba la vuelta la otra se iba directa a la pared [risas]. Era la típica casa encalada de un pueblo de Aragón, y bueno, un entorno más rural. Y que le llamaba la atención al marido, estaba muy preocupado, porque no lo consideraba muy normal. Se escondía, la pillaban a escondidas chupando las paredes. Al principio le dieron poca importancia pero luego comenzaron a preocuparse [Miguel, obstetra].

La cal, la mujer, el marido, el médico e incluso el estilo narrativo, son ingredientes que nos suenan familiares. La historia del marido o el padre que sorprende a la esposa embarazada o a la hija adolescente comiendo algo que considera extraño y lo comunica al doctor para que emita un juicio, y si se precisa, aplique un remedio. Una historia similar a la que nos relata otra de nuestras médicos informantes, en este caso relativa a una niña de 12 años.

Es la familia que empieza a darse cuenta. En el caso de la niña de la pared era porque aparecían rascados en la pared, y luego lo hacía en otros espacios, en el colegio, en la calle... De hecho recuerdo que la madre me preguntaba a mí que si no podía ser que tuviera un déficit nutricional. Y de hecho yo creo que en pediatría le pusieron un complejo multivitamínico; por si cedía la conducta. Pero la conducta no cedió, porque desde mi punto de vista, es una conducta emocional más que nutricional [Lucía, psiquiatra].

En ambos casos encontramos similitudes, en primer lugar por el tipo de producto escogido, la pared o cal, una de las cinco sustancias que más cita la literatura médica (Parry-Jones & Parry-Jones, 1992; Young, 2011). También porque las afectadas intentan ocultar su comportamiento, al igual que por la preocupación que muestran los familiares y la concurrencia de una voz experta. De igual modo, en ambos casos las pacientes son mujeres.

Miguel nos expone el segundo de los dos casos que ha visto en su vida. Un caso pintoresco, en cierta manera divertido. Que no es capaz de asegurar si debe considerarse Pica, puesto que, aunque en una cantidad poco usual, el producto consumido no es un no-comestible sino un dulce muy común.

Es que era un consumo tan desorbitado que... No sé, se comía 200 o 300 ositos al día. O sea, muy fuera de lo normal. [...] Tenía mucha ansiedad y esto le calmaba. Pero ya entraba en un círculo vicioso que era consciente de que estaba mal. Agotó los ositos de gominola en todo el barrio, entonces fue a la distribuidora, le mandaban las cajas a escondidas, las ocultaba en el garaje y se ponía a comer. ¡Pero una cosa! Era uno detrás de otro, era uno detrás de otro y no paraba. No era por ser laminera, sino que era una especie de comportamiento compulsivo. [...] El marido me lo dijo preocupado. Me dijo: "a mi mujer se le ha ido la cabeza, la he pillado escondida comiendo ositos de gominola". La mujer lo negaba, evidentemente [Miguel, obstetra].

Por momentos, no sabemos si dar crédito al relato. La capacidad de reconsideración que se le exige a un antropólogo social acerca de los comportamientos propios y ajenos tiene sus límites. Y sinceramente, nos preguntamos por qué nos extraña tanto, si es por lo pintoresco, por lo excesivo, por lo jovial... La cuestión es que a lo largo de nuestra investigación hemos oído y leído casos y cosas sospechosamente similares. Cosas como "el ilustre Tulpius relata en una historia en su libro II, capítulo XXIV, de una mujer embarazada que disfrutaba tanto de los arenques salados que antes del parto comió mil cuatrocientos de ellos" (Veryser, 1695, p. 5).

Daniel nos explica que durante el embarazo se producen desórdenes metabólicos, "por ejemplo, la ingesta de sal durante el embarazo es más elevada. Y es lógico, hay un aumento de los líquidos y requiere más sodio muchas veces. Por eso no me extraña que la Pica pudiera estar más incrementada, comenzar o ser más frecuente en pacientes gestantes" [Miguel, obstetra]. Pero que esto se traduzca en la ingesta masiva de ositos de gominola le resulta tan extraño como a nosotros. De hecho, afirma que "anemia y tal no tienen porque eso durante el embarazo lo vigilamos mucho. Como tienen un hemograma cada trimestre sale rápidamente si tienen anemia o no" [Miguel, obstetra]. Sea como fuere, tras el periodo de gestación, previo paso por psiquiatría y una diabetes gestacional, la paciente abandonó su hábito.

Pero lo interesante del caso es que ilustra perfectamente la confusión facultativa existente a la hora de categorizar la Pica. El obstetra que lo relata, aun presentándolo como

un caso de Pica gestacional, señala que "no lo llamaría exactamente Pica, no es el concepto que tengo de Pica. Pica es la paciente típica que tengo en la cabeza, que su marido me decía 'la he pillado chupando las paredes'. Ese es el típico concepto que hemos estudiado en clase" [Miguel, obstetra]. Sin embargo, el caso fue derivado a psiquiatría y tratado como un genuino caso de Pica.

Así pues, ¿sería correcto tipificar éste como un caso de Pica? En relación a los posibles trastornos del comportamiento alimentario que tipifica la medicina, evidentemente, no podría catalogarse como un caso de anorexia nerviosa. Ni en base a sus criterios diagnósticos, como uno de bulimia (APA, 2014). Tampoco como un trastorno de atracones, del que la última edición del *DSM* estipula que "los atracones parecen caracterizarse más por una alteración de la cantidad de alimentos consumidos que por el deseo de un nutriente específico" (APA, 2014, p. 353). Incluso si nos ceñimos a pies juntillas a la definición que propone el *DSM* (APA, 2014), tampoco podría ser catalogado como Pica, puesto que en rigor, los ositos de gominola no son una sustancia "no nutritiva" y "no alimentaria". Sin embargo, a menudo, este tipo de casos suelen identificarse como Pica (Sher & Maldonado, 2014; Barton et al., 2016). Así pues, nos preguntamos qué es lo que se está sacionando médicamente y por qué razón.

En uno de los casos que han llegado a la consulta de Lucía, médico psiquiatra, una niña de 16 años mordisquea e ingiere mechones de su propio cabello. Un tipo de ingesta que en ocasiones aparece asociada a la tricotilomanía y que ha sido mencionada por tan solo una de las participantes en nuestra encuesta.

Yo creo que la niña con la tricotilomanía, ésta empieza con los exámenes, en secundaria, empieza a hacer como con el pelo, lo mete en la boca, y entonces empieza a tener como calvas ya importantes en el pelo. [...] Se deleitaba dándole vueltas al pelo, con la boca, es decir, el placer un poco oral de estar con algo en la boca. Por eso yo digo que la oralidad si es frecuente. A lo mejor no hacemos el diagnostico de Pica, pero niños que estén con cosas metidas en la boca, uñas, bolis, objetos, si que es relativamente frecuente [Lucía, psiquiatra].

La tricofagia se da en entre el 5% y el 30% de los casos de tricotilomanía (Jaramillo-Borges, 2007; García-Rodríguez et al., 2022). Un comportamiento bien conocido consistente

en arrancarse mechones de pelo; que en ocasiones pueden llegar a ingerirse. A todas luces, una práctica alotriofágica que, a diferencia de otras, entraña cierta peligrosidad, ya que en función de la cantidad de cabello ingerido puede dar lugar a obstrucciones intestinales denominadas tricobezoares, que en un 1% de los casos requieren intervención quirúrgica (Jaramillo-Borges, 2007).

Lucia señala que a la niña no le había acarreado ningún problema de salud. "No, en la niña no. Ni era una niña con infrapeso tampoco. Ni era una niña que tuviese otros trastornos de la conducta alimentaria. Comía normal" [Lucía, psiquiatra]. Lo mismo que en el caso de una adolescente catalana, que acude a terapia por otros motivos, de la que su psiquiatra nos cuenta que "ingiere, mastica y al final traga sustancias que no son alimentos, como pueden ser esponjas, me ha hablado bastante de esponjas, también de tiza" [Elena, psiquiatra]; ya que por el momento se trata de cantidades muy moderadas.

Pero en relación con la peligrosidad que pueden conllevar estas ingestas, otros médicos entrevistados como María y Lara nos citan casos más bizarros.

Me acuerdo de un chico que comía cosas metálicas, venía cada dos por tres que se había comido una caja de algo. Y nada, pues había que operarlo cada dos por tres. Hacerle una endoscopia, operarlo, depende del número de cosas que se había comido y de si eran cagables o no. Cosas metálicas y pequeñas. También supongo que era por llamar la atención en la radiografía, porque es muy aparatoso y todo el mundo flipa mucho. Era joven, entre 30 y 40 a lo mejor. Lo hacía puntualmente. Puntual pero repetidamente en el tiempo. Y era con un propósito autolítico controlado, no se comía una caja de pilas alcalinas [María, médico de urgencias].

Discutimos mucho sobre el paciente, porque en realidad tenía un diagnóstico de esquizofrenia paranoide. Y entonces, en este ámbito de esquizofrenia paranoide parece ser que en el delirio se comía las bombillas, pero la cosa es que no estaba claro tampoco, porque no es que una vez se comiera una bombilla, es que lo hacía repetidamente. Entonces no estaba tan claro que fuera parte de su delirio, esa era la duda. Yo me quedé con esta cosa de que en realidad no sé exactamente si era un caso de Pica [Lara, psiquiatra].

Analizando estos casos y poniéndolos en comparación con los comedores de cosas del capítulo anterior, nos cuesta trabajo meterlos en el mismo saco. Aquí ya no estamos ante experiencias caracterizadas por la experimentación, el deleite sensorial, el gusto, la ansiedad o el relaxo. Sino de ingestas que se manifiestan como síntomas de brotes psicóticos o directamente de intentos de suicidio; casos espectaculares que tal y como señalan los facultativos, son puntuales y suelen ser detectados en los servicios médicos de urgencias.

Este tipo de casos nos hacen recordar algunos de los insólitos relatos a los que acudían los médicos del Renacimiento para caracterizar la Pica (Lange, 1589; Mercado, 1597; Castro, 1603). Casos de mujeres que comían brea, plomo e incluso carne humana (de hombres). Casos que más allá de su verosimilitud, alimentaban el morbo y la curiosidad de la clase médica.

Hoy en día, la publicación de casos clínicos supone una importante herramienta para la mejora de las habilidades y la formación dirigida a la praxis médica. Se trata de un género médico relatado en base a una estructura estandarizada en el que se realiza una descripción cronológica de la enfermedad, el tratamiento y la evolución de pacientes reales. Dentro de este género médico, al igual que sobre otras enfermedades, encontramos también casos clínicos sobre la Pica. Una vez más, con niños, embarazadas y pacientes psiquiátricos como protagonistas. De los tres grupos, con diferencia, las ingestas más bizarras que se describen y el mayor número de reportes se dan en el último. En pacientes diagnosticados de esquizofrenia, TOC, autismo, depresión mayor y déficits intelectuales.

Al igual que los casos más extremos que nos relatan nuestros médicos informantes, los artículos tratan sobre ingestas de objetos metálicos, fragmentos de plástico, grandes cantidades de pelo, cristales o piedras. A priori, todos ellos materiales y objetos potencialmente peligrosos para la vida de los pacientes⁹². (Fig. 2)

⁹² En este tipo de artículos hemos localizado consumos de cosas como monedas, clavos, cemento seco, heces, fósforos, plástico, pelo, esponja, objetos metálicos, vidrio, cal, tierra, cigarros. Se acostumbra a añadir imágenes radiológicas de gran impacto visual (Anexo III), en las que se puede apreciar la ubicación exacta de los objetos ingeridos dentro del cuerpo de los afectados. En muchos de los casos se señalan intoxicaciones graves y obstrucciones intestinales, y en algunos fallecimientos (Dumaguing et al., 2003; Gundogar et al., 2003; Zganjer et al., 2011; Chakraborty et al., 2011; Kumsar, 2013; Islek et al., 2014; Barton et al., 2016; Sekiya et al., 2018; Beck y Frohberg, 2005; Akgul, 2020; Almeida et al., 2020; Fekih-Romdhane y Cheour, 2020; Mehra, 2020).

| AUTOR | EDAD | PAIS | ITEM | DIAGNÓSTICO ASOCIADO |
|-------------------------------|-------------|-------------|----------------|-----------------------------|
| Morgan & Lacey, 1998 | 35 | UK | SAL | ANOREXIA NERVIOSA |
| Battin et al, 1997 | 15 | UK | PLÁSTICO | ANOREXIA NERVIOSA |
| Grewal & Fitzgerald, 2002 | 22 | UK | INDISCRIMINADO | AUTISMO |
| Chowdhury & Basu, 2002 | 23 | INDIA | CAL PARED | ANSIEDAD |
| Chowdhury & Basu, 2002 | 28 | INDIA | CAL PARED | DEPRESIÓN MAYOR |
| Dumaguing et al., 2003 | 79 | USA | INDISCRIMINADO | DEFICIT INTELECTUAL |
| Dumaguing et al., 2003 | 69 | USA | INDISCRIMINADO | DEMENCIA PRECOZ |
| Dumaguing et al., 2003 | 94 | USA | INDISCRIMINADO | ESQUIZOFRENIA |
| Gundogar et al, 2003 | 15 | TURQUÍA | PELO | TRICOTILOMANÍA |
| Gundogar et al, 2003 | 47 | TURQUIA | CENIZA TABACO | TOC |
| Pérez-Torres et al, 2006 | 25 | MÉXICO | INDISCRIMINADO | ENFERMEDAD GENÉTICA |
| Pérez-Torres et al, 2006 | 24 | MÉXICO | INDISCRIMINADO | ALCOHOLISMO |
| Kern et al, 2006 | 8 | USA | INDISCRIMINADO | AUTISMO |
| Kern et al, 2006 | 18 | USA | INDISCRIMINADO | AUTISMO |
| Lerner, 2008 | 42 | USA | INDISCRIMINADO | AUTISMO |
| Baheretibeb et al, 2008 | 17 | ETIOPÍA | ARCILLA | TOC |
| Spaniolas et al, 2010 | 51 | USA | PAPEL | ANOREXIA, DEPRESIÓN |
| Huang et al, 2010 | 35 | TAIWAN | BASURA, ARENA | TRATAMIENTO ANTIPSICÓTICO |
| Zganjer et al, 2011 | 16 | CROACIA | ESPONJA SOFA | TRASTORNO PSI |
| Chakraborty et al, 2011 | 27 | INDIA | UÑAS, CLAVOS | INDETERMINADO |
| Devasahayam et al, 2012 | 43 | USA | POLVOS TALCO | INDETERMINADO |
| Singh et al., 2015 | 14 | INDIA | ARCILLA | TOC |
| Loja et al, 2003 | 18 | PERÚ | PELO | DEPRESIÓN MAYOR |
| Sánchez et al, 2013 | 6 | ESPAÑA | INDISCRIMINADO | TDAH |
| Akkisi, 2013 | 32 | TURQUÍA | VIDRIO | INDETERMINADO |
| Mishori & McHale , 2014 | 6 | USA | PAPEL | INDETERMINADO |
| Kumar et al, 2015 | 22 | INDIA | ARCILLA | ESQUIZOFRENIA |
| Chawla et al, 2016 | 50 | INDIA | ARROZ CRUDO | TRATAMIENTO ANTIPSICÓTICO |
| Chawla et al, 2016 | 44 | INDIA | ARCILLA | TRATAMIENTO ANTIPSICÓTICO |
| Ponce et al, 2016 | 38 | ESPAÑA | INDISCRIMINADO | AUTISMO |
| Moore, 2017 | 37 | USA | JABÓN | INDETERMINADO |
| Nayak et al, 2017 | 19 | INDIA | TIERRA | TRASTORNO PSICÓTICO |
| Akbar et al, 2018 | 18 | USA | PELO | TRICOTILOMANÍA |
| Sekiya et al, 2018 | 51 | JAPÓN | MONEDAS | DEPRESIÓN MAYOR |
| Wild & Tobe, 2019 | 17 | USA | INDISCRIMINADO | AUTISMO |
| Beck & Frohberg, 2005 | 77 | USA | HECES | DÉFICIT INTELECTUAL |
| Akgul, 2020 | 29 | TURQUÍA | FÓSFOROS | INDETERMINADO |
| Almeida et al, 2020 | 59 | PORTUGAL | OBJ. METÁLICOS | ESQUIZOFRENIA |
| Shekarriz et al, 2021 | 5 | IRÁN | JABÓN | INDETERMINADO |
| Fekih-Romdhane & Cheour, 2020 | 17 | TUNEZ | PLÁSTICO | DEPRESIÓN MAYOR |
| Klein et al., 2014 | ? | ALEMANIA | MADERA | PICA O SUICIDIO |

Fig. 2. Relación de ítems no comestibles consumidos por pacientes psiquiátricos. Fuente: estudios de casos clínicos publicados en revistas científicas.

Por ejemplo, uno de estos reportes presenta un paciente japonés que ingirió 1894 monedas, ocho kilogramos en total; tras una intervención de urgencia que salvo su vida, el paciente fue diagnosticado de esquizofrenia (Sekiya et al., 2018). Otro artículo con el título "Homicide or suicide? Xylophagia: a possible explanation for extraordinary autopsy findings", caracteriza como Pica el caso de un hombre de mediana edad que fue encontrado muerto con multitud de trozos de madera en su aparato digestivo (Klein et al., 2014). Un interno de un centro psiquiátrico neoyorquino consumía de forma indiscriminada papel higiénico, servilletas, vasos de poliestireno, lápices y medicamentos de otros pacientes (Dumaguing et al., 2003). También se informa el caso de un hombre de 32 años con un trastorno obsesivo que desde hace 10 años introduce trozos de vidrio en su boca, que mastica y traga (Akkisi, 2013).

Éstos y muchos otros son casos extremos, espectaculares, llenos de dramatismo, que se atribuyen a estadios locura, de incapacidad para controlar los propios impulsos; algunos de los cuales, por el tipo de sustancias y el modo de consumirlas, se ceñirían a la definición oficial de la Pica y otros no. Pero sobre todo, son casos reales que ilustran médicamente la Pica, otorgándole una imagen patológica que tiende a extenderse al resto de fenómenos alotrofágicos, a los que la literatura científica suele atribuir elevados niveles de compulsividad y un grave riesgo para la salud.

Y es que, al fin y al cabo, son solo este tipo de casos bizarros los que habitualmente acaban siendo diagnosticados, ya que son prácticamente los únicos que acaban desfilando por los centros de salud. María, médico de urgencias, nos proporciona más información acerca de cómo y en qué situaciones suelen identificarse los casos de Pica.

No vienen por eso. A veces en las historias aparece que les han hecho una endoscopia y había ahí pelo. Pero por "hola, me como el pelo", no. Son cosas que no te enteras, a no ser que sea alguien que venga y te diga: "hola, me acabo de comer una rana". O de gente que tiene ya algún tipo de cosa asociada; algún tipo de autismo, de minusvalía genética, alguna cosa así más de control de impulsos. Entonces si que es un motivo de avisar a urgencias, o de que alguien se de cuenta. Pero si es alguien que se come un poco de ceniza todos los días, pues supongo que no. Igual hay más gente, es difícil de valorar [María, médico de urgencias].

En otras ocasiones, cuando se trata de niños, pueden ser los padres los que acudan al médico ante la presencia de algún comportamiento extraño. "En general, los padres suelen referir lo que está pasando al niño. Un niño que en general tiene una conducta diferente; observan que se come la tierra, el suelo, las macetas..." [José, pediatra]. Siempre y cuando se trate de un comportamiento persistente. "Es decir, que si un niño un día se pone nervioso y se mete un trozo de tierra, hombre, tampoco hay que... Eso es relativamente habitual. Aquí estamos hablando de un proceso repetitivo, y que los padres observan un cierto grado de temporalidad" [José, pediatra].

Sin embargo, José insiste en que en el campo pediátrico es una patología infrecuente. Al igual que Miguel en el de la obstetricia o David en el de la psiquiatría, por lo que aparte de la indefinición nosográfica y la tendencia facultativa a asimilar estas prácticas con ingestas bizarras, seguimos preguntándonos por qué se identifican tan pocos casos.

Ya te digo que para mí es un síntoma, es un síntoma que no tiene por qué ser muy de bulto. Llama la atención cuando produce alteraciones digestivas graves. Puede ser peligroso. Pero si no es de bulto nadie se preocupa en afinar si se está dando ese tipo de conducta [David, psiquiatra].

A veces, a mí en urgencias me resulta un poco violento preguntar. Si ves alguna calva o lo hacen en la consulta... [...] Si no se da una respuesta a nivel orgánico, si no te deja lesión, no vas a preguntar a todo el mundo si come cosas [María, médico de urgencias].

Cuando estudias medicina hay como procesos muy importantes, por prevalencia, a los que les destinas mucho tiempo y luego hay un montón de procesos que pasan a ser un "esto existe". Esto existe y tenemos que tenerlo en la cabeza por si alguna vez... Nuestro conocimiento general es una nebulosa muy genérica. Y éste es uno de esos procesos raros que sabes lo que es pero dices si algún día me toca ya lo buscaré [Miguel, obstetra].

Los médicos señalan que en sí misma, la Pica no entraña una gran peligrosidad, salvo en casos extremos como los anteriormente citados; por lo que si no deja una lesión visible, pasa desapercibida o no se tiende a preguntar. Aún más, una de las doctoras recalca lo violento que puede llegar a ser preguntar a un desconocido, incluso en el contexto de una consulta

médica, si consume determinadas cosas que a priori se sitúan fuera de la normalidad. Algo que entendemos pero que al mismo tiempo nos llama la atención, ya que, en el terreno de la sexualidad, un campo tan comprometido y colmado de tabús como puede ser la alimentación, no es inhabitual preguntar acerca de si el paciente mantiene "prácticas de riesgo" en relación con determinadas enfermedades de transmisión sexual.

Igualmente, al hilo de lo que comenta Miguel, dado que usualmente ni se sondea ni se diagnostica, puede resultar complicado establecer unas tasas de prevalencia mínimamente confiables, salvo en contextos sociales altamente monitorizados, como instituciones psiquiátricas y de atención a personas con discapacidad intelectual; en los que resulta más sencillo percatarse de este tipo de ingestas. Si a esto añadimos que las cosas que se ingieren suelen revestir una mayor peligrosidad, no es de extrañar que en este tipo de instituciones asistenciales la Pica sea un tema sobre el que si se habla.

Un centro de atención para personas con discapacidad intelectual

Patri, Javier y Carolina son tres trabajadores de una de estas instituciones; los tres coinciden en que este comportamiento supone una preocupación especial para el personal del Centro.

Porque tienes mucha obsesión en que todo esté cerrado, que no tuvieras nada por el suelo ni por ningún lado, por el miedo a que pueda volver a pasar. [...] Son muy listos y controlan, en los cambios de personal, o en un momento que has ido al baño con otro compañero... [Patri, supervisora].

Incluso cuando sabes que tienes una persona de este tipo y está todo cerrado. La gente que tiene ese impulso están esperando el momento [Javier, supervisor].

Y relatan una serie de cosas y casos, entre los que destacan dos que requirieron sendas intervenciones quirúrgicas, y el trágico fallecimiento de una chica a causa de la ingesta de un producto tóxico.

Se escapó una noche de una contención que tenía en la cama y fue a la sala. Allí había un bote de jabón que estaba con yodo, con Betadine, y entonces parecía un Colacao,

era marrón, entonces lo abrió y se lo bebió. Y en el proceso entre atenderla y tal pues falleció [Patri, supervisora].

Hemos tenido casos de gente que se ha llegado a comer la tierra, gente que ha cogido guantes, se los ha comido y ha habido una intervención quirúrgica, con hospitalización y bastantes problemas. Sus propias heces, las pinturas... O sea, ha habido mucha variedad en todo esto. Y eso, el caso más grave fue el del chico que se comió un guante y hubo que hacer una intervención [Carolina, cuidadora].

Hace años también tuvimos un caso, de un señor que vino, y también, se comía las colillas, pero no solo las colillas, o sea, tenía la boca como si fuera un hamster. Trocitos de madera, que también se los colocaba en la boca. También tuvo una obstrucción intestinal. Previo paso por cirugía, volvió y yo ya no he vuelto a ver conducta de Pica en ese señor [Javier, supervisor].

En estos ejemplos, acostumbra a tratarse de sujetos con graves trastornos del espectro autista, en los que la presencia de un severo déficit comunicacional dificulta sobremanera cualquier tipo de medida reeducativa. Javier y el resto de profesionales insinúan que en el mencionado caso, de forma efectiva, la experiencia traumática del trance hospitalario actuó como correctivo. "No por un tratamiento que hayamos hecho, terapéutico, sino por acción y consecuencia" [Patri, supervisora].

Cuando aparece uno de estos casos, los monitores y los psicólogos del Centro hacen un seguimiento del usuario e intentan reconducir su comportamiento.

Intentar reconducirlo de alguna manera, hay que valorar que tipo de objetos son. A veces cogen un fruto o una hoja del jardín, se la comen y se lo permites. Pero con otros objetos tienes que intentar que te lo devuelvan, explicar que no es su lugar, vamos a intentarle dar un objetivo a ese objeto para que no acabe dentro [Carolina, cuidadora].

No hay nada aplicable que sea efectivo. En algunos sitios dicen que es una época de conocimiento de las manos, que cuando trabajas las sensaciones en las manos estas

conductas disminuirían, de una manera como de explorar. Si aumento las sensaciones táctiles en las manos, como la boca es una zona de muchas terminaciones nerviosas, se lo van a llevar menos. Pues no, la exploración está allí pero estas conductas no disminuyen. Otros hablan de que si meto más aditivos en los alimentos, más picante, más crujiente... va a disminuir. Pues no, a mi no me ha funcionado nada [Ana, psicóloga].

Escuchando a nuestros informantes, nos preguntamos en qué medida las deficiencias cognitivas y relacionales de estos pacientes imposibilitan la comprensión de categorías como comestible o comida; ya que en este supuesto, la explicación a su temerario comportamiento alimentario resultaría relativamente sencilla. Sin embargo, tanto los monitores como la psicóloga del centro aseguran que en buena medida, salvo en casos de demencia, los pacientes si que son capaces de discriminar. Percepción generalizada que queda bien ilustrada en el caso de otro usuario con autismo con cierta propensión a meterse en la boca palitos, hojas, flores... "y da la casualidad de que aquí en el centro solo hay un fruto que es venenoso. Y llega el momento de comérselo y la parte venenosa la tira. Por lo que sea, él ya tenía ese conocimiento de antes, o el sabor, o lo que fuera" [Javier, supervisor].

Igualmente, en este tipo de pacientes, los informantes excluyen algún tipo de relación con el hambre. Tampoco con la anemia o cualquier otra causa orgánica. "En estos casos, se han hecho análisis también, y ahí se ha visto, se ha descartado cualquier causa orgánica. Se han hecho los análisis pertinentes" [Javier, supervisor]. "Aquí cualquier conducta fuera de lo habitual, lo primero que se descarta son cuestiones orgánicas. Entonces el médico y enfermería lo miran todo para llevar a cualquier especialista o lo que hiciera falta" [Patri, supervisora].

Respecto a que pueda funcionar como una llamada de atención, se muestran más cautos. Por un lado, se refieren a que se trata de momentos íntimos, en los que los internos parecen buscar únicamente un deleite a través de sus consumos. Pero por el otro, describen situaciones en las que se aprecia una clara demanda de atención dirigida a los cuidadores. "Pero ves, por ejemplo, a veces si que te retaba, porque cogía a lo mejor un clavo, te miraba y se lo ponía entre los dientes, como diciendo: '¡mira!'. Pero no iba para dentro. Ahí si que había un reto" [Javier, supervisor].

Por último, en relación con estados emocionales como la ansiedad, tampoco son capaces de apreciar un sentido unívoco. En línea con lo que señalan algunos autores (Hartmann, 2019) acerca de la existencia de una Pica compulsiva y otra hedonista, los monitores refieren situaciones tanto de ansiedad como de relajo.

Yo creo que son dos situaciones muy claras y muy extremas: cuando están muy bien, cuando es un momento agradable para ellos; y cuando están mal, cuando empiezan a tener un brote de ansiedad, cuando hay algo que ya se les ha descolocao. Creo que son como los dos momentos, cuando están super bien y cuando empiezan ya a desregularse [Patri, supervisora].

Pero a nuestro modo de ver, tanto cuando se hace alusión a situaciones de deleite o relax como a momentos de ansiedad o tensión psíquica, de fondo siempre está presente cierta recompensa sensorial, asociada a experiencias tan primarias como masticar, saborear o tragar. Estímulos muy preciados para estos individuos, que pueden cumplir funciones tan antagónicas como apaciguar o excitar. Por lo que el consumo de no-comestibles, al igual que puede suceder con cualquier comestible, puede estar actuando como un modulador psicosocial. De hecho, al preguntar por las medidas que se adoptan para intentar corregir o contener este tipo de comportamientos, como ofrecerles sustitutos o privarles del contacto con determinados objetos, los monitores responden cosas como que "muchas veces si le cortabas la conducta de Pica, él pide mucha estimulación en la boca. Entonces él va a morder. Inmediatamente pegaba un mordisco a un compañero o a un monitor" [Patri, supervisora]. Ana, psicóloga en otro centro para personas autistas, añade lo siguiente.

¿Cuándo disminuyen a lo mejor estas conductas? Pues puede ser que disminuyan cuando a nivel sensorial están más calmados, o cuando llevan un caramelo o algo en la boca. Pero claro el caramelo les dura entre cero y nada, no puedes estar todo el día a base de caramelos. Esta niña por ejemplo, el otro día que le di dos caramelos de la sala, disminuyó ese día, pero no sé [Ana, psicóloga].

Una necesidad de sobreestimulación oral que se presenta como una importante demanda en estos pacientes, hasta el punto de llevarse a la boca todo tipo de cosas; alguna de

ellas susceptible de poner en riesgo su vida. Pero que sin embargo, entra en contradicción con cierta rigidez de la que pueden hacer gala a la hora de escoger su dieta ordinaria⁹³; una actitud nada proclive a la experimentación.

En TEA tenemos muchos trastornos de alimentación, pero más por restricción y selección de alimentos. Entra dentro de un patrón rígido de su conducta. Muchas veces es: tengo estos tres alimentos que conozco y solo quiero esos. Y hay veces que la selectividad deriva de problemas de integración sensorial; rechazo muchas texturas porque no registro bien las sensaciones en la boca. Entonces, la Pica en autismo no es algo que veamos tanto, porque muchas veces se restringe la alimentación. Eso no quita para que tengamos casos de niños que se restringen la alimentación y en cambio llegan y se comen todo este tipo de cosas. No te sabría explicar por qué. Por ejemplo, una niña que se come todo, en cuanto a su alimentación, lo que el papá me relata es que tiene muchos problemas a la hora de introducir nuevos alimentos porque rechaza muchos [Ana, psicóloga].

La selectividad y la restricción alimentaria aparecen con frecuencia en pacientes con TEA. Se trata de un comportamiento, al igual que la Pica, poco estudiado pero que supone una gran preocupación para las familias de los afectados; puesto que puede dar lugar a carencias nutricionales. En cierta medida, vendría a representar lo contrario que la Pica, ya que se trata de una resistencia a incorporar en la dieta nuevos alimentos o centrarse únicamente en unos pocos.

En otro orden de cosas, uno de los materiales consumidos por este tipo de pacientes, un producto corporal, que aparece de forma reiterada en las conversaciones con los monitores y que nadie había citado en el resto de grupos analizados, son las heces. Producto mencionado en algunos estudios (Beck & Frohberg, 2005; Tarachow, 1966), siempre acerca de pacientes

⁹³ La selectividad alimentaria en TEA puede manifestarse como el rechazo hacia determinados alimentos o como la alta frecuencia en el consumo de unos pocos. Los artículos científicos que han estudiado este comportamiento lo achacan a diversos factores, tales como: los intereses rígidos y restrictivos hacia determinadas acciones y objetos que caracterizan a este tipo de pacientes; el rechazo hacia la textura y consistencia de algunos alimentos; o aspectos relacionados con la apariencia del producto como el logotipo, el nombre o el tipo de embalaje (Lázaro et al., 2018; Cermak et al., 2010; Bandini et al., 2010).

psiquiátricos institucionalizados. Inés señala que hay internos en los que su único comportamiento Pica identificado es la coprofagia; que aparte de con su ingesta, tiene también que ver con la manipulación y con el juego. De igual modo, nos cita casos en los que tras haber abandonado otro tipo de consumos los pacientes adquirieron este hábito.

Para mí fue como... muchas veces cuando una conducta desaparece, aparece una sustituta; entonces yo creo que la operación [quirúrgica] para él fue algo traumático. La conducta desapareció, pero tenía que buscar una sustitución que cumpla con esa necesidad, porque la conducta siempre tiene una función, y creo que es cuando apareció todo el tema de las heces; que tiene que ver con la estimulación sensorial [Inés, psicóloga].

A lo que Javier, uno de los supervisores con los que estamos hablando, añade y puntualiza que la ingesta de heces se da sobre todo en un tipo de internos muy específico, y que no sabe hasta qué punto debe ser calificado como Pica.

Bueno, el tema de las heces lo hemos visto sobre todo en gente que empieza a demenciarse. Gente que está totalmente... que no sabe. Aparecen tormentas en la cabeza de no sé qué tipo. Y ansiedades, de no saber dónde está uno, dónde está su cuerpo, si es suyo... Y a lo mejor, es que ya no identifica qué es eso que tiene delante. Si realmente es comida o no es comida o qué está pasando. O sea, que a lo mejor [la Pica] ya no está dirigida ni nada [Javier, supervisor].

Y es que, puede que haya gente que coma mocos o uñas, o tierra, o esponja, o la cal de la pared, y puede que todo ello se considere extraño; pero que alguien coma heces —en términos culturales— es algo que figuraría en la cúspide de una hipotética escala de degradación alimentaria; únicamente superado por el consumo de carne humana (Macbeth et al., 2008).

Así pues, nuevamente, la caracterización que de la Pica hacen los profesionales del centro de atención para discapacitados intelectuales también es distinta de otras prácticas alotriofágicas. Tanto por las sustancias escogidas como por el modo de consumirlas, aunque también nos refieran consumos más "comunes".

A ver, claro, porque igual Pica es cuando comes y lo haces de manera compulsiva. Dónde está esa diferencia. Porque allí podemos tener más casos. Con azúcar lo hemos visto. Hay gente muy ansiosa en tomar tanto líquidos como sólidos de manera más compulsiva [Javier, supervisor].

Esta chica que comentábamos era muy cazadora, en el sentido de que entraba en una habitación y lo primero que detectaba era la comida, y esperaba el momento oportuno para ir y delante de ti... ¡ras! Recuerdo que con un bizcocho que trajeron, se comió diez de golpe y al final le provocó una indigestión [Patri, supervisora].

Costras, costras de heridas. Aquí los procesos de curación para cualquier cosa se eternizan porque se rascan las costras y se las comen. Y yo creo que los puntos no porque van agarraos [Carolina, cuidadora].

Pero también uno se los quitó y se los comió [Javier, supervisor].

Pero más allá de estos últimos ejemplos, los consumos dentro de este grupo social son claramente de naturaleza más bizarra. Sustancias, productos y materiales tales como colillas, hidrogel, jabón, globos, guantes, etc; susceptibles de generar notables perjuicios en la salud de los afectados. Que incluso nos hace sopesar algún tipo de propósito autolítico; una hipótesis que es descartada en rotundo.

No, porque tienen oportunidades para hacerse daño y tal. Porque hay otros casos que si puede pasar, de hacerse daño con cualquier otra cosa; autolesiones, autoagresiones que hemos visto también, esa conducta también esta. Pero en estos casos no, es solo eso, es de manera compulsiva, abrir la boca y llevárselo dentro [Javier, supervisor].

En algunos de los casos que hemos visto a lo largo de nuestra investigación se da un propósito de ocultación, y en otros no. Cuando se trata de pacientes con trastornos del espectro autista (TEA), si no del todo, el propósito de ocultación prácticamente desaparece. Según Ana, "no tengo ninguno que se esconda. Yo creo que no tienen esa conciencia. Así

como un niño de desarrollo típico, si sabe que algo no se lo puede comer se esconde un poquito para comérselo, aunque luego lo veas, este tipo de niño no lo hace" (Ana, psicóloga). Algo que, de todos modos, Inés matiza. "Pero... es que depende del grado de compulsión, hay veces que si pueden contenerse y esconderse lo hacen, pero en otros momentos es pam-pam-pam" [Inés, psicóloga]. De ello podemos deducir que a mayor grado de compulsividad menor será la posibilidad de ocultamiento. Motivo por el que en el caso de las personas autistas, entre las que se da un mayor grado de compulsividad y están mejor monitorizadas, puede resultar más sencillo percatarse de este tipo de ingestas.

Así pues, en este grupo de población, parece que las prácticas alotriofágicas difieren de las de otros. En primer lugar, como ya hemos dicho, por la clase de productos escogidos. En segundo, por la forma en la que se producen estos consumos, que parece tener un marcado carácter compulsivo, indiscriminado y masivo; en los que el factor ocultación ocupa un lugar secundario. En último lugar, por sus consecuencias, caracterizadas por su gravedad clínica, que solemos encontrar en la presentación de casos clínicos que reporta la literatura médica para ilustrar la Pica.

De igual modo, no encontramos ningún indicio que nos haga sospechar algún tipo de función identitaria asociada a fenómenos sociales como el gusto (Bourdieu, 1988), los complejos rituales (Turner, 1967; Lévi-Strauss, 1974) o los ritos de paso (van Gennep, 2008). Algo que si se deja entrever en determinadas prácticas geofágicas (Gow, 1989; Geissler, 2000; Knudsen, 2002), en el *Dirt-eating* (Hogart, 2017) o en las ingestas de cloróticas (King, 2005; Brumberg, 1982) y embarazadas durante el Renacimiento. Ejemplos en los que el género, la edad, la clase social o la pertenencia étnica si que juegan un papel determinante.

La escuela

No queremos cerrar esta viñeta etnográfica sin referirnos al tercer grupo por excelencia asociado a la Pica; los niños. Por ello, hemos acudido a las escuelas, espacios en los que juntamente con la casa pasan la mayor parte de su tiempo. En concreto, hemos conversado con profesores de educación infantil y primaria.

Una vez más, nuestras informantes vuelven a mostrarnos su extrañeza por el hecho de que estemos estudiando algo así. Lo que nos hace sentir un poco ridículos y en cierta medida culpables. La cuestión es que a medida que avanzan las entrevistas, la curiosidad de las

entrevistadas comienza a ser casi mayor que la nuestra. Así pues, les preguntamos por el tipo de consumos que observan en las aulas, en los patios de recreo, en las instalaciones del Centro. En su mayoría, aparte de sus respectivos almuerzos, los niños acostumbran a consumir materiales escolares, aunque también productos corporales como uñas, mocos y pelo.

Plastilinas, ceras... ¡todo! ¡Prueban todo! Sobre todo, en menos de dos años. Pero, gomas de borrar he visto a niños más grandes. E incluso, yo misma, recuerdo cuando era pequeña, en el cole, que me encantaba comerme las gomas de borrar. Esto era cuando tenía más de seis años incluso. Yo creo que las gomas de borrar es típico de la infancia [Sonia, profesora].

Uñas, mocos... siiiii. Eso es general. Yo podría decir que en los niños con los que he trabajado hasta los doce años es bastante general [Clara, profesora].

Todas las profesoras refieren que es un hábito más frecuente en niños de educación infantil, hasta los 6 años de edad, que en los de primaria, hasta los 12. Asimismo, opinan que hace unas décadas eran prácticas más habituales, y que con el paso del tiempo han ido disminuyendo. Lo cual achacan, por un lado, al cambio en la fisonomía de los espacios educativos, y por otro a cuestiones relacionadas con la normatividad social en cuanto a la salud y la higiene. Sin olvidar las medidas de prevención implementadas durante la pandemia, que por razones obvias hicieron disminuir este tipo de consumos.

Antes si que había mucha gente que se mordía las uñas, aún hay mucha gente adulta, y en los niños no lo he visto tanto. Yo creo que es más de antes. Antes siempre veía niños con todo raído y ahora no. Porque además, en las manos sí que me fijo mucho. [...] Mocos, lo típico que se mete el dedo y se lo come, pues creo que menos también que antes. Antes sí que había mucha gente comiéndose los mocos, y les decías: “¡No hagas eso!” [Laura profesora].

También señalan que hay niños más proclives que otros, entre los cuales nos desgranamos algunos que, más que por el tipo de cosas consumidas, como pegamento o gomas de borrar,

destacan por su reincidencia e incorregibilidad; a pesar de las amonestaciones que reciben de sus educadores.

Cuando me doy cuenta está ya con el pegamento dentro de la boca. Y después se lo quito de la boca y le suelo decir: “Pero hombre, que esto no es para comer, que esto es para pegar los papeles”, le explico la utilidad del pegamento. Ella se queda sorprendida también, me mira sorprendida y entonces ya lo deja de hacer. Pero es reincidente, no es que me sirva decírselo, la próxima vez lo hace igualmente. Lo que yo digo no sirve para atajar la conducta. Esta niña lo ha seguido haciendo durante todo el curso. Lo que pasa es que yo la cogí en 3 años, y ahora tiene casi 6, entonces en estos 3 años ha habido una evolución, es decir, ahora lo hace puntualmente, pero sigue manifestando interés por ello [Sonia, profesora].

En general, los comportamientos van cediendo conforme los niños se hacen mayores. Y no llegan a revestir mayores problemas de salud ni requerir ningún tipo de intervención médica, salvo en casos muy aislados. De las ocho maestras consultadas tan solo una de ellas, Isabel, nos cuenta el caso de una alumna de 10 años que precisó asistencia médica a causa de chupar e ingerir mechones de pelo.

Y es cuando me contó que se comía el pelo, que esa cicatriz era porque la habían tenido que intervenir por la obstrucción. Ella era una cría de aspecto muy saludable, muy dulce, cariñosa, muy buena cría; su padre estaba muy encima de ella, su madre también, o sea, que no era una familia desestructurada ni destartada ni nada [Isabel, profesora].

Entre los más pequeños, niños menores de 2 años, los consumos son más indiscriminados; tierra, piedras, colillas, todo tipo de cosas, que chupan, mastican o ingieren, y son interpretados como un comportamiento exploratorio. En principio, esta sería la razón por la que los manuales diagnósticos indican que no procede diagnosticar Pica a menores de 18 meses (APA, 2014).

A ver, cosas que se llevan a la boca, en este ciclo, es continuamente, todo el tiempo, porque manipulan y conocen el mundo a través de la boca, sobre todo durante el

primer año, los bebés. Todo objeto que cae en su mano, todo objeto que va a su boca. Para conocerlo, qué forma tiene, qué gusto, qué textura... se lo llevan todo a la boca [Sandra, profesora].

Sin embargo, en base a sus observaciones, las informantes aseguran que los niños aprenden a discriminar muy pronto, en torno a los 8 meses; aunque algunas puntualicen que "madurativamente, en la misma clase, hay unas diferencias que te asombraría" (Bea, profesora). Por tanto, inferimos que aún pudiendo ser fruto de comportamientos exploratorios, es posible que muchas de estas ingestas se produzcan a pesar de tener consciencia de que "eso no se come".

En este sentido, siguiendo a Douglas, cuando señala que "la socialización enseña al niño a controlar los procesos orgánicos, entre los cuales los más desdeñados y considerados como improcedentes son aquellos que atañen a la eliminación" (Douglas, 1988: 97), podemos añadir que ocurriría lo mismo en cuanto a la incorporación. A los niños les cuesta asumir la normatividad, la infringen sistemáticamente; en ocasiones porque la sociedad los ampara, es decir, por su rol de niños. Conforme van aproximándose a la edad adulta, se espera que este tipo de prácticas alimentarias sean abandonadas, o en su defecto ocultadas. Además, en relación con su significado, en estas edades, este tipo de consumos pueden darse, de forma accidental o no, también en el contexto del juego.

Los pequeños los ves que están jugando, y si juegan a cocinitas pues se pueden comer las cosas... Igual que la plastilina, la plastilina también he visto que se la metían por la boca. Eso en los pequeños. A veces la tenía que tirar porque estaba toda baboseada. Pero claro, si están jugando a cosas de comer se lo meten en la boca. El juego simbólico de los pequeños es muy real [Cristina, profesora].

Pero volviendo a los niños de edad más avanzada, nos preguntamos por las motivaciones que les llevan a infringir una norma tan elemental para la alimentación como es la noción de comestibilidad. Si puede representar un beneficio nutricional, si puede existir un componente ansioso o si puede concurrir el hambre; al igual que si debe ser considerado una enfermedad o un error cognitivo.

En algunos niños, las profesoras aprecian nerviosismo y una excesiva demanda de estimulación oral, y se remiten a explicaciones similares a las que los psicólogos del *lead poisoning* aportaban para dar cuenta de la Pica infantil (Lourie et al., 1963). Pero por lo visto, tampoco siempre es así.

Yo lo relacionaba un poco con la hiperactividad, digamos así, pero luego he comprobado que no, porque esta niña por ejemplo, para nada da este perfil. Y yo lo asociaba un poco con alguien como nervioso que tiene necesidad de... mientras estoy explicando la ficha, de meterse algo a la boca porque es muy nervioso. Este otro niño mayor del pegamento y medio tampoco era ese perfil. Pero yo al principio lo asociaba con alguien nervioso, que tiene necesidad de hacer algo, y entonces se mete la pintura en la boca [Sonia, profesora].

Igualmente, salvo en niños muy pequeños, no es posible atribuirlo a un error cognitivo, puesto que no solo las profesoras, sino también la mayor parte de la literatura médica dedicada al desarrollo del niño asegura que a partir de una edad relativamente temprana los niños saben discriminar. Por otro lado, respecto al hambre o la posibilidad de un hipotético beneficio nutricional, las informantes dudan de que los mocos o las gomas Milán tengan algún valor nutricional, y sobre todo, destacan la sobreabundancia alimentaria que gozan (o padecen) los niños.

¡Bufff!, hay muy poca hambre ahora. En los casos de los críos gitanos, de normal, las madres cogen y les ponen... igual te vienen con 3 tetrabrik de zumo más un montón de paquetes de magdalenas embolsadas, o varios pastelitos de esos muy pastelitos. Los críos que son de familias más cultas les ponen más fruta o bocadillo de pan con algo [Cristina, profesora].

Por tanto, seguimos un poco en las mismas, ninguna de las teorías a las que frecuentemente alude la ciencia para intentar explicar el consumo de no-comestibles resulta plenamente satisfactoria a la hora de explicar los consumos de los niños.

Isabel, una de las profesoras, que confiesa sentir una especial predilección por experimentar con nuevos sabores y texturas, lanza una reflexión interesante. Ante la pregunta

"¿crees que se trata de una enfermedad?", responde: "No. Yo creo que a ver, si tenemos el sentido del tacto y nos gusta tocarlo todo. El de la vista y mirar. El del olfato y oler. Cómo nos vamos a privar del gusto de probar" [Isabel, profesora].

Y es que, aunque parezca una explicación algo pedestre, entre los niños, las motivaciones más referidas corren en esta línea. Expresiones de deleite, deseo y juego como "me gusta mucho hacerlo" o "¡están buenísimas!"; o como nos refiere Cristina, rememorando una canción de su infancia: "Yo tengo un moco, me lo quito poco a poco, lo redondeo y lo miro con deseo. Yo tengo un moco, lo cojo y me lo como, y como me sabe a poco me como otro moco" [Cristina, profesora].

De igual modo, comprobamos que las dos apreciaciones más compartidas por estas profesionales de la educación son que este tipo de prácticas no suelen implicar grandes riesgos para la salud de los niños y que en la mayoría de los casos son abandonadas –u ocultadas– a medida que se hacen mayores.

Los tres grupos de riesgo

A lo largo de nuestro estudio nos hemos topado de forma insistente con unos mismos agentes: los niños, las mujeres embarazadas y los pacientes psiquiátricos. Toda la literatura médica consultada, tanto la actual como la antigua, hace referencia a estos tres grupos cuando de la Pica se habla. De igual modo, hemos visto que el número de casos que los médicos atienden en sus consultas es poco más que anecdótico, y que la atención facultativa que se le presta, salvo en los centros para personas con discapacidad intelectual, es mínima.

Igualmente, constatamos que el resto de la población suele quedar al margen en los estudios epidemiológicos disponibles, a pesar de que algunos estudios apuntan a que el consumo de sustancias y productos no-comestibles pudiera ser una práctica mucho más generalizada (Hartmann, 2019; Golden et al., 2012; Decaudin et al., 2020); no solo en remotos enclaves africanos ni asociada a pintorescos complejos rituales o formas de sanación.

Así pues, nos preguntamos por qué la Pica ha quedado médicamente asociada a estos tres grupos de riesgo; ¿cuáles son sus denominadores comunes?, ¿cuáles sus características diferenciales? ¿hasta qué punto debemos dar por válida esta asociación?

Acudiendo a las tipologías populares, pudiera resultar sencillo dar respuesta a lo que para nosotros representa un intrincado enigma. Ya que, en el caso de nuestro marco cultural, para

lo que podemos tomar como muestra cualquier manifestación artística, publicitaria o literaria, todo el mundo conoce del deseo caprichoso de las embarazadas, la imprudencia de los niños y la insensatez de los enfermos mentales; es decir, en términos alimentarios, tanto unos como otros harían lo que se espera de ellos. Una percepción que desde el discurso facultativo alguno de los médicos reinterpreta de esta manera.

En principio puede haber una base conductual en los tres. El embarazo es un momento psicoíntenso o "psicoíntenso", vamos a llamarle así. Con lo cual, conductualmente la persona cambia. De hecho es el gatillo de mucha psicopatología, no sé si oculta pero latente. Eso si que lo vemos, tanto la percepción de uno mismo como... Entonces no digo que las embarazadas sean pacientes psiquiátricos, ni mucho menos, pero sí que dentro de que cambia mucho la percepción de la ansiedad, hay un grupo de mujeres que están muy tranquilas y están bien, pero sí que hay un grupo de mujeres que tienen ansiedad. Es un momento, pues como la adolescencia, de inestabilidad o de intensidad emocional suficientemente potente como para que se den pequeños cambios conductuales. No sé hasta qué punto cual es el origen psicoconductual de la Pica en un paciente psiquiátrico, que también puede tener... Y luego el niño, pues es de investigar todo, se lo meten todo en la boca [Miguel, obstetra].

La medicina, de la mano de la biología, la psiquiatría o la neurología, relata una serie de "anomalías" en el funcionamiento físico y psíquico de estos agentes (Prasad et al., 1961; Cardoso et al., 2021; Danford & Huber, 1981), que supuestamente acabarían afectando a su comportamiento alimentario. Sin embargo, en este sentido, la evidencia científica no aporta datos concluyentes para la Pica; aún más, ninguna de sus hipótesis goza de un mínimo consenso científico.

Pero además, nos percatamos de que aparte de no acudir a muestras de población general, la epidemiología de la Pica suele centrarse en poblaciones "no occidentales"; con lo que a nivel global, el perfil social más estudiado y por ello el tipo ideal de la Pica es el de una mujer embarazada de origen africano que come tierra. Paradigma de la alteridad en todas sus dimensiones sociales.

La antropología social se ha esmerado en explorar las dimensiones sociales de la alimentación más allá de su función biológica. Revelando algunos de los significados y funciones sociales que conllevan nuestras prácticas alimentarias; a la postre, entre otros, un importante signo de representación social que nos lleva a abrazar la conocida máxima de Marcel Mauss (1936); la no existencia de un tipo de conducta natural. Todo comportamiento humano estaría mediado culturalmente, desde el hecho de comer al de lavarse, el reposo, el movimiento o la conducta sexual; por lo que sería adecuado hablar de prácticas sociales más que de comportamientos.

Ya vimos como dentro del estudio de las prácticas alotriofágicas, algunos antropólogos han interpretado el consumo de tierra como un importante marcador social. Estos trabajos, realizados en sociedades tradicionales de África y Sudamérica, señalan que aun no siendo considerado un comestible, comer tierra y arcilla se tolera socialmente –no siempre– entre niños y mujeres. Y que únicamente aquellos hombres en los márgenes de la sociedad osan compartir esta tendencia, quedando el resto sometidos a una severa condena social. En alguno de estos artículos, ambientados en Chad y Nigeria respectivamente, podemos leer: "Nuestros hallazgos confirman que los hombres comen tierra en secreto, debido a la atribución general de esta práctica a las mujeres" (Kimassoum et al., 2023, p. 5); "La tierra es el alimento de las madres; un hombre que no puede permitirse comprar arcilla para su esposa no es apto para casarse. ¿Qué haría una mujer sin tierra?" (Izugbara, 2003, p. 192).

Por otro lado, las motivaciones que declaran los informantes en estos estudios no suelen referirse a las propiedades nutricionales de la tierra que toman, ni al hambre, ni a alguna supuesta función detoxificante. Simplemente mencionan cosas como "me gusta", "mi corazón lo desea" o "comemos tierra porque somos mujeres" (Geissler, 2000); con profusión de detalles acerca de los sabores, las texturas o los aromas más valorados en las diferentes variedades de tierra (Geissler, 2000; Izugbara, 2003; Siewe & Diko, 2013; Kimassoum et al., 2023).

En estos ejemplos, claramente, la infracción de la normatividad alimentaria juega un papel identitario, concretamente en relación a dos de sus condiciones sociales más determinantes, el género y la edad. Pero aquí ya no se trata de la prohibición cultural de comer este o aquel alimento, como en otros casos bien estudiados por la antropología de la alimentación, sino de comer algo que aun no habiendo sido pensado como un alimento puede cumplir una función expresiva en términos alimentarios; una infracción alimentaria

que desafía una de las nociones culturales y biológicas más básicas: la comestibilidad. Es decir, contraviniendo una vez más la recalcitrante postura de Marvin Harris (1989), apreciamos la existencia de una gramática alimentaria en la que incluso aquello que no es bueno para comer puede ser bueno para pensar.

A través de este tipo de infracciones alimentarias los agentes se identifican con sus respectivos grupos sociales, siendo principalmente el cambio de condición social lo que hace abandonar o adquirir estos hábitos, ya sea en el paso de la infancia a la edad adulta o en el embarazo. Pero sin embargo, la alotriofagia va más allá del consumo de tierra y de estos contextos culturales. Tal es así, que en nuestro estudio hemos presenciado consumos de todo tipo de cosas no comestibles, llevados a cabo en todo tipo de situaciones y por todo tipo de personas.

No sabemos hasta qué punto todos estos consumos son equiparables, pero llama nuestra atención que "tanto aquí como allá" se mencionen los mismos grupos sociales. Igualmente, comprobamos que comer tierra, mocos, pegamento u otras muchas cosas es interpretado de distinta manera en función de si el agente implicado es el niño de una escuela, un padre de familia, un paciente psiquiátrico o una antojadiza gestante.

Para Freidson, "la enfermedad es un tipo de desviación, o desvío, de un conjunto de normas que representan la salud o la normalidad" (Freidson, 1978, p. 211), ya sea en términos estadísticos, funcionales o adaptativos. Por lo tanto, para detectar tal o cual desviación deberemos primero definir cuál es la norma en cada caso.

La normalidad social, en los términos que los etnógrafos describían las sociedades tradicionales o "primitivas", se basaba en la existencia de categorías fuertes y unívocas, que tienen su correlato también en la alimentación. Sin embargo, hablar de normalidad en sociedades complejas como la nuestra resulta algo más complicado, ya que tal y como anticipó Emile Durkheim (2007), nuestra sociedad, basada en la división del trabajo social y la hiperespecialización, adolece de una pérdida de solidaridad en cuanto a unas clasificaciones fuertes y compartidas. Es decir, queda conformada en multitud de campos de conocimiento diversos e inconmensurables con regímenes normativos propios (Douglas, 1996). Campos que de una u otra manera vienen a sancionar aspectos del comportamiento humano.

Douglas advertiría que en las sociedades férreamente estructuradas, el control de los procesos corporales se da de un modo más estricto; "cuanto mayor es la presión social, mayor

es la tendencia a expresar la conformidad social por medio del control físico" (Douglas, 1988, p. 9). Sin embargo, la autora inglesa se centraba principalmente en sanciones de tipo religioso.

Para Freidson (1978), apoyándose en las conclusiones de Talcott Parsons (1964), cada sociedad disfrutaría de su particular eje principal de desviación, es decir, cada grupo humano da una prioridad y un estatus normativo diferente a cada uno de los campos de conocimiento productores de clasificaciones sociales. Para ilustrar esta hipótesis el sociólogo enumera una serie de ejemplos distribuidos por épocas y países.

En la India, por ejemplo, Parsons sostiene que el énfasis principal en el pasado reciente estaba puesto en los requisitos para la pureza del ritual. En la Unión Soviética, se dice que el énfasis fundamental está en el compromiso asumido por el ciudadano de realizar bien su trabajo para el beneficio del Estado. En Inglaterra, se dice que lo que más se acentúa es el compromiso con la ley. Los Estados Unidos, sin embargo, enfatizan el valor de la salud sobre otros valores tales como la pureza ritual o la ley. [...] La desviación, entonces, tiene mayor probabilidad de ser considerada un problema de salud en los Estados Unidos, que un problema del derecho, pureza ritual o de compromiso político (Freidson, 1978, pp. 248-249).

Quizás por ello, a la hora de sancionar socialmente las prácticas alotriofágicas prevalecen cuestiones médicas como el riesgo para la salud, la compulsividad o la no conciencia de enfermedad. De ahí que no es descartable que una vía para medicalizar –e invisibilizar– estas prácticas en sociedades occidentales haya consistido en su asociación a grupos poblaciones liminales o en los márgenes de la sociedad.

La ingestión de tierra entre niños mental y socialmente discapacitados y entre mujeres embarazadas pobres se ha tomado como confirmación de la noción etnocéntrica de que la ingesta de tierra es una aberración del apetito, y podría atribuirse al estrés psicosocial o a trastornos mentales (Geissler, 2000, p. 655).

Una incapacidad para controlar un apetito equivocado atribuida a unos agentes fuera de control, caracterizados socialmente por su espíritu caprichoso e incorregible. Algo a lo que los médicos renacentistas –aparte de como Pica– se referían con expresiones como *vitiosus*

appetitus, depravatus appetitus o *corruptus appetitus*, y sobre todo con el término latino Malacia; blandura o falta de rigidez moral para domeñar el deseo.

Por último, respecto a estos grupos de riesgo, no sabemos a ciencia cierta si son todos los que están ni si están todos los que son. Sin embargo, en base a nuestra investigación, sospechamos que estamos ante una práctica alimentaria mucho más generalizada, invisibilizada socialmente y atribuida médicamente a unos determinados grupos de población, entre los que, en realidad, en el ámbito de nuestro trabajo de campo, hemos registrado muy pocos casos diagnosticados⁹⁴.

⁹⁴ A lo largo de nuestra investigación no hemos encontrado ni un solo reporte epidemiológico acerca de la prevalencia de la Pica en el estado español.

CONCLUSIONES. LA ALOTRIOFAGIA COMO PRÁCTICA ALIMENTARIA: HACIA UN OMNÍVORO TOTAL

Charlie Chaplin, en su archiconocida *La quimera del Oro* (1925), describe la escena de dos famélicos aventureros que, tras meses de penurias por el Yukón, tras haber agotado todos sus víveres, no disponen de nada que llevarse a la boca. Tras una búsqueda infructuosa por los armarios y entre los cachivaches de su minúscula y destartada cabaña, uno de ellos, ante la premura del hambre, no duda en convertir su bota derecha en un succulento manjar. La hierve, la presenta en el plato, la examina, empuña cuchillo y tenedor y le hinca el diente. Dos escenas más tarde, su compañero de andanzas, un tipo fornido con muchos menos escrúpulos, pero al que jamás se le habría ocurrido comer algo tan absurdo como una bota, fantasea con comerse al propio Chaplin, confundiéndolo con un pollo.⁹⁵

⁹⁵ El mismo Charles Chaplin, en su autobiografía, explica de dónde extrajo esta conocida escena: "Leí un libro sobre la expedición Donner, que, camino de California, equivocó la ruta, quedando bloqueada por la nieve en las montañas de Sierra Nevada. De ciento sesenta pioneros sólo sobrevivieron dieciocho; la mayoría de ellos perecieron de hambre y de frío. Algunos practicaron el canibalismo, comiéndose a los muertos; otros asaron sus botas para apaciguar el hambre. De aquella horripilante tragedia concebí una de las escenas más graciosas de la película. Sintiendo un hambre espantosa, hiervo mi bota y me la como, chupando los clavos como si fueran huesos de un delicioso capón, y devorando los cordones como si fueran espaguetis. En este delirio del hambre, mi socio está convencido de que soy un pollo y quiere comerme" (Chaplin, 1964, p. 304).

El arte representa un campo privilegiado a la hora de sacar a relucir nuestros deseos y aspiraciones más intrincadas. Habitualmente, en campos del comportamiento humano tan sensibles a nivel social como son la alimentación o la sexualidad. Pasajes como el de *La quimera del oro*, en los que se haga mención a anómalas prácticas alimentarias, podemos encontrarlos por doquier; en novelas, poemas, películas, obras pictóricas, relatos de ilustres viajeros, etc. (García Márquez, 1982; Fuertes, 1992; Cervantes, 2003; Goya, 1821-1823; Mirabella-Davis, 2019; D'Aulnoy, 2005). En ellos presenciamos escenas de hambre, de deseo, de juego, de humor, de locura, de salvajismo, de desesperación. Escenas que despiertan nuestro sonrojo, nuestra hilaridad, nuestra condena o nuestra estupefacción.

Igualmente, nuestro lenguaje coloquial está colmado de expresiones populares que nos remiten al consumo de cosas situadas fuera del catálogo de lo comestible; e incluso de lo tangible. Que bien podríamos ordenar a modo de una escala de degradación alimentaria desde lo máspreciado a lo más denigrante. "Comerse el mundo"; "comerse a alguien con los ojos"; "comerse los mocos"; "tragarse el orgullo"; "ser la comidilla del pueblo"; "comerse el sapo"; "comerse el marrón"; "ser un comemierda".

Estas y muchas otras expresiones apelan a una gramática alimentaria a la que no están invitados alimentos de uso común, sino solamente cosas que no se pueden o no se deben comer. Es precisamente de esta transgresión semántica de donde emerge la eficacia simbólica de estas frases.

Los factores que determinan nuestras elecciones alimentarias responden a un extenso reguero de significados, preferencias y funciones. La nutrición es una de ellas, probablemente la más determinante. Sin embargo, la antropología social ha dado buenas muestras de que nuestras elecciones se sitúan más allá de la función nutricional; en ocasiones, prescindiendo descaradamente de ésta.

En materia alimentaria, el ser humano es un animal obstinado. Al margen de su particular condición biológica, que le permite hacer uso de un extenso abanico de productos vegetales, animales y minerales, sus elecciones se basan sobre todo en significados; asociados a cuestiones religiosas (Douglas, 1973; Harris, 1989), de clase social (Bourdieu, 1988; Elias, 1989; Mennell, 1985), éticas (Twigg, 1983), relacionadas con los estilos de vida (Mintz, 1985) o establecidos arbitrariamente (Gariné, 1972). De este modo, comprobamos que nada supone una limitación para él cuando se le antoja comer o no comer algo.

Es capaz de saborear especies animales y vegetales bien conocidas por su toxicidad, como el *fugu* en Japón o la legumbre *Lathyrus sativa* en el norte de India. Importar alimentos no disponibles en su ecosistema, de los que bien podría prescindir en términos nutricionales. Adaptar tamaños y consistencias mediante procesos como el cocinado, el troceado, el molido o el macerado. Simular preparaciones cárnicas mediante el procesado de ingredientes vegetales. Extraer las sustancias químicas indeseadas de algunos productos para que algunas personas los puedan comer, como sucede con el gluten o la lactosa. Consumir sistemática y conscientemente alimentos nocivos para su salud. E incluso comer materiales y sustancias en principio no comestibles.

En este proyecto hemos tenido acceso a un buen número de casos en los que las personas hacen uso de sustancias que solemos categorizar como no comestibles; en ocasiones por la sustancia en sí misma y en otras por el modo de consumirlas. De tal modo que hemos sabido de personas que comen materiales como tierra, cal, papel, pegamento, esponja, etc.; o productos corporales como pelo, mocos o uñas; y también ingredientes de cocina sin procesar, como café, harina o arroz crudo, entre otros.

Estas prácticas, que hemos denominado alotriofágicas, acostumbran a despertar nuestra incredulidad, y suelen estar proscritas en casi todas las latitudes culturales, en función de la sustancia y los agentes implicados, mediante sanciones más o menos informales; aunque en ocasiones también aparezcan prescritas. Por su parte, la medicina moderna lo cataloga como un trastorno del comportamiento alimentario al que denomina Pica.

La sanción médica

Introducida en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* en 1980 (APA, 1980), la Pica supone un intento fallido por reducir la alotriofagia –comer cosas extrañas– a un comportamiento patológico. En este sentido, la psiquiatría va un paso más allá que el nutricionismo, el cual, por el momento, se queda tan solo en proveernos de consejos y advertencias, sin llegar a patologizar las elecciones de los consumidores.

Probablemente el mayor problema a la hora de diagnosticar y estudiar la Pica sea la dificultad para categorizarla. Una dificultad que viene dada por su marcado carácter cualitativo. Ya que, a diferencia de otros trastornos del comportamiento alimentario, la Pica establece unos criterios de normalidad en la alimentación teniendo en cuenta la naturaleza

de lo que se come; no la cantidad ni el número de alimentos consumidos, como sucede con la anorexia, la bulimia, el trastorno por atracón o el de evitación/restricción de alimentos.

Es decir, se sancionan las elecciones, y para ello se acude a criterios nutricionales, de tal forma que en su definición podemos leer: "el consumo persistente de sustancias no nutritivas y no alimentarias" (APA, 2015). Sin embargo, como ya hemos ilustrado con multitud de ejemplos en este trabajo, muchas de las cosas "extrañas" que los seres humanos consumen son difíciles de categorizar en estos términos.

Esta indefinición de la Pica, que algunos han tildado de "caos nosológico" (Kachani y Cordás, 2009) es el mayor problema de su infradiagnóstico. A lo que habría que añadir la falta de interés facultativo y la supuesta ocultación que de sus prácticas hacen los pacientes; y sobre todo, el hecho de que la mayoría de estas personas, al no considerar sus consumos como parte de una enfermedad, no acuden al médico por ello. Es decir, aparte de ser difícil de categorizar lo es también aplicar la categoría.

Por lo tanto, nos preguntamos qué sentido tiene sancionar médicamente una práctica consistente en consumir productos que se escapan de la normalidad alimentaria, sobre la que los afectados no tienen una noción patológica y que por sí sola no altera ni al resto de su dieta ni a su funcionamiento psicosocial.

El consumo de no comestibles entraña una serie de riesgos, ya lo hemos visto. Casos de parasitosis, obstrucciones intestinales, lesiones dentales, cuadros de intoxicación; desde luego, no son palabras menores. Casos de ingestas bizarras y puntuales, normalmente entre pacientes con graves psicopatologías, caracterizados por su espectacularidad, que acaban siendo atendidos en los centros de urgencias, y que son de los que se nutre el imaginario médico de la Pica. (Anexo III)

Pero este tipo de consecuencias no se dan en todos los casos, ni mucho menos. Aún más, en función de la proporción de casos reportados por la literatura médica, puede que representen tan solo una minoría. Algunos autores recalcan que los riesgos de la Pica, más que a las sustancias escogidas, se deben a la cantidad y al modo en que son consumidas (Lacey, 1990). Así pues, a lo largo de nuestra investigación, hemos sabido de personas que comen materiales o productos no comestibles, con más o menos asiduidad, sin que les suponga ningún problema de salud.

Aún más, si el peligro para la salud fuera la principal razón de ser de la Pica, en vez de hablar del consumo de sustancias "no nutritivas" o "no alimentarias", la sanción médica

podría perfectamente referirse al consumo de sustancias "peligrosas". Pero vemos que no es así, puesto que aparte de ser un concepto difícilmente objetivable, el riesgo biológico es una constante en materia alimentaria; de ahí la interminable lista de patologías asociadas a nuestros hábitos alimentarios. Tal y como señalaba Paul-Levy, en rigor, la historia de la alimentación es "una larga historia de intoxicaciones involuntarias y voluntarias" (Paul-Lévy, 1997).

Por lo tanto, consideramos que la categoría médica Pica sanciona la elección alimentaria en si misma, más allá de las consecuencias que pueda tener. Y que la sustitución del concepto "extrañas" por el de "no nutritivas" se debe a cuestiones estilísticas e ideológicas propias del discurso de la medicina moderna y al tipo de criterios a los que acude para objetivar la enfermedad; puesto que lo que en el fondo se está sancionando es una infracción social, un error que subvierte un orden cultural tan básico como lo es separar lo que se puede de lo que no se puede comer; que nos remite a la idea de salvajismo.

En general, cuando pensamos en alguien que comete este tipo de infracciones, por ejemplo, comer tierra, viene a nuestra mente la imagen de sujetos que cogen tierra de cualquier parque o maceta y se la llevan a la boca a puñados; una práctica anticivilizatoria (Elias, 1989). Lo mismo que con los mocos, la cal, el hielo, el pegamento, la esponja... Pero en realidad estas personas seleccionan cuidadosamente sus ingestas –no siempre– lo que se desprende de valoraciones como:

El sabor saladito. Me parecía que era una cosa accesible. Pero no podía ser un moco baboso, tenía que ser un moco sequillo, más duro [Silvia]; el UHU [pegamento] ¡era buenísimo! Era así blandico y tenía un saborcico... Era líquido pero se hacía gomoso, era como... [Isabel]; la esponja parece un chicle pero no lo es del todo. Y aparte, es como más curioso, es tipo... No sé, es que es como raro de describir... Es áspero, entonces... es como muy agradable [Eva]; la textura [masilla] me daba mucho placer, lo recuerdo ahora y puedo pensar en ese recuerdo de salivar, esa textura me fascinaba [Natalia]; Una vez que una persona encuentra exactamente el hielo que le gusta, se engancha y vuelve al restaurante, a la tienda de fiestas o a la máquina de hielo, una y otra vez, en ocasiones varias veces al día (Young, 2011, p. 13); Para la selección de la tierra son importantes el olor, la consistencia y la disponibilidad. Los geófagos

entrevistados describieron el sabor de la tierra como dulce, neutra o insípida (Huebl et al., 2016, p. 1442).

Todos estos testimonios han sido extraídos de nuestro trabajo de campo y de alguno de los pocos trabajos etnográficos existentes sobre esta materia. En los que también se habla del mixturado de alguna de estas sustancias con otras, de su horneado y de su uso como aditivos. Algo así como una protococina alotriofágica, que en algún sentido rememora las cocinitas de los niños en el patio de recreo y nos remite a la boutade de Claude Fischler: "Únicamente las potencias del mal hacen anticocina con ingredientes inmundos" (Fischler, 1995, p. 39). Aunque como acabamos de señalar, no siempre es así, puesto que a veces nos encontramos ante consumos compulsivos e indiscriminados, usualmente entre pacientes psiquiátricos con trastornos mentales severos, que aunque destaquen por su espectacularidad, representan tan solo una minoría dentro de las prácticas alotriofágicas.

Agentes

La Pica como sanción médica, con su denominación y su correspondiente diagnóstico, pronóstico y tratamiento, surge con la cultura del Renacimiento. Autores como Lusitano, Mercado, Castro, Marinello o Paré fueron los primeros en introducirla en sus tratados. No como una afección mental, sino como una alteración en el funcionamiento del cuerpo femenino; una enfermedad propia de mujeres.

La literatura médica del Renacimiento se refiere ante todo al consumo de sustancias "extrañas", "absurdas" o "extraordinarias", en ningún caso a sustancias "no nutritivas", asunto que excede con creces los saberes y las técnicas de la época. Igualmente, a nivel argumental, solía acudir a apreciaciones morales, relativas al apetito desordenado y caprichoso de las mujeres y a su falta de integridad, que inevitablemente afectaban a otros de sus apetitos, principalmente en el terreno de su comportamiento sexual (Lange, 1589; Castro, 1603; Marinello, 1609). Una falta de integridad o debilidad moral que, en algunos casos, al igual que puede ocurrir hoy en día con otros trastornos como la anorexia (Gracia-Arnaiz & Comelles, 2007; Hepworth, 1999), tenía su correlato en una palidez y debilidad corporal pretendidamente buscadas en base a los modelos femeninos de belleza que imperaron en la época (Varandal, 1666; Stockhausen, 1681).

La medicina, médico mediante, viene a tutelar dichos comportamientos. Por ello, es posible que una las primeras tentativas de medicalización de la sociedad recayese sobre las mujeres, no solo sobre su sexualidad (Oakley, 1984), también sobre su alimentación⁹⁶. A partir de ese momento, la Pica saltará de grupo en grupo social hasta llegar a nuestros días, en ocasiones como una patología con entidad propia y en otras asociada a enfermedades como la clorosis o la cachexia africana; y ya en el siglo XX, a determinados trastornos mentales. Aunque en rigor, puesto que en ocasiones se asigna al embarazo el tratamiento social de un estado patológico (Oakley, 1984), podemos afirmar que la Pica aparece siempre asociada a otras enfermedades.

Pero por qué la Pica como sanción médica ha sobrevivido, mientras que muchas patologías de época como la clorosis, la cachexia africana, la drapetomania o el furor uterino (Hacking, 1995; King, 2005; Hogart; 2017), atribuidas a mujeres y a colectivos marginales, desaparecieron. En este sentido debemos remitirnos de nuevo a la poca atención que hoy en día se le presta y a su papel histórico como muleta de otras enfermedades.

Si repasamos las citadas afecciones encontramos siempre un peligro latente; en menor medida para el cuerpo biológico que para el cuerpo social (Douglas, 1973). Igualmente, si analizamos las entidades patológicas a las que ha aparecido vinculada históricamente la Pica, encontramos similares peligros. En el caso del embarazo asociados a las lógicas humorales, al misterioso cese de la menstruación y a los peligros intrínsecos a la función reproductiva. En el de la clorosis a los peligros sociales derivados de la adolescencia femenina. En el de la cachexia africana asociados a la ideología esclavista y a los intereses económicos del capitalismo agrícola decimonónico.

En todos estos casos, la Pica aparece como un supuesto peligro asociado a otros peligros; que aparte de como un peligro actúa como un marcador moral. Fundamentado en la descripción de extrañas inclinaciones alimentarias y atribuido a unos agentes fuera de control, afectados por inexplicables episodios de debilidad, apatía e indisciplina para los que ningún remedio resultaba eficaz.

⁹⁶ Muy probablemente, la Pica, juntamente con el ya desaparecido *caninus appetitus* o *fame canina*, de ciertas similitudes con el hoy denominado trastorno por atracón (APA, 2014), sean las decanas de los trastornos del comportamiento alimentario. Igualmente, comprobamos que las primeras sanciones médicas sobre la alimentación fueron en relación con el comer extraño y el comer desmedido. Hoy en día el trastorno más mencionado, la anorexia, sanciona el comer poco o nada.

No sabemos en qué medida la Pica gestacional supuso un problema "real" a nivel médico durante los siglos XVI, XVII y XVIII. Ni en qué proporción las adolescentes diagnosticadas de clorosis llegaban a ingerir tierra, hielo o yeso; lo mismo para el caso de los esclavos negros afectados por el *Dirt-eating*. Pero constatamos, por su constante presencia en la literatura médica de la época, que la Pica ocupó un lugar destacado en el relato médico.

Hoy en día, la entidad clínica pervive, se le atribuyen unos riesgos y se asocia a unos determinados grupos sociales, pero se habla mucho menos de ella y en la praxis médica apenas se detecta; a diferencia de lo que ocurre con anorexia y bulimia. Y es que puede que dentro del panorama alimentario contemporáneo, caracterizado por la anomia (Fischler, 1979) y ante la ausencia de un eminente peligro biológico, como el *lead poisoning*, sancionar médicamente el consumo de cosas extrañas haya perdido parte de su sentido; a no ser que el tipo y la cantidad de no-comestibles consumidos implique una visita a los servicios de urgencias.

Pero más allá de la sanción médica, constatamos que fenómenos alotriofágicos como la geofagia, la amilofagia o la pagofagia, siguen documentándose en todo el planeta; principalmente en África, Asia y América del Sur. Y que habitualmente aparecen asociados a los mismos grupos sociales a los que históricamente ha apuntado la medicina; a saber, mujeres, niños y algunos hombres (no lo suficientemente hombres); y también a determinados estadios liminales, como son el embarazo o el paso de la niñez a la edad adulta.

Esta sobrevenida relación entre alotriofagia y liminalidad o marginalidad nos traslada a las obras de conocidos autores que han estudiado las relaciones entre alimentación, reproducción social y clase (Bourdieu, 1988; Elias, 1989); en las que se asocian unas determinadas elecciones alimentarias a unas determinadas posiciones sociales, a la par que se recalca la cualidad *enclasante* de dichas elecciones. Por lo tanto, si el hecho de consumir determinados alimentos implica determinados significados sociales, muy probablemente, el hecho de consumir determinados no-comestibles implique también una serie de relaciones análogas.

Así pues, apoyándonos en esta propuesta teórica, y remitiéndonos a nuestro trabajo de campo, podemos establecer cierto paralelismo entre las elecciones que se dan en el ámbito normatofágico –la normatividad alimentaria– y el alotriofágico, en relación con las posiciones sociales que confieren dichas elecciones. Puesto que al igual que se asigna el consumo de determinados alimentos a los individuos de determinadas clases sociales, apreciamos que el

consumo de no-comestibles suele aparecer asociado a una clase de agentes que han sido situados en los márgenes de la sociedad; tan en los márgenes como pueden estarlo, en relación con la normatividad alimentaria, los no-comestibles que estos consumen.

Sustancias

De entre todas las cosas que, en función de su condición biológica, el ser humano puede llegar a consumir, en cada marco cultural solo hace uso de una pequeña muestra de ellas. De todas las demás se priva; sobre todo en base a preceptos interdictivos de carácter cultural. Tal es la fuerza de estos imperativos y la irracionalidad (o hiperracionalidad) en nuestras elecciones alimentarias, que es posible que en determinadas situaciones haya personas que puedan llegar a presentar problemas de salud o carencias nutricionales por no hacer uso de determinados alimentos proscritos de su dieta, que sin embargo son consumidos sin problema en otras culturas o por otros agentes.

Por todo ello podemos afirmar que por cuestiones de orden biológico –y cognitivo– el ser humano establece en cada marco cultural un catálogo de comestibles o de cosas susceptibles de serlo, y que a su vez, dentro de este catálogo establece un catálogo de no-comestibles. Un ejemplo muy recurrente podría ser el caso del cerdo, que aun siendo categorizado como un alimento, incluso por las mismas personas que cumplen a rajatabla la prohibición de comerlo, es apartado de la dieta ordinaria por cuestiones religiosas en diversas culturas. Podríamos poner multitud de ejemplos con otros ítems alimentarios y preceptos interdictivos aparte del religioso.

Este tipo de privaciones no se dan de la misma forma para cada una de las opciones alimentarias. Por un lado, porque en todas las culturas hay productos mucho más frecuentados que otros, que aunque se puedan comer apenas se comen. Por el otro, porque hay determinados productos –*borderline foods*– como las pieles y los tallos o los huesos de determinadas especies vegetales y animales que en determinadas situaciones y por determinados agentes dentro de una misma cultura pueden llegar a ser categorizados indistintamente como comestibles o como no-comestibles (Gallagher et al., 2022; Nicholes et al., 2019). Por último, porque en ocasiones se producen recategorizaciones, mediante las cuales, ítems que formaban parte del catálogo de no-comestibles pasan a formar parte de la dieta ordinaria (Matalas y Grivetti, 2008), y viceversa. Lo cual nos advierte de que este tipo

de ordenamientos alimentarios no son estancos, sino que cuentan con la permeabilidad cultural necesaria para admitir nuevas incorporaciones y rechazar algunas ya de por sí consolidadas; puede que cada vez más, debido entre otros factores a los cambiantes estilos de vida, a un mayor acceso a la información y a la hiperconectividad e hipermovilidad de la población.

En el caso de las prácticas alotriofágicas observamos similares mecanismos culturales de selección y recategorización, pero en este caso dentro de un catálogo de cosas que por razones biológicas –y culturales– suelen definirse como no-comestibles. Una de nuestras informantes, originaria de Guinea Ecuatorial, nos relataba que al establecerse en Barcelona en los años ochenta no fue capaz de encontrar *calabachop* en los comercios de la ciudad, por lo que optó por sustituirlo por polvos de talco, que consumió durante sus tres embarazos. No es un caso aislado, algunos autores describen sustituciones y recategorizaciones similares, por ejemplo, la sustitución de caolín por almidón de uso industrial entre las afroamericanas embarazadas de los Estados Unidos o de tierra por hielo entre las emigradas mexicanas (Young, 2011; Lin et al., 2015).



Ilustración 2. Calabachop en un puesto de venta de Malabo (Guinea Ecuatorial). Fuente: fotografía tomada por informante

Pero no solo eso, sino que entre la multitud de sustancias, productos y materiales no comestibles que estos "comedores de cosas" podrían llegar a escoger, tantos como cosas en el mundo, nos percatamos de que son especialmente unos pocos los que eligen. Así pues, los

estudios epidemiológicos y revisiones sobre la Pica y la alotriofagia a nivel global, suelen aludir al consumo de papel, mocos, pelo, cal, esponja, tierra, arcilla, ceniza, arroz crudo, pegamento, pasta de dientes, almidón, hielo, legumbres crudas, frutas no maduras y pasta alimentaria cruda. Pero de todos estos, con muchísima más asiduidad que el resto, destaca el consumo de tierra, cal, arcilla, hielo y almidón⁹⁷. Un top five alotriofágico que llama nuestra atención por su recurrencia y que nos hace pensar, al igual que ocurre con las selecciones alimentarias ordinarias, pero de forma inversa, en unas pautas biológicas o culturales que darían lugar a un hipotético catálogo de "comestibles" dentro del catálogo de no-comestibles.

Algunos autores han sugerido que estas sustancias suelen ser secas y crujientes (Young, 2011). Otros apelan a sus supuestos beneficios micronutricionales (Prasad et al., 1961). Otros al significado cultural que puede entrañar comer cosas que poseen un alto valor simbólico en muchas sociedades, como puede ser la tierra (Ferrell, 2008; Gow, 1989). No obstante, observamos que no con todas las sustancias señaladas se cumplen estas condiciones.

Sea como fuere, incluso fuera de los dominios de la normatividad alimentaria creemos vislumbrar indicios de normatividad alimentaria. Algo que nos remite a las teorías del etnopsiquiatra George Devereux (1971), el cual dedicó gran parte de su obra al estudio de los desórdenes étnicos y los *modelos de comportamiento incorrectos*. Siguiendo a este autor, la cultura, cualquiera, no solamente estructuraría los comportamientos correctos sino también los incorrectos. Te estaría diciendo "no lo hagas, pero si lo haces, es preciso que lo hagas como te indico" (Devereux, 1971, p. 5). En nuestro caso, no solo nos estaría diciendo lo que podemos comer sino también lo que podemos comer dentro de lo que no podemos comer.

Sin embargo, tal planteamiento quizás resulte demasiado rígido, demasiado dicotómico, puesto que comprobamos que la categoría comestible es terriblemente inestable y cambiante, y aunque la cultura nos provea de unas pautas, éstas siempre se manifiestan en el aquí y ahora de las elecciones individuales. De tal forma, percibimos que ninguna cosa o sustancia es comestible o no comestible por si sola, sino que dicha categorización se desprende de la conjunción de una serie de variables, como pueden serlo el modo de consumo, la situación,

⁹⁷ La literatura médica de hace cinco siglos ya mencionaba insistentemente estas sustancias, salvo el almidón, al referirse a la Pica gestacional y la Pica de las jóvenes cloróticas (De Castro, 1603; Mercado, 1597; Marinello, 1574; Paré, 1641).

la cantidad o la clase de agentes implicados, que van a otorgar significados diversos a cada uno de los consumos dentro de cada uno de los diferentes marcos culturales.

Es decir, lo que nos causa extrañeza y despierta nuestra hilaridad o condena no es tanto que las cosas que se consumen puedan ser categorizadas como "no nutritivas" o "no alimentarias", sino la infracción de una gramática alimentaria *per se*, que convierte la elección en inapropiada. Al fin y al cabo, este sería ni más ni menos el punto donde fracasa la Pica como forma de sanción médica; un aspecto que hace muy difícil su sistematización.

Esta adecuación alimentaria se ciñe a una gramática compleja que además, como toda gramática, está sujeta al cambio. Podemos pensar, por ejemplo, en la amilofagia; el arroz es un comestible hoy en día utilizado en la cocina de casi todas las culturas, pero cuando se consume crudo deja de serlo; salvo que lo haga un *crudista*, supuesto en el que recobra su condición de comestible. O en la pagofagia o consumo de hielo, que para los médicos del Renacimiento pudiera suponer una aberración alimentaria pero que en la actualidad es habitual en multitud de presentaciones alimentarias, sobre todo en verano. O en la geofagia, a veces considerada una forma de suplementación micronutricional. O en la mucofagia que, en función de la edad del agente, es consentida socialmente. O en aquel caso, citado en este estudio, de la embarazada que consumía 300 ositos de gominola al día y acabó siendo diagnosticada de Pica, en el que es la cantidad la que determina la improcedencia.

Igualmente, si trasladamos la noción de *situación alimentaria*, "aquella circunstancia en la cual se ingieren alimentos, tanto si constituyen una comida como si no" (Douglas, 1979), al consumo de no-comestibles, observamos infinidad de situaciones con diferentes funciones y significados. De tal forma, en el caso de la geofagia, podemos encontrar consumos dentro de complejos rituales, como los conocidos casos de Chimayo o Esquipulas, en los que los devotos ingieren tierra sagrada (Ferrell, 2008; Hunter & Kleine, 1984). Consumos de multitud de tierras y arcillas, denominadas localmente como *ayilo, eko, kalaba, calabachop, lobo, udongo, etc.*, por parte de un buen número de mujeres africanas (Huebl et al., 2016; Vermeer, 1971). Consumos para saciar el hambre, como sucede con los *bon bon terre* haitianos, preparaciones a base de tierra horneada con sal y manteca, que son consumidos en épocas de carestía (Katz, 2008). O consumos indiscriminados, como los que se pueden producir entre algunos pacientes con trastornos mentales severos (Baheretibeb et al., 2008).

Una polisemia que acontece también dentro de la alimentación "convencional" con otras sustancias, como por ejemplo con el consumo de vino, que no representaría lo mismo en el

contexto de un banquete, que en el uso ritual que de él hace el sacerdote en la eucaristía, que en las ingestas masivas de una persona alcohólica o las que se producen de forma controlada en una cata enológica. Cambian las situaciones, cambian los modos, cambian los agentes, y con todo ello, cambia el significado de los consumos y de las sustancias consumidas.

Por ello, concluimos que establecer un catálogo de cosas comestibles y en consecuencia, otro de no comestibles, puede resultar una tarea imposible; por el hecho mismo de que ninguna sustancia, por si sola, puede ser categorizada en estos términos. Por ello también, con relación a las prácticas alotriofágicas, consideramos que éstas engloban fenómenos diversos –puede que inconmensurables– que se dan con sustancias, en situaciones, de modos y por agentes diversos, y que cobran diferentes significados y funciones en cada una de las situaciones de consumo y marcos culturales.

Con todo y con eso, observamos la presencia de un obstinado deseo de orden en el ser humano, un meticuloso ejercicio de categorización que nos remite a los sempiternos trabajos de Douglas (1973) o Levi-Strauss (1964). Una incapacidad para concebir que algo pueda pertenecer a la vez a dos categorías mutuamente excluyentes. De este modo, cada cultura manejaría un inventario con sustancias *a priori* comestibles y otras que no lo son, de las que las personas acaban haciendo uso indistintamente en función de una mezcla de requerimientos fisiológicos, simbólicos y situacionales.

Hacia un omnívoro total

Más allá de las dificultades en cuanto a la definición de la Pica, la caracterización de los agentes a los que históricamente ha sido asociada o la naturaleza de las sustancias consumidas, constatamos que las personas no solo comemos infinidad de cosas comestibles, sino que a pesar de categorizarlas como tales y sancionar socialmente su consumo, comemos también cosas no comestibles. Nuestra investigación se suma a otras que lo evidencian de tal forma.

Una práctica que según la paleoantropología se remontaría al menos 2 millones de años (Clark, 2001) y que ha sido ampliamente documentada en multitud de épocas y culturas en relación con el consumo de sustancias como tierra, cal o ceniza en la América prehispánica (Guinea, 2006; Castello, 1986), en muchas culturas mediterráneas (Laufer, 1930; Anell & Lawercraft, 1958) o en África subsahariana (Young, 2011; Veermer, 1971; Hunter, 1973).

Ejemplos a los que podemos añadir otro tipo de consumos quizás no tan explícitos, pero que no por ello dejan de estar asociados al consumo de no-comestibles. Nos referimos a ingestas que suelen pasar desapercibidas cuando se dan en determinadas situaciones alimentarias. Sería el caso del consumo de *Perceived Inedible Parts* (PIPs) (Gallagher et al., 2022; Nicholes et al., 2019), de los *famine foods* (Edgerton-Tarpley, 2020; Matalas & Grivetti, 2008), de algunas prácticas alimentarias características de *friganos*⁹⁸ y *crudistas*⁹⁹ (Bruce et al., 2022) o del uso de muchas sustancias de origen mineral que son añadidas como aditivos o utilizadas en el procesado de algunos productos alimentarios. Todos estos casos, subsumidos en la cotidianidad, presentan situaciones alimentarias en las que resulta complicado categorizar las sustancias en términos de comestibilidad, por ello algunos autores han sugerido la expresión *borderline foods* o alimentos liminales.

Entre la *κίσσα* (cissa) que mencionaba Dioscórides en su obra *De Materia Medica* y la Pica que recoge el *DSM-V* (APA, 2014) han transcurrido veinte siglos. Dos mil años de cambios tecnológicos, científicos, sociales y culturales, por lo que, así expuesto, es fácil de suponer que las cosas cambien. Sin embargo, puesto que estamos hablando de una patología, nos es obligado reflexionar en hasta qué punto una enfermedad puede transformarse. O mejor dicho, en el caso de la Pica, cuáles son los motivos de su aparición, reaparición y reinterpretación.

En nuestra revisión histórica hemos asistido a cambios en su nomenclatura, en su definición, en sus signos, en sus grupos de riesgo, en su terapéutica, en su relevancia médica, etc. Todos ellos cambios médicos subsidiarios de un conjunto de cambios socioculturales de mayor calado relacionados entre sí. Con lo cual, quedarse tan solo con unos cuantos de estos factores para explicar el fenómeno resultaría un tanto osado.

Sin embargo, podemos acudir a alguno de ellos con el ánimo de establecer un paisaje general de la cosa; o más bien un esbozo. Entre estos, destacamos una serie de cambios en los modelos de sanción social (Foucault, 2014; Freidson, 1978; Goffman, 2006; Becker, 2014), en los sistemas clasificatorios (Hacking, 1985; Douglas, 1996), en la percepción de riesgo (Giddens, 1994; Beck, 2008) o en los paradigmas científicos (Kuhn, 1989; Fleck, 1986).

⁹⁸ Algunos autores han considerado el consumo de deshechos alimentarios como una modalidad de consumo de no-comestibles.

⁹⁹ Por ejemplo, el consumo de arroz crudo, catalogado habitualmente como una forma de Pica denominada rizofagia, a veces asimilada como una variante de la amilofagia.

Claude Fischler (1995), ha reflexionado en profundidad acerca de la condición (h)omnívora del ser humano; una característica que, según él, implica libertad de elección y al mismo tiempo el condicionamiento de la variedad. En su obra desgana un conjunto de situaciones sociales y condicionamientos culturales, mencionados en el presente trabajo, que vienen a determinar nuestras elecciones alimentarias; lo que le lleva a sentenciar que "todo lo biológicamente comestible no es culturalmente comestible" (Fischler, 1995, p. 33).

Sin embargo, comprobamos que los seres humanos no solo eligen entre un catálogo de comestibles o de cosas susceptibles de serlo, sino que en realidad lo hacen entre todo aquello que tienen a su disposición; también entre cosas que difícilmente podríamos incluir dentro de la categoría "comida". Nos damos cuenta, tal y como exclamaría Alexander Humboldt al contemplar las prácticas geofágicas de los otomacos del Orinoco, de que los humanos "son animales omnívoros en el más alto grado" (Botting, 1973); o dicho de otro modo, son omnívoros totales.

En este tipo de elecciones, la función nutricional de la alimentación queda prácticamente desterrada; priman los significados y priman las recompensas sensoriales. Un ejemplo de cómo el ser humano es capaz de trastocar la finalidad de los resortes biológicos de los que le provee la naturaleza; de cómo es capaz de significar los procesos naturales hasta el punto de desnaturalizarlos. Y es que, en el campo de la alimentación, al igual que en el de la sexualidad, ha aprendido a apropiarse de determinados resortes que le confiere su constitución biológica para procurarse placer (o displacer) de forma premeditada o los ha convertido en signos (Barthes, 2006) que pueden llegar a ser incluso más trascendentes que la función natural que los motiva. Aún más, estos significados suelen condicionar las recompensas sensoriales que las personas se procuran.

Por todo ello, suscribimos plenamente la postura del nutricionista Jean Trémolières (1971) al defender que "el hombre es probablemente un consumidor de símbolos aparte de nutrientes". Por todo ello también, creemos estar en condiciones de elevar la apuesta de Fischler (1995), afirmando que, en ocasiones, todo lo culturalmente comestible no es biológicamente comestible.

Afirmar algo así, en la era de los requerimientos calóricos recomendados, los alimentos funcionales y las tablas nutricionales, puede suponer una insensatez, cuando no directamente un atentado. Y es que hoy en día, cada vez más, en el terreno de la alimentación nos encontramos con auténticos "comedores de nutrientes" o "comedores de salud" –quizás una

nueva forma de Pica— más que de comida o de alimentos. Por ello, saber de la existencia de personas que son "comedores de cosas", cosas caracterizadas por su insignificancia nutricional, puede resultar más absurdo e incomprensible que nunca.

Contreras y Gracia-Arnaiz señalan que los seres humanos son "las únicas criaturas del mundo que piensan y hablan acerca de sus alimentos, las únicas que observan reglas precisas sobre lo que comen y el modo de hacerlo, sobre la manera de preparar los alimentos o sobre las personas y lugares con quienes o donde comerlos" (Contreras y Gracia-Arnaiz, 2005: 29). Esta característica, esta facultad para reglamentar su condición biológica, para convertir cualquier acto en una práctica social, abre la puerta a la infracción y a lo aberrante; al igual que a su condena. Y es que, si tal y como defendía Barthes (2006), la alimentación se estructura como un lenguaje, dentro de ese lenguaje no habría nada más contundentemente expresivo y amenazante que subvertir sus reglas.

Cuando esto sucede emergen ante nosotros problemáticas esenciales en torno a la alimentación. Es decir, el estudio de la "anomalía" nos proporciona claves para pensar acerca de las lógicas en base a las que construimos la normalidad. En nuestro caso, a través de cuestiones como ¿por qué es tan difícil definir la Pica? ¿cuál es la razón de su infradiagnóstico? ¿implica realmente un mayor peligro que otras prácticas alimentarias? ¿por qué se asigna a unos determinados grupos sociales? ¿es pertinente categorizarla como una psicopatología?

Al intentar responder a estas preguntas, en seguida reparamos en que para definir un alimento necesitamos mucho más que una simple tabla nutricional. Nos percatamos de que cualquier práctica alimentaria, por más consolidada que esté, implica siempre unos riesgos. Observamos que nuestras elecciones alimentarias no suelen albergar grandes dosis de racionalidad en términos biológicos, etc. En definitiva, comenzamos a darnos cuenta de que intentar definir la alimentación no es una tarea sencilla, y mal que nos pese, ni siquiera en relación con lo que nos llevamos a la boca somos tan coherentes como pensábamos.

Los estudios antropológicos sobre alimentación humana, por defecto, suelen ceñirse a un hipotético catálogo de cosas comestibles, a partir del que se formulan cuestiones como por qué en unas culturas se come esto y en otras se come lo otro, por qué unos determinados grupos sociales comen más de esto que de lo otro o cuáles son las causas y consecuencias económicas, políticas o médicas de determinados consumos. Pero dentro del abanico de posibilidades alimentarias no suelen incluirse aquellos ítems que de forma predeterminada son considerados no comestibles (biológicamente no comestibles), y que sin embargo

también se mastican, se saborean, se chupan y se ingieren; en definitiva, sustancias que también se consumen. Tal es así que en el transcurso de nuestra investigación hemos encontrado muy pocos trabajos etnográficos dedicados a la alotriofagia o a la Pica, la inmensa mayoría centrados en la geofagia. El resto de literatura disponible, tampoco mucha, procede de disciplinas tan dispares como la geología, la etología, la historia, la nutrición, la psicología y sobre todo de la medicina.

Esta omisión supone un sesgo epistemológico que autolimita nuestra disciplina; no solo porque cualquier infracción de la normatividad alimentaria también forma parte de las prácticas alimentarias, con sus funciones, sus significados y sus pautas, sino sobre todo porque estamos ante consumos que cuestionan la preminencia de la función nutricional en el campo de la alimentación.

Esta falta de interés antropológico puede ser debida a que en torno a este tipo de prácticas no se establecen hechos sociales de relevancia como si sucede en el ámbito de la alimentación "convencional", como pueden ser la comensalidad, la producción alimentaria, la cocina o el comercio, salvo en algún caso particular.¹⁰⁰ Aunque también pueden pesar factores como la dificultad metodológica que implica el estudio de prácticas socialmente invisibilizadas. En cualquier caso, consideramos que la escasez de estudios antropológicos en relación con nuestro objeto de estudio deja una enorme laguna por explorar y supone una limitación para la plena comprensión de los procesos culturales que determinan la alimentación.

El estudio de las prácticas alotriofágicas nos provee de una valiosa herramienta que puede aportar explicaciones a alguna de las problemáticas médicas y sociales que conlleva la alimentación; por ejemplo, en la prevención del desperdicio alimentario, un tema de rabiosa actualidad sobre el que han puesto el foco instituciones como la FAO o la OMS (Gallagher et al., 2022; Nicholes et al., 2019). Conocer cuáles son las motivaciones y los resortes culturales que hacen que algunas personas consuman determinadas partes de determinados alimentos habitualmente desechadas, como hojas, tallos o cáscaras, podría ayudar a fomentar su uso alimentario.

Por otro lado, ya que el consumo de no-comestibles no tiene un correlato nutricional sino que está motivado principalmente por el gusto y la recompensa sensorial, su estudio

¹⁰⁰ En el caso de la geofagia si que existe cierto grado de comensalidad, de cocina, de producción y de comercio (Young, 2011; Vermeer, 1984; Henry & Cring, 2013).

puede ayudarnos a establecer relaciones entre las preferencias alimentarias y la respuesta de los consumidores hacia algunas consistencias y sabores en particular; tal y como algunos científicos han señalado que sucede con algunos alimentos (Rozin, 1976; Peiper, 1963; Steiner, 1974). Además de comprender mejor la influencia que los significados culturales atribuidos a nuestras elecciones tienen en la aceptación de determinadas innovaciones alimentarias.

Por último, en el campo de la medicina, la toma de conciencia acerca de la existencia de prácticas alotriofágicas entre la población general abre la posibilidad de valorar el impacto que este tipo de consumos puede tener en la prevalencia de determinadas dolencias. Así pues, al igual que numerosos estudios científicos han demostrado que la obesidad, la diabetes o las enfermedades coronarias guardan un estrecho vínculo con una "mala" alimentación, no podemos descartar que otras dolencias, en algunos casos, estén relacionadas con alguna de las prácticas mencionadas en el presente estudio.

Con esta tesis doctoral hemos querido arrojar algo de luz acerca de un apasionante, invisibilizado e ignoto objeto de estudio que ha sido escasamente explorado. Nos consta que una buena parte de la literatura antropológica se ha esmerado en dar explicación a las proscripciones y prescripciones alimentarias que se dan en diferentes culturas y contextos sociales (Douglas, 1973; Bourdieu, 1988; Sahlins, 1980; Mintz, 1985; Mennell, 1985; Harris, 1989; Garine, 1972). Pero igualmente, comprobamos que todos estos trabajos se limitan al estudio del consumo de un conjunto de artículos situados dentro del espectro de lo comestible; en ninguno de ellos hemos visto mencionar cosas como la cal, la tierra, los mocos, el pegamento, la esponja, el almidón, etc.

La Pica y su objeto de sanción social, la alotriofagia, ponen en crisis nuestra condición de simples omnívoros. Pero ciertamente, si algo muestran nuestros hallazgos es que la categoría comestible no es estática, muy al contrario, fluctúa constantemente en función de la sustancia, la cultura, la época, la cantidad, el modo, los agentes o las situaciones sociales en las que se producen nuestras prácticas alimentarias. Por ello, pretender definir la Pica puede resultar un ejercicio ontológicamente inexpugnable. A la par que intentar desentrañar su significado, sus pautas y sus funciones, puede proporcionarnos claves acerca de las lógicas que se ponen en juego a la hora de discernir qué es y qué no un alimento; y por ende, qué es la alimentación.

[7]
**CONCLUSIONS. ALLOTRIOPHAGY
AS A DIETARY PRACTICE:
TOWARDS A TOTAL OMNIVORE**

Charlie Chaplin, in his well-known film *The Gold Rush* (1925), depicts the scene of two starving adventurers who, after months of hardships in the Yukon and having exhausted all their provisions, have nothing left to eat. After a fruitless search through the cabinets and among the knick-knacks of their tiny and dilapidated cabin, one of them, driven by hunger, doesn't hesitate to turn his right boot into a succulent meal. He boils it, serves it on a plate, examines it, wields knife and fork, and bites into it. Two scenes later, his adventure companion, a burly man with much less scruple but who would never have thought of eating something as absurd as a boot, fantasizes about eating Chaplin himself, mistaking him for a chicken.¹⁰¹

¹⁰¹ The same Charles Chaplin, in his autobiography, explains where he drew inspiration for this well-known scene: "I read a book about the Donner Expedition, which, on its way to California, took the wrong route and became stranded by snow in the Sierra Nevada mountains. Out of one hundred sixty pioneers, only eighteen survived; most perished from hunger and cold. Some practiced cannibalism, eating the dead; others roasted their boots to stave off hunger. From that horrifying tragedy, I conceived one of the funniest scenes in the film. Feeling frightfully hungry, I boil my boot and eat it, sucking the nails as if they were bones of a delicious capon, and devouring the laces as if they were spaghetti. In this hunger delirium, my partner is convinced I'm a chicken and wants to eat me" (Chaplin, 1964, p. 304).

Art represents a privileged field for bringing to light our most intricate desires and aspirations, especially in socially sensitive areas of human behavior like eating and sexuality. Scenes such as the one from *The Gold Rush*, which mention abnormal eating practices, can be found everywhere—in novels, poems, films, paintings, tales of illustrious travelers, etc. (see annex). In them, we witness scenes of hunger, desire, play, humor, madness, savagery, and desperation (García Márquez, 1982; Fuertes, 1992; Cervantes, 2003; Goya, 1821-1823; Mirabella-Davis, 2019; D'Aulnoy, 2005). Scenes that provoke our blush, our hilarity, our condemnation, or our astonishment.

Similarly, our colloquial language is full of popular expressions that refer to consuming things outside the catalog of the edible, and even of the tangible. These could be organized into a scale of dietary degradation from the most precious to the most denigrating: "to eat the world," "to devour someone with your eyes," "to eat boogers," "to swallow pride," "to be the talk of the town," "to eat the frog," "to take the blame," "to be a shit-eater."

These and many other expressions appeal to a dietary grammar that does not invite common foods, but only things that cannot or should not be eaten. It is precisely from this semantic transgression that the symbolic efficacy of these phrases emerges.

The factors that determine our food choices respond to an extensive trail of meanings, preferences, and functions. Nutrition is one of them, probably the most decisive. However, social anthropology has shown that our choices go beyond nutritional function, sometimes blatantly disregarding it. In dietary matters, humans are stubborn animals. Apart from their particular biological condition, which allows them to use a wide range of vegetable, animal, and mineral products, their choices are based mainly on meanings; associated with religious issues (Douglas, 1973; Harris, 1989), social class (Bourdieu, 1988), ethics (Twigg, 1983), lifestyle (Mintz, 1985), or arbitrarily established (Gariné, 1972).

Thus, we see that nothing limits a human when they fancy eating or not eating something. They can taste animal and vegetable species well known for their toxicity, like fugu in Japan or the legume *Lathyrus sativa* in northern India. Import foods unavailable in their ecosystem, which they could well do without in nutritional terms. Adapt sizes and consistencies through processes like cooking, chopping, grinding, or marinating. Simulate meat preparations by processing vegetable ingredients. Extract undesirable chemicals from some products so that certain people can eat them, as with gluten or lactose. Systematically and consciously

consume foods harmful to their health. And even eat materials and substances that are not considered edible at first glance.

In this project, we have had access to a significant number of cases where people use substances we usually categorize as inedible, sometimes due to the substance itself and other times due to the way they are consumed. Thus, we have learned about people who eat materials like dirt, lime, paper, glue, sponge, etc.; or bodily products like hair, boogers, nails, etc.; and also unprocessed kitchen ingredients like coffee, flour, or raw rice.

These practices, which we have termed allotriophagic, tend to arouse our incredulity and are usually proscribed in almost all cultural latitudes, depending on the substance and the agents involved, through more or less informal sanctions; although they are sometimes prescribed. Modern medicine, for its part, classifies it as an eating behavior disorder called Pica.

Medical Sanction

Introduced in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders in 1980 (APA, 1980), Pica represents a failed attempt to reduce allotriophagy—eating strange things—to a pathological behavior. In this sense, psychiatry goes a step beyond nutritionism, which, for now, only provides us with advice and warnings without pathologizing consumer choices.

Probably the biggest problem when diagnosing and studying Pica is the difficulty of categorizing it. A difficulty arising from its marked qualitative nature. Unlike other eating behavior disorders, Pica establishes normality criteria in eating by considering the nature of what is eaten, not the amount or number of foods consumed, as is the case with anorexia, bulimia, binge eating disorder, or avoidant/restrictive food intake disorder.

In other words, choices are sanctioned, and nutritional criteria are used for this purpose, so in its definition, we read: "the persistent consumption of non-nutritive and non-food substances" (APA, 2015). However, as we have illustrated with many examples in this work, many of the "strange" things humans consume are difficult to categorize in these terms. This lack of definition of Pica, which some have called "nosological chaos" (Kachani and Cordás, 2009), is the main problem of its underdiagnosis.

To this should be added the lack of medical interest and the supposed concealment of their practices by the patients. And above all, the fact that most of these people, not

considering their consumption as part of an illness, do not go to the doctor for it. That is, apart from being difficult to categorize, it is also challenging to apply the category.

Therefore, we wonder what sense it makes to medically sanction a practice consisting of consuming products that deviate from normal eating, on which those affected do not have a pathological notion and which by itself does not alter their diet or psychosocial functioning.

The consumption of non-foods entails a series of risks, as we have seen. Cases of parasitosis, intestinal obstructions, dental injuries, and intoxication syndromes; these are no small words. Cases of bizarre and occasional ingestions, usually among patients with severe psychopathologies, characterized by their spectacularity, which end up being treated in emergency centers; and which feed the medical imagination of Pica.

But these kinds of consequences do not occur in all cases, far from it. Even more, based on the proportion of cases reported by medical literature, they may represent only a minority. Some authors emphasize that the risks of Pica are more due to the quantity and manner in which substances are consumed than the substances chosen (Lacey, 1990). Thus, throughout our research, we have learned about people who eat non-food materials or products with more or less frequency, without it causing them any health problems.

Furthermore, if the danger to health were the main reason for Pica, instead of talking about the consumption of 'non-nutritive' or 'non-food' substances, the medical sanction could perfectly well refer to the consumption of 'dangerous' substances. But we see that this is not the case, since apart from being a concept that is difficult to objectify, biological risk is a constant in food matters; hence the endless list of pathologies associated with our eating habits. As Paul-Lévy pointed out, strictly speaking, the history of food is 'a long history of involuntary and voluntary poisonings' (Paul-Lévy, 1997).

Therefore, we consider that the medical category of Pica sanctions the food choice itself, beyond the consequences it may have. And that the substitution of the concept of "strange" for that of "non-nutritive" is due to stylistic and ideological issues of modern medicine's discourse and the type of criteria it uses to objectify the disease; since what is ultimately being sanctioned is a social infraction, an error that subverts a cultural order as basic as separating what can and cannot be eaten; which refers to the idea of savagery.

In general, when we think of someone who commits this type of infraction, for example, eating dirt, we envision subjects who take dirt from any park or pot and put it in their mouth by handfuls; an uncivilized practice (Elias, 1989). The same goes for boogers, lime, ice, glue,

sponge... But in reality, these people carefully select their ingestions—not always—which is evident from evaluations such as:

The salty taste. It seemed accessible to me. But it couldn't be a slimy booger, it had to be a dry, harder booger [Silvia]; the UHU [glue] was delicious! It was soft and had a little taste... It was liquid but became gummy, it was like... [Isabel]; the sponge is like gum but not quite. And besides, it's like more curious, it's like... I don't know, it's kind of hard to describe... It's rough, so... it's very pleasant [Alicia]; the texture [putty] gave me a lot of pleasure, I remember now and can think of that memory of salivating, that texture fascinated me" [Natalia]; Once a person finds exactly the ice they like, they get hooked and return to the restaurant, the party store, or the ice machine, sometimes several times a day (Young, 2011, p. 13); For the selection of soil, the smell, consistency, and availability are important. The geophagists interviewed described the taste of the soil as sweet, neutral, or tasteless (Huebl et al., 2016, p. 1442).

All these testimonies have been extracted from our fieldwork and some of the few existing ethnographic studies on this subject. They also mention mixing some of these substances with others, baking them, and using them as additives. Something like a proto-allotriophagic cuisine, which in some sense recalls children's cooking games in the schoolyard and brings to mind Claude Fischler's boutade: "Only the powers of evil make anti-cooking with filthy ingredients" (Fischler, 1995, p. 39).

Although, as we have just pointed out, this is not always the case, since sometimes we encounter compulsive and indiscriminate consumption. Usually among psychiatric patients with severe mental disorders. Although they stand out for their spectacularity, they represent only a minority within allotriophagic practices. Despite this, they underpin the medical and popular portrait of Pica.

Agents

Pica as a medical sanction, with its name and corresponding diagnosis, prognosis, and treatment, emerged with the culture of the Renaissance. Authors such as Lusitano, Mercado, Castro, Marinello, and Paré were the first to introduce it in their treatises. Not as a mental

condition, but as an alteration in the functioning of the female body; a disease specific to women.

Renaissance medical literature refers primarily to the consumption of 'strange,' 'absurd,' or 'extraordinary' substances, and in no case to 'non-nutritive' substances; a matter that far exceeds the knowledge and techniques of the time. Likewise, at an argumentative level, moral assessments were often invoked, relating to the disordered and capricious appetite of women and their lack of integrity, which inevitably affected other appetites, particularly in the realm of their sexual behavior (Lange, 1589; Castro, 1603; Marinello, 1609). A lack of integrity or moral weakness which, in some cases, as can happen today with other disorders such as anorexia (Gracia-Arnaiz & Comelles, 2007; Hepworth, 1999), had its counterpart in a pallor and bodily weakness ostensibly sought based on the female beauty standards that prevailed at the time (Varandal, 1666; Stockhausen, 1681).

Medicine, through the physician, comes to oversee these behaviors. Therefore, it is possible that one of the first attempts at the medicalization of society fell upon women, not only regarding their sexuality (Oakley, 1984) but also their diet¹⁰². From that moment on, Pica would spread from one social group to another until the present day, sometimes as a pathology in its own right and other times associated with diseases such as chlorosis or African cachexia; and by the 20th century, with certain mental disorders. Although strictly speaking, since pregnancy is sometimes socially treated as a pathological state (Oakley, 1984), we can affirm that Pica always appears associated with other diseases.

But why has Pica as a medical sanction survived, while many period pathologies like chlorosis, African cachexia, drapetomania, or uterine furor (Hacking, 1995; King, 2005; Hogart, 2017), attributed to women and marginalized groups, disappeared? In this sense, we must again refer to the little attention it receives today and its historical role as a crutch for other diseases.

If we review the aforementioned conditions, we always find a latent danger; to a lesser extent for the biological body than for the social body (Douglas, 1973). Similarly, if we

¹⁰² Most likely, Pica, together with the now extinct *caninus appetitus* or *fame canina*, shares certain similarities with what is now called binge eating disorder (APA, 2014), making them the predecessors of eating behavior disorders. Similarly, we find that the earliest medical sanctions regarding eating were related to eating strange substances and eating excessively. Today, the most discussed disorder, anorexia, penalizes eating little or nothing.

analyze the pathological entities historically linked to Pica, we find similar dangers. In the case of pregnancy, associated with humoral logics, the mysterious cessation of menstruation, and the inherent dangers of reproductive function. In the case of chlorosis, the social dangers arising from female adolescence. In the case of African cachexia, associated with slave ideology and the economic interests of 19th-century agricultural capitalism.

In all these cases, Pica appears as an alleged danger associated with other dangers; more than acting as a danger, it functions as a moral marker. It is based on the description of strange dietary inclinations and attributed to agents out of control, affected by inexplicable episodes of weakness, apathy, and indiscipline, for which no remedy was effective.

We do not know to what extent gestational Pica was a "real" medical problem during the 16th, 17th, and 18th centuries. Nor in what proportion adolescent girls diagnosed with chlorosis ingested soil, ice, or plaster; the same for black slaves affected by Dirt-eating. But we note, from its constant presence in the medical literature of the time, that Pica occupied a prominent place in the medical narrative.

Today, the nosographic entity persists, is attributed certain risks, and is associated with certain social groups, but it is much less talked about and is rarely detected in medical practice, unlike anorexia and bulimia. It may be that within the contemporary dietary landscape, characterized by anomie (Fischler, 1979) and in the absence of an imminent biological danger, such as lead poisoning, medically sanctioning the consumption of strange substances has lost some of its meaning; unless the type and quantity of non-food items consumed necessitate a visit to the emergency services.

But beyond the medical sanction, we find that allotriophagic phenomena such as geophagy, amylophagy, or pagophagy continue to be documented worldwide; mainly in Africa, Asia, and South America. And they are usually associated with the same social groups historically targeted by medicine; namely, women, children, and some men (not sufficiently manly). And also certain liminal stages, such as pregnancy or the transition from childhood to adulthood.

This newfound relationship between allotriophagy and liminality or marginality brings us to the works of well-known authors who have studied the relationships between food, social reproduction, and class (Bourdieu, 1988; Elias, 1989). In which certain food choices are associated with specific social positions, while emphasizing the class-defining quality of these choices. Therefore, if the consumption of certain foods implies certain social meanings, it is

very likely that the consumption of certain non-edibles also entails a series of analogous relationships.

Thus, relying on this theoretical proposal, and referring to our fieldwork, we can establish a certain parallelism between the choices made in the normatophagic domain – the normativity of food – and the allotriophagic domain, in relation to the social positions conferred by these choices. Just as the consumption of certain foods is assigned to individuals of certain social classes, we see that the consumption of non-edibles is usually associated with a class of agents who have been placed on the margins of society; as marginalized as the non-edibles they consume are in relation to food normativity.

Substances

Among all the things that, based on their biological condition, humans can consume, each cultural framework uses only a small sample of them. They abstain from the rest, primarily due to culturally imposed prohibitions. Such is the strength of these imperatives and the irrationality (or hyper-rationality) in our food choices, that in certain situations people might experience health problems or nutritional deficiencies for not consuming certain foods proscribed from their diet, which are nevertheless consumed without issue in other cultures or by other agents.

For all these reasons, we can assert that for biological –and cognitive– reasons, humans establish in each cultural framework a catalog of edibles or things that can be edible, and within this catalog, they also establish a catalog of non-edibles. A very recurrent example could be the case of pork, which, although categorized as food, even by those who strictly follow the prohibition of eating it, is excluded from the regular diet for religious reasons in various cultures. We could provide numerous examples with other food items and prohibitive precepts apart from the religious ones.

These kinds of deprivations do not occur in the same way for every food option. On one hand, because in all cultures there are products much more frequently consumed than others, which, although edible, are rarely eaten. On the other hand, because there are certain products –borderline foods– such as the skins and stems or bones of certain plant and animal species that, in specific situations and by certain agents within the same culture, can be categorized indistinguishably as edible or non-edible (Gallagher et al., 2022; Nicholes et al.,

2019). Lastly, because sometimes recategorizations occur, through which items that were part of the catalog of non-edibles become part of the regular diet (Matalas & Grivetti, 2008), and vice versa. This alerts us that these types of food orderings are not static but have the cultural permeability necessary to admit new incorporations and reject some already established; possibly increasingly so due to, among other factors, changing lifestyles, greater access to information, and the hyperconnectivity and hypermobility of the population.

In the case of allotriophagic practices, we observe similar cultural selection and recategorization mechanisms, but in this case within a catalog of things that for biological – and cultural– reasons are usually defined as non-edible. One of our informants, originally from Equatorial Guinea, told us that upon settling in Barcelona in the eighties, she could not find calabachop in the city's stores, so she opted to substitute it with talcum powder, which she consumed during her three pregnancies. This is not an isolated case; some authors describe similar substitutions and recategorizations, such as the replacement of kaolin with industrial-use starch among pregnant African American women in the United States or of earth with ice among Mexican immigrants (Young, 2011; Lin et al., 2015).



Illustration 3. Calabachop at a sales stall in Malabo (Equatorial Guinea). Source: photograph taken by informant

Not only that, but among the multitude of non-edible substances, products, and materials that these "eaters of things" could choose from, as many as there are things in the world, we notice that only a few are especially chosen. Thus, epidemiological studies and reviews on

Pica and allotriophagy at a global level often refer to the consumption of paper, mucus, hair, lime, sponge, dirt, clay, ash, raw rice, glue, toothpaste, starch, ice, raw legumes, unripe fruits, and raw pasta. But among all these, much more frequently than the rest, the consumption of dirt, lime, clay, ice, and starch stands out.¹⁰³ A top five of allotriophagic substances that catches our attention for its recurrence and makes us think, just as it happens with ordinary food selections but in reverse, of biological or cultural patterns that would lead to a hypothetical catalog of "edibles" within the catalog of non-edibles.

Some authors have suggested that these substances tend to be dry and crunchy (Young, 2011). Others appeal to their supposed micronutritional benefits (Prasad et al., 1961). Others to the cultural significance that eating things with high symbolic value in many societies, such as dirt, can entail (Ferrell, 2008; Gow, 1989). However, we observe that not all the substances mentioned fulfill these conditions.

In any case, even outside the domains of food normativity, we believe we see indications of food normativity. This brings us to the theories of ethnopsychiatrist George Devereux, who dedicated much of his work to the study of ethnic disorders and models of incorrect behavior. According to this author, any culture not only structures correct behaviors but also incorrect ones. It would be saying, "don't do it, but if you do, you must do it as I indicate" (Devereux, 1971, p. 5). In our case, it would not only be telling us what we can eat but also what we can eat within what we cannot eat.

However, such a view might be too rigid, too dichotomous, as we see that the edible category is terribly unstable and changing. Although culture provides us with guidelines, these always manifest in the here and now of individual choices. Thus, we perceive that no thing or substance is edible or inedible on its own, but this categorization comes from the conjunction of a series of variables, such as the mode of consumption, the situation, the quantity, or the type of agents involved, which will give different meanings to each consumption within each cultural framework.

That is, what causes us strangeness and awakens our hilarity or condemnation is not so much that the things consumed can be categorized as "non-nutritive" or "non-edible," but

¹⁰³ Five centuries ago, medical literature already mentioned these substances, except for starch, when referring to gestational Pica and Pica in chlorotic young women (De Castro, 1603; Mercado, 1597; Marinello, 1574; Paré, 1641).

the infringement of a food grammar per se, which makes the choice inappropriate. After all, this would be where Pica fails as a form of medical sanction.

This food adequacy adheres to a complex grammar that, moreover, like all grammar, is subject to change. We can think, for example, of amylophagia; rice is an edible today used in the cuisine of almost all cultures, but when consumed raw, it ceases to be so, except when consumed by a raw foodist, in which case it regains its edible status. Or pagophagia or the consumption of ice, which for Renaissance doctors might have been a dietary aberration but is now common in many food presentations, especially in summer. Or geophagy, sometimes considered a form of micronutrient supplementation. Or mucophagy, which, depending on the age of the agent, is socially accepted. Or that case, cited in this study, of the pregnant woman who consumed 300 gummy bears a day and ended up being diagnosed with Pica, where it is the quantity that determines the impropriety.

Likewise, if we transfer the notion of the eating situation, "that circumstance in which food is consumed, whether it constitutes a meal or not" (Douglas, 1979), to the consumption of non-edibles, we observe countless situations with different functions and meanings. Thus, in the case of geophagy, we can find consumptions within complex rituals, such as the well-known cases of Chimayo or Esquipulas, where devotees ingest sacred earth (Ferrell, 2008; Hunter & Kleine, 1984). Consumption of many types of soil and clay, locally called ayilo, eko, kalaba, calabachop, lobo, udongo, etc., by a large number of African women (Huebl et al., 2016; Vermeer, 1971). Consumption to satiate hunger, as happens with the Haitian *bon bon terre*, preparations made of baked earth with salt and lard, consumed in times of scarcity (Katz, 2008). Or indiscriminate consumption, as can occur among some patients with severe mental disorders (Baheretibeb et al., 2008).

A polysemy that also occurs within 'conventional' food consumption with other substances, such as with wine, which would not represent the same in the context of a banquet, as in the ritual use by a priest in the Eucharist, in the massive intake by an alcoholic, or in the controlled tastings at a wine tasting. Situations change, modes change, agents change, and with all this, the meaning of the consumption and the substances consumed changes.

Therefore, we conclude that establishing a catalog of edible things and consequently, another of non-edibles, can be an ontologically insurmountable task; for the very fact that no substance, by itself, can be categorized in these terms. Therefore, regarding allotriophagic

practices, we consider that these encompass diverse—perhaps incommensurable—phenomena that occur with substances, in situations, in modes, and by diverse agents, and that acquire different meanings and functions in each of the consumption situations and cultural frameworks.

Even so, we observe the presence of a stubborn desire for order in humans, a meticulous exercise in categorization that reminds us of the perennial works of Douglas (1973) and Levi-Strauss (1964). An inability to conceive that something could belong simultaneously to two mutually exclusive categories. In this way, each culture manages an inventory with substances that are a priori edible and others that are not, which people end up using indiscriminately based on a mix of physiological, symbolic, and situational requirements.

Towards a Total Omnivore

Beyond the difficulties in defining Pica, characterizing the agents historically associated with it, or the nature of the substances consumed, we find that people not only eat a plethora of edible things, but despite categorizing them as such and socially sanctioning their consumption, we also eat non-edible things. Our research adds to others that evidence this in a similar way.

A practice that, according to paleoanthropology, dates back at least 2 million years (Clark, 2001) and has been widely documented in various epochs and cultures in relation to the consumption of substances like earth, lime, or ash in pre-Hispanic America (Guinea, 2006; Castello, 1986), in many Mediterranean cultures (Laufer, 1930; Anell & Lawercraft, 1958), or in sub-Saharan Africa (Young, 2011; Veermer, 1971; Hunter, 1973).

Examples to which we can add other types of consumptions that may not be as explicit but are nonetheless associated with the consumption of non-edibles. We refer to ingestions that often go unnoticed when they occur in other food contexts. This would be the case with the consumption of *Perceived Inedible Parts* (PIPs) (Gallagher et al., 2022; Nicholes et al., 2019), *famine foods* (Edgerton-Tarpley, 2020; Matalas & Grivetti, 2008), some food practices characteristic of freegans¹⁰⁴ and raw foodists¹⁰⁵ (Bruce et al., 2022), or the use of

¹⁰⁴ Some authors have considered the consumption of food waste as a form of non-food consumption.

¹⁰⁵ For example, the consumption of raw rice, typically classified as a form of Pica called rizofagia, sometimes assimilated as a variant of amilofagia.

many mineral substances added as additives or used in the processing of some food products. All these cases, subsumed in daily life, present food situations where it is difficult to categorize substances in terms of edibility, which is why some authors have suggested the expression "borderline foods."

Between the κίσσα (cissa) mentioned by Dioscorides in his work *De Materia Medica* and the Pica recorded in the DSM-V (APA, 2014), twenty centuries have passed. Two thousand years of technological, scientific, social, and cultural changes, so it is easy to assume that things would change. However, since we are talking about a pathology, we are compelled to reflect on the extent to which a disease can transform. Or rather, in the case of Pica, what are the reasons for its appearance, reappearance, and reinterpretation.

In our historical review, we have witnessed changes in its nomenclature, definition, signs, risk groups, therapeutics, medical relevance, etc. All of them are medical changes subsidiary to a set of deeper sociocultural changes related to each other. Thus, focusing on just a few of these factors to explain the phenomenon would be rather bold.

However, we can refer to some of them with the aim of establishing a general landscape of the thing; or rather a sketch. Among these, we highlight certain changes in social sanction models (Foucault, 2014; Freidson, 1978; Goffman, 2006; Becker, 2014), in classification systems (Hacking, 1985; Douglas, 1996), in risk perception (Giddens, 1994; Beck, 2008) or in scientific paradigms (Kuhn, 1989; Fleck, 1986).

Claude Fischler (1995) has reflected deeply on the (h)omnivorous condition of the human being; a characteristic that, according to him, implies freedom of choice and at the same time the conditioning of variety. In his work, he unravels a set of social situations and cultural conditions, mentioned in this paper, that come to determine our food choices; which leads him to conclude that "everything biologically edible is not culturally edible" (Fischler, 1995, p. 33).

However, we see that humans do not just choose from a catalog of edibles or things that might be edible; in reality, they choose from everything at their disposal, including things that we could hardly categorize as 'food.' We realize, as Alexander Humboldt exclaimed when observing the geophagic practices of the Otomacs of the Orinoco, that humans 'are omnivorous animals to the highest degree' (Botting, 1973); or in other words, they are total omnivores.

In these kinds of choices, the nutritional function of eating is practically dismissed; meanings and sensory rewards take precedence. This is an example of how humans can subvert the purpose of the biological mechanisms provided by nature; of how they can imbue natural processes with meaning to the point of denaturalizing them. In the realm of food, just as in sexuality, humans have learned to appropriate certain mechanisms conferred by their biological constitution to deliberately procure pleasure (or displeasure) or to turn them into signs (Barthes, 2006) that can become even more significant than the natural function that motivates them. Furthermore, these meanings often condition the sensory rewards that people seek.

For all these reasons, we fully endorse the stance of nutritionist Jean Trémolières (1971) in defending that "man is probably a consumer of symbols besides nutrients." For all these reasons too, we believe we are in a position to raise Fischler's (1995) bet, asserting that, on occasions, everything culturally edible is not biologically edible.

To assert something like this, in the era of recommended caloric requirements, functional foods, and nutritional tables, might seem absurd, if not directly an outrage. And indeed, today, increasingly, in the field of eating we encounter true "nutrient eaters" or "health eaters" –perhaps a new form of Pica– rather than eaters of food or foodstuffs. For this reason, knowing that there are people who are "eaters of things," things characterized by their nutritional insignificance, may seem more absurd and incomprehensible than ever.

Contreras and Gracia-Arnaiz point out that humans are "the only creatures in the world who think and talk about their food, the only ones who observe precise rules about what they eat and how to do it, about how to prepare food or about the people and places with whom or where to eat it" (Contreras and Gracia-Arnaiz, 2005, p. 29). This characteristic, this ability to regulate their biological condition, to turn any act into a social practice, opens the door to infringement and aberration; as well as to their condemnation. And indeed, if as Barthes (2006) argued, food is structured like a language, within that language there would be nothing more expressively and threateningly subversive than breaking its rules.

When this happens, essential problems around eating emerge before us. That is, the study of "anomaly" provides us with keys to think about the logics on which we construct normality. In our case, through questions such as why is it so difficult to define Pica? Why is it underdiagnosed? Does it really imply a greater danger than other eating practices? Why is it assigned to certain social groups? Is it appropriate to categorize it as a psychopathology?

When trying to answer these questions, we quickly realize that to define food, we need much more than a simple nutritional table; we notice that any eating practice, no matter how consolidated it is, always involves risks; we observe that our food choices usually do not harbor large doses of rationality in biological terms, etc. In short, we begin to realize that trying to define eating is not an easy task, and much to our chagrin, not even in relation to what we put in our mouths are we as coherent as we thought.

Anthropological studies on human eating, by default, usually adhere to a hypothetical catalog of edible things, from which questions such as why in some cultures do people eat this and in others eat that, why do certain social groups eat more of this than that, or what are the economic, political, or medical causes and consequences of certain consumptions. But within the range of food possibilities, items considered non-edible (biologically non-edible) are not usually included, which are nonetheless chewed, tasted, licked, and ingested; in short, substances that are also consumed.

So much so that in the course of our research, we have found very few ethnographic works dedicated to allotriophagy or Pica, no more than ten, the vast majority focused on geophagy. The rest of the available literature, also not much, comes from disciplines as disparate as geology, ethology, history, nutrition, psychology, and especially medicine.

This omission implies an epistemological bias that self-limits our discipline; not only because any infraction of food normativity is also part of eating practices, with its functions, meanings, and patterns, but above all because we are dealing with consumptions that question the primacy of the nutritional function in the field of eating.

This lack of anthropological interest may be due to the fact that around these practices, no socially relevant facts are established as happens in the field of "conventional" eating, such as commensality, food production, cooking, or commerce, except in some particular cases.¹⁰⁶ Although methodological difficulties such as studying socially invisible practices may also weigh in. In any case, we believe that the scarcity of anthropological studies related to our object of study leaves an enormous gap to explore and represents a limitation for the full understanding of the cultural processes that determine eating.

¹⁰⁶ In the case of geophagy, there is indeed a certain degree of commensality, cooking, production, and trade (Young, 2011; Vermeer, 1984; Henry & Cring, 2013).

Similarly, the study of allotriophagic practices provides us with a valuable tool that can offer explanations to some of the medical and social problems associated with eating. For example, in the prevention of food waste, a highly topical issue that institutions such as the FAO or WHO have focused on (Gallagher et al., 2022; Nicholes et al., 2019). Knowing what motivations and cultural mechanisms lead some people to consume certain parts of certain foods usually discarded as non-edible, like leaves, stems, or peels, could help promote their food use.

On the other hand, since the consumption of non-edibles has no nutritional correlation and is mainly motivated by taste and sensory reward, its study could help us establish relationships between food preferences and consumer responses to certain textures and flavors; as some scientists have noted with certain foods (Rozin, 1976; Peiper, 1963; Steiner, 1974). As well as better understand the influence of the cultural meanings we attribute to our choices on the acceptance of certain food innovations.

Finally, in the medical field, awareness of allotriophagic practices among the general population opens the possibility of assessing the impact such consumption may have on the prevalence of certain ailments. Just as numerous scientific studies have shown that obesity, diabetes, or coronary diseases have a close link with "bad" eating, we cannot rule out that other ailments are related, in some cases, to some of the practices mentioned in this study.

With this doctoral thesis, we aimed to shed some light on a fascinating, invisible, and unknown object of study that has been scarcely explored. We know that a significant part of the anthropological literature has strived to explain the dietary prohibitions and prescriptions present in different cultures and social contexts (Douglas, 1973; Bourdieu, 1988; Sahlins, 1980; Mintz, 1985; Mennell, 1985; Harris, 1989; Garine, 1972). However, we also observe that all these works are limited to the study of the consumption of a set of items situated within the spectrum of what is edible; in none of them have we seen mention of things like lime, earth, mucus, glue, sponge, starch, etc.

Pica and its object of social sanction, allotriophagy, put our condition as mere omnivores in crisis. But indeed, if anything, our findings show that the category of edible is not static, quite the opposite, it constantly fluctuates depending on the substance, culture, era, quantity, mode, agents, or social situations in which our eating practices occur. Therefore, trying to define Pica can be an ontologically insurmountable exercise. At the same time, trying to

unravel its meaning, patterns, and functions can provide us with keys to understand the logics at play when discerning what is and what is not food; and thus, what is eating.

Bibliografía

- Abrahams, P. W. (2013). Geophagy and the involuntary ingestion of soil. In P. W. Abrahams & A. M. Winkler (Eds.), *Essentials of medical geology* (pp. 433–454). Springer.
- Abrahams, P. W., & Parsons, J. A. (1996). Geophagy in the tropics: A literature review. *The Geographical Journal*, 162(1), 63-72.
- Abrahams, P. W., Davies, T. C., Solomon, A. O., Trow, A. J., & Wragg, J. (2013). Human geophagia, Calabash Chalk and Undongo: Mineral element nutritional implications. *PLoS ONE*, 8(1), e53304.
- Abu, B. A. Z., van den Berg, V. L., & Raubenheimer, J. E. (2017). Pica practices among apparently healthy women and their young children in Ghana. *Physiology & Behavior*, 177, 297-304.
- Achury Valenzuela, D. (1967). Comer Tierra. *Boletín Cultural y Bibliográfico*, 10 (07), 1529-1540.
- Adams, C. (1990). *The sexual politics of meat: A feminist-vegetarian critical theory*. Continuum Publishing.
- Adehossi, E., Malam-Abdou, B., Andia, A., Djibrilla, A., Beydou, S., Brah, S., Daou, M., & Chiche, L. (2017). Géophagie associée à une anémie sévère chez la femme non gravide: à propos de 12 cas. *La Revue de Médecine Interne*, 38(1), 53-55.

- Aguilar y Zúñiga, E. (1657). *Quaresma o sermones para ella*. Madrid.
- Ahmed, S., Abdullahi, H., & Adam, I. (2012). Practice of pica among pregnant women in Khartoum, Sudan. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 118, 71-76.
- Akbar, S., Akbar, L., Akbar, N., & Nawras, A. (2018). Trichobezoar-induced heartburn in a teenage girl: A case report. *Journal of Investigative Medicine High Impact Case Reports*, 6, 1-3.
- Akgul, H. (2020). Case: Pica eating matchstick and its chronic GIS effects. *International Journal of Surgery Open*, 27, 184-187.
- Akkisi Kumsar, N., & Erol, A. (2013). The behavior of eating glass, with radiological findings: A case of pica. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 25(2), 1-2.
- Ali, Z. (2001). Pica in people with intellectual disability: a literature review of aetiology, epidemiology and complications. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 26(2), 205-215.
- Almeida, B., Almeida, H., & Fonseca, C. (2020). A coin crisis: a case report of pica with minireview. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 25, 1125-1128.
- Andrade, M. D., & Srihari, B. S. (2001). A preliminary survey of rhinotillexomania in an adolescent sample. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(6), 426-431.
- Anell, B., & Lagercrantz, S. (1958). *Geophagical Customs*. Studia Ethnographica Upsaliensia.
- Appadurai, A. (1990). Disjuncture and difference in the global cultural economy. *Public Culture*, 2(2), 1-24.
- Aries, Ph., Béjin, A., & Foucault, M. (1987). *Sexualidades Occidentales*. Paidós.
- Arije, L., & Mitchell, G. (2023). Pica in the preschool population with autism spectrum disorder. *Archives of Disease in Childhood*, 108(Suppl 2), A1-A477.
- Aristóteles, (1883). *Histoire Des Animaux. Tome II*. (Trad. Barthélemy Saint-Hilaire). Hachette et C.
- Arrizabalaga J. (2009). Medical ideals in the Sephardic Diaspora: Rodrigo de Castro's portrait of the perfect physician in early seventeenth-century Hamburg. *Med Hist Suppl* (29): pp. 107-24.
- Ashworth, M., Hirdes, J. P., & Martin, L. (2009). The social and recreational characteristics of adults with intellectual disability and pica living in institutions. *Research in Developmental Disabilities*, 30, 512-520.
- Ashworth, M., Martin, L., & Hirdes, J. P. (2008). Prevalence and correlates of pica among adults with intellectual disability in institutions. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 1, 176-190.

Asociación Americana de Psiquiatría, (APA). (1980). *DSM-III. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association.

Asociación Americana de Psiquiatría, (APA). (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson.

Asociación Americana de Psiquiatría, (APA). (2014). *DSM-V. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Médica Panamericana.

Ayeta, A. C., Cunha, A. C. B. de, Heidelmann, S. P., & Saunders, C. (2015). Fatores nutricionais e psicológicos associados com a ocorrência de picamalácia em gestantes. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 37(12), 571-577.

Baheretibeb, Y., Law, S., & Pain, C. (2008). The girl who ate her house—Pica as an obsessive-compulsive disorder. *Clinical Case Studies*, 7(1), 3-11.

Bandini, L. G., Anderson, S. E., Curtin, C., Cermak, S., Evans, E. W., Scampini, R., Maslin, M., & Must, A. (2010). Food selectivity in children with autism spectrum disorders and typically developing children. *The Journal of Pediatrics*, 157(2), 259-264.

Baptista, S. L. (2008). Importancia da Geofagia para a Palanca Negra Gigante em Angola [Doctoral dissertation, Universidad de Lisboa].

Bare, C. (1957). Lead Poisoning: A Study of Such Toxicity in Children. *The Journal Kansas Medical Society*. Vol 58 No 8, pp 544-553.

Barltrop, D. (1966). The Prevalence of Pica. *American Journal of Diseases of Children*. 112, pp. 116-23.

Barthes, R. (2006). Por una psico-sociología de la alimentación contemporánea. *EMPIRIA. Revista de Metodología de Ciencias Sociales*. N.º 11, pp. 205-221.

Barton, J. C., Clayborn Barton, J., & Bertoli, L. F. (2010). Pica associated with iron deficiency or depletion: Clinical and laboratory correlates in 262 non-pregnant adult outpatients. *BMC Blood Disorders*, 10, 9.

Barton, J. C., Clayborn Barton, J., & Bertoli, L. F. (2016). Pica for uncooked basmati rice in two women with iron deficiency and a review of ryzophagia. *Case Reports in Medicine*, 2016, Article ID 8159302, 5 pages.

Barton, J. C., Clayborn Barton, J., & Bertoli, L. F. (2019). Pagophagia in men with iron-deficiency anemia. *Blood Cells, Molecules, and Diseases*, 77, 72-75.

Battin, M., Kennedy, J., & Singh, S. (1997). A case of plastikophagia. *Postgraduate Medical Journal*, 73, 243-253.

Beck, D. A., & Frohberg, N. R. (2005). Coprophagia in an elderly man: A case report and review of the literature. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 35(4), 417-427.

Beck, U. (2008). *La sociedad del riesgo mundial: En busca de la seguridad perdida*. Paidós.

- Becker, H. (2014). *Outsiders. Hacia una sociología de la desviación*. Siglo XXI.
- Bekker, B. (1718). *Onania or the Heinous Sin of Self-Pollution and All its Frightful Consequences in Both Sexes Considered with Spiritual and Physical Advice to Those Who Have Already Injured Themselves by This Abominable Practice*. Londres.
- Blatny, R. A. (1969). *Pica* (Unpublished doctoral dissertation). University of Nebraska Medical Center. Retrieved from <https://digitalcommons.unmc.edu/mdtheses/72>
- Blight, D. W. (2001). *Race and Reunion: The Civil War in American Memory*. Harvard University Press.
- Boadu, I., Mensah, F. O., & Dadson, J. K. (2015). Prevalence of pica behaviour among pregnant women in the Bibiani-Anhwiaso Bekwai district in the Western Region of Ghana. *International Journal of Novel Research in Life Sciences*, 2(5), 36-40.
- Bocquet, V., Raffray, L., Vanhecke, C., Goossens, J., Scalbert, C., Sultan, N., & Lartigau-Roussin, C. (2022). Étude de la pagophagie dans un échantillon de 495 adultes bénéficiant d'une perfusion de fer, et revue de la littérature. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 36, 129-137.
- Boissier de Sauvages, F. (1772). *Nosologie méthodique*. Lyon.
- Bonglaisin, J. N., Kunsoan, N. B., Bonny, P., Matchawe, C., Tata, B. N., Nkeunen, G., & Mbofung, C. M. (2022). Geophagia: Benefits and potential toxicity to human—A review. *Frontiers in Public Health*, 10, 893831.
- Borges, J. L. (2013). *Inquisiciones. Otras inquisiciones*. Random House Mondadori.
- Botting, D. (1973). *Humboldt and the Cosmos*. Curigwen Lewis.
- Bourdieu, P. (1988). *La distinción. Criterio y bases sociales del gusto*. Taurus.
- Bourdieu, P., & Wacquant, L. J. D. (1995). *Respuestas. Por una antropología reflexiva*. Grijalbo.
- Browman, D. L. (2004). Tierras comestibles de la Cuenca del Titicaca: Geofagia en la prehistoria boliviana. *Estudios Atacameños*, 28, 133-141.
- Bruce, R. M., Crandall, P. G., & O'Bryan, C. A. (2022). Uncooked rice consumption: Causes, implications, regulation, and interventions. *Cereal Chemistry*, 99, 971–984.
- Bruhn, C., & Pangborn, R. (1971). Reported incidence of pica among migrant families. *Journal of the American Dietetic Association*, 58(5), 417-420.
- Brumberg, J. J. (1982). Chlorotic girls, 1870-1920: A historical perspective on female adolescence. *Child Development*, 53, 1468-1477.
- Buckley, T., & Gottlieb, A. (1988). *Blood magic: The anthropology of menstruation*. University of California Press.

- Callahan, K. L. (2004). Pica, Geophagy, and Rock-Art in the Eastern United States. *The rock-art of eastern North America: capturing images and insight*. Alabama Press.
- Campuzano Maya, G. (2011). Pica: El síntoma olvidado. *Medicina & Laboratorio*, 17(11-12), 533-552.
- Cardoso, D., Duarte, L., Pinto, V. F., & Cartaxo, T. (2021). Pica and attention deficit hyperactivity disorder: Is there a link? *Birth and Growth Medical Journal*, 30(1), 12-17.
- Carpenter, W. M. (1844). Observations on the Cachexia Africana, or the habit and effects of dirt-eating in the negro race. *The New Orleans Medical Journal*. No I Vol I, pp. 146-167.
- Castel, R. (2009). *El orden psiquiátrico: Edad de oro del alienismo*. Nueva Visión.
- Castello, T. (1986). *Presencia de la comida prehispánica*. Fomento Cultural BANAMEX.
- Castillo-Ojugas, A. (2006). Bucarofagia (II). Un remedio para encubrir embarazos y disminuir la menstruación. *Los Reumatismos*, 44-45.
- Castro, R. (1603). *De Universa Mulierum Medicina*. Philippi de Ohr.
- Cermak, S. A., Curtin, C., & Bandini, L. G. (2010). Food selectivity and sensory sensitivity in children with autism spectrum disorders. *Journal of the American Dietetic Association*, 110(2), 238-246.
- Cerqueira, Â., Costa, C., Rocha, F., Sequeira, C., & Terroso, D. (2019). Sedimentary and residual clays from Santiago, Boavista e Fogo (Cape Verde): Assessment of their properties as geophagic materials. *Arabian Journal of Geosciences*, 12, 510.
- Cervantes, M. (2003). *El ingenioso hidalgo don Quijote de la Mancha* (F. Rico, Ed.). Real Academia Española.
- Chakraborty, S., Sanyal, D., & Bhattacharyya, R. (2011). A unique case of pica of adult onset with interesting psychosexual aspects. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 33(1), Jan-Jun.
- Chaplin, C. (1964). *My autobiography*. Simon and Schuster.
- Chaplin, C. (Director). (1925). *The Gold Rush* [Film]. United Artists.
- Chawla, N., Charan, D., Kumar, S., & Pattanayak, R. D. (2016). Pica associated with initiation of atypical antipsychotic drugs: Report of two cases. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 70, 362-366.
- Chisholm, C. (1822). *Manual of the Climate and Diseases of Tropical Countries, &c.* Londres.
- Chorover, S. (1980). Mental health as a social weapon. En H. Richardson (Ed.), *New Religions and Mental Health: Understanding the Issues* (pp. 14-19). Edwin Mellen Press.
- Chowdhury, A. N., & Basu, S. (2002). Impulsive pica: A new diagnostic category? *Indian Journal of Psychiatry*, 44(4), 372-374.

- Christiani, D. (1691). *Dissertatio Medica. De Pica*. Frankfurt
- Chung, E. O., Mattah, B., Hickey, M. D., Salmen, C. R., Milner, E. M., Bukusi, E. A., Brashares, J. S., Young, S. L., Fernald, L. C. H., & Fiorella, K. J. (2019). Characteristics of pica behavior among mothers around Lake Victoria, Kenya: A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16, pp. 1-12.
- Churchill, F. (1858). *The Diseases of Children*. Fanin & Co.
- Clark, A. (1887) Observations on the anaemia or chlorosis of girls, occurring more commonly between the advent of menstruation and the consummation of womanhood, *Proceedings of the Medical Society of London*, 11:55–66
- Clark, J. D. (2001). *Kalambo Falls Prehistoric Site*, vol. 3. Cambridge University Press.
- Comelles, J. M. (2003). Cultura y salud. De la negación al regreso de la cultura en medicina. *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*, Núm. 19, 111-131.
- Comelles, J. M. (2013). De la locura como exceso a la locura como enfermedad. *Razón, locura y sociedad. Una mirada a la historia desde el siglo XXI*. Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Conrad, Z., Niles, M. T., Neher, D. A., Roy, E. D., Tichenor, N. E., & Jahns, L. (2018). Relationship between food waste, diet quality, and environmental sustainability. *PLoS ONE*, 13(4), e0195405.
- Contreras, J., & Gracia-Arnaiz, M. (2005). *Alimentación y cultura: Perspectivas antropológicas*. Editorial Ariel.
- Counihan, C. (2020). *Italian food activism in urban Sardinia: Place, taste, and community*. Bloomsbury Academic.
- Coveney, (1996). "The government and ethics of nutrition", [Tesis Doctoral], Australia, Murdoch University.
- Cragin, W. (1835). Observations on Cachexia Africana or Dirt-Eating. *The American Journal of the Medical Sciences*. No 33Vol 17, pp. 356-364.
- Cullen, W. (1800). *Nosology, or a Systematic Arrangement of Diseases*. C. Stewart and Company For William Creech.
- Cummins, S., & Macintyre, S. (2002). "Food deserts"—evidence and assumption in health policy making. *BMJ*, 325.
- D'Aulnoy, M. C. (2005). *Relation du voyage d'Espagne*. Desjonquères.
- Dancer, T. (1801). *The Medical Assistant, or Jamaica Practice of Physic: designed chiefly for the use of families and plantations*. Alexander Aikman
- Danford, D., & Huber, A. (1981). Eating dysfunction in an institutionalized mentally retarded population. *Appetite*, 2, 281.

- Danford, E., & Huber, M. (1982). Pica among mentally retarded adults. *American Journal of Mental Deficiency*, 87 (2), 141-146.
- Davidson, G. (1799). Account of the cachexia Africana, a disease incidental to Negro slaves lately imported into the West Indies. *Medical Repository*, 2, 282-284.
- Davis, C. M. (1928). Self-selection of diet by newly weaned infants: An experimental study. *American Journal of Diseases of Children*, 36(4). Reimpreso en *Nutrition Reviews*, 44(3), 114-116.
- de Jonghe, B. C., Lawler, M. P., Horn, C. C., & Tordoff, M. G. (2009). Pica as an adaptive response: Kaolin consumption helps rats recover from chemotherapy-induced illness. *Physiol Behav* 97(1): 87-90.
- de la Roche, N. (1542). *De morbis mulierum curandis*. I. Foucherium.
- Decaudin, P., Kanagaratnam, L., Kmiec, I., Nguyen, Y., Migault, C., Lebrun, D., & Bani-Sadr, F. (2020). Prevalence of geophagy and knowledge about its health effects among native Sub-Saharan Africa, Caribbean and South America healthy adults living in France. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 25, 465-469.
- Dehne, T. (1698). *Dissertatio Inauguralis Medica. De Appetitu Ventriculi Depravato, in Pica et Malacia*. Jena.
- Delaney, C. B., Eddy, K. T., Hartmann, A. S., Becker, A. E., Murray, H. B., & Thomas, J. J. (2015). Pica and rumination behavior among individuals seeking treatment for eating disorders or obesity. *International Journal of Eating Disorders*, 48(2), 238-248.
- Delaney, J., Lupton, M.J. & Toth, E. (1988). *The Curse. A Cultural History of Menstruation*. University of Illinois Press.
- Devasahayam, J., Pillai, U., & Lacasse, A. (2012). Talcum powder pica as the cause of interstitial lung disease. *QJM: An International Journal of Medicine*, 105, 795-797.
- Devereux, G. (1971). *Ensayos de etnopsiquiatría general*. Barral Ediciones.
- Diaz del Castillo, B. (1632). *Historia verdadera de la conquista de la Nueva España*. Madrid.
- Douglas, M (1979). Les structures du culinaire. *Communications*, 31: 145-170.
- Douglas, M. (1973). *Pureza y peligro*. Siglo XXI.
- Douglas, M. (1988). *Símbolos naturales. Exploraciones en cosmología*. Alianza Editorial.
- Douglas, M. (1996). *Cómo piensan las instituciones*. Alianza Editorial.
- Dumaguing, N., Singh, I., Sethi, M., & Devanand, D. P. (2003). Pica in the geriatric mentally ill: Unrelenting and potentially fatal. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 16(4), 189.

- Dunglison, R. (1848). *The Practice of Medicine: Treatise on Special Pathology and Therapeutics*. Lea and Blanchard.
- Durkheim, E. (1997). *Las reglas del método sociológico*. Fondo de Cultura Económica.
- Edgerton-Tarpley, K. J. (2020). From Bodhisattva Earth to Man-Made Meat Essence: Famine Foods in Late Qing, Nationalist and Maoist China. *Environment and History*, 26(1), 105+.
- Ekosse, G.-I., Nkeng, G. E., Bukalo, N., & Oyebanjo, O. (2021). Geophagic clays from Cameroon: Provenance, metal contamination and health risk assessment. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(18), 8315.
- El nemer, F. M., Alian, D. M., Eldin, M. S., & Khalil, H. E. M. (2014). Prevalence of pica among children attending pediatrics clinic at El-Menoufiya University Hospital. *American Journal of BioScience*, 2(4), 147-152.
- Elias, N. (1989), *El proceso de la civilización*. Fondo de Cultura Económica.
- Elliot, E. N. (1860). *Cotton is King, and Pro-Slavery Arguments*. Negro Universities Press.
- Emond, A., Emmett, P., Steer, C., & Golding, J. (2010). Feeding symptoms, dietary patterns, and growth in young children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*, 126(2), 337-342.
- Ezzeddin, N., Zavoshy, R., Noroozi, M., Jahanihashemi, H., & Hadizadeh Riseh, S. (2015). Prevalence and risk factors for pica during pregnancy in Tehran, Iran. *Eat Weight Disord*, DOI 10.1007/s40519-015-0198-8
- Ezzeddin, N., Zavoshy, R., Noroozi, M., Sarichloo, M. E., & Jahanihashemi, H. (2016). The association between postpartum depression and pica during pregnancy. *Global Journal of Health Science*, 8(4) 120-126.
- Fabre, A., et al. (2022). A review of nose picking in primates with new evidence of its occurrence in *Daubentonia madagascariensis*. *Journal of Zoology*. pp. 1-8
- Fairhead, J. R. (2016). Termites, Mud Daubers and their Earths: A Multispecies Approach to Fertility and Power in West Africa. *Conservation & Society*, 14(4), pp. 359-367.
- Fardet, A. (2017). *Halte aux aliments ultra transformés! Mangeons vrai*. Ed. Thierry Souccar.
- Fekih-Romdhane, F., & Cheour, M. (2022). A rare case report of teen-onset pica in a female patient with a clinical high risk for psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 16, 808–811.
- Feldman, M. D. (1986). Pica: Current perspectives. *Psychosomatics*, 27(7), 519-523.
- Ferrándiz, F. J. (2012). Venas abiertas: memorias políticas y corpóreas de la violencia. En *Teoría social, marginalidad urbana y estado penal: aproximaciones al trabajo de Loïc Wacquant* (pp. 89-115).

- Ferrell, R. (2008). Medicinal clay and spiritual healing. *Clays and Clay Minerals*, 56(6), 751-760.
- Fett, S. (2002). *Working cures: Healing, health, and power on Southern slave plantations*. The University of North Carolina Press.
- Fields, V. L., Soke, G. N., Reynolds, A., Tian, L. H., Wiggins, L., Maenner, M., DiGuseppi, C., Kral, T. V. E., Hightshoe, K., Ladd-Acosta, C., & Schieve, L. A. (2021). Association between pica and gastrointestinal symptoms in preschoolers with and without autism spectrum disorder: Study to Explore Early Development. *Disability and Health Journal*, 14, 101052.
- Fischler, C. (1979). Gastro-nomie et gastro-anomie: sagesse du corps et crise bioculturelle de l'alimentation moderne. *Communications*, 31, 189-210.
- Fischler, C. (1995). *El (h)omnívoro: El gusto, la cocina y el cuerpo*. Anagrama.
- Fleck, L. (1986). *La génesis y el desarrollo de un hecho científico*. Alianza Editorial.
- Fleissner, J. L. (2010). Earth-Eating, Addiction, Nostalgia: Charles Chesnutt's Diasporic Regionalism. *Studies in Romanticism*, 49(2), 313-336.
- Foot, A. W. (1867). On the form of depraved appetite known by the name of pica. *The Dublin Quarterly Journal Of Medical Science*. Vol. XLIII, pp. 306-312
- Foucault, M. (1980). *Microfísica del poder*. Ediciones de la Piqueta.
- Foucault, M. (2007). *Los anormales*. Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2014). *Historia de la locura en la época clásica*. Fondo de Cultura Económica.
- Fragoso, I. (1627). *Cirugia Universal*. Domingo González.
- Francis, S., Jagadeesh, N. S., Singaravelu, R., & Subramaniam, A. (2022). The influence of pica practice on nutritional status, stress and anxiety of pregnant women. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 17, 101133.
- Freidson, E. (1978). *La profesión médica. Un estudio de sociología del conocimiento aplicado*. Ediciones Península.
- Frenk, S., Faure, M. A., Nieto, S., & Olivares, Z. (2013). Pica. *Bol Med Hosp Infant Mex*, 70(1), 58-65.
- Freud, S. (2012). *Tres ensayos sobre teoría sexual y otros escritos*. Alianza Editorial.
- Fuertes, G. (1992). *Chupilandia*. Susaeta.
- Gallagher, R., Raimondo, M., & Caracciolo, F. (2022). Eating the "inedible": How to improve the consumption of the perceived inedible parts of fruits and vegetables in Ireland and Italy? *Food Quality and Preference*, 99, 104548.

- García Márquez, G. (1982). *Cien años de soledad*. Editorial La Oveja Negra.
- García-Rodríguez, A. M., Sánchez-Velasco, M. J., Lobo-Valentín, R. M., & Vargas-Aragón, M. A. (2022). "Doctora, yo como pelo". Tricotilomanía con tricofagia. *Revista Clínica y Medicina de Familia*, 15(3), 171-174.
- Garine, I. (1972). The social-cultural aspects of nutrition. *Ecology Food Nutrition*, 1, 143-155.
- Gautier, A. (1883). *Le cuivre et le plomb dans l'alimentation et l'industrie*. Baillière et Fils.
- Gavin, H. (1843). *On feigned and factitious diseases*. John Churchill.
- Gazeta de Madrid, (1751). Gazeta de Madrid, del 2 de Febrero de 1751. Imprenta de la Gazeta.
- Geertz, C. (2003). *La interpretación de las culturas*. Gedisa.
- Geissler, P. W. (2000). The significance of earth-eating: Social and cultural aspects of geophagy among Luo children, *Africa* 70(4), 653-682.
- Geissler, P. W., Shulman, C. E., Prince, R. J., Mutemi, W., Mnazi, C., Friis, H. & Lowe, B. (1998). Geophagy, iron status and anaemia among pregnant women on the coast of Kenya. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 92, 549–553.
- George, C. M., Oldja, L., Biswas, S., Perin, J., Lee, G. O., Kosek, M., Sack, R. B., Ahmed, S., Haque, R., Parvin, T., Azmi, I. J., & Isla, S. (2015). Geophagy is associated with environmental enteropathy and stunting in children in rural Bangladesh. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 92(6), 1117–1124.
- Gerner, J. (1622). *Disputatio Medica Inauguralis. De Pica et Malacia*. Basilea.
- Giddens, A. (1994). *Consecuencias de la modernidad*. Alianza Editorial.
- Goffman, E. (2001). *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu Editores.
- Goffman, E. (2006). *Estigma. La identidad deteriorada*. Amorrortu Editores.
- Golden, C. D., Rasolofoniaina, B. J. R., Benjamin, R., & Young, S. L. (2012). Pica and amylophagy are common among Malagasy men, women and children. *PLoS ONE*, 7(10), e47129.
- Gonçalves Conceição, J. K. (2020). A máscara não pode ser esquecida. *Poiésis*, 21(35), 345-362.
- Gow, P. (1989). The perverse child: Desire in a native Amazonian subsistence economy. *Man*, 24(4), 567-582.
- Goya, F. (1821-1823). *Saturno devorando a sus hijos*. Museo del Prado, Madrid.

Gracia Arnaiz, M., & Comelles, J. M. (2007). *No comerás. Narrativas sobre comida, cuerpo y género en el nuevo milenio*. Icaria, Observatorio de la Alimentación.

Gradvohl, E. (2016). The Ancient Name for Cravings (kissa). *Hungarian Polis Studies* Nr. 22, pp 139-147

Grainger, J. (1764). *Essay of the more common West-India Diseases*. Becket & De Hondt.

Gramenzi, A. (2020). Le medicine pertinenti alle infermità delle donne di Giovanni Marinello "opera a beneficio e conservazione delle donne [...] così esse la leggano & vedano volentieri". *Revista Sociedad Española Italiana*, 14, 83-90.

Grewal, P., & Fitzgerald, B. (2002). Pica with learning disability. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 95(1), 39-40.

Guinea, M. (2006). El uso de tierras comestibles por los pueblos costeros del período de integración en los Andes septentrionales. *Boletín del Instituto Francés de Estudios Andinos*, 35(3), 321-334.

Gundacker, C., Kutalek, R., Glaunach, R., Deweis, C., Hengstschläger, M., & Prinz, A. (2017). Geophagy during pregnancy: Is there a health risk for infants? *Environmental Research*, 156, 145–147.

Gupta, R. K., & Gupta, R. (2005). Clinical Profile of Pica in Childhood. *JK SCIENCE*, 7(2), April-June 2005.

Guzmán, A. (1672). *Vida de la Venerable Madre Paula de la Madre de Dios*. Madrid.

Habershon, S. O. (1863). On idiopathic anaemia. *The Lancet* 1 (9 May): 518– 19;(16May): 551–2.

Hacking, I. (1985). Making up people. En *Reconstructing Individualism* (pp. 161-171). Stanford University Press.

Hacking, I. (1995). *Rewriting the Soul: Multiple Personality and the Sciences of Memory*. Princeton University Press.

Harris, M. (1989). *Bueno para comer*. Alianza Editorial.

Hartman, E., Park, W., & Godfrey Nelson, H. (1960). The Peeling House Paint Hazard to Children. *Public Health Reports*, 75, 623-629.

Hartmann, A. (2019). Pica behaviors in a German community-based online adolescent and adult sample: an examination of substances, triggers, and associated pathology. *Eat Weight Disord*, 25(3), 811-815.

Hartmann, A. S., Poulain, T., Vogel, M., Hiemisch, A., Kiess, W., & Hilbert, A. (2018). Prevalence of pica and rumination behaviors in German children aged 7–14 and their

associations with feeding, eating, and general psychopathology: a population-based study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27, 1499–1508

Headen, B. F. (1837). Cachexia Africana. *The Western Medical Reformer*. Vol 1, 2 & 3, pp. 290-294.

Henry, & H. MacBeth (Eds.), *Consuming the Inedible: Neglected Dimensions of Food Choice* (pp. 89–98). Berghahn Books.

Henry, J., & Cring, D. (2013). Geophagy: an anthropological perspective. In E. C. Brevik & L. C. Burgess (Eds.), *Soils and Human Health* (pp. 179-198). Boca Raton, FL: CRC Press.

Hepworth, J. (1999). *The social constructions of anorexia nervosa*. Sage Publications.

Hernández-Aco, R. S., Villarroel, M., & Miranda-de la Lama, G. C. (2022). Geophagia in a large felid in captivity: A case report of lethal gastrointestinal impaction in a Bengal tigress (*Panthera tigris tigris*). *Journal of Veterinary Behavior*, 50, 13-17.

Heusinger, R. (1852). *Die sog. Geophagie oder tropische (besser: Malaria-) Chlorose Krankheit aller Lander und Klimate dargestellt*. Cassel.

Heyden, M. L. (1629). *Disputatio Medica. De Pica Seu Malacia*. Argentinae [Estrasburgo]

Hirsch, A. (1883). *Handbook of Geographical and Historical Pathology*. The New Sydenham Society

Hladik, C. M. (2008). Salt as a "Non-Food". To what extent do gustatory perceptions determine non-food vs food choices? In H. MacBeth (Ed.), *Consuming the Inedible: Neglected Dimensions of Food Choice* (pp. 122-130). Berghahn Books.

Hoch, P., & Zubin, J. (1958). *Problems of Addiction and Habituation*. Grune & Stratton.

Hogarth, R. A. (2017). *Medicalizing Blackness*. The University of North Carolina Press.

Hooda, P., & Henry, J. (2007). *Geophagia and human nutrition*. In J. MacClancy, J.

Huang, J.-H., Shiah, I.-S., Lee, W.-K., Tzang, R.-F., & Chang, K.-J. (2010). Olanzapine-associated pica in a schizophrenia patient. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 64, 442–445.

Huebl, L., Leick, S., Guettl, L., Akello, G., & Kutalek, R. (2016). Geophagy in Northern Uganda: Perspectives from Consumers and Clinicians. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 95(6), 1440-1449.

Humboldt, A. (1826). *Viaje a las Regiones Equinocciales del Nuevo Continente*. Paris.

Hunter, J. (1778). *Observations on the Diseases of the Army in Jamaica*. G. Nicoll, Pall-Mall

Hunter, J. M. (1973). Geophagy in Africa and in the United States: A Culture-Nutrition Hypothesis. *Geographical Review*, 63(2), 170-195.

- Hunter, J. M. (1984). Insect Clay Geophagy in Sierra Leone. *Journal of Cultural Geography*, 4, 2-13.
- Hunter, J. M., & de Kleine, R. (1984). Geophagy in Central America. *Geographical Review*, 74(2), 157-169.
- Imray, J. (1843). Observations on the mal d'estomac or cachexia Africana, as it takes place among the Negroes of Dominica. *Edinburgh Medical and Surgical Journal*, LIX.
- Işlek, A., Sayar, E., Yılmaz, A., Boneval, C., & Artan, R. (2014). A rare outcome of iron deficiency and pica: Rapunzel syndrome in a 5-year-old child. *Turk J Gastroenterol*, 25, 100-102.
- Izugbara, O. (2003). The cultural context of geophagy among pregnant and lactating Ngwa women of southeastern Nigeria. *The African Anthropologist*, 10(2), 180-199.
- Jackson, M. S., Adedoyin, A. C., & Winnick, S. N. (2020). Pica Disorder among African American Women: A Call for Action and Further Research. *Social Work in Public Health*.
- Jacobi, A. (1860). On Enlargement of the Infantile Liver. *The New York Journal of Medicine*. pp. 3-17
- Jacobi, A. (1874). *Infant Diet*. Putnam's Sons.
- Jaramillo-Borges, Y. M. (2007). Tricotilomanía, tricofagia y el Síndrome de Rapunzel. *Acta Médica Costarricense*, 49(1), 4-5.
- Jefferson, J. W., & Thompson, T. D. (1995). Rhinotillexomania: Psychiatric disorder or habit? *Journal of Clinical Psychiatry*, 56(2), 56-59.
- Jenkins, D. & Mellins, R. (1957). Lead Poisoning in Children. A Study of Forty-Six Cases. *Archives of Neurology & Psychiatry*. Vol 77. Num 1. pp. 70-78
- Johnson, C., Hunt, F., & Siebert, M. J. (1994). Discrimination training in the treatment of pica and food scavenging. *Behavior Modification*, 18(2), 214-229.
- Jordan, C. H. (1828). Thoughts on Cachexia Africana or Negro Consumption. *The Transylvania Journal*. Vol. 5, pp. 18-30.
- Kachani, A. T., & Cordás, T. A. (2009). From opera buffa to nosological chaos: Pica. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 36(4), 162-169.
- Kalcik, S (1984). 'Ethnic Foodways in America: Symbol and the Performance of Identity', *Ethnic and Regional Foodways in the United States: The Performance of Group Identity*, L. Keller Brown and K. Mussell (eds.). University of Tennessee Press, pp. 37-65.
- Katz, J. M. (2008). Hungry Haitians eat mud as cost of food soars. *The Advocate*, p. 3A.
- Kearsley, G. (1803). *The Edinburgh Practice of Physic, Surgery, and Midwifery, Vol II*. Kearsley.

- Kern, L., Starosta, K., & Adelman, B. E. (2006). Reducing Pica by Teaching Children to Exchange Inedible Items for Edibles. *Behavior Modification*, 30(2), 135-158.
- Kettaneh, A., Eclache, V., Fain, O., Sontag, C., Uzan, M., Carbillon, L., ... Thomas, M. (2005). Pica and food craving in patients with iron-deficiency anemia: A case-control study in France. *The American Journal of Medicine*, 118, 185-188.
- Khosravi, M. (2021). Pica behaviors in schizophrenia: A call for further research. *Journal of Eating Disorders*, 9, 117.
- Khosrof Ben Jaâfar, S., Aouidet, A., & Gharbi, N. (2012). Pica, parasites, and anemia among women from 15 to 49 years of age in Tunisia. *La Tunisie Médicale*, 90(06/07).
- Khoushabi, F., Ahmadi, P., Shadan, M. R., Heydari, A., Miri, A., & Jamnejad, M. (2014). Pica Practices among Pregnant Women Are Associated with Lower Hemoglobin Levels and Pregnancy Outcome. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 4, 646-652.
- Kimassoum, D., Ngum, N. L., Bechir, M., Haroun, A., Tidjani, A., & Frazzoli, C. (2023). Geophagy: A survey on the practice of soil consumption in N'Djamena, Chad. *Journal of Global Health Reports*, 7, e2023010.
- King, H. (2005). *The disease of virgins. Green sickness, chlorosis and the problems of puberty*. Routledge.
- Kinnell, H. G. (1985). Pica as a feature of autism. *The British Journal of Psychiatry*, 147(1), 80-82.
- Kiple, K. F. (1981). *Another Dimension to the Black Diaspora: Diet, Disease, and Racism*. Cambridge University Press.
- Klein, A., Schroöder, C., Heinemann, A., & Püschel, K. (2014). Homicide or suicide? Xylophagia: a possible explanation for extraordinary autopsy findings. *Forensic Science, Medicine, and Pathology*, 10, 437-442.
- Klein, M. (1960). *The Psychoanalysis of Children*. Grove Press.
- Knight, R. P. (1937). The Psychodynamics of Chronic Alcoholism. *Journal of Nervous Mental Diseases*, 86, 538-548.
- Knudsen, J. W. (2002). Kula Udongo (earth eating habits): A social and cultural practice among Chagga Women on the slopes of Mount Kilimanjaro. *Indilinga African Journal of Indigenous Knowledge Systems*, 1(1), 19-25.
- Kuhn, T. (1989). *¿Qué son las revoluciones científicas? y otros ensayos*. Paidós.
- Kurlansky, M. (2002). *Sal: una historia mundial*. Walker Publishing.
- Kurtz, D., Azar, I., Khan, H., Lilley, K., & Woldie, I. (2020). Xylophagia (paper eating): A rare form of pica. *Clinical Case Reports*, 8, 3546-3547.

- Lange, J. (1589). *Epistolarum Medicinalium*. Andrea Wecheli.
- Larraín, C. (2005). Pica en “Don Quijote”. *Revista Médica de Chile*, 133, 609-611.
- Lasco, G., & Mendoza, J. (2014). Deciphering a non-meal: Pantawid-Gutom and the everyday negotiation of hunger in the Philippines. *Cultural Anthropology*, 39(2), 194–215.
- Laufer, B. (1930). *Geophagy*. Field Museum of Natural History of Chicago.
- Lázaro, C. P., Caron, J., & Pondé, M. P. (2018). Scales assessing eating behavior in autism spectrum disorder. *Psicología: Teoría e Práctica*, 20(3), 42-59.
- Leach, E. (1989). *Cultura y comunicación: La lógica de la conexión de los símbolos*. Siglo XXI.
- Ledel, S. (1668). *Dissertatio Inauguralis Medica. De Pica*. Jena
- Lerner, A. J. (2008). Treatment of pica behavior with olanzapine. *CNS Spectr*, 13(1), p. 19.
- Leung, A. K. C., & Hon, K. L. (2019). Pica: A common condition that is commonly missed - An update review. *Current Pediatric Reviews*, 15(2), 164-169.
- Levi-Strauss, C. (1964). *Le cru et le cuit*, Mythologiques I. Plon.
- Lévi-Strauss, C. (1974). L'efficacité symbolique. In *Anthropologie structurale I*. Plon.
- Levi-Strauss. (1990). *De cerca y de lejos*. Alianza Editorial.
- Lidell, H. G. & Scott, R. (1996). *A Greek-English Lexicon*. Oxford University Press.
- Lieutaud, J. (1816). *Synopsis of the Universal Practice of Medicine*. Edward and Richard Parker.
- Lin-Fu, J. (1967). *Lead poisoning in Children*. U.S. Department of Health, Education, and Welfare.
- Lin, J. W., Temple, L., Trujillo, C., Mejia-Rodriguez, F., Goldman Rosas, L., Fernald, L., & Young, S. L. (2015). Pica during pregnancy among Mexican-born women: A formative study. *Maternal and Child Nutrition*, 11, 550–558.
- Linneo, C. (1759). *Genera Morborum*. H. A. & P. M. S.
- Loja, D., Alvizuri, J., Vilca, M., & Sánchez, M. (2003). Síndrome de Rapunzel: tricobezoar gastroduodenal. *Anales de la Facultad de Medicina*, 64(1).
- Lope de Vega. (1617). *Doze Comedias de Lope de Vega sacadas por el mismo (Tomo 9)*. Viuda de Alonso Martín.
- Lope de Vega. (1836). *El acero de Madrid*. Imprenta de la Real Compañía.

López García, J. (2017). La comida y la construcción de la diferencia. *Anales del Museo Nacional de Antropología*. pp. 9-23

López Eire, A. (2006). *Dioscórides interactivo. Sobre los remedios medicinales*, Manuscrito de Salamanca. Universidad de Salamanca.
<https://www.dioscorides.usal.es/p2.php?numero=167>

Lourie, R. (1967). Pica as a Disturbance in Socialization. *Issues in Human Development*, 92-97.

Lourie, R. S., Laymon, E. M., & Millican, F. K. (1963). Why Children Eat Things That Are Not Food. *Children*, 10, 143-146.

Luoba, A. I., Geissler, P. W., Estambale, B., Ouma, J. H., Magnussen, P., Alusala, D., Ayah, R., Mwaniki, D., & Friis, H. (2004). Geophagy among pregnant and lactating women in Bondo District, western Kenya. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 98, 734-741.

Lusitano, A. (1556). *Curationum medicinalium*. J. Froben

Macbeth, H., Schiefenhovel, W., & Collinson, P. (2008). Cannibalism: No myth, but why so rare? In H. MacBeth (Ed.), *Consuming the inedible: Neglected dimensions of food choice* (pp. 189-204). Oxford and Providence, U.S.: Berghahn Books.

Macintyre, K., & Dobson, B. (2007). *Geophagy: The earth-eaters of Lower Southwestern Australia*. Retrieved from www.anthropologyfromtheshed.com

Magalotti, L. (1825). *Varié operette con giunta di Otto Lettere su le terre odorose d'Europa e d'America dette volgarmente buccheri*. Giovanni Silvestri.

Mannoni, M. (1992). *El niño retardado y su madre*. Paidós.

Marinello, G. (1609). *Les Maladies des Femmes et remedes d'ycelles*. I. Berjon

Martín Ferreira, A., & de la Rosa Cubo, C. (2018). La polémica médica en torno al consumo de agua fría en la España Moderna. *Dynamis*, 38(2), 407-426.

Martínez-Hernández, A. (2000). Anomalía de una ilusión. El DSM-IV y la biologización de la cultura. En E. Perdiguero & J. M. Comelles (Eds.), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Edicions Bellaterra.

Mashao, U., Ekosse, G. I., Odiyo, J., & Bukalo, N. (2021). Geophagic practice in Mashau Village, Limpopo Province, South Africa. *Helijon*, 7, e06497.

Matalas, A. L., & Grivetti, L. E. (Eds.). (2008). Use of non-food foods during famine: The Athens Famine Survivor Project. In H. MacBeth (Ed.), *Consuming the Inedible: Neglected Dimensions of Food Choice* (pp. 122-130). Berghahn Books.

Mathews, J. P. (2009). *Chicle: The Chewing Gum of the Americas, from the Ancient Maya to William Wrigley*. University of Arizona Press.

- Matson, J. L., & Bamburg, J. W. (1999). A descriptive study of pica behavior in persons with mental retardation. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 11(4), 353–365.
- Maubray, J. (1724) *The Female Physician, Containing All the Diseases Incident to that Sex*. J. Holland.
- Mauss, M. (1936). Les techniques du corps. *Journal de la Psychologie*, 32(marzo-abril). [Técnicas y movimientos corporales. En *Sociología y antropología* (1971), Tecnos].
- Maxwell, J. (1835). Pathological inquiry into the nature of cachexia Africana. *Jamaica Physiological Journal*, 2, 416.
- McAlpine, C., & Singh, N. (1986). Pica in institutionalized mentally retarded persons. *Journal of Mental Deficiency Research*, 30(2), 171-178.
- McLoughlin, I. J., & Hassanyeh, F. (1990). Pica in a patient with anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 156, 568-570.
- Mead, M. (1990). *Adolescencia y cultura en Samoa*. Paidós Ibérica.
- Medina-Tepal, K. A., Vázquez-Arévalo, R., López-Aguilar, X., & Mancilla-Díaz, J. M. (2021). Conductas asociadas a los trastornos de pica, rumiación y evitación/restricción de alimentos en adolescentes. *Psicología y Salud*, 31(2), 203-214.
- Medina, F. X. (2008). Eating Cat in the North of Spain in the Early Twentieth Century. In H. MacBeth (Ed.), *Consuming the Inedible: Neglected Dimensions of Food Choice* (pp. 151-162). Berghahn Books.
- Megu, K., Chakravorty, J., & Meyer-Rochow, V. B. (2018). An Ethnographic Account of the Role of Edible Insects in the Adi Tribe of Arunachal Pradesh, North-East India. En *Edible Insects in Sustainable Food Systems*. Springer International Publishing.
- Menéndez, E. L. (2012). Antropología Médica. Una genealogía más o menos autobiográfica. *Gazeta de Antropologia*, 28(3), artículo 03. Recuperado de [URL]
- Mennell, S. (1985). *All Manners of Food. Eating and Taste in England and France from the Middle Ages to the Present*. Basil Blackwell.
- Mensah, F. O., Twumasi, P., Amenawonyo, X. K., Larbie, C., & Baffo Jnr, A. K. (2010). Pica practice among pregnant women in the Kumasi metropolis of Ghana. *International Health*, 2, 282-286.
- Mercado, L. (1597). *De Mulierum Affectionibus*. Ioannem Guerilium
- Michaelis, C. (1921), *Algumas palavras a respeito de púcaros de Portugal*. Universidad de Coimbra.
- Mikkelsen, T. B., Andersen, A. M. N., & Olsen, S. F. (2006). Pica in pregnancy in a privileged population: myth or reality. *Acta Obstetricia et Gynecologica*, 85, 1265-1266.

- Millán, A. (1998). Acerca del status animal. *Estudios del Hombre*. Núm. 7, pp. 133-149. Universidad de Guadalajara.
- Miller, J. D., Collins, S. M., Omotayo, M., Martin, S. L., Dickin, K. L., & Young, S. L. (2018). Geophagic earths consumed by women in western Kenya contain dangerous levels of lead, arsenic, and iron. *American Journal of Human Biology*, 30, e23130.
- Millican, F. K. (1968). Study of an Oral Fixation; Pica. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 7, 79-107.
- Millican, F. K., Layman, E., Lourie, R. S., Takahashi, L. & Dublin, C. (1962). The Prevalence of Ingestion and Mouthing of Nonedible Substances by Children. *Clinical Proceedings of the Children's Hospital in the District of Columbia* 18:207-14.
- Minnis, P. E. (1991). Famine foods of the northern american desert borderlands in historical context. *Ethnobiol.* 11(2):231-257.
- Mintz, S. (1985). *Sweetness and power. The place of sugar in modern history*. Viking Penguin Inc.
- Mintz, S. W., & Du Bois, C. M. (2002). The Anthropology of Food and Eating. *Annual Review of Anthropology*, 31, 99-119.
- Miqueo, C. (2015). Enciclopedismo médico: cambio y progreso en el Diccionario de medicina y cirugía de Antonio Ballano (1805-1823). *Los viajes de la razón: studios dieciochistas en homenaje a María-Dolores Albiac Blanco*. pp. 183-207.
- Mirabella-Davis, C. (Director). (2019). *Swallow* [Film]. United States: IFC Films.
- Mireku, M. O., Cot, M., Massougbdji, A., & Bodeau-Livinec, F. (2020). Relationship between stunting, wasting, underweight and geophagy and cognitive function of children. *Journal of Tropical Pediatrics*, 66(6), 517-527.
- Mishori, R., & McHale, C. (2014). Pica: An age-old eating disorder that's often missed. *The Journal of Family Practice*, 63(7), 1-4
- Monravá i Roca, A. (1747). *Novissima Medicina impugnante a nova, velha e velhissima*. Tomo IV. Oficina del autor.
- Monravá i Roca, A. (1752). *Novissima e Insuperable Disertación sobre las preñadas cuando padecen Pica y Malacia*. Oficina del autor.
- Montero, E. (2008). Transgresiones sexuales, tradiciones discursivas y oralidad en el castellano medieval. *Cuadernos del CEMYR*, 16, 145-165. Universidad de Santiago de Compostela.
- Moore, D. J. (2017). Sapophagia: A case of Irish Spring soap pica. *Journal of Emergency Nursing*, 43(3), 281-283.
- Moreno Feliu, P. (2010). *Encrucijadas antropológicas*. Editorial Ramón Areces.

- Morgan, J. F., & Lacey, J. H. (2000). Salinophagia in anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 8(1), 75-78.
- Mortazavi, Z., & Mohammadi, M. (2010). Prevalence of Pica in Pregnant Women Referred to Health Care Centers in Zahedan, Iran (2002-2003). *African Journal of Food Science*, 4, 642-645.
- Mota Padilla, M. (1742). *Historia de la conquista de la provincia de la Nueva Galicia*. Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística de México.
- Msoffe, C. U., Nyanza, E. C., Thomas, D. S. K., Jahanpour, O., & Dewey, D. (2019). The sources and chemical content of edible soil sticks sold in markets in Tanzania: A cross-sectional analytical study. *Environmental Geochemistry and Health*, 41, 893-906.
- Müller, J. (1675). *Disputatio Medica. De Pica Seu Malacia*. Tubingæ.
- Murray, H. B., Thomas, J. J., Hinz, A., Munsch, S., & Hilbert, A. (2018). Prevalence in primary school youth of pica and rumination behavior: The understudied feeding disorders. *The International Journal of Eating Disorders*, 51(8), 994–998.
- Nafil H., Tazi I., & Mahmal L. (2015). Prévalence du pica au cours de l'anémie ferriprive à Marrakech (Maroc). *Medecine et Sante Tropicales*, 25, 273-275.
- Najera, M. (1680), Quaresma Segunda, Madrid.
- Nayak, S. V., Kini, R., Shetty, U., Rao, P. K., Kashyap, R. R., & Bhandarkar, G. (2017). Pica—An eating disorder: A report and review. *Archives of Medicine and Health Sciences*, 5, 82–84.
- Neumeyer, A. M., Anixt, J., Chan, J., Perrin, J. M., Murray, D., Coury, D. L., Bennett, A., Farmer, J., & Parker, R. A. (2019). Identifying associations among co-occurring medical conditions in children with autism spectrum disorders. *Academic Pediatrics*, 19(3), April.
- Newsweek. (1963). Strange Hunger. *Newsweek*. J1 29: p. 68
- Nguyen, V.-K., & Lock, M. M. (2011). *An Anthropology of Biomedicine*. Wiley-Blackwell.
- Nicholes, T. M. J., Quested, T. E., Reynolds, C., Gillick, S., Parry, A. D. (2019). Surely you don't eat parsnip skins? Categorising the edibility of food waste. *Resources, Conservation & Recycling*, 147, 179-188.
- Oakley, A. (1984). *The Captured Womb: A History of the Medical Care of Pregnant Women*. Basil Blackwell.
- Oliveira, J., & Córdas, T. A. (2020). Eating behavior, non-food substance consumption and negative urgency in women. *Einstein (São Paulo)*, 18, eAO5269.
- Oliver, T. (1914). *Lead Poisoning: From The Industrial, Medical, And Social Points Of View*. Paul B. Hoeber.

Oms, L. & Oriol Ferreras, J. (1840). *Tratado Elemental Completo de las Enfermedades de Mujeres*. R. M. Indar.

Organización Mundial de la Salud (OMS) 2019/2021. *Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima revisión (CIE-11)*, <https://icd.who.int/browse11>

Orozco-González, C. N., Cortés-Sanabria, L., Márquez-Herrera, R. M., & Núñez-Murillo, G. K. (2019). Pica en enfermedad renal crónica avanzada: Revisión de la literatura. *Nefrología*, 39(2), 115-123.

Osuji, P. N., & Onu, J. U. (2019). Feeding behaviors among incident cases of schizophrenia in a psychiatric hospital: Association with dimensions of psychopathology and social support. *Clinical Nutrition ESPEN*, 34, 125e129.

Palimaru, I., Guetta, M., Cravero, C., Fron, C., Cohen, D., & Giannitelli, M. (2021). Opioid overdose and serotonin syndrome due to gastric bezoar in a woman with autism and pica behaviour. *Case Reports in Psychiatry*, 2021, Article ID 7334467, 4 pages.

Paré, A. (1641). *Les Cèvvres*. C. Prost

Parry-Jones, B. (1992). Pagophagia, or compulsive ice consumption: A historical perspective. *Psychological Medicine*, 22(3), 561-571.

Parry-Jones, B., & Parry-Jones, Ll. (1992). Pica: Symptom or Eating Disorder? A Historical Assessment. *Journal of Psychiatry*, 160, 341-354.

Paul-Lévy, F. (1997). Toxiques, épistémologisons, épistémologisons, il en restera toujours quelque chose. In J.-P. Poulain (Ed.), *Pratiques alimentaires et identités culturelles* (pp. 163-204). Études Vietnamiennes, Q3-4, 1997.

Pebsworth, P. A., Huffman, M. A., Lambert, J. E., & Young, S. L. (2019). Geophagy among nonhuman primates: A systematic review of current knowledge and suggestions for future directions. *American Journal of Physical Anthropology*, 168 (Suppl. S67), 164–194.

Peiper, A. (1963). *Cerebral function in infancy and childhood*. Consultant's Bureau.

Peña, Y. (2015). La producción vinícola en Hispania: procesos de producción y comercialización del vino romano. *Historia y arqueología en la cultura del vino* (pp. 181). Instituto de Estudios Riojanos.

Pérez-Torres, E., Rodea-Rosas, H., Bernal-Sahagún, F., Abdo-Francis, J. M., & Palomeque-López, A. (2006). Tratamiento endoscópico y quirúrgico de dos casos de pica. *Revista Médica del Hospital General de México*, 69(1), 26-31.

Peset Reig, J. L. (2018). Medicina y enfermedad en el Renacimiento. *Cuadernos del Marqués de San Adrián: Revista de Humanidades*, (10).

Piaget, J. (2000). *El nacimiento de la inteligencia en el niño*. Crítica.

- Placek, C., & Hagen, E. (2013). A test of three hypotheses of pica and amylophagy among pregnant women in Tamil Nadu, India. *American Journal of Human Biology*, 25, 803–813.
- Ponce López, M., González Pablos, E., Botillo Martín, C., & Flores, L. A. (2016). Pica, retraso mental y autismo. A propósito de un caso. En *XXX Reunión de la Asociación Castellano y Leonesa de Psiquiatría*. Palencia.
- Portalatin, M. J. (2008). Eating snot. Socially unacceptable but common: Why? In J. MacClancy, J. Henry, & H. Macbeth (Eds.), *Consuming the inedible: Neglected dimensions of food choice*. Berghahn Books.
- Poulain, J. P. (2004). *Sociologias da alimentação: os comedores e o espaço social alimentar*. UFSC.
- Prasad, A. S., Halsted, J. A., & Nadimi, M. (1961). Syndrome of iron deficiency anemia, hepatosplenomegaly, hypogonadism and geophagia. *The American Journal of Medicine*, 31(4), 523.
- Prince, R. J., Luoba, A. I., Adhiambo, P., Ng'uno, J., & Geissler, P. W. (1999). Geophagy is common among Luo women in western Kenya. *Transact. R. Soc. Trop. Med. Hyg.*, 93, 515–516.
- Quevedo, F. (1699). *Obras de don Francisco de Quevedo Villegas*. H. y C. Vedussen
- Quevedo, F. (1989), *Poemas Escogidos*, Ed. José Manuel Blecua. Castalia.
- Rachford, B. K. (1905). Neurotic Disorders of Childhood. *Archives of Pediatrics*.
- Real Academia Española. (2023). *Diccionario de la lengua española* (23.^a ed., versión 23.6 en línea). Recuperado de <https://dle.rae.es>
- Renaut, J. (1875). *De l'intoxication saturnine chronique*. Adrien Delahaye.
- Reyes-García, V., Menendez-Baceta, G., Aceituno-Mata, L., Acosta-Naranjo, R., Calvet-Mir, L., Domínguez, P., ... & Pardo-de-Santayana, M. (2015). From famine foods to delicatessen: Interpreting trends in the use of wild edible plants through cultural ecosystem services. *Ecological Economics*, 120, 303-311.
- Reynolds, R. D., Binder, H. J., & Miller, M. B. (1968). Pagophagia and iron deficiency anemia. *Annals of Internal Medicine*, 69(3), 435-440.
- Riera Climent, C., & Riera Palmero, J. (2017). Los comienzos de la Medicina ilustrada en Extremadura: Francisco Sanz de Dios y Guadalupe (fl. 1730-1748). *Revista de Estudios Extremeños, Tomo LXXIII, Número III*, 3119-3152.
- Riviére, L. (1664), *Opera Medica Universa*. Lyon
- Rocha, F., & Ferreira, E. (2014). Geotourism, Medical Geology, and local development: Cape Verde case study. *Journal of African Earth Sciences*, 99, 735-742.

- Rosenblat, A. (1936). Los otomacos y taparitas de los llanos de Venezuela. *Tierra Firme*, año II, nums. 1-4.
- Roudaut, G., Dacremont, C., Vallès Pàmies, B., Colas, B., & Le Meste, M. (2002). Crispness: A critical review on sensory and material science approaches. *Trends in Food Science & Technology*, 13, 217–227.
- Roux, J. P. (1990). *La sangre. Mitos y realidades*. Península
- Roy, A., Fuentes-Afflick, E., Fernald, L. C. H., & Young, S. L. (2018). Pica is prevalent and strongly associated with iron deficiency among Hispanic pregnant women living in the United States. *Appetite*, 120, 163-170.
- Rozin, P. (1976). *Psychobiological and cultural determinants of food choice*. In T. Silverstone
- Ruddock, J.C. (1924). Lead poisoning in children with special reference to Pica. *The Journal of the American Medical Association*, volume 82, pp1682-1684.
- Rue, A. J. (1819). *Essai sur la première menstruation, precede de quelques considerations sur la chlorose*, Paris Medical Faculty.
- Sadeghzadeh, M., Khoshnevisasl, P., & Sadeghzadeh, S. (2017). The relation between pica and iron deficiency in children in Zanjan, Islamic Republic of Iran: A case-control study. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 23(6), 404-407.
- Sahlins, M. (1980). *Au coeur des sociétés. Raison utilitaire et raison culturelle*. Gallimard.
- Sánchez Lorenzo, I., Oviedo De Lucas, O., & Manzano Alonso, J. (2013). Eficacia del tratamiento con metilfenidato en la pica comórbida con TDAH: A propósito de un caso. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 3(3), Julio-Septiembre.
- Santa María, F. (1698), *Sermoens do Padre Francisco de Santa Maria*, Manoel Lopes Ferreyra.
- Santos, A. M. dos, Benute, G. R. G., Santos, N. O. dos, Nomura, R. M. Y., Lucia, M. C. S. de, & Francisco, R. P. V. (2017). Presence of eating disorders and its relationship to anxiety and depression in pregnant women. *Midwifery*, 51, 12-15.
- Sanz de Dios y Guadalupe, F. (1730). *Medicina practica de Guadalupe*. Domingo Fernandez de Arrojo.
- Schenck, J. G. (1584). *Observationes Medicæ de Capite Humano*. Officina Frobeniana.
- Schnabel, L., et al. (2018). Association between ultra-processed food consumption and functional gastrointestinal disorders: Results from the French NutriNet-Santé Cohort. *American Journal of Gastroenterology*, 113(8), 1217-1228.
- Schuster, J. J. (1658). *Disputatio Inauguralis Medica. De Pica sive Malacia*. Argentinae [Estrasburgo].
- Seim, G. L., Ahn, C. I., Bodis, M. S., Luwedde, F., Miller, D. D., Hillier, S., Tako, E., Glahn, R. P., & Young, S. (2013). Bioavailability of iron in geophagic earths and clay

minerals, and their effect on dietary iron absorption using an in vitro digestion/Caco-2 cell model. *Food Function*, 4, 1263–1270.

Sekiya, K., Mori, S., & Otomo, Y. (2018). Coin pica-induced gastric perforation resulting from ingestion of 1,894 coins, 8 kg in total: Case report and review of published works. *Acute Medicine & Surgery*, 5, 177–180.

Seseña, N. (2009). *El vicio del barro*, Ediciones el Viso.

Shekarriz, Z., Jokar, A., & Yousefi, S. S. (2021). Pica: Treatment with Punica Granatum extract. *Phytotherapy Research*, 35(9), 4629–4631.

Sher, Y., & Maldonado, J. R. (2014). An insatiable desire for tofu: A case of restless legs and unusual pica in iron deficiency anemia. *Psychosomatics*, 55(6), 680-685.

Shinondo, C. J., & Mwikuma, G. (2009). Geophagy As A Risk Factor For Helminth Infections In Pregnant Women In Lusaka, Zambia. *Medical Journal of Zambia*, 35(2), 48-52.

Siewe, C. N., & Diko, M. L. (2013). Geophagia among female adolescents as a culturally driven practice. *INDILINGA – African Journal of Indigenous Knowledge Systems*, 12(2). Silverstone (Ed.), *Dahlem Workshop on Appetite and Food Intake* (pp. 285-312). Dahlem Konferenzen.

Simpson, E., Mull, J. D., Longley, E., & East, J. (2000). Pica during pregnancy in low-income women born in Mexico. *West J Med*, 173(1), 20-24.

Singh, H., Agarwal, S., Singh, V., Rehman, R., & Patwardhan, N. (2015). PICA disorder with autism: Intervention in dental settings. *J Res Adv Dent*, 4(3), 281-291.

Singh, N. N., Ellis, C. R., Crews, W. D., & Singh, Y. N. (1994). Does diminished dopaminergic neurotransmission increase pica? *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 4(2), 93-99.

Singhi S., Singhi P. & Frate D. (1981). Rol of psychosocial stress in the cause of pica. *Clinical Paediatrics*. 20:783-785.

Small, H. E. (1899). Pica, or dirt-eating, in children. *Cyclopaedia of the Diseases of Children, Medical and Surgical*. John M. Keating.

Sociedad Médica. (1754). *Actas del año segundo de la Sociedad Médica de Nuestra Señora de la Esperanza*. D. Fernández de Arrojo.

Sorano de Éfeso, (1881). *Sorani Gynaeciorum*. (Trad. Valentino Rose). G. Teubneri.

Spaniolas, K., Ou, S., Findeis-Hosey, J., Monson, J. R. T., & Salloum, R. (2010). Paper pica: An unusual cause of colonic ischemia. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 14, 1065–1066.

- Steiner, J. (1974). The human gustofacial response. In J. F. Bosma (Ed.), *Fourth Symposium on Oral Sensation and Perception: Development in the Fetus and Infant*. Washington, D.C.: United States Government Printing Office.
- Stiegler, L. N. (2005). Understanding pica behavior: A review for clinical and education professionals. *Focus on autism and ther developmental disabilities*. Volume 20, Number 1, Pages 27–38.
- Stockhausen, J. A. (1681). *Dissertatio Inauguralis Medica. χλωρῶσις seu Foedis Virginnum Coloribus*. Krebsianis.
- Strambio, G. (1826). *Giornale critico di medicina analitica*. Classici Italiani.
- Sturmey, P., & Williams, D. E. (2016). *Pica in Individuals with Developmental Disabilities*. Springer.
- Swift, I., Paquette, D., Davison, K., & Saeed, H. (1999). Pica and trace metal deficiencies in adults with developmental disabilities. *The British Journal of Development Disabilities*, 45, 111–117.
- Sydenham, T. (1695). *Compleat Method of Curing Almost All Diseases*, Newman & Parker.
- Tait, L.(1889). *Diseases of Women and Abdominal Surgery*, vol. 1, Leicester: Richardson and Co.; Lea Brothers.
- Tarachow, S. (1966). Coprophagia and allied phenomena. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 14(4), 685–699.
- Thihalolipavan, S., Candall, B. M., & Ehrlich, J. (2013). Examining Pica in NYC Pregnant Women with Elevated Blood Lead Levels. *Matern Child Health J*, 17, 49-55.
- Thomas, R. (1813), *The modern practice of physic*, London.
- Thomson, J. (1820). *A treatise on the Diseases of Negroes, as they Occur in the Island of Jamaica: with Observations on the country remedies*. Alex Aikman.
- Thomson, J. (1896). On Pica or Dirt-Eating in Children. *Archives of Pediatrics: A Monthly Journal Devoted To The Diseases Of Infants And Children*. E. B. Treat.
- Tirso de Molina (1635). *Quarta Parte de las Comedias del Maestro Tirso de Molina*. María de Quiñones.
- Tissot (1758), *Dissertatio de febris bilioris seu historia epidemiae biliosae laussanensis*. Lausana.
- Trabuc, C. M. (1818). *Quelques mots sur la chlorose qui attaque les filles a l'époque de la puberté*, Montpellier Medical Faculty.
- Tralles, J. C. (1677). *Disputatio Medica Inauguralis. De Malacia*. Kiloni.

- Trémolières, J. (1971). Pollutions et nuisances: un nouveau mythe. *Cahiers de Nutrition et Diététique*, 6(3), 25-28.
- Turner, V. (1967). *The forest of symbols*. Cornell University Press.
- Twigg, J. (1983). Vegetarianism and the Meanings of Meat. In A. Murcott (ed). *The Sociology of Food and Eating: Essays on the Sociological Significance of Food*. Gower.
- U.S. Department of Labor. (1916). *Report Of British Departmental Committee On The Danger In The Use Of Lead In The Painting Of Buildings*.
- Uchida, T., Matsuno, M., Ide, M., & Kawachi, Y. (1998). The frequency and development of tissue iron deficiency in 6 iron deficiency anemia patients with Plummer-Vinson syndrome. *Rinsho Ketsueki*, 39, 1099-1102.
- Usunáriz, J. (2021). La alimentación de la mujer en el embarazo, parto y puerperio en la España de la temprana Edad Moderna. *Hipogrifo*, 9.1, pp. 673-699.
- van Dongen, B. E., Fraser, S. E., & Insoll, T. (2011). The composition and origin of Ghana medicine clays. *Anthropology & Medicine*, 18(2), 285–302.
- van Gennep, A. (2008). *Los ritos de paso*. Alianza Editorial.
- Varandal, J. (1666). *Traité des maladies des femmes* (Trad. por I. B.). R. de Ninville.
- Vázquez Arévalo, R., López Aguilar, X., Ocampo Téllez-Girón, M. T., & Mancilla-Díaz, J. M. (2015). Eating disorders diagnostic: from the DSM-IV to DSM-5. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6, 108-120.
- Vermeer, D. E. (1971). Geophagy among the ewe of Ghana. *Ethnology*, 9, 51-72.
- Vermeer, D. E. (1979). Geophagy in a Mississippi county. *Annals of the Association of American Geographers*, 65, 414-24.
- Vermeer, D. E. (1984). Geophagical clays from the Benin area of Nigeria: a major source for the markets of West Africa. *Natural History*.
- Vermeer, D. E., & Ferrell, R. E. (1985). Nigerian geophagical clay: A traditional anti-diarrheal. *Science*, 227(4689), 634-636.
- Vermeer, D. E., & Frate, D. A. (1979). Geophagia in rural Mississippi: environmental and cultural contexts and nutritional implications. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 32(10), 2129-2135.
- Veryser, P. (1695). *Disputatio Medica Inauguralis. De Malacia seu Pica*. Utrecht.
- Wear, A. (1995) 'Medicine in early modern Europe, 1500–1700', in Lawrence I. Conrad *et al.* (eds), *The Western Medical Tradition, 800 BC to AD 1800*, Cambridge University Press, pp. 215–361.

Wertheim, F. L., Van Kleef, M., Vos, M., Ott, A., Verbrugh, H. A., & Fokkens, W. (2006). Nose picking and nasal carriage of *Staphylococcus aureus*. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 27(8), 863-867.

White, P. J. (1957). How poor housing kills children. *Today's Health*, 18-21.

Whiting, A. N. (1947). Clay, Starch and Soot Eating Among Southern Rural Negroes in North Carolina. *The Journal of Negro Education*, 16(4), 610-612.

Wijngaard, H. H., Rošle, C., & Brunton, N. (2009). A survey of Irish fruit and vegetable waste and by-products as a source of polyphenolic antioxidants. *Food Chemistry*, 116(1), 202-207.

Young, S. L. (2011). *Craving Earth: Understanding Pica—the Urge to Eat Clay, Starch, Ice, and Chalk*. Columbia University Press.

Young, S. L., Khalfan, S. S., Farag, T. H., Kavle, J. A., Ali, S. M., Hajji, H., Rasmussen, K. M., Pelto, G. H., Tielsch, J. M., & Stoltzfus, R. J. (2010). Association of Pica with Anemia and Gastrointestinal Distress among Pregnant Women in Zanzibar, Tanzania. *Am. J. Trop. Med. Hyg.*, 83(1), 144–151.

Žganjer, V., Žganjer, M., Čizmić, A., Pajić, A., & Župančić, B. (2011). Suicide attempt by swallowing sponge or pica disorder: A case report. *Acta Medica (Hradec Králové)*, 54(2), 91–93.

Anexos

Modelo de cuestionario acerca del consumo de no-comestibles

1. ¿COMES O HAS COMIDO CON CIERTA FRECUENCIA ALGUNO DE ESTOS PRODUCTOS CORPORALES? *Selecciona todos los que correspondan.*

- Mocos
- Pelo
- Uñas
- Piel
- Sangre
- Heces
- Otros

2. ¿COMES O HAS COMIDO CON CIERTA FRECUENCIA ALGUNO DE ESTOS MATERIALES O PRODUCTOS? *Selecciona todos los que correspondan.*

- Papel
- Gomaespuma
- Jabón
- Cola/Pegamento
- Tierra
- Almidón
- Tiza/Yeso
- Plástico
- Metales
- Lana
- Pasta de dientes
- Algodón
- Ceniza
- Otros

3. ¿HAS COMIDO O BEBIDO CON CIERTA FRECUENCIA ALGUNO DE ESTOS INGREDIENTES NO PROCESADOS? *Selecciona todos los que correspondan.*

- Legumbres crudas
- Pasta cruda
- Harina
- Hielo
- Alcohol sanitario
- Cáscaras de huevo
- Granos de café
- Otros

4. ¿PADECES O HAS PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD GRAVE O CRÓNICA? *Marca solo una opción.*

- Si
- No

5. ¿CONSIDERAS QUE CONSUMIR ESTE TIPO DE COSAS ES INDICATIVO DE PADECER UNA ENFERMEDAD? *Marca solo una opción.*

- Si
- No

6. ¿CONSIDERAS QUE CONSUMIR ALGUNO DE LOS PRODUCTOS O MATERIALES ANTERIORMENTE RESEÑADOS PUEDE ACARREAR PROBLEMAS DE SALUD? *Marca solo una opción.*

- Si
- No

7. (solo si has contestado afirmativamente en 1, 2 o 3) ¿CUANDO HAS COMIDO ALGUNO DE LOS MENCIONADOS PRODUCTOS O MATERIALES? *Selecciona todos los que correspondan.*

- En la actualidad
- Durante tu infancia
- Durante el embarazo
- Otros

8. (solo si has contestado afirmativamente en 1, 2 o 3) ¿CON QUÉ FRECUENCIA? *Marca solo una opción.*

- Diariamente
- Semanalmente
- Ocasionalmente

9. (solo si has contestado afirmativamente en 1, 2 o 3) ¿ERES CAPAZ DE NO HACERLO? *Marca solo una opción.*

- Si
- No

10. (solo si has contestado afirmativamente en 1, 2 o 3) ¿CREES QUE COMER ESTE TIPO DE COSAS TIENE ALGÚN VALOR NUTRICIONAL O MEDICINAL? *Marca solo una opción..*

- Si
- No

11. (solo si has contestado afirmativamente en 1, 2 o 3) ¿INTENTAS OCULTARLO A LOS DEMÁS? *Marca solo una opción.*

Sí

No

12. (solo si has contestado afirmativamente en 1, 2 o 3) EN LOS MOMENTOS EN LOS QUE COMES ALGUNO DE ESTOS PRODUCTOS TE SIENTES...
Selecciona todos los que correspondan.

Enfermo

Ansioso

Triste

Eufórico

Relajado

Estresado

Hambriento

Otros

Modelo de consentimiento informado

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE (EN SU CASO, PADRE/MADRE/TUTOR)

(Los artículos se refieren a la Ley de Investigación Biomédica,
BOE 4 de julio de 2007)

Datos del investigador responsable del proyecto (art. 15.2. L.I.B.).

Nombre y apellidos: Oscar Lamora Giral **con D.N.I:** 73202487L **doctorando en la**
Universidad Rovira i Virgili de Tarragona.

Teléfono de contacto: 630223876

Correo de contacto: oscarlamora@gmail.com

Datos sobre el proyecto (art. 15.2. L.I.B.).

Título: “Comiendo cosas de no comer. Una revisión antropológica del trastorno de Pica”

Fuente de financiación del proyecto: AGAUR

Naturaleza, importancia y beneficios: Se os hace llegar el presente escrito porque se os considera candidatos/as para participar en las entrevistas que forman parte de este proyecto de investigación llevado a cabo en el contexto de una tesis doctoral en la Universidad Rovira i Virgili de Tarragona: el cual pretende la realización de un estudio antropológico dirigido a la descripción y análisis del consumo de no comestibles como práctica o hecho social.

Por lo tanto, el principal beneficio que se espera obtener son herramientas para el conocimiento de sus beneficios y la reducción de daños, aportando al tiempo un conocimiento sistemático y crítico sobre el tema.

Implicaciones y riesgos: Vuestra participación implica acceder a una entrevista de no más de 1 horas de duración, donde se os pedirá que compartáis opiniones y experiencias sobre vuestra práctica profesional.

Vuestro nombre y apellido o identidad digital serán anonimizados en todas las fases de la investigación en la que puedan quedar expuestos, por lo que no habrá forma de identificaros personalmente después de la entrevista.

Tenéis el derecho de no contestar o no participar en aquellos momentos que creáis convenientes, o la posibilidad de retiraros del estudio definitivamente en cualquier fase del mismo sin que ello suponga un perjuicio para vosotros/as.

Vuestras opiniones e ideas expresadas durante las entrevistas serán grabadas, transcritas y empleadas para la investigación pudiendo aparecer reproducidas por escrito, total o parcialmente, en publicaciones que deriven de la misma, siendo posible ejecutar en cualquier momento los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición, poniéndose en contacto con el investigador principal.

Uso potencial de los resultados: Cualquier información obtenida, analizada y gestionada durante cualquier fase del proyecto por los investigadores será utilizada exclusivamente con los propósitos ya descritos, divulgándola únicamente en medios o con finalidades científicas, y pudiendo emplearla en proyectos de intervención social.

Compensación adecuada si sufre algún daño o molestia (art. 15.2).

En caso que consideréis que habéis sufrido daños o molestias causadas por la investigación podréis proceder a ejecutar vuestros derechos para una compensación conforme el art. 18. L.I.B.

PODÉIS ACLARAR DUDAS O INCIDENCIAS A TRAVÉS DE LOS DATOS DE CONTACTO FACILITADOS AL INICIO DE ESTE ESCRITO

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PARTICIPANTE
(EN SU CASO, PADRE/MADRE/TUTOR)**

(Los artículos mencionados se refieren a la Ley de Investigación Biomédica:
BOE 4 de julio de 2007)

D./Dña.....con D.N.I.
nº.....
y fecha de nacimiento/...../.....

Declaro que:

- 1. He leído (o me han leído) la hoja de información al/la participante del proyecto:** “Comiendo cosas de no comer. Una revisión antropológica del trastorno de Pica”
- 2. He comprendido la investigación que se va a realizar con mi participación, y he tenido la oportunidad de resolver cualquier duda al respecto.**
- 3. Así mismo, siguiendo la legislación vigente se me ha informado de que:**
 - Se hace constar que el participante manifiesta expresamente decir la verdad en sus respuestas para garantizar los datos reales sobre su estado físico o salud o los que se le solicitan (art. 23.1. L.I.B.).
 - Tengo derecho a no otorgar mi consentimiento a participar y a revocarlo en cualquier momento del estudio (art. 4.3. L.I.B.).

- La falta de consentimiento al iniciar el estudio o su revocación una vez iniciado no me supondrá perjuicio alguno (en cualquier otro derecho) o discriminación (art. 4.4 y 6. L.I.B.).
- Seré informado, si así lo deseo, de los datos que se obtengan durante la investigación (art. 4.5 y 27.2. L.I.B.) y de la forma de obtener dicha información (art. 15.2. L.I.B.).
- Tengo derecho a decidir que no se me comuniquen los datos de la investigación (con las excepciones legales pertinentes) (art. 4.5. L.I.B.).
- Los datos que se obtengan con mi participación son anónimos y si al publicarlos hay que mencionar mi nombre será precisa mi autorización (art.15.2. L.I.B); serán tratados conforme a los términos establecidos en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, pudiendo ejecutar en cualquier momento los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición, poniéndose en contacto con el investigador principal según los datos incluidos en el documento de información al participante.

Por lo tanto y de conformidad:

Acepto participar de forma voluntaria en el proyecto “Comiendo cosas de no comer. Una revisión antropológica del trastorno de Pica”, bajo la dirección de la Cat. Mabel Gracia Arnaiz; autorizando ser entrevistado/a en (lugar)....., el día...../...../.....,

Firma del participante

Imaginario médico de la Pica

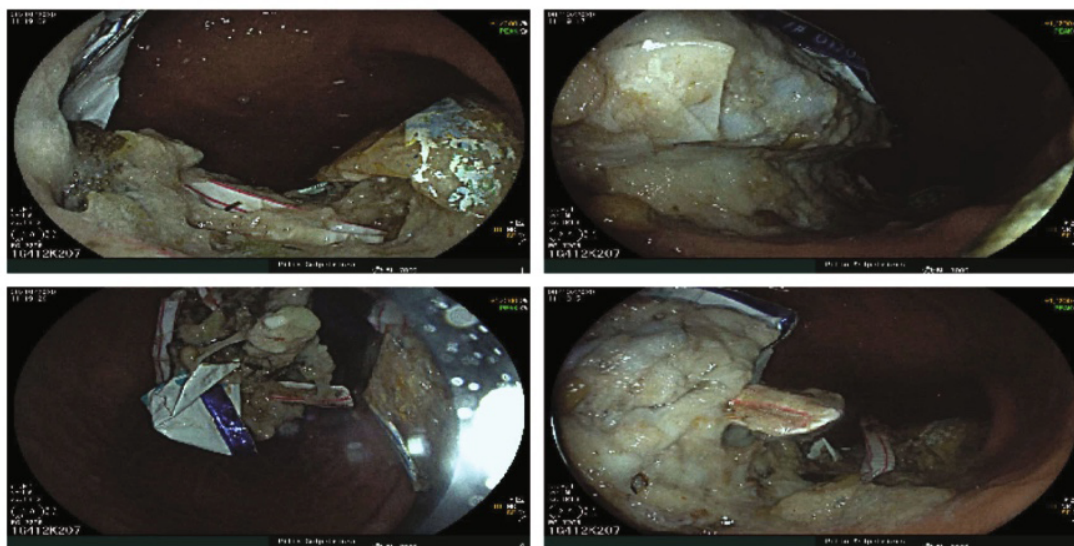
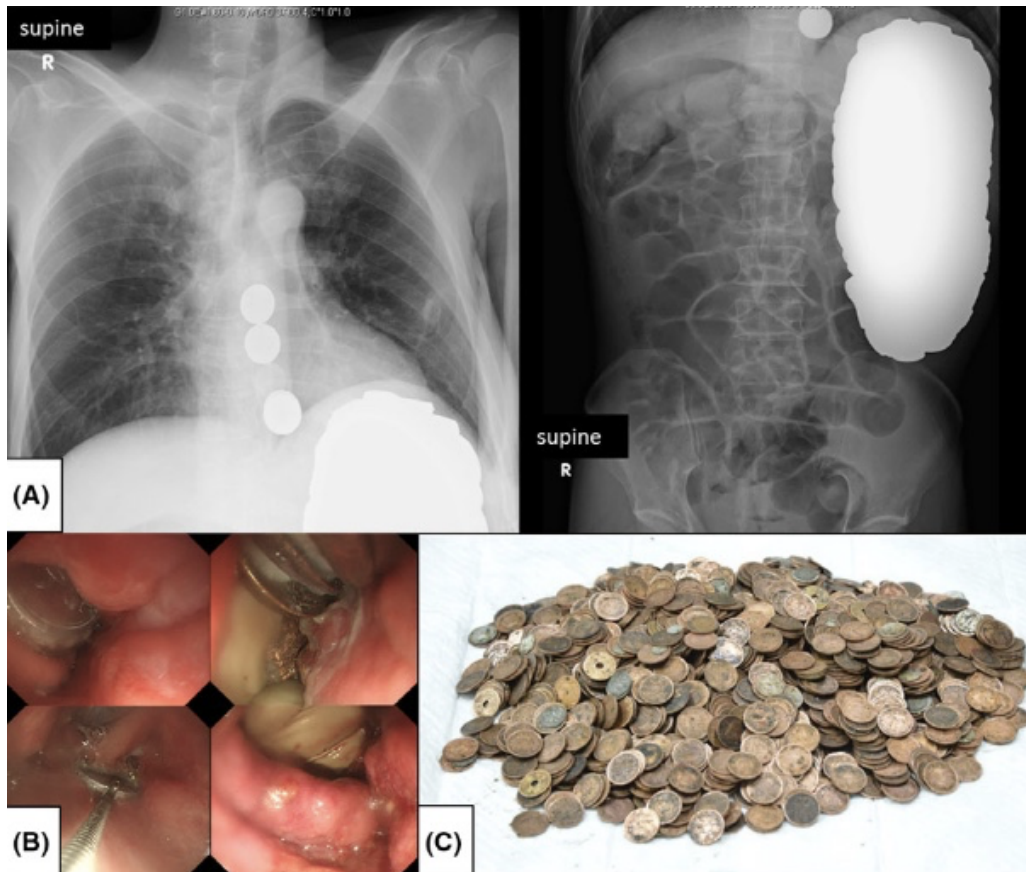


Imagen endoscópica de bezoar en caso de Pica indiscriminada (Palimaru et al., 2021)



Imagen radiográfica de cuerpos extraños en caso de Pica indiscriminada (Pérez-Torres, 2006)



Imágenes radiológicas y endoscópicas en caso de ingesta de monedas (Sekiya et al., 2018)



Imagen endoscópica en caso de bezoar provocado por ingesta de cerillas (Akgul, 2020)

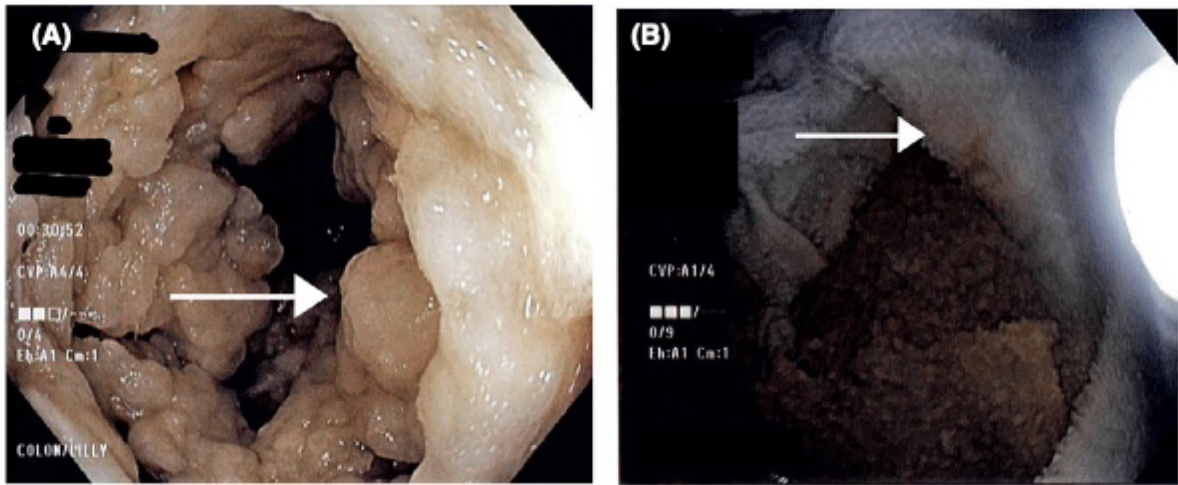


Imagen endoscópica en caso de papirofagia (Kurtz et al., 2020)

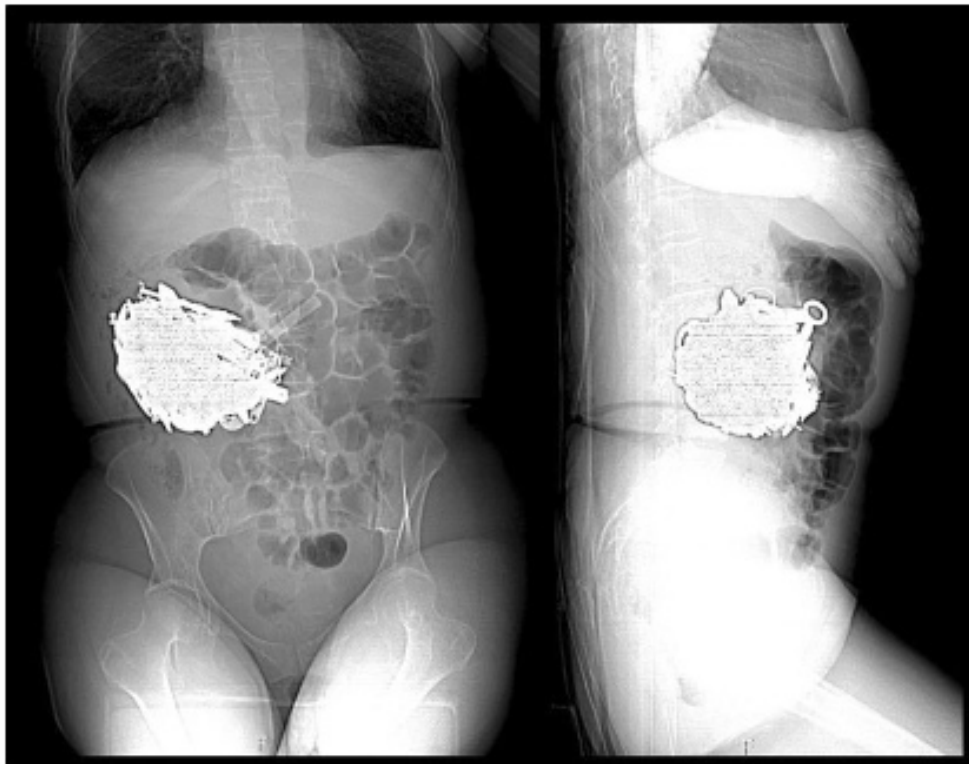


Imagen radiológica en caso de bezoar provocado por ingesta de piezas metálicas (Almeida et al., 2020)

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
COMIENDO COSAS DE NO COMER.TENTATIVAS ANTROPOLÓGICAS EN TORNO A LA PICA
Òscar Lamora Giral



UNIVERSITAT ROVIRA i VIRGILI