

# HUMANITAS

## HUMANIDADES MEDICAS

TEMA  
DEL MES  
ON-LINE

### DIMENSIONES SOCIOCULTURALES DE LA OBESIDAD

*Jesús Contreras*



*Director: Prof. Mario Foz*

N.º 43, Octubre de 2009  
ISSN: 1886-1601

# HUMANITAS

## HUMANIDADES MEDICAS

TEMA  
DEL MES  
ON-LINE

N.º 43, Octubre de 2009

---

## Director

### **Prof. Mario Foz Sala**

*Catedrático de Medicina. Profesor Emérito de la Universidad Autónoma de Barcelona*

---

## Consejo Asesor

### **Dr. Francesc Abel i Fabre**

*Director del Instituto Borja de Bioética (Barcelona)*

### **Prof. Carlos Ballús Pascual**

*Catedrático de Psiquiatría. Profesor Emérito de la Universidad de Barcelona*

### **Prof. Ramón Bayés Sopena**

*Catedrático de Psicología. Profesor Emérito de la Universidad Autónoma de Barcelona*

### **Dr. Marc Antoni Broggi i Trias**

*Cirujano. Miembro del Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya*

### **Prof. Edelmira Domènech Llaberia**

*Catedrática de Psicología. Departamento de Psicología de la Salud y Psicología Social. Universidad Autónoma de Barcelona*

### **Prof. Sergio Erill Sáez**

*Catedrático de Farmacología. Director de la Fundación Dr. Antonio Esteve. Barcelona*

### **Dr. Francisco Ferrer Rusalleda**

*Médico internista y digestólogo. Jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital de la Cruz Roja de Barcelona. Miembro de la Junta de Govern del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona*

### **Dr. Pere Gascón**

*Director del Servicio de Oncología Médica y Coordinador Científico del Instituto Clínico de Enfermedades Hemato-Oncológicas del Hospital Clínic de Barcelona*

### **Dr. Albert Jovell**

*Médico. Director General de la Fundación Biblioteca Josep Laporte. Barcelona. Presidente del Foro Español de Pacientes*

### **Prof. Abel Mariné**

*Catedrático de Nutrición y Bromatología. Facultad de Farmacia. Universidad de Barcelona*

### **Prof. Pere Puigdomènech**

*Director del Laboratorio de Genética Molecular Vegetal CSIC-IRTA. Barcelona. Miembro del Grupo Europeo de Ética de las Ciencias y Nuevas Tecnologías (EGE)*

### **Prof. Jaume Puig-Junoy**

*Catedrático en el Departamento de Economía y Empresa de la Universidad Pompeu i Fabra. Miembro del Centre de Recerca en Ecomia i Salut de la Universitat Pompeu i Fabra de Barcelona*

### **Prof. Ramón Pujol Farriols**

*Experto en Educación Médica. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)*

### **Prof. Celestino Rey-Joly Barroso**

*Catedrático de Medicina. Universidad Autónoma de Barcelona. Hospital General Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona*

### **Prof. Oriol Romaní Alfonso**

*Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona*

### **Prof. Carmen Tomás-Valiente Lanuza**

*Profesora Titular de Derecho Penal. Facultad de Derecho de la Universidad de Valencia*

### **Dra. Anna Veiga Lluch**

*Directora del Banco de Células Madre. Centro de Medicina Regenerativa de Barcelona*



# COMENTARIO EDITORIAL

---

**M. Foz**

*Catedrático de Medicina. Profesor Emérito de la Universidad Autónoma de Barcelona.  
Barcelona (España)*

Muy diversos estudios epidemiológicos realizados en los últimos tres decenios han permitido poner en evidencia un importante y progresivo incremento global de la prevalencia de obesidad, especialmente en el mundo occidental, hecho que ha motivado que la OMS haya definido a este proceso como una auténtica “epidemia del siglo XXI”. La trascendencia sanitaria de este gran incremento de la acumulación adiposa de la población es muy importante debido al consiguiente aumento de las comorbilidades de la obesidad, y muy en especial de la diabetes mellitus tipo 2, del síndrome metabólico y de los factores de riesgo cardiovascular asociados. Este incremento de la morbilidad cardiocirculatoria, asociada sobre todo a la acumulación adiposa de localización central, fue una relación definitivamente aceptada por la comunidad científica después de la declaración de los *National Institutes of Health* del año 1989, con el consiguiente aumento de la preocupación de las autoridades sanitarias y de la población en general por el problema de la obesidad.

La obesidad en su forma de presentación habitual es un trastorno poligénico que constituye un arquetipo de las enfermedades multifactoriales, complejas, comunes y poligénicas cuya prevalencia aumenta bajo fuertes influencias psicosociales y del medio ambiente. Los factores ambientales que han resultado decisivos en el aumento de la prevalencia de obesidad en los últimos tres decenios, especialmente en el mundo desarrollado, están ligados a una actividad física insuficiente y a una ingesta hipercalórica en relación a los requerimientos energéticos. Un ejemplo muy ilustrativo de esta dinámica obesogénica vinculada al mundo industrializado y desarrollado es lo que ha ocurrido en China. Este país tenía una de las prevalencias de obesidad

más bajas del mundo, y en la actualidad sufre un creciente índice de acumulación adiposa en las zonas que han experimentado profundos cambios sociales y económicos y que han adoptado hábitos de vida propios de las sociedades desarrolladas del mundo occidental.

El tratamiento de la obesidad es difícil y poco eficiente. Aunque la pérdida de peso inicial es fácil de obtener utilizando dietas hipocalóricas más o menos “ortodoxas”, los resultados a largo plazo resultan en general descorazonadores para los pacientes y para los profesionales de las ciencias de la salud. Se calcula que utilizando cualquier método terapéutico, exceptuando algún tipo complejo de cirugía bariátrica, a los cinco años del inicio del tratamiento un 90-95% de los enfermos han recuperado el peso inicial y a menudo lo han superado. Con frecuencia esta secuencia se repite más de una vez a lo largo de la vida del paciente obeso, lo que constituye el temido “efecto yo-yo”. A menudo se atribuye este fracaso a la “falta de voluntad” del paciente obeso y a que no se han producido los “cambios permanentes en los hábitos de vida” necesarios para conseguir resultados a largo plazo. Aunque esto es parcialmente cierto, con frecuencia se olvidan los factores biológicos que favorecen la recuperación del peso perdido. Ante una dieta hipocalórica prolongada que produce una pérdida ponderal el organismo reacciona de forma similar a como lo hace en la desnutrición por carencia de alimentos. En ambos casos las reservas de grasa son protegidas a través de una limitación en el gasto energético, principalmente la termogénesis, y mediante la mejora de la eficiencia global del sistema energético.

Las citadas limitaciones del tratamiento de la obesidad obligan a dedicar una especial atención a su prevención. En distintas llamadas nacionales

e internacionales de organismos sanitarios y de sociedades científicas se hace especial hincapié en la necesidad de aumentar las campañas preventivas sobre todo en la población de riesgo y muy en especial en la infantojuvenil. La obesidad infantil y juvenil sigue aumentando en nuestro país, especialmente en los varones prepuberales, y se conoce bien que la obesidad a esta edad es un fuerte predictor de seguir padeciendo este trastorno y sus comorbilidades en la edad adulta. Hay datos muy sólidos de que la tendencia a la obesidad en la población infantojuvenil está fuertemente vinculada a los hábitos alimentarios incorrectos y al sedentarismo, factores ambos que en principio son modificables. Para obtener este objetivo se han desarrollado distintas campañas sanitarias, y en España desde el año 2005 está en marcha la estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (NAOS) promovida por el Ministerio de Sanidad y Consumo. Los esfuerzos realizados en esta lucha, tanto a escala nacional como internacional, han sido muy importantes, pero los resultados evaluados hasta la fecha no parecen muy satisfactorios.

El tan conocido eslogan de los “cambios permanentes en los hábitos de vida” parece muy difícil de conseguir, dados los profundos cambios sociales, culturales y antropológicos que han experimentado las sociedades desarrolladas del mundo occidental y que condicionan el “ambiente obesogénico”. Pese a la importancia de los citados aspectos socioculturales y antropológicos en el problema de la obesidad, la literatura científica sobre estos temas es más bien escasa. Una notable excepción ha sido la reciente publicación en *New England Journal of Medicine* (Christakis y Fowler 2007; 357:370-9) en la que se exponen los resultados de un estudio realizado

en 12.067 personas en el marco del *Framingham Heart Study* a lo largo de un período de 32 años (1971-2003). La investigación demuestra la importancia de la red social obesogénica, de modo que las probabilidades de que una persona padezca obesidad aumentan en un 57% si un amigo ha sufrido este proceso, y esta misma asociación también se observa, aunque en menor grado, entre esposos y entre hermanos. Los resultados de este estudio, que tiene un diseño metodológico muy riguroso, ponen en evidencia la importancia del “contagio social” de la obesidad, que según los autores no depende tan sólo de los hábitos de vida compartidos sino también del cambio de actitud o percepción de las normas sociales de aceptación de la obesidad. Considero un gran acierto del Consejo Asesor de la Fundación Medicina y Humanidades Médicas haber escogido este interesante tema para la publicación de este mes y haber invitado para desarrollarlo al profesor Jesús Contreras, catedrático de Antropología Social de la Universidad de Barcelona y Director del Observatorio de la Alimentación, que es un profundo conocedor de los aspectos socioculturales y antropológicos relacionados con la alimentación.

En uno de los apartados de su excelente artículo, Jesús Contreras analiza con detalle las causas de la actual epidemia de obesidad, dedicando especial atención a los profundos cambios sociales y culturales que se han producido en los últimos decenios en las sociedades desarrolladas e industrializadas del mundo occidental. Así, no hay duda de que la incorporación masiva de la mujer al mundo laboral, por otra parte tan positiva, ha sido uno de los factores de cambio. En general la escasa disponibilidad de tiempo, y también de aptitudes y actitudes en relación a la compra,

preparación y cocción de los alimentos, tanto por parte del varón como de la mujer, han producido un parcial pero progresivo desplazamiento de la dieta tradicional, "mediterránea" en nuestro ambiente, por otra precocinada o ya preparada. La gran valoración de estos alimentos que suelen ser más ricos en calorías, consiste en que en ocasiones son más baratos, y sobre todo en que exigen mucho menos tiempo para la elaboración de las comidas. Otros cambios socioculturales profundamente incorporados a los hábitos de vida de las sociedades modernas e industrializadas son aquellos que dan lugar a una importante disminución del gasto energético en nuestra vida diaria: menor hábito de caminar para desplazarse con utilización masiva de los medios de transporte públicos y privados, uso generalizado de ascensores y escaleras mecánicas incluso para descender, abuso de los medios de calefacción y gran incremento de actividades de ocio sedentarias (TV, ordenador, videojuegos) en detrimento de otras, como las deportivas, que conllevan actividad física. El gran aumento del sedentarismo en las sociedades modernas desarrolladas constituye una causa muy importante, quizás superior a la del exceso de calorías ingeridas, de la actual epidemia de obesidad. Este aspecto tiene especial interés en la prevención de la acumulación adiposa infantojuvenil, ya que estudios realizados en los Estados Unidos han demostrado que la simple reducción en el tiempo de uso de los ordenadores en las escuelas ha producido una clara disminución del peso corporal de los estudiantes. Otra parte nuclear del artículo comentado es la dedicada al "diagnóstico insuficiente". Con esta lúcida expresión el autor señala que, aunque los cambios ambientales que conducen a la obesidad son bien conocidos y la población en general está

bien informada de cuál es la alimentación saludable y de los peligros del sedentarismo, estos hechos no son en absoluto suficientes para que se produzcan los deseados "cambios permanentes en los hábitos de vida". De hecho, el autor recuerda la denominada paradoja americana, ya que la prevalencia de obesidad más elevada se da en un país que cuenta con una gran cultura nutricional y en el que los programas de educación en alimentación y nutrición son más numerosos. En España tampoco parece que la solución radique en unas mejores educación y aprendizaje en relación a la alimentación sana, ya que estudios del Observatorio de la Alimentación (2004, 2006) han puesto en evidencia que la población española conoce bien las recomendaciones de los expertos relativas a lo que cabe considerar una alimentación saludable y equilibrada. Parece, pues, que antes de preocuparnos por mantener o aumentar los conocimientos nutricionales de la población o preguntarnos cómo cambiar los hábitos alimentarios, deberíamos intentar responder a la pregunta del antropólogo francés Jean Pierre Poulain (2001): "¿cuál es la naturaleza del comportamiento alimentario?" Este comportamiento tiene, sin duda, una amplia base sociocultural y antropológica basada en factores como la sociabilidad, las diversas celebraciones, el hedonismo, las gratificaciones, la autoimagen y la autonomía personal. Resulta evidente, pues, que debemos profundizar en este "diagnóstico insuficiente" antes de poder contestar de una manera eficiente a la citada pregunta de "¿cómo cambiar el comportamiento alimentario?". Finalmente, otro apartado crucial del artículo del Prof. Contreras es el titulado "La necesidad de comprender bien los cambios en los estilos de vida", en el que se intenta responder a las

difíciles preguntas relativas al qué y al cómo de los citados cambios. Un primer aspecto a considerar es el referido al tan importante tema de la alimentación infantil en las escuelas. Hay cierta tendencia de los padres a delegar en los comedores escolares la difícil tarea de enseñar a los niños a “comer bien”, o sea “de todo”. No obstante, aunque las escuelas preparan menús variados y equilibrados, se evitan los alimentos “difíciles” y, por otra parte el análisis de las sobras dejadas por los escolares desvirtúa la consecución del objetivo de que la comida sea equilibrada y completa. Los datos del Observatorio de la Alimentación (2006) son reveladores en relación a la actitud de aceptación/rechazo de los alimentos por parte de los escolares, ya que entre los 6 y los 16 años el porcentaje de rechazo de algunos alimentos (verduras, legumbres, hortalizas) llega a alcanzar a la mitad o dos tercios de los escolares. Lo cierto, como muy bien expone el autor “es que la alimentación no se concibe hoy como una imposición sino como un consumo en el que es posible la elección y la satisfacción”. Otro lúcido comentario del autor es el relativo al

desarrollo a partir de los años 80 de los ideales del individualismo y del igualitarismo que también alcanzan a los niños y a sus relaciones con sus padres. Estos ideales se contraponen, evidentemente, con el valor de la obediencia en la edad infantil. Estos nuevos “valores” emergentes en las sociedades contemporáneas, por lo menos en nuestro país, hacen muy difícil que los padres puedan aplicar disciplina a los niños y adolescentes, ni siquiera cuando el objetivo es que aprendan a “comer de todo”. Ni que decir tiene que iniciar un “cambio de valores” en la sociedad actual resulta extraordinariamente difícil, y algún lector quizás considere que simplemente citar el tema resulta “políticamente incorrecto”, pero no hay duda de que sólo un “diagnóstico suficiente” de los cambios socioculturales y antropológicos de nuestra sociedad que resultan obesogénicos puede conducir a su posible corrección en el futuro.

Espero y deseo que este lúcido artículo de Jesús Contreras pueda contribuir a mejorar en el futuro las grandes líneas estratégicas en la prevención de la obesidad.







**Jesús Contreras Hernández**

---

## CURRICULUM VITAE

---

### FORMACIÓN Y TÍTULOS ACADÉMICOS

- Doctor en Filosofía y Letras por la Universitat de Barcelona (1976).
- Catedrático de Antropología Social y Director del “Observatori de l’Alimentació”, de la Universidad de Barcelona.

---

### ACTIVIDAD ACADÉMICA Y PROFESIONAL

- Ha realizado trabajo de campo en los Andes peruanos y en diversas zonas del Estado español.
- Se ha especializado en cuestiones de antropología económica y antropología de la alimentación.

---

### PUBLICACIONES

- Ha publicado una docena de libros y más de un centenar de artículos entre los que cabe destacar:

#### **Libros**

- *Subsistencia, ritual y poder en los Andes*. Barcelona: Mitre, 1985.
- *Antropología de la alimentación*. Madrid: Eudema, 1993.
- *Alimentación y cultura: necesidades, gustos y costumbres*. Barcelona: Edicions de la Universitat de Barcelona, 1995.
- “Alimentación y sociedad: sociología del consumo alimentario en España”. En: *Agricultura y Sociedad en la España Contemporánea*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 1997; 417-451.
  - (Coordinador) *Els sentits del vi*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 2001.
- *Productes de la terra*. Barcelona: Departament d’Agricultura, Ramaderia i Pesca de la Generalitat de Catalunya 2003.
- *La alimentación y sus circunstancias: placer, conveniencia y salud*. Barcelona: Foro Internacional de la Alimentación, 2004.
- *Alimentación y cultura. Perspectivas antropológicas*. Barcelona: Editorial Ariel, 2005 (en colaboración con Mabel Gracia).
- *Comemos como vivimos. Alimentación, salud y estilos de vida*. Barcelona: Alimentaria Exhibitions, 2006 (en colaboración con Mabel Gracia).

#### **Artículos**

- “Cambios sociales y cambios en los comportamientos alimentarios en la España de la segunda mitad del siglo XX”. *Anuario de Psicología* 1997; 30 (2): 25-42.
- “Los aspectos culturales en el consumo de carne”. *Nutrición y obesidad* 2001; 4 (3): 135-149.

# DIMENSIONES SOCIOCULTURALES DE LA OBESIDAD

---

## RESUMEN

---

La salud constituye una preocupación fundamental de nuestra sociedad. A partir de los años 80 del pasado siglo, ha aumentado sensiblemente la preocupación por la relación de los hábitos alimentarios con enfermedades muy diversas (cardiovasculares, cáncer, obesidad, etc.) y la alimentación se ha convertido en uno de los principales puntos de atención del ámbito de la salud pública. Se considera que el desarrollo económico y los nuevos estilos de vida han provocado el abandono de la alimentación tradicional, considerada más saludable que la actual, y todos los elementos de la alimentación han sido puestos en duda como “factores de riesgo”: grasas, azúcares, proteínas, las sustancias “excitantes” como el café y el té, los aditivos alimentarios. Así, pero sólo a título de ejemplo, uno de los más importantes desafíos en el terreno de la salud pública es la que ha sido denominada ya por la Organización Mundial de la Salud como ‘epidemia del siglo XXI’, la obesidad, con graves consecuencias sobre la esperanza y la calidad de vida. En la población infantil el problema es aún más preocupante, pues el 16,1% de los niños de entre 6 y 12 años presentan exceso de peso.

El desarrollo de una dieta menos saludable tiene su origen en múltiples causas y factores que derivan del cambio radical que han experimentado los modos de vida: 1) cambios en los estilos de vida, al pasar de una sociedad rural con un exigente esfuerzo físico a una vida totalmente

sedentaria en la que el deporte y otras formas de ocio están siendo desplazadas por actividades que no exigen ningún esfuerzo físico; y 2) cambios en las dietas en el sentido de un consumo de dietas poco saludables: la dieta de niños y jóvenes se aleja de la ‘dieta mediterránea’ al aumentar el consumo de productos cárnicos, lácteos, bollería y bebidas carbonatadas y disminuir el de pescado, frutas, verduras y cereales. Por todo ello, se considera que los problemas de salud relacionados con la alimentación exigen una respuesta coordinada de todos los agentes implicados: industria alimentaria, sector de la publicidad, comunidad educativa, las diferentes Administraciones y los consumidores en general.

El diagnóstico anterior alude a profundos cambios en los estilos de vida y a cambios en las dietas: aumento del consumo de productos cárnicos, lácteos, bollería y bebidas carbonatadas y disminución de la ingesta de pescado, frutas, verduras y cereales. De ahí que, entre otras medidas, se proponga que la industria reduzca de manera progresiva el contenido en grasas, azúcar y sal de los alimentos, y modifique los contenidos y destinatarios de su publicidad.

El diagnóstico parece aceptable pero no muy preciso. Además de decir que aumenta el consumo de lácteos, bollería y bebidas carbonatadas, podría decirse también que aumenta el consumo de productos ingeridos sin preparación culinaria, ingeribles en cualquier lugar

---

y momento y de manera individual, sin compañía. Y, además de decir que disminuye la ingesta de pescado, frutas, verduras y cereales..., podría decirse que disminuye la ingesta de alimentos que necesitan ser cocinados y forman parte de platos o comidas más o menos estructuradas, que tienen lugar dentro de horarios, lugares y circunstancias relativamente precisas. Dicho de otro modo, el acento se coloca en los “alimentos” y no en las “comidas”; se insiste más en los productos ingeridos o no ingeridos que en las actitudes y las razones de las ingestas.

También se insiste reiteradamente en la necesidad de una mejor educación y aprendizaje alimentarios. Esta necesidad no puede discutirse, pero ¿qué es exactamente lo que se debe aprender, por parte de quién y para qué? No debemos olvidar que, a pesar de que las normas interiorizadas por la mayoría de la población evidencian una alta apropiación de los discursos nutricionales, no existe correspondencia directa entre las recomendaciones dietéticas asumidas por las personas y sus consumos reales. Por ello, es importante averiguar por qué motivos las personas, a pesar de que conocen las consecuencias, se comportan de forma peligrosa para su salud. Tampoco debemos olvidar que la salud no es la única motivación para alimentarse o para hacerlo de un modo determinado y que la alimentación responde a motivaciones muy diversas y, además de la nutricional, existen otras

como la sociabilidad, el hedonismo, las gratificaciones, la autoimagen, etc. En este sentido, la industria alimentaria cumple su papel: pone en el mercado la mayor variedad de productos posible y compone una oferta amplísima que da cobertura a las muy variadas demandas de los consumidores. Hoy, en nuestra sociedad, tolerante, individualista y de libre mercado, los consumidores seleccionan los componentes de su dieta y adoptan su particular estilo de vida.

De acuerdo con todo ello, no cabría esperar cambios importantes como consecuencia de una mayor información o educación alimentaria. Caso aparte es, sin duda, la población infantil y adolescente. En cualquier caso, si se pretende mejorar la alimentación, debemos saber más sobre las causas y consecuencias prácticas de los mudables estilos de vida y de los hábitos alimentarios que les acompañan. Debemos considerar las prácticas nocivas para la salud también como aspectos de la vida cultural, determinados por factores socioculturales. Por ejemplo, debemos analizar las consecuencias para la alimentación y para la salud de aspectos tales como: 1) la escolaridad precoz y la prolongación de la misma; 2) la ruptura en el aprendizaje culinario y los constreñimientos horarios; 3) los efectos de una mayor tolerancia y consentimiento con las preferencias gustativas individuales; y 4) la profusión de mensajes nutricionales contradictorios.

# SOCIOCULTURAL DIMENSIONS OF OBESITY



## SUMMARY

---

Health is a fundamental concern of our society. Since the 1980s, the concern about the relation between eating habits and many different diseases (cardiovascular, cancer, obesity, etc.) has noticeably increased and diet has become one of the main focuses of Public Health. It is believed that economic development and changing lifestyles have led to the abandonment of traditional diets, considered healthier than the present ones, and all food items have been doubted as “risk factors”: fat, sugar, proteins, “exciting” substances like coffee and tea, food additives. This way, for example, one of the most important challenges in the field of public health is what has already been called the “epidemic of the XXI century” by the World Health Organization, obesity, with serious consequences on life expectancy and quality. In the case of children, the problem is even more worrying, since 16.1% of them between 6 and 12 years old are overweight. The development of a less healthy diet has many root causes and factors derived from the radical change the ways of life have experienced: 1) changes in lifestyle, moving from a rural society with a demanding physical effort to a completely sedentary life in which sport and other forms of entertainment are being displaced by activities

that do not require any physical effort, and 2) changes in the diets in terms of consumption of unhealthy diets: the diet of children and young people gets away from the ‘Mediterranean diet’ by increasing the consumption of meat products, dairy foods, bakery and carbonated beverages and by reducing the intake of fish, fruits, vegetables and cereals. Therefore, it is considered that the diet-related health problems require a coordinated response by all actors involved: food industry, advertising sector, education community, the various Administrations and consumers in general.

The above diagnosis refers to profound changes in lifestyles and diet: increased consumption of meat products, dairy, bakery and carbonated beverages and reduced intake of fish, fruits, vegetables and cereals. Hence, it is proposed, among other things, that the industry progressively reduces the fat, sugar and salt foods, and modifies the content and target of its advertising.

The diagnosis seems to be acceptable but not very accurate. Besides saying that increased consumption of dairy, bakery and carbonated beverages is taking place, we could also say that the consumption of no previously prepared food is

---

also increasing, along with the facts of eating at any time and place and on an individual, unaccompanied basis. And apart from saying that the intake of fish, fruits, vegetables and cereals decreases, we could also highlight the lower intake of foods that need to be cooked and are part of dishes or meals more or less structured, which take place within relatively accurate times, places and circumstances. In other words, the accent is placed on “foods” instead of “meals”, emphasis is more often put on the ingested or non-ingested products than on the attitudes and reasons for intakes.

The need for a better food education and learning is also repeatedly stressed. This need cannot be questioned, but what is exactly what must be learned, by whom and for what?

We must not forget that despite the rules internalized by most of the population show a high appropriation of the nutritional discourse, there is no direct correspondence between the dietary recommendations accepted by the people and their actual consumption. It is therefore important to find out why people, even though they know the consequences, they behave so dangerously against their health. Nor should we forget that health is not the only motivation to eat or to do it in a certain way and that the dieting habits meet

many different motivations in addition to nutrition, such as sociability, hedonism, gratifications, the self-image etc. In this sense, the food industry plays its role: it puts on the market the widest possible range of products composing a great offer that covers the different demands of consumers. Today, in our tolerant, individualistic and free market society, consumers are choosing the components of their diet and take their particular lifestyle.

According to this, one should not expect major changes as a result of a greater food information or education. A case apart is, without a doubt, that of children and teenagers. However, if we are to improve nutrition, we should know more about the causes and consequences of changing lifestyles and eating habits that accompany them. We must consider the practices that are harmful to human health as well as aspects of cultural life, as determined by socio-cultural factors. For example, we must analyze the implications for diet and health of issues such as: 1) early education and extension of it, 2) the breakdown in culinary learning and the schedule constraints, 3) the effects of a greater tolerance and consent to the individual taste preferences, and 4) the profusion of contradictory nutrition messages.





# DIMENSIONES SOCIOCULTURALES DE LA OBESIDAD\*

JESÚS CONTRERAS

Observatorio de la Alimentación. Parc Científic de Barcelona. Universidad de Barcelona. ([www.odela-ub.com](http://www.odela-ub.com)).

## EL PROBLEMA

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

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

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

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

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

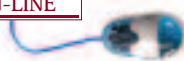
- “Nuevo estudio del sobrepeso infantil y, de nuevo, la misma realidad, incluso agravada. Los niños españoles tienen un problema serio de exceso de peso y, lo que es peor aún,

de obesidad: hasta casi un 20% en el caso de los varones de entre 6 y 10 años. La obesidad de las féminas de entre 6 y 10 años se sitúa en el 15%, que casi alcanza el 19% a los 10” (*La Vanguardia*, 15-6-2209).

A escala mundial se habla de la existencia de 320 millones de personas obesas. En España, de acuerdo con el Ministerio de Sanidad y Consumo (2005), uno de cada dos adultos tiene exceso de peso y el 14,5% son obesos. En la población infantil, el problema es aún más preocupante, pues en poco tiempo se habría pasado del 5% al 16,1% de niños de entre 6 y 12 años con problemas de exceso de peso y con muchas probabilidades de convertirse en adultos enfermos.

Estas cifras relativas a la obesidad y al sobrepeso dan lugar a que a menudo se hable de “epidemia” y de la necesidad de tomar medidas urgentes para tratarla y prevenirla. Todo ello da lugar a que los científicos de la nutrición de los países “occidentales” destaquen otra vez la importancia de la relación entre alimentación y salud y a que proliferen las “guías” y los estándares de “buena alimentación” y a que, recurrentemente, se advierta a la población de la necesidad de mantener una “dieta prudente” para mantener su salud. Así pues, se constata que, con la abundancia propia de los países industrializados, los problemas de salud se han desplazado desde los relacionados con la desnutrición, como el raquitismo o la anemia, hacia los relacionados con la sobrealimentación y el sobrepeso y, por ello, los profesionales de la sanidad hablan de un empeoramiento de nuestros hábitos dietéticos. Este empeoramiento se

\*Este artículo responde en muy gran medida al proyecto de investigación “Maneras de comer, hoy: la naturaleza de la modernidad alimentaria” [SEJ2006-C02-01/SOC], del Ministerio de Educación y Ciencia.



concreta, entre otros aspectos, en un consumo excesivo de calorías y en el sobrepeso correspondiente que, en cuanto tal, es considerado como un “factor de riesgo”.

Así, la alimentación se ha convertido en uno de los principales puntos de atención del ámbito de la salud pública al relacionarla con el desarrollo e incremento de numerosas enfermedades. Hoy, la alimentación -una dieta inadecuada- se considera un problema creciente de salud pública. Todos los elementos de la alimentación han sido puestos en duda como “factores de riesgo”: grasas, azúcares, proteínas, las sustancias “excitantes” como el café y el té, los aditivos alimentarios... Es opinión unánime que el desarrollo económico y los nuevos estilos de vida han provocado el abandono de la alimentación tradicional, considerada más saludable que la actual.

Sólo a título de ejemplo, uno de los más importantes desafíos en el terreno de la salud pública es el que ha sido denominado ya por la Organización Mundial de la Salud como “epidemia del siglo XXI”: la obesidad. La obesidad es una enfermedad de carácter crónico que adquiere especial relevancia durante la infancia y la adolescencia, pues es en estas etapas de la vida cuando se adquieren los hábitos alimentarios que probablemente se mantendrán durante la vida adulta. Esta “epidemia” tiene graves consecuencias sobre la esperanza y la calidad de vida. La obesidad está relacionada con las principales enfermedades no transmisibles, como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares o ciertos tipos de cáncer, que están en la base del 60% de todas las muertes que se producen en el mundo.

En este contexto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su 57<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud, celebrada el 22 de mayo de 2004,

“alarmada por el crecimiento de los porcentajes de defunciones a raíz de la evolución de las tendencias demográficas y de los modos de vida, en particular los relacionados con las dietas poco saludables y la falta de actividad física (...), insta a los Estados Miembros a: a) que elaboren, apliquen y eva-

lúen las acciones recomendadas en la estrategia (...) que promueve la salud de las personas y las comunidades mediante una alimentación sana y la realización de actividades físicas y reduce los riesgos y la incidencia de las enfermedades no transmisibles; b) que promuevan modos de vida que incluyan una dieta sana y la realización de actividades físicas y que fomenten el equilibrio energético (...). Con respecto a la dieta, se deben incluir las recomendaciones siguientes, dirigidas tanto a las poblaciones como a las personas: lograr un equilibrio energético y un peso normal; limitar la ingesta energética procedente de las grasas, sustituir las grasas saturadas por grasas insaturadas y tratar de eliminar los ácidos grasos trans; aumentar el consumo de frutas y hortalizas, así como de legumbres, cereales integrales y frutos secos; limitar la ingesta de azúcares libres; limitar la ingesta de sal (sodio) de toda procedencia y consumir sal yodada”.

A partir de este documento y de esta fecha, muchos países del mundo han emprendido su particular estrategia por lograr una mejora de los hábitos alimentarios de su población y han elaborado diagnósticos de la situación y planificado actuaciones diversas al respecto. En el caso español, estos diagnósticos y estas actuaciones se concretaron en un documento elaborado por el Ministerio de Sanidad y Consumo titulado *Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad*, conocido también como *Estrategia NAOS*. Dicho documento fue presentado públicamente en el mes de febrero de 2005. En términos generales, de acuerdo con el documento del Ministerio de Sanidad y Consumo y otros numerosos artículos científicos y periodísticos publicados en las semanas siguientes, el diagnóstico que se estableció fue el siguiente:

“La prevalencia de la obesidad y su tendencia ascendente durante las dos últimas décadas han hecho que también se afiance en España el término ‘obesidad epidémica’. En la población adulta española (25-60





años) el índice de obesidad es del 14,5%, mientras que el sobrepeso asciende al 38,5%. La obesidad es más frecuente en mujeres (15,7%) que en varones (13,4%). También se ha observado que la prevalencia de obesidad crece conforme aumenta la edad de las personas, alcanzando cifras del 21,6% y del 33,9% en varones y mujeres de más de 55 años, respectivamente. Más preocupante es el fenómeno de la obesidad en la población infantil y juvenil (2-24 años), situada ya en el 13,9%, y el del sobrepeso, que está en el 25,3%. En este grupo de edad la prevalencia de obesidad es superior en varones (15,6%) que en mujeres (12%). Por lo que al área geográfica se refiere, la región noreste de España presenta las cifras más bajas, mientras que la zona sur, y en concreto Murcia, Andalucía y las Islas Canarias, sufren las cifras más altas. Además, la probabilidad de padecer sobrepeso y obesidad es mayor en las áreas rurales que en las urbanas. También es más frecuente entre la población con un menor nivel socioeconómico y educativo” (Ministerio de Sanidad y Consumo: *Estrategia NAOS*, 2005).

## LAS CAUSAS

De acuerdo con las mismas fuentes, el problema de la creciente obesidad, que se da tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo, tiene su origen en múltiples causas y factores que derivan del cambio radical que estamos experimentando en nuestro modo de vida. A lo largo de los últimos 50 años, habríamos pasado de una sociedad rural, con un exigente esfuerzo físico que demandaba ingestas de 3.000 o más calorías, a una vida totalmente sedentaria en la que el deporte y otras formas lúdicas de ocio han sido desplazadas por juegos electrónicos o por medios de comunicación atractivos que no exigen ningún esfuerzo físico. Al mismo tiempo, habrían tenido lugar profundos cambios en las dietas alimentarias en el sentido de un consumo de die-

tas poco saludables como consecuencia, entre otros factores, de la pérdida de esquemas alimentarios tradicionales. Ello habría provocado una “transición nutricional”, una secuencia de modificaciones en la alimentación, cuantitativas y cualitativas, relacionadas con cambios económicos, sociales, demográficos y con factores de salud. Las dietas tradicionales (¿?) han sido reemplazadas rápidamente por otras con una mayor densidad energética, lo que significa más grasa, principalmente de origen animal, y más azúcar añadido en los alimentos, unido a una disminución de la ingesta de hidratos de carbono complejos y de fibra. La dieta de los niños y adolescentes españoles se caracteriza por un exceso de carnes, embutidos, lácteos y alimentos con alta densidad energética, como productos de bollería y bebidas carbonatadas, y por un déficit en la ingesta de frutas, verduras y cereales. Además, se considera muy preocupante que el 8% de los niños españoles acudan al colegio sin haber desayunado. Estos cambios alimentarios se combinan con modificaciones de conducta que suponen una reducción de la actividad física en el trabajo y durante el tiempo de ocio (Chavarrias, 2005).

Algunos expertos (Montaner, 2004) han puesto de manifiesto la relación existente entre los dos tipos de cambios señalados del siguiente modo: La comida “mala” es demasiado fácil y barata como para no sucumbir a la tentación de encargar algo rápido y evitarse colas en los mercados, dinero y tiempo de preparación, lavado o cocción. “Se nos dice que debemos comer bien, pero al mismo tiempo las rutinas domésticas y las dinámicas de trabajo actual se asientan en una comida rápida, fácil y barata”. Como se deduce de este tipo de consideraciones, los problemas de salud relacionados con la alimentación tienen también un importantísimo carácter cultural. Por esta razón -se afirma también- va a ser necesario un esfuerzo continuo durante muchos años, pues se trata de formar ciudadanos con una más clara capacidad de elección y además, en este caso, abordar las reformas estructurales en los territorios urbanos que faciliten una práctica generalizada de actividades



deportivas, en vez de convertirlas en una misión imposible.

Este tipo de análisis es bastante común, y también para otros países de nuestro entorno más próximo. Así, por ejemplo, el diagnóstico establecido para Francia (Basdevant y Guy-Grand, 2004; Le Guen, 2005) es prácticamente idéntico: la obesidad es una consecuencia directa de una alimentación excesivamente rica, sobre todo en lípidos, y gastos energéticos insuficientes. Por un lado, los comportamientos alimentarios anárquicos; por otro, una falta de ejercicio físico. La 'comida basura' y el 'picoteo' son los males de una época en la que, cada vez más, se recurre a la comida para resolver tensiones, problemas familiares o escolares, las dificultades económicas o para llenar el vacío de la soledad. Demasiado azúcar, demasiadas grasas, pero no suficientes frutas y legumbres... Una alimentación industrial con platos ya preparados, grasas ocultas, una falta evidente de prótidos, que, sin embargo, podrían dar sensación de saciedad. Los productos destacados por la publicidad y su etiquetado, a menudo ilegible, falto de transparencia, cuando no engañoso (por ejemplo, en el caso de los productos 'light' o 'buenos para la salud'). Se insiste en las consecuencias del desarrollo del automóvil, de los transportes colectivos (autobús, metro, ascensores, escaleras mecánicas), en la generalización de la calefacción y el progreso de la industria textil, el aumento del tiempo pasado delante de la televisión o del ordenador y la disminución de los trabajos manuales. Por otro lado, según el barómetro *Santé-Nutrition 2004*, el 17,6% de los franceses toma el desayuno delante de la televisión, el 44,6% la comida y el 54,5% la cena. En la franja de edad de 12 a 17 años, las cifras ascienden al 25,8%, 26,1% y 42,5%. Así, los franceses pasan delante de la televisión una media de 3 horas y 22 minutos al día.

Aunque más distante culturalmente, conviene recoger también las razones apuntadas para explicar el enorme aumento de la obesidad en Estados Unidos (Ascher, 2005). La medición de los aportes calóricos de la alimentación en los EEUU revela que éstos han aumentado signifi-

cativamente en la mayoría de las categorías de población. Los aportes calóricos suplementarios provenían, sobre todo, del aumento del consumo de *snacks* y de las modificaciones en las comidas a domicilio (y muy poco o nada de las tomadas en los restaurantes, aunque en éstos aumentara el consumo de bebidas). Por otra parte, la evolución del uso que se hace de estas calorías confirma que las necesidades calóricas han disminuido globalmente pero no tienen una incidencia muy significativa en la obesidad. El factor más importante en el aumento del consumo calórico ha sido el crecimiento de la productividad en la producción de bienes y servicios alimentarios. Por un lado, la producción en masa ha disminuido considerablemente el precio de la alimentación; por otro, el maquinismo doméstico ha modificado los tiempos de preparación. Estos dos factores combinados han transformado profundamente las elecciones de los consumidores y sus prácticas culinarias y alimentarias, provocando y haciendo posibles consumos más importantes y más ricos en productos que comportan aumento de peso. Las categorías sociales más modestas son las que más aporte calórico han ganado como consecuencia del incremento de la productividad en la producción de bienes y servicios alimentarios. Por tanto -puede concluirse- la división del trabajo ha abierto nuevas posibilidades de consumir más y de pasar menos tiempo preparando las comidas, y este ahorro en tiempo y en precio se han traducido en un aumento de peso. Se trata, pues, de un efecto perverso de las mejoras en la productividad ya que se traducen en un incremento de los costos sanitarios. El efecto lo provoca también el hecho de que el tiempo sea cada vez más escaso para estos grupos sociales en los que, a su vez, se constata una cierta falta de autocontrol alimentario. La nueva teoría que se propone para explicar el crecimiento de la obesidad en Estados Unidos se basa en la disminución del costo en términos del tiempo de preparación de la alimentación. Esta reducción da lugar a aumentar la frecuencia y la diversificación del consumo alimentario y, por la misma razón, a aumentar el peso de la población. Los

**TABLA 1. Medidas propuestas en la “estrategia NAOS”**

<p><b>Por parte de la industria alimentaria</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tomar medidas para reducir de manera progresiva el contenido en grasas, azúcar y sal de los alimentos.</li> <li>– Regular la publicidad de alimentos, en particular la dirigida especialmente a los niños.</li> </ul>
<p><b>Por parte de los establecimientos de hostelería y restauración</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tomar medidas para que ofrezcan menús cada vez más sanos.</li> </ul>
<p><b>Por parte de la comunidad educativa</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Evaluar la oferta de comidas y bebidas disponibles en los centros a fin de asegurar que se ajustan a las recomendaciones nutricionales.</li> <li>– Promover entre los niños y jóvenes hábitos saludables de vida ya desde el colegio, mejorando los menús escolares.</li> <li>– Mayor calado de la educación alimentaria en las primeras etapas escolares, con inclusión de contenidos específicos en las enseñanzas obligatorias para favorecer el “autocuidado” y adoptar estilos de vida más saludables.</li> </ul>
<p><b>Por parte de las industrias del ocio, de la moda y del sector de la publicidad y de la comunicación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Establecer vías de colaboración para prevenir problemas como la anorexia.</li> </ul>
<p><b>Con las diferentes Administraciones</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Favorecer la construcción en nuestras ciudades de más zonas verdes y deportivas.</li> <li>– Posibilitar la detección precoz, la vigilancia epidemiológica y el tratamiento de los trastornos alimentarios.</li> </ul>
<p><b>En definitiva, se trata impulsar patrones alimentarios adecuados:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Educando a niños y jóvenes para que sepan componer dietas variadas, apetitosas y correctas.</li> <li>• Logrando que las opciones más saludables sean también las más sencillas de adoptar.</li> <li>• Practicando ejercicio físico de forma regular, de manera que se convierta en práctica habitual entre los ciudadanos.</li> <li>• Recomendando a los padres que promuevan buenos hábitos alimenticios y una dieta variada para sus hijos.</li> <li>• Concienciando a los ciudadanos de que una vida activa y una dieta equilibrada son los pilares para un mayor bienestar.</li> </ul>

grupos sociales que han conocido una fuerte disminución en el tiempo de preparación de sus comidas presentan igualmente aumentos pronunciados de su IMC (índice de masa corporal).

## LAS RECOMENDACIONES Y LAS MEDIDAS

De acuerdo, otra vez, con el documento de la Estrategia NAOS, el conocimiento profundo de las causas mencionadas y de sus múltiples y complejas interrelaciones resulta esencial para *cambiar los hábitos alimentarios de la población* y modificar los determinantes de la obesidad. Una combinación de actividad física regular, variedad de alimentos en la dieta e interacción social amplia constituye, probablemente, el abordaje adecuado para hacer frente al problema con el resultado de una mayor longevidad y un envejecimiento sano de la población.

Como sea que los problemas de salud relacionados con la alimentación constituyen un problema multisectorial, es necesaria -se dice-

una respuesta coordinada por todos los agentes implicados, entre los que se incluyen la industria alimentaria, el sector de la publicidad, la comunidad educativa, las diferentes Administraciones y los propios padres. La comunidad científica y las autoridades consideran que son la promoción de una dieta sana y equilibrada y el ejercicio físico las claves para la prevención de ciertas enfermedades llamadas de “civilización”. Por esta razón, se hace preciso un enfoque multifactorial que conduzca a la adopción de medidas diversas pero interrelacionadas, como el fomento del ejercicio físico entre los más jóvenes, la creación programas educativos sobre nutrición y hábitos alimenticios saludables, y un etiquetado de productos más completo y de fácil comprensión, medidas todas que van mucho más allá del mero control de la promoción de los alimentos, sin duda necesario pero insuficiente cuando se somete a consideración de manera aislada. Por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo, entre las medidas que se proponen para lograr la promoción de una mejora de la salud de la población, todas ellas



dentro de la *Estrategia NAOS*, figuran las que se recogen en la tabla 1.

## UN DIAGNÓSTICO INSUFICIENTE

El diagnóstico que se ha presentado alude a profundos cambios en los estilos de vida, una de cuyas manifestaciones más visibles y trascendentes sería el sedentarismo, y a cambios en las dietas alimentarias en el sentido de dietas menos saludables que las tradicionales: aumento del consumo de productos cárnicos, lácteos, bollería y bebidas carbonatadas y disminución de la ingesta de pescado, frutas, verduras y cereales. De ahí que, entre otras medidas, se proponga que la industria reduzca de manera progresiva el contenido en grasas, azúcar y sal de los alimentos y, también, que modifique los contenidos y destinatarios de su publicidad.

El diagnóstico parece correcto pero, sin duda, insuficiente o no lo suficientemente preciso y, en esta misma medida, quizás, el éxito de las acciones que se proponen orientadas a *cambiar los hábitos alimentarios de la población* no estaría garantizado en absoluto. Resulta pertinente recordar aquí las reflexiones del antropólogo francés, Jean Pierre Poulain (2001), cuando afirma que la cuestión de cómo cambiar los hábitos alimentarios quizás no esté correctamente planteada. En su opinión, esta cuestión se articula sobre varios supuestos que no han sido verificados: “los individuos son más bien estables en su comportamiento erróneo”, “el entorno social es más bien estable” y “los conocimientos nutricionales son definitivos”. Cómo cambiar los hábitos alimentarios, afirma, es una pregunta mal planteada. En primer lugar, deberíamos plantearnos la pregunta *¿Cuál es la naturaleza del comportamiento alimentario?* Para, luego, poder plantear una nueva cuestión: *¿Cómo favorecer el desarrollo de prácticas apropiadas para individuos concretos, en una sociedad y en un momento concretos?* Considera también que la concepción implícita de lo que podría llamarse la ideología de las dietas postula “una persona que come libre” en sus eleccio-

nes y racional en sus decisiones. Sin embargo, las decisiones alimentarias no son ni decisiones individuales ni decisiones racionalmente simples. Se sabe cada vez más que ni la acumulación ni la comprensión de los conocimientos nutricionales cambian necesariamente los hábitos alimentarios de los individuos. Y recuerda la llamada *paradoja americana*, que consiste en que la tasa de obesidad más importante se encuentra en una sociedad en la que la *vulgata* de la cultura nutricional es también la más difundida y donde los programas de educación nutricional son más numerosos (Cf. Fischler y Masson, 2008).

Así pues, para intentar precisar algo más el diagnóstico convendría considerar, por ejemplo, que, además de tener en cuenta que aumenta el consumo de productos lácteos, bollería y bebidas carbonatadas, también aumenta el consumo de aquellos productos que se ingieren sin preparación culinaria y que son ingeribles *en cualquier lugar y momento* y normalmente de manera individual, sin compañía. Y, además de decir que disminuye la ingesta de pescado, frutas, verduras y cereales..., podría decirse que disminuye la ingesta de los alimentos que necesitan ser cocinados y que forman parte de platos y de comidas más o menos estructuradas y que acostumbran a tener lugar dentro de horarios, lugares y circunstancias relativamente precisas. Dicho de otro modo, *para afinar el diagnóstico convendría no poner el énfasis del lado de los “alimentos” o de algunos de sus componentes particulares, sino en las “comidas”*. Asimismo, el diagnóstico que hemos sintetizado insiste más en los productos ingeridos o no ingeridos que en las actitudes y en las razones por las que unos alimentos son ingeridos o no lo son. Y así, si las medidas se orientan a “modificar” los alimentos en lugar de las actitudes y las razones que dan lugar a los desequilibrios alimentarios y a las consecuencias de los mismos, ¿no estaremos errando el tiro o retrasando las soluciones?

Por otro lado, otro de los acentos, en este caso no en el diagnóstico sino en las “soluciones” propuestas, radica en la necesidad de una mejor educación y un mejor aprendizaje alimen-



tarios. La necesidad de una mejor educación nunca puede discutirse, pero ¿qué es exactamente lo que se debe aprender, por parte de quién, cómo y para qué? Estudios anteriores del Observatorio de la Alimentación (2004 y 2006) han puesto de manifiesto que la población española adulta: 1) está satisfecha con su alimentación porque considera que es “buena” y “sana” al mismo tiempo; y 2) conoce las recomendaciones de los expertos en relación a lo que cabe considerar una alimentación saludable y equilibrada. Además, la mayoría de las personas tienen el convencimiento de que su alimentación habitual ya es “sana” porque es “mediterránea” y, consecuentemente, consideran que lo único que se trata de evitar son aquellos alimentos y/o ingredientes reputados como “dañinos” o “peligrosos” como, por ejemplo, los “aditivos”, los “precocinados”, etc. Este convencimiento, además, se complementa con la consideración de que, siendo la alimentación sana en términos generales, lo único que resulta necesario es evitar los excesos, sobre todo cuando suponen falta de variedad.

En este sentido precisamente, no puede olvidarse que el mercado alimentario ofrece hoy una mayor variedad de productos, desde los tradicionales propios de nuestras culturas gastronómicas hasta los de más reciente aparición, como los productos “bajos en calorías” o los denominados “funcionales”, y que todos ellos componen una oferta amplísima que pretende dar cobertura a las diferentes demandas de los consumidores. Ahora bien, unos individuos intentan simplemente cubrir su demanda energética, matar el hambre; otros entienden su alimentación como parte de su cultura y la satisfacen con una alta exigencia gastronómica; y otros, conscientes de la relación entre los alimentos y su salud, tratan de compensar el funcionamiento de su organismo, llegando incluso a medir su ingesta en vitaminas o en oligoelementos; y, entre estos perfiles más o menos extremos, cabe otra enorme diversidad de ellos. Con la particularidad, además, de que, como realizamos unas 1.800 ingestas alimentarias al año, no todas tienen que estar regidas por el mismo o por un solo patrón

o criterio. Todo lo contrario. Hoy en nuestra sociedad, tolerante, individualista y de libre mercado, todos los productos alimenticios forman parte de una oferta variada, en la que los consumidores en mayor o menor medida seleccionan los componentes de su dieta (incluso los niños en mayor medida de lo que somos conscientes). Son la inmensa mayoría de los ciudadanos los que deciden realizar cuatro comidas al día, dos o una y eligen también si quieren abandonarse a la satisfacción de una ingesta poco racional o por el contrario, y por citar el otro extremo, seguir un estricto régimen bajo en calorías. Y también, con mayor o menor libertad, con más o menos constreñimientos de diferentes signos, son los individuos los que adoptan su estilo de vida, que puede ser activo o sedentario, del mismo modo como deciden otros muchos aspectos de su cotidianidad, y todo ello entronca con su gasto energético.

Las normas interiorizadas por la mayoría de la población ponen de manifiesto un buen grado de apropiación de los discursos nutricionales. A pesar de ello, las prácticas alimentarias siguen motivadas por diferentes constreñimientos materiales y simbólicos, de tal forma que no parece existir una correspondencia directa entre, por una parte, las recomendaciones dietéticas asumidas por las personas y su definición de dieta saludable y, por otra, los consumos reales. En este sentido, se constata un *decalage* (fig. 1; fuente: Observatorio de la Alimentación, 2006) entre las normas alimentarias socialmente aceptadas y las actitudes de la población y de forma particular entre las prácticas declaradas y las prácticas observadas.

Así, resulta muy importante averiguar por qué motivos las personas, a pesar de que conocen las consecuencias, se comportan de forma peligrosa para la salud. Es cierto, también, que las exigencias cotidianas de mucha gente no permiten un estilo de vida más equilibrado y más conveniente para su salud, lo que pone de manifiesto, una vez más, que para cambiar de dieta es necesario en muchos casos cambiar de vida, lo cual no siempre resulta fácil, incluso aunque amenace la enfermedad. En el proceso

FIGURA 1. Una comparación hipotética.



de aprendizaje, aparecen numerosas barreras que dificultan la adquisición de hábitos sanos: falta de tiempo, patrones de organización de la rutina, el ejemplo familiar... Muchas personas, por ejemplo, atribuyen a la falta de tiempo el no seguir una dieta saludable. Y son estas mismas personas las que dicen comer, por ejemplo, menos fruta al día. Otros factores son la falta de ejercicio físico, la influencia de los familiares en los hábitos alimentarios, las políticas escolares, el grado de información pública acerca de la nutrición, el etiquetado de los productos, el precio de los mismos, etcétera.

Por otro lado, la salud no es la única motivación para alimentarse o para hacerlo de un modo determinado. La alimentación no es un tipo de consumo como los demás. La alimentación es funcional en cada una de sus circunstancias o contextos, y de manera distinta en cada una de ellas; y las funciones que puede cumplir la alimentación son muy diversas y la nutricional, aunque muy importante, es una entre otras. Otras funciones importantes de la alimentación, por ejemplo, tienen que ver con la sociabilidad, el hedonismo, las gratificaciones, la autoimagen, la autonomía personal, etc. Asimismo, tampoco debe olvidarse que la alimentación ordinaria o cotidiana alterna con aconte-

cimientos más o menos extraordinarios (días festivos, vacacionales, celebraciones diversas) en los que los criterios que determinan lo que se come pertenecen a un orden muy distinto del de la nutrición. En definitiva, existe una gran cantidad de factores, de órdenes muy diversos, que influyen en la alimentación: preferencias individuales, hábitos adquiridos, condicionamientos horarios derivados de los ritmos y horarios de las actividades laborales o de estudio y los horarios de ocio, horarios de las comidas, presupuesto doméstico, mayor o menor importancia concedida a satisfacer las apetencias o requerimientos de los diferentes integrantes del hogar, y otros muchos.

Por todo ello, es necesario manejar con precaución los datos estadísticos sobre el crecimiento de la obesidad porque el sobrepeso, y más la obesidad, son fenómenos sociales muy selectivos que desde hace tiempo afectan en mayor medida a las poblaciones de bajos ingresos y bajo nivel escolar. Así pues, las diferencias sociales parecen ser muy importantes en este aspecto (Ascher, 2005: 176-177). De acuerdo con Arnaud Basdevant (2004), cabe considerar la obesidad como una enfermedad esencialmente ambiental y comportamental. Cabe pensar, pues, que esta epidemia encuentra sus raíces en



la propia evolución de la sociedad y puede ser considerada como un síntoma social que pone de manifiesto una inadaptación del organismo humano a la evolución de los modos de vida. En este sentido, todos los estudios revelan las mismas constantes: 1) excesiva densidad calórica de alimentos y bebidas en relación a los gastos energéticos; 2) horarios más o menos anárquicos en las comidas; y 3) picoteo extremo. Estas modificaciones sustanciales de los equilibrios energéticos ponen de manifiesto una sociedad en la que, por un lado, la comida es abundante, fácilmente disponible y desequilibrada; y, por otro, una sedentariedad cada vez más dominante sobre el ejercicio físico. Por otra parte, es muy importante tener en cuenta que, en la medida que la obesidad es una “enfermedad esencialmente ambiental” (incluso “contagiosa”), diferentes “ambientes” pueden dar lugar a un mismo efecto pero con causas diferentes. Por ejemplo, en la Argentina actual, en Méjico o en Brasil, del mismo modo que en otros países menos industrializados y desarrollados que el nuestro, la obesidad ha aumentado sobre todo y casi exclusivamente entre los pobres porque los alimentos más “saciantes”, más baratos, son los que más engordan. Así, mientras que en los países más industrializados la obesidad podría ser causada por una pletórica abundancia, en otros países podría ser, precisamente, la crisis económica la causa de su incremento.

En definitiva, los excesos ponderales no deben ser considerados exclusivamente ni como prácticas alimentarias desviadas ni como “retrasos culturales” de unos u otros grupos sociales o étnicos, sino como el resultado de los procesos socioeconómicos profundamente dependientes de las condiciones sociales de la vida urbana. Consecuentemente, es poco probable que estas prácticas alimentarias “desviadas” puedan cambiar a corto plazo, pues la vida urbana no va a modificarse para hacerlo posible. Aquello de la cotidianidad actual que hace que se “coma mal” seguramente perdurará para la mayoría de la población y, por tanto, los excesos ponderales seguirán creciendo. En cualquier caso, 3 años después de haber puesto en marcha la “Estrate-

gia Naos”, la obesidad en España no sólo no ha disminuido, sino que ha aumentado: 8,5% de niños obesos en el 2003 por 9,13% en el 2006.

Así pues, de acuerdo con estas constataciones, no cabría esperar cambios importantes como consecuencia de una mayor información o educación alimentaria. En definitiva, si se pretende mejorar nuestra alimentación, debemos saber más sobre las causas y consecuencias prácticas de nuestros mudables estilos de vida y de los hábitos alimentarios que les acompañan. Debemos considerar también las prácticas nocivas para la salud como aspectos de la vida cultural y determinados por factores socioculturales. Por ejemplo ¿qué sabemos de las consecuencias para la alimentación y para la salud de aspectos tales como la escolaridad precoz y la prolongación de la misma, los constreñimientos horarios que afectan a los diferentes miembros de cada hogar, los mensajes nutricionales contradictorios y/o de difícil cumplimiento, la ruptura del aprendizaje culinario, el papel de los gustos y de las preferencias individuales en una sociedad más individualista, menos autoritaria y con mayor oferta alimentaria? Y, en el caso de que dichos factores se mostraran influyentes en mayor o menor medida en los hábitos alimentarios de la población, hasta el punto de poderlos considerar causa de los mismos ¿hasta qué punto son modificables? Y si no lo son ¿qué resultados cabrá esperar de las medidas puestas en marcha? Nos enfrentamos, pues, a una cuestión médica o, más ampliamente, biológica, que parece tener sus raíces en un fenómeno complejo y que arranca de unas nuevas circunstancias cuyos desencadenantes tienen que ver con factores sociales, económicos y culturales.

## **LA NECESIDAD DE COMPRENDER BIEN LOS CAMBIOS EN LOS ESTILOS DE VIDA**

### **Escolaridad precoz y prolongación de la misma**

Existe una importante divergencia entre los menús semanales que se programan en los cen-



tros escolares y los consumos o ingestas reales que llevan a cabo los escolares (Observatorio de la Alimentación, 2004). Ello significa que, incluso cuando los menús programados responden adecuadamente a criterios de equilibrio y completitud nutricional, los menús realmente ingeridos no necesariamente son equilibrados y completos. En relación a la cantidad de sobras dejadas por los escolares, las formas de preparación/cocción empleadas para cocinar los diferentes tipos de alimentos parecen más determinantes que los alimentos mismos, de tal modo que la cuestión del gusto (aceptación/rechazo) parece más marcada por las formas de elaboración que por los productos mismos.

La mayor o menor aceptación de unas u otras formas de elaboración/cocción parecen remitir a una serie de “tensiones” entre la “comida de casa” y la “comida de la escuela”. Los alimentos “son los mismos”; la diferencia está en el cómo, dónde, cuándo, quién, por qué y para qué se elabora. Así, si los adultos pueden “exigir” una elaboración adecuada de acuerdo a un precio y a unas determinadas percepciones sobre la adecuación de unos u otros alimentos, el niño y la niña parecen exigirla de acuerdo con los parámetros de la afectividad y con los modos previamente internalizados en el hogar. No tener en cuenta estas circunstancias puede provocar juicios erróneos acerca de las verdaderas razones de la aceptación y rechazo de unos u otros alimentos o/y de las particularidades del gusto de acuerdo con las diferencias de edad y de género.

Asimismo, el grado de variedad en las elaboraciones parece condicionar la cantidad de las sobras. Las sobras más recurrentes se registran entre los hervidos y los guisados para los primeros platos; las frituras (mucho más frecuentes que el asado o la plancha), en los segundos; y la “ensalada”, muy reiterada como guarnición, pero poco variada en contenidos y elaboración. En definitiva, desde la particular percepción de los escolares, el factor hedonista aparece muy raramente en la comida escolar.

Por otra parte, se registran diferencias importantes en los comportamientos y en las prefe-

rencias alimentarias de acuerdo con los diferentes grupos de edad y las diferencias de género. Niños y niñas no comen igual. Niños y niñas, según los diferentes grupos de edad, dicen tener necesidades y deseos diferentes, manifestando diferencias en cuanto a la concepción del cuerpo y a los ideales estéticos. Por su lado, la edad apunta diferencias no tanto en relación con las preferencias sobre unos u otros alimentos como con las cantidades ingeridas.

### Los constreñimientos horarios

Los problemas derivados de la gestión del tiempo laboral y de los constreñimientos que supone “la cocina”, así como la compatibilidad entre comer bien y comer sano, o comer bueno y comer sano, no siempre resulta fácil. El problema del tiempo tiene diferentes manifestaciones. Por una parte, la cantidad de tiempo que pueda dedicarse a cocinar entra en concurrencia con la cantidad de tiempo que debe, o se quiere, dedicar a otras tareas o actividades. En cualquier caso, el tiempo dedicado a la cocina ha disminuido considerablemente, sobre todo en las generaciones jóvenes y de mediana edad y existe un consenso generalizado respecto a que “Se cocina muy poco. Se come muy rápido. Todo se compra hecho”.

### Mensajes nutricionales contradictorios y/o de difícil cumplimiento

La opinión mayoritaria de los expertos (tecnólogos, nutricionistas e industriales, sobre todo) considera que el conocimiento alimentario de la población es bastante mediocre o insuficiente, e insisten enfáticamente en la falta de formación nutricional de los consumidores y en la importancia que la formación nutricional tiene para el desarrollo de una mejor alimentación. Por su parte, los consumidores dicen sentirse desorientados sobre el contenido de los mensajes y sobre los consejos de salud, y que, a lo largo de los años, se han mostrado no sólo confusos sino





también contradictorios. Manifiestan también una cierta desconfianza ante la publicidad, alentada por el exceso de reclamos sobre salud poco fundamentados, las falsas alegaciones o la presentación de productos con propiedades que, a todas luces, parecen exageradas y, en algunos casos, recuerdan los “productos milagro”. En muchos casos, los consumidores afirman hacer caso omiso de la información que aparece en el etiquetado o en el envoltorio del producto, porque no la entienden o porque no tienen tiempo de leer informaciones tan pormenorizadas cuando van con el carrito de la compra por el supermercado. No es que consideren, en general, que no deban informarse, sino que esta información debe ser fácil de interpretar y fácil de leer, de lo que se desprende que el problema no reside en la etiqueta. Ésta no puede cumplir una función informativa si no se ha hecho un esfuerzo previo de comunicar sobre el tipo de información que contiene y qué utilidad puede tener de cara al consumidor. Debe tenerse en cuenta que el hecho de no tener datos suficientes para interpretar la información genera desconfianza entre algunos consumidores. Es decir, las etiquetas no sólo no se entienden, sino que, en determinados casos, la información que contienen no inspira confianza, no parece del todo creíble. Además -afirman-, “un día dicen una cosa y al día siguiente la contraria”, de tal modo que la credibilidad informativa decrece y a veces resulta difícil saber lo que es bueno para comer sano por culpa de las “modas” o de las recomendaciones cambiantes.

Habida cuenta de la profusión de recomendaciones y de las, al parecer, enormes expectativas depositadas por expertos y autoridades en las campañas de educación nutricional para modificar, mejorando, los hábitos alimentarios, resulta muy importante plantearse las mayores o menores posibilidades de que dichas recomendaciones puedan ser puestas en práctica realmente, ya que en muchas ocasiones, por unas u otras razones, recomendaciones concretas pueden ser *no fáciles de cumplir*. Y ésta es una cuestión crucial para todas las recomendaciones nutricionales. Debe tenerse en cuenta no sólo la

pertinencia de las mismas, sino también las mayores o menores posibilidades de ser aplicadas. Dicho de otra manera, para que las recomendaciones nutricionales sean eficaces no sólo deben estar bien fundamentadas, sino también *ser aplicables* en el contexto de la cotidianidad en el que se desenvuelven las personas.

### Ruptura del aprendizaje culinario

Las actuales generaciones de mujeres ya no son educadas para ser madres y cocineras, y no aprenden de sus propias madres o abuelas los principios culinarios y los valores dietéticos mínimos. En un contexto, además, en el que disminuye el tiempo dedicado a cocinar, se prefieren las técnicas de cocción más rápidas y los alimentos que se prestan más a ello. Se trata de satisfacer varios y diversos objetivos: ahorrar tiempo en la preparación de los menús, así como en las tareas de poner o quitar la mesa; evitar al máximo los aspectos “sucios” del tratamiento de las materias primas y de limpieza después de cocinar; y, finalmente, gestionar de la manera más eficiente posible la diversidad de horarios, de necesidades y de preferencias de los diferentes integrantes del hogar. Así, la compatibilidad entre comer bien y comer sano, o comer bueno y comer sano, no siempre resulta fácil. El problema del tiempo tiene diferentes manifestaciones. Por una parte, la cantidad de tiempo que pueda dedicarse a cocinar entra en concurrencia con la cantidad de tiempo que debe, o se quiere, dedicar a otras tareas o actividades.

### ¿Quién educa el gusto?

La alimentación es, cada vez menos, algo que se hereda desde la infancia. El aprendizaje del gusto no está necesariamente en el medio familiar. En épocas pasadas, siempre los padres debieron hacer frente a la reticencia de los hijos frente a determinados alimentos. La regla exigía que insistieran, no tanto para fastidiar a sus pequeños recalcitrantes, sino para acostumbrar-



los a comer de todo o, en cualquier caso, a comer de todo lo que había. Hoy los tiempos han cambiado. Hoy, en una sociedad más individualista y más tolerante con los niños y adolescentes, parece que hemos pasado de aquel “*te lo comes te guste o no*” al “*¿qué te apetece hoy para comer?*”. Además, hoy los niños acompañan a sus padres a las grandes superficies e influyen fuertemente en las compras familiares: la mayoría de los jóvenes clientes eligen ellos mismos las marcas de yogour y de galletas para el hogar. Puede considerarse, pues, que los niños constituyen hoy uno de los principales prescriptores alimentarios puesto que determinan buena parte de las compras de toda la familia. En este sentido puede afirmarse que una cierta psicologización de la alimentación está dando lugar a una cierta infantilización del comensal. Esta “regresión” descansa en un culto, al menos aparente, al niño. Y desemboca en la afirmación de un modelo de comportamiento adolescente como norma universal.

Los adultos ya no consideran un deber orientar el gusto de los niños; al contrario, la mayoría reconoce ceder a las presiones de sus hijos. Presiones que cada vez se ejercen a una edad más temprana, precisamente porque numerosos productos han sido concebidos para seducirlos tanto por su sabor como por su presentación. Por otra parte, los niños del siglo XXI ya no aprenden a “marcar” sus alimentos, sino sólo a identificarlos comercialmente. La “cocina industrial” no evoca necesariamente un producto concreto con un significado concreto. Por otro lado, los niños más pequeños, de 6 y 7 años, identifican lo *más bueno*, lo que más les gusta comer, con lo que les resulta *más fácil de comer* (pasta, croquetas, albóndigas, patatas fritas, sopa de fideos, etc.): comidas que no exigen el uso de cuchillo y tenedor, que no cuestan de masticar y no exigen una atención o vigilancia especial. Y entre los alimentos que no les gustan señalan el pescado, incluso aunque no tenga espinas, las verduras y el bistec (porque les cuesta masticarlo).

Frente a estas situaciones los padres muestran una postura ambigua: por un lado entien-

den que es de su incumbencia enseñarles a comer de todo, modales y conocimientos y habilidades culinarias. En efecto, un amplio 86% de las personas entrevistadas señala tanto al padre como a la madre como los responsables de la educación alimentaria de los hijos. Y así lo intentan la mayoría hasta que los hijos alcanzan ciertas edades que coinciden, normalmente, con la adolescencia. Es en estos momentos, cuando los hijos “ya han crecido” y hay muchos ítems en los que han de centrar su atención - que sigan con éxito el itinerario escolar, que hagan los deberes, negociar las compañías y las salidas, velar por la seguridad de sus relaciones sexuales, etc.-, cuando la atención por la alimentación de los hijos queda relegada a un segundo término. Este momento coincide además, con una mayor demanda de autonomía por parte de los hijos a todos los niveles y que, por supuesto, afecta a la alimentación: los niños pueden “recibir” la llave de casa a la edad de 12 años porque se consideran ya mayores para ir/venir del colegio a casa, para estar solos, para prepararse su comida... Al fin y al cabo, es lo que hacen los “otros” mayores. A pesar de que los padres se sientan los responsables de la educación alimentaria de sus hijos, es cierto también que cada vez más delegan en las escuelas la responsabilidad de educar el gusto de sus hijos, enseñarles a “comer bien”, es decir, “de todo”. Y en las escuelas se preparan menús variados y equilibrados pero evitan los alimentos difíciles, es decir, los más rechazados por los niños sea por el sabor (algunas verduras), o por las espinas (algunos pescados).

### La mayor importancia de las preferencias individuales

Siempre han existido diversos tipos de preferencias, incluso incompatibilidades, alimentarias. Las frutas y verduras constituyen el ejemplo más significativo. Existe una unanimidad absoluta respecto a la “bondad” dietética de este tipo de alimentos, así como a la necesidad de que estén presentes casi a diario. Sin embargo,



los niños los rechazan o los aceptan con dificultad y las personas responsables de su alimentación deben “forzar la situación” porque los niños prefieren otro tipo de productos. Las hortalizas presentan porcentajes de disgusto más altos que otros tipos de alimentos, con excepción de las vísceras y despojos.

La diferencia hoy es que existe una mayor tolerancia con los gustos y aversiones de los demás, tanto si son adultos como si son niños; y además de una mayor tolerancia, unas mayores posibilidades de satisfacerlos. Aunque algunas personas sigan diciendo que practican aquello de “es lo que hay y te lo comes te guste o no, y si no lo quieres para comer lo tendrás para cenar...”, lo cierto es que los menús cada vez son menos impuestos y, como poco en apariencia, menos estructurados. La nuestra es una sociedad de consumo y de elección. Así, aunque la mayoría de las personas responsables de pensar y de preparar los menús insisten en que procuran “educar” para que se coma todo o cualquier cosa y que los “caprichos” individuales no condicionen una “buena gestión” de la cocina, lo cierto es que la alimentación no se concibe hoy como una imposición sino como un tipo de consumo en el que son posibles diferentes tipos de elecciones y de satisfacciones. Por otro lado, ocurre también que, mientras los niños son pequeños, algunos padres “mejoran” sus propios hábitos alimentarios porque sus hijos “necesitan” comer de una determinada forma.

Las declaraciones relativas a las preferencias alimentarias (“me gusta”) y a los rechazos (“no me gusta”) ponen de manifiesto (Observatorio de la Alimentación, 2006) que los alimentos más recomendados desde un punto de vista nutricional (particularmente verduras, legumbres y pescado) son precisamente los que ofrecen porcentajes de rechazo más altos, sobre todo entre los niños y adolescentes. El porcentaje de aceptación (“me gusta”) para las verduras, legumbres y hortalizas es, para el conjunto de la población, del 56,3%, 58,6% y 60,9%, respectivamente. Sin embargo, si sólo consideramos los grupos de edad comprendidos entre los 6 y los 16 años, estos porcentajes todavía dis-

minuyen más, hasta el 38-45%, 38-51% y 31-55%. Si consideramos algunos de estos alimentos en particular, los grados de aceptación todavía pueden ser más bajos. Por ejemplo, la col, sólo un 35,8% y las acelgas y la coliflor, un 40,6%. Así pues, al margen de las vísceras y de las infusiones, estos alimentos “sanos” (verduras, legumbres y hortalizas) son los que muestran un índice de rechazo más alto. En este sentido, resulta interesante comparar la “pirámide del gusto” (fig. 2) confeccionada por el Observatorio de la Alimentación (2006) con la pirámide “recomendada”.

Los adultos con hijos reconocen que las mayores dificultades en la alimentación de sus hijos las tienen con las verduras. Todos ellos tienen historias que contar y desarrollan alguna estrategia, alguna no muy ortodoxa desde el punto de vista nutricional (como añadirles mantequilla o “quesitos”), para “intentar” que sus hijos coman verduras. Los resultados son diversos y, en cualquier caso, ponen de manifiesto dos cuestiones que resultan complementarias: 1) las verduras no gustan (en ocasiones, tampoco a los padres) y no son consumidas con las frecuencias recomendadas; y 2) son más los padres que “ceden” ante los gustos de sus hijos que los que se imponen.

La tolerancia hacia los niños puede ser incluso superior al rechazo a los “alimentos precocinados” que algunas mujeres dicen tener, sea por razones de “sabor” o de otro tipo. Así, algunas madres emplean este tipo de alimentos porque precisamente son los que “les gustan a sus hijos”. Y por las mismas razones, en el caso de tratarse de alimentos considerados sanos y naturales, si no gustan, no se compran: “Yo no compro algo que no le guste a mi familia, por muy sano que sea”. Se constata por tanto una progresiva individualización y simplificación de las comidas, un aumento del picoteo o del *snacking*. Así, aunque se siga diciendo que se practica aquello de “es lo que hay y te lo comes te guste o no...”, lo cierto es que los menús cada vez son menos impuestos, menos disciplinados. En definitiva, aunque la mayoría de las personas responsables de los menús insisten en que procuran

FIGURA 2.



“educar” para que se coma “de todo” y que los “caprichos” individuales” no condicionen una “buena gestión” de la cocina y de la dieta, lo cierto es que la alimentación no se concibe hoy como una imposición sino como un consumo en el que es posible la elección y la satisfacción.

Cuando los niños no comen, muchas veces la preocupación de los padres porque sus hijos coman va más allá de los alimentos más o menos recomendados y, en esa medida, para que sus hijos simplemente coman son más tolerantes, porque al final lo que importa es que coman, sea lo que sea, porque es peor todavía que no coman. Un 69% de las mujeres declaran estar más preocupadas pensando qué es lo que se comerá su familia que pensando qué es lo mejor para ellos desde un punto de vista nutricional. Por otra parte, son muchas las madres de clase trabajadora que manifiestan estar preocupadas porque sus hijos e hijas se niegan a comer cualquier tipo de verdura u otros alimentos “sanos”. Estas madres se sienten víctimas de la contradicción moral que les supone obligar a sus hijos a comer lo que rechazan en un momento en que “podían permitirse” *elegir* lo que podían comer.

Si lo declarado por las personas coincidiera con la realidad y, por tanto, fuera cierto que el 91,2% de los individuos consume normalmente los alimentos que les gustan, podría deducirse que en la mayoría de las familias españolas sus diferentes miembros, cuando comen juntos, no toman todos los días los mismos alimentos unos y otros. En cualquier caso, se pone de manifiesto que efectivamente eso es lo que ocurre en mayor o menor grado y con más o menos conflicto. Y así lo manifiestan tanto los niños como los adultos. En definitiva, podría pensarse que los niños “comen lo que quieren” y que son muchos los padres que no “luchan” con sus hijos por acostumbrarles a comer de todo y confían en que el tiempo los corrija, como hasta cierto punto les corrigió a ellos mismos.

### **Una sociedad más individualista y menos autoritaria**

En definitiva, podría afirmarse que el medio en el que desarrollan sus vidas y sus aprendizajes alimentarios los niños y niñas españolas de hoy



no es en absoluto coercitivo porque permite a los niños alimentarse de acuerdo a sus gustos personales. Y conviene tener muy presente también que el valor emocional que tienen las actitudes de los hijos hacia los alimentos que se les proporcionan, directa o indirectamente, hace que la aceptación y/o rechazo por parte de los niños se convierta en un indicador del éxito/fracaso de los padres en su papel de nutridores y puede enturbiar gravemente miles de pequeñas situaciones cotidianas.

Las concesiones o tolerancias en materia alimentaria no son unilaterales ni gratuitas. Existen condicionantes muy importantes que están detrás de la lógica de estas aparentes concesiones. Por ejemplo, desde bien pequeños, los niños son educados en la idea de que viven en una sociedad democrática y altamente individualizada, en la que sus opiniones y preferencias personales no sólo pueden sino que deben tener cabida. Es razonable, pues, que manifiesten sus gustos y disgustos respecto a cualquier cosa que forme parte de su cotidianidad, y la alimentación es una de ellas y muy importante en muy diferentes sentidos. Por otro lado, los niños a la edad de 12 años ya van al instituto, donde no siempre van a disponer de servicio de comedor e, incluso aunque lo tengan, no necesariamente lo van utilizar. Si lo utilizan es porque según ellos no les queda más remedio, ya sea porque viven lejos del colegio o instituto o porque sus padres no quieren dejarlos solos en casa. Muchos niños rechazan el comedor escolar. Les gusta más comer en casa, en tanto que supuestamente pueden elegir más y no tienen que someterse a normas estrictas en relación a qué, cuándo y cómo comer y que, cuando pueden, intentan saltárselas. De hecho, desde bien pequeños se les está educando, en casa y en la escuela, para que sean autónomos lo antes posible. Las jornadas escolares se han acortado y algunos días no tienen carga lectiva por las tardes, de forma que van a comer a casa, aunque en casa no haya nadie.

Por lo que refiere al interior de los hogares, a partir de los años 80 del pasado siglo los ideales de individualismo e igualitarismo alcan-

zan a los niños y a las relaciones entre éstos y sus padres. Se desarrolla una nueva ideología que puede sintetizarse en la fórmula de “*ser-uno-mismo*”. Esta nueva ideología se opone a la tradicional que valoraba el “ser obediente”. Hasta cierto punto, “ser-uno-mismo” tiene una valoración positiva, mientras que “ser obediente” se devalúa. Este cambio ideológico tiene consecuencias muy trascendentes en la socialización de los niños. Cuando “ser-uno-mismo” se valora positivamente, el centro de gravedad está dentro de cada individuo. De acuerdo con el ideal de “ser-uno-mismo”, los niños ya no deben ser meras copias de sus padres. Los niños han de justificar sus propios valores de acuerdo con sus convicciones individuales y sus propias preferencias y no en los términos de las convicciones y preferencias de sus padres. Éstos y las escuelas deben transmitir la habilidad para ser-uno-mismo y para desarrollarse uno mismo, más que ideas y valores específicos. Por otra parte, tal como subrayan los modernos manuales de puericultura, desde el nacimiento el niño es un individuo único, con una personalidad que la actividad maternal debe desarrollar según sus propios deseos. En este proceso, las relaciones dentro del grupo de iguales parecen tener cada vez más importancia. Entre otras razones, porque las actividades propias del grupo de iguales media entre la vida familiar y otras instituciones sociales en las que los niños y los jóvenes participan. En efecto, la libertad del niño toma efecto plenamente desde el momento en que se crea una comunidad de amigos que será tratada como el centro de su vida social. A partir de los 6 o 7 años, los niños pueden ya no aceptar celebrar su fiesta de cumpleaños sin sus amigos. En este sentido, cada vez más los padres parecen jugar más un papel de espectadores que de actores. Así pues, no es de extrañar que los padres, y así lo aceptan muchos, estimulen la autonomía de sus hijos o sean más tolerantes con ellos.

El impacto de la reforma educativa en términos psicosociales ha sido extraordinario: desde los 11-12 años los niños se sienten “mayores”



en su escuela y, con el ingreso en el instituto, y aunque allí lo sean, rechazan ser los más pequeños y quieren/piden incorporar conductas propias de los adolescentes de 16 años. Así, se comprueba que los niños adquieren cada vez más una mayor autonomía personal en relación con los comportamientos y actividades cotidianas y personales, incluidos los horarios: reciben a edades tempranas un dinero de bolsillo, deciden cada vez más sobre la organización de sus tiempos y actividades de ocio e, incluso, sobre su alimentación. Los niños y adolescentes que disponen de dinero propio dicen comprarse los productos que más les gustan y que, curiosamente, coinciden con aquellos que podrían clasificarse nutricionalmente como poco saludables pero que son promocionados para que sean consumidos sobre todo por este público infantil y juvenil. También, cuando pueden ir a restaurantes, eligen aquellos que, siendo más baratos, ofrecen las comidas que más les gustan. Y entre éstos las pizzerías y hamburgueserías son los establecimientos más referidos.

Aplicar disciplina a los niños y adolescentes, ni siquiera cuando el objetivo es que aprendan a “comer de todo” y colaboren en las tareas comunes de la casa, es visto con enormes reservas, incluso por los padres. Ante la negativa de un niño a comer lo que le sirven en el plato, un 56,7% considera que “hay que saber imponer disciplina: la comida se ha de comer tanto si gusta como si no”; sin embargo, frente a una hipotética situación en la que un niño no come esos alimentos más saludables, el 35,7% de los entrevistados afirma que procura adaptarse porque “no se puede estar todos los días de pelea”. Lo cual quiere decir que la “pelea” existe y que más de una tercera parte de los padres la pierde. De ahí también que haya hogares en los que se haga más de una comida atendiendo a la diversidad de las preferencias infantiles e incluso reconociendo que son los hijos “*quienes mandan*”. En definitiva, sucede que los hijos que son “malos comedores” siempre se pueden encontrar con padres dispuestos a ceder con tal de que coman algo. En este sentido, parece existir una especie de “negociación” entre las partes implicadas aunque, a

juzgar por los comentarios recurrentes efectuados por padres e hijos, a la hora de elegir los alimentos que finalmente se ponen en la mesa los gustos de los niños se tienen bastante en cuenta, especialmente a partir de determinadas edades. A la vez, la opinión de muchos padres es a menudo la de aceptar que les han ganado un pulso y que ya “han tirado la toalla”.

Esta actitud reafirma el hecho de que las pautas y los criterios educativos en relación con la alimentación han de ser marcados claramente por los padres (y evitar que sean los propios hijos quienes los impongan) para que éstos aprendan a “comer de todo”, incluidas las verduras, las frutas y las legumbres que son los alimentos que resultan más problemáticos. En cualquier caso, no es en absoluto despreciable que el 29,1% declare que “*hay que ser tolerantes y respetar las preferencias individuales*”.

Sin embargo, la percepción de actitudes como la tolerancia o la disciplina en relación con los hijos parece ser algo relativo, sobre todo cuando los padres de hoy se comparan con los de ayer, es decir, con sus propios padres. Unos creen que son menos tolerantes que sus padres lo fueron con ellos y otros lo contrario. En cualquier caso, el 29,1% cree que hay que ser tolerantes y respetar las preferencias personales y sólo el 10% considera que si ya se sabe que tiene dificultad en comer ciertos alimentos, lo que hay que hacer es darle otros. Si sumamos estos dos porcentajes, lo cierto es que la flexibilidad, y en última instancia la complacencia, tienen un lugar significativo en la educación de los pequeños: casi un 40%.

En el caso de los niños, la diversidad de respuestas también indica que los comportamientos en casa son dispares y que sus gustos no siempre condicionan las compras. Otros muchachos consideran que sus padres son excesivamente intransigentes y que, al imponer sus criterios en la mesa, lo que hacen es abusar de su autoridad. Los padres, no obstante, son conscientes de que una buena parte de lo que hagan cuando estén solos en casa y tengan que prepararse su comida depende directamente de lo que se les haya podido enseñar previamente en casa



y, por supuesto, de la comida a la que tengan acceso en casa. Si en las neveras hay pizzas o salchichas, los jóvenes muy probablemente se las comerán y, si en casa se ha comprado la videoconsola o se ha contratado la línea ADSL, los niños la utilizarán. No obstante, también es cierto que aunque los padres hayan intentado inculcarles unos modales y unos conocimientos sobre la comida saludable/no saludable, los adolescentes que están solos intentan hacer lo que les apetece.

La percepción que los adolescentes tienen de que los padres les tengan que dejar la comida invita a la reflexión. En el fondo, parece que algunos de ellos preferían no encontrarse nada preparado y poder escoger así con mayor libertad. En este sentido, algunos parecen bastante entrenados para prepararse su comida. Prepararse cualquier cosa implica un mínimo de conocimientos: manejar la cocina o el microondas, condimentar...

En términos de representaciones, el principio que prevalece es que los padres intentan imponer su autoridad, pero sólo hasta un cierto punto y hasta cierta edad. En este sentido, cuando son más pequeños se considera prioritario que coman “bien” según lo que hoy se entiende por comer bien (equilibrado, variado y en las proporciones justas) y, a medida que se hacen mayores, cuando ya han crecido y los conflictos o las negociaciones constantes se generalizan en todos los terrenos (estudios, relaciones paterno-filiales, ocio, participación en tareas domésticas, trabajo, etc.) coincidiendo con la adolescencia y la juventud, la comida queda relegada a un segundo plano. Así, por ejemplo, algunos padres dicen que les cuesta mucho que sus hijos se lleven un bocadillo para almorzar en la escuela; otros tienen que “disfrazar” la verdura con mantequilla o quesitos para que se la coman mejor, y otros se quejan de que los consejos nutricionales son muy fáciles de dar pero poco aplicables cuando ves que un hijo no come nada o que le cuesta (o se resiste a) comer lo que es dietéticamente saludable. Están también los que afirman que “*cuando los niños están solos en casa comen lo que pillan, lo que*

*encuentran*” y los que admiten que a sus hijos “*la verdura, ni engañada*” y los que dicen que a sus hijos “*les da vergüenza llevar una pieza de fruta al colegio para desayunar*”. Este último dato es interesante porque demostraría que la vergüenza que sienten algunos niños de ser “diferentes” a los demás por llevar una pieza de fruta al colegio se mantiene paralela a las diversas campañas que desde las políticas de salud pública dirigidas a este grupo de población se están llevando a cabo para potenciar el consumo de frutas en este colectivo y que ha sido recogido en algunos colegios españoles.

Los padres se consideran impotentes para “luchar contra los elementos”: falta de concordancias entre los horarios laborales, los escolares y los de las comidas, las presiones ambientales relativas a los consumos en general y los alimentarios en particular, valores y derechos sociales a veces contradictorios relativos a la libertad, la tolerancia y la responsabilidad moral, etc. Por otro lado, la profusión actual de la oferta alimentaria, accesible para la gran mayoría de la población, es algo relativamente nuevo. Históricamente, es la primera vez que tenemos la oportunidad de “elegir” entre cientos de productos. Por tanto, la premisa “hay que comer de todo” es hasta cierto punto inoportuna en la medida en que, simplemente, puede animar más el consumo en términos absolutos que el consumo equilibrado. En efecto, podría pensarse que algunas de las enfermedades no transmisibles, como la obesidad, que tanto preocupan a nuestra sociedad, fueran en parte una consecuencia de la abundancia alimentaria que la generación precedente no ha sabido dominar. Uno de nuestros entrevistados lo formulaba de un modo muy preciso: “*Fuimos hijos en la escasez y somos padres en la abundancia*”. Y, en efecto, la abundancia alimentaria favorece el picoteo o el *snacking*, la seducción por la promesa que transmite el envase y/o la publicidad (por ejemplo, de salud), la seducción por la distinción del producto que “puede comprarse”, un exceso de compra y/o de ingesta alimentaria y una percepción de confusión a la hora de tener que escoger. Todo ello, junto con la mayor autonomía de los hijos,



favorece que éstos se conviertan en importantes prescriptores alimentarios.

## REFLEXIÓN FINAL

Mejorar los hábitos alimentarios no es una tarea fácil a pesar del empeño y de los medios que puedan poner las administraciones y las personas o instituciones más o menos responsables. Hasta hoy se ha puesto el énfasis casi exclusivamente en la educación nutricional. Y la educación nutricional se ha entendido, y sigue entendiéndose, fundamentalmente como “proporcionar información nutricional” orientada a lograr una dieta “equilibrada y variada”.

Nuestros estudios, así como otros realizados en EEUU, Francia y otros países, ponen de manifiesto que no existe una correlación entre mayor información nutricional y mejora de los hábitos alimentarios. Son antiguas ya las observaciones en este sentido. Los niños y los jóvenes de las escuelas norteamericanas (Schuchat, 1973) saben qué responder exactamente cuando se les pregunta acerca de los componentes nutritivos de una determinada dieta. Pueden recitar, por ejemplo, una lista de alimentos ricos en vitaminas y minerales. Sin embargo, este conocimiento “intelectual”, que hoy en día algunos profesionales de la dietética reclaman para los escolares españoles, no se refleja en su propio comportamiento alimentario. La situación entre los jóvenes de la *high school* no es muy diferente. Y, en efecto, la *junk-food* es un tipo de comida característica de los adolescentes norteamericanos. La *junk-food* debe ser considerada dentro del contexto de una experiencia social que incluye música, ruido y compañía. En la medida en que en las comidas estructuradas o regulares estos elementos están ausentes, los adolescentes encuentran que la “experiencia social” está negada. Las pautas alimentarias seguidas por estos jóvenes norteamericanos (basadas en el consumo de hamburguesas, pizzas, patatas fritas y bebidas edulcoradas) ha alarmado a los nutricionistas.

La certeza científica no es una razón suficiente para asegurar el éxito de las recomendaciones

de los expertos. Las prácticas de consumo alimentario ponen de manifiesto, como ya hemos dicho, que la salud no es la única motivación para alimentarse ni para hacerlo de un modo determinado, y que es funcional de modos distintos según cada una de sus circunstancias o contextos. La alimentación no es un tipo de consumo como los demás. En la comida, además de la nutricional, cabe considerar otras funciones importantes de la alimentación y que tienen que ver con las necesidades más inmediatas y cotidianas y las fórmulas más prácticas, o simplemente las posibles, para resolverlas: sociabilidad, hedonismo, responsabilidades morales o cuidadoras, tipos y grados de conveniencia, identidad, etc. No debemos olvidar que la alimentación ordinaria o cotidiana alterna con acontecimientos más o menos extraordinarios (días festivos, vacacionales, celebraciones diversas) en los que los criterios que determinan lo que se come pertenecen a un orden muy distinto del de la nutrición. En definitiva, existe una gran cantidad de factores, de órdenes muy diversos, que influyen en la alimentación: preferencias individuales, hábitos adquiridos, condicionamientos horarios derivados de los ritmos y horarios de las actividades laborales o de estudio y los horarios de ocio, los horarios de las comidas, el presupuesto doméstico, la mayor o menor importancia concedida a satisfacer las apetencias o requerimientos de los diferentes integrantes del hogar, y otros muchos. Categorías tales como *alimentos buenos/malos* o *adecuados/inadecuados*, *comer bien* o *comer sano* pueden tener significados no sólo muy diferentes sino, incluso, contradictorios, si lo que está en juego es la salud, la hospitalidad o diferentes tipos de pragmatismo. Ignorar estas especificidades es, casi con seguridad, condenar al fracaso cualquier campaña educativa de carácter nutricional.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ascher F. *Le mangeur hypermoderne*. París: Odile Jacob, 2005.
2. Basdevant A, Guy-Grand B. *Médecine de l'obésité*. París: Flammarion, 2004.





3. Chavarrias M. (2005). La obesidad se asocia a los nuevos hábitos alimentarios. En: [www.consumaseguridad.com](http://www.consumaseguridad.com). (2005) Alimentación infantil y obesidad. En: [www.consumaseguridad.com](http://www.consumaseguridad.com). (2005). Alimentación en la adolescencia y obesidad. En: [www.consumaseguridad.com](http://www.consumaseguridad.com). (2005). Obesidad e inocuidad alimentaria, grandes protagonistas de 2004. En: [www.consumaseguridad.com](http://www.consumaseguridad.com).
4. European Food Information Council. The determinants of food choice. *Eufic* 2005; 17: 1-7 [[www.eufic.org](http://www.eufic.org)].
5. Fischler C. *El (H)omnívoro: el gusto la cocina y el cuerpo*. Barcelona: Anagrama, 1995.
6. Fischler C, Masson E. *Manger. Français, Européens et Américains face à l'Alimentation*. París: Odile Jacob, 2008.
7. Foro Internacional de la Alimentación. *¿A dónde va la alimentación?* Barcelona: Alimentaria Exhibitions, 2002.
8. Gracia M. Qué y cuánto comer. Tomando medidas frente a las sociedades obesogénicas. *Revista Salud Colectiva* (e.p.).
9. Instituto Nacional de Estadística. *Encuesta Nacional de Salud 2003*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística, 2005.
10. Le Guen JM. *Obesité, le nouveau mal français. Pour une réponse politique à un fléau social*. París: Armand Colin, 2005.
11. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005.
12. Montaner J. (2004). El reto de aprender a comer. En: [www.consumaseguridad.com](http://www.consumaseguridad.com).
13. Observatorio de la Alimentación. *La alimentación y sus circunstancias: placer, conveniencia y salud*. Barcelona: Alimentaria Exhibitions, 2004.
14. Observatorio de la Alimentación. *Comemos como vivimos. Alimentación, salud y estilos de vida*. Barcelona: Alimentaria Exhibitions, 2006.
15. Organización Mundial de la Salud. *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*. Ginebra: OMS, 2004.
16. Poulain JP. Education au bien manger, éducation alimentaire: les enjeux. En: *Enfants et adolescents: alimentation et éducation au bien-manger*. [www.lemangeur-ocha.com](http://www.lemangeur-ocha.com).
17. Schuchat MG. The school lunch and its cultural environment. *Journal Nutrition Ed* 1973; 5: 116-118.