



Población y Salud en Mesoamérica

ISSN: 1659-0201

Universidad de Costa Rica. Centro Centroamericano de
Población

Demonte, Flavia Carolina

¿Comer como el discurso médico-nutricional manda? Discursos y prácticas sobre alimentación saludable en sectores medios de la ciudad de Buenos Aires, Argentina.

Población y Salud en Mesoamérica, vol. 18, núm. 2, 2021, Enero-Junio, pp. 148-180
Universidad de Costa Rica. Centro Centroamericano de Población

DOI: <https://doi.org/10.15517/psm.v18i2.42276>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44668223006>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org



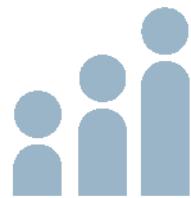
UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

CCP

Centro Centroamericano
de Población

Doi: <https://doi.org/10.15517/psm.v18i2.42276>

Volumen 18, número 2, Art. Cient. Enero-junio 2021



Población y Salud en Mesoamérica

**¿Comer como el discurso médico-nutricional manda?
Discursos y prácticas sobre alimentación saludable en
sectores medios de la ciudad de Buenos Aires,
Argentina.**

Flavia Carolina Demonte

Como citar este artículo:

Demonte, F. C. (2021). ¿Comer como el discurso médico-nutricional manda? Discursos y prácticas sobre alimentación saludable en sectores medios de la ciudad de Buenos Aires, Argentina.. *Población y Salud en Mesoamérica*, 18(2).
Doi: <https://doi.org/10.15517/psm.v18i2.42276>



ISSN-1659-0201 <http://ccp.ucr.ac.cr/revista/>

Revista electrónica semestral

[Centro Centroamericano de Población](#)

[Universidad de Costa Rica](#)

¿Comer como el discurso médico-nutricional manda? Discursos y prácticas sobre alimentación saludable en sectores medios de la ciudad de Buenos Aires, Argentina.

*¿Eating as the medical-nutritional discourse orders?
Discourses and practices on healthy eating habits among middle-class sectors in the City of Buenos Aires,
Argentina.*

Flavia Carolina Demonte¹

Resumen:

Objetivos: describir y analizar los discursos sobre alimentación saludable y su relación con las prácticas declaradas de integrantes de hogares con hijos/as que pertenecen a los sectores medios y que residen en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. **Métodos:** se utilizó un enfoque cualitativo, un tipo de estudio exploratorio-descriptivo y la técnica de relevamiento de la información fue la entrevista semiestructurada. Se seleccionaron intencionalmente 12 hogares pertenecientes a sectores medios que residen en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, integrados por parejas con hijas/os de diferentes edades. El procesamiento y análisis de la información fue realizado mediante la estrategia de análisis temático cualitativo. **Resultados:** se evidencia un discurso homogéneo sobre lo que se considera alimentación saludable, en función de las recomendaciones alimentarias vigentes independientemente de la edad y de vivir o no con sus hijos/as. Así como, una diversidad de prácticas de compra, preparación y consumo de alimentos. Esta diversidad se explica por la presencia de otros criterios que compiten con la búsqueda de alimentación saludable. Aunque se reconoce el efecto preventivo de la alimentación en relación con los problemas de salud asociados a esta, como el sobrepeso y la obesidad, emergen como los más enunciados y las explicaciones se asocian con la responsabilidad individual. Dos son las consecuencias más visibles de la divulgación y penetración del discurso médico-nutricional: reenviar al ámbito individual las prácticas alimentarias y del cuidado del cuerpo y omitir el peso del contexto y la responsabilidad colectiva en la explicación de los problemas de salud asociados con la alimentación actual.

Palabras claves: Alimentación saludable, Discursos y prácticas, Sectores medios, Argentina

Abstract:

Objectives: To describe and analyze the discourses on healthy eating habits and their relationship with declared practices that hold middle-class parents who live in the Autonomous City of Buenos Aires, Argentina. **Methods:** A qualitative research was conducted, a type of exploratory-descriptive study and data was gathered with semi-structured interviews. Twelve households were intentionally selected, consisting of couples who had children of different age. A thematic analysis strategy was carried out to systematize and analyze the transcriptions. **Results:** A homogeneous discourse on healthy eating was observed, which is aligned with expert recommendations regardless of the interviewee's age, whether or not they live with their children, and also their varied food purchasing, preparation, and consumption practices. The diversity observed in these practices can be explained by other criteria which compete with their quest for healthy eating. Even if the benefits of healthy eating to prevent food-related illnesses are recognized, overweight

and obesity seem to prevail as the main reasons to choose what to eat, and individual responsibility is articulated. Two are the consequences of the diffusion and incorporation of the medical and nutritional discourse: first, to consider eating practices and body care as issues related to the personal realm; and, second, to leave out the weight that the social context and collective responsibility exert in the explanation of health problems associated with current eating habits.

Keywords: Healthy eating habits, Discourse and practices, Middle-class sectors, Argentina

Recibido: 17 jun, 2020 | **Corregido:** 27 oct, 2020 | **Aceptado:** 05 nov, 2020

¹ Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Universidad Nacional de San Martín, Instituto de Altos Estudios Sociales (CONICET/UNSAM-IDAES), SAN MARTÍN, ARGENTINA. fdemonte@unsam.edu.ar ORCID: 0000-0003-3786-2635

1. Introducción

En Argentina se vienen debatiendo las principales consecuencias sanitarias que conllevan determinados modos de acceso y consumo alimentarios. Estos debates deben inscribirse en un contexto de industrialización, medicalización y mediatización de la alimentación que se expresa en los discursos –lo que se dice–, en las prácticas –lo que se hace– y en los cuerpos de los/as comensales –que explican, en parte, las contradicciones entre unas y otras–; discurso que trasciende las fronteras nacionales. Si bien los debates no están concluidos, existe cierto consenso de las personas especialistas en asegurar que las dietas de las sociedades urbano-industriales modernas son altas en grasas saturadas, azúcares y otros carbohidratos refinados y bajas en fibras, así como en grasas polinsaturadas, consideradas inadecuadas desde la perspectiva médico-nutricional (Aguirre, 2016; Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2018). Por tanto, responsables de determinadas enfermedades crónicas.

Al respecto, según los datos de la Cuarta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) realizada en 2018 a nivel nacional en la población mayor de 18 años, la prevalencia del exceso de peso por autorreporte (sobrepeso y la obesidad) fue de 61,6 %. Según mediciones objetivas, la prevalencia de exceso de peso fue aun mayor que la autoreportada (66,1 % frente a 61,6 %). De este 66,1 % prácticamente la mitad tiene sobrepeso (33,7 %) y la otra mitad obesidad (32,4 %). La prevalencia de diabetes o glucemia elevada fue de 12,7 %, en concordancia con el crecimiento de la obesidad. La prevalencia de hipertensión arterial por autoreporte rondó el 34 %. Resulta, además, relevante que 6 de cada 10 personas que refirieron ser hipertensos tuvieron alta la presión arterial durante las mediciones objetivas. Finalmente, la prevalencia de colesterol elevado por autoreporte rondó el 29 %. Entre quienes desconocían tener el colesterol elevado, un 29 % tuvo valores elevados en las mediciones objetivas (Ministerio de Salud, 2018).

En simultáneo con este escenario complejo de problemas de salud vinculados con la alimentación, se ha ido extendiendo un insistente discurso médico-nutricional en el marco de la medicalización de las prácticas alimentarias –que data del siglo XVIII en Europa y que coincide con el inicio por la preocupación de la salud de las poblaciones–. Este fenómeno se ha ido profundizando en esta época, impactando en la manera de concebir y evaluar las prácticas alimentarias y los alimentos mismos (Aguirre, 2019). Contreras y Gracia Arnaiz afirmaban ya en 2005 que se asiste a un proceso de “normalización dietética”, producto de la masificación de los estándares de lo que se considera la alimentación adecuada caracterizada como prudente, moderada, equilibrada y racional, cuyo fin último es preservar la salud y prevenir enfermedades.

En este sentido, lo que diferentes personas autoras denominan “hambre de salud”, “imperativo de la salud” o la ‘nueva conciencia de la salud’ son parte de este proceso y se erigen como mandato cultural y moral en el que conservar y mejorar la salud se ha convertido en una medida del logro personal y de la vida correcta” (Lupton, 1996; Crawford, 2006 citado por Freidin, 2017, p. 15) y, por lo tanto, un valor estructurante de las sociedades contemporáneas (Lupton, 1994). La divulgación de mensajes sobre estas cuestiones expresa, en parte, la necesidad de satisfacer estos mandatos.

Estos mensajes se canalizan tanto, a través de la práctica médico-nutricional, como por los diferentes medios de comunicación (Díaz Méndez y Gómez Benito, 2008; Contreras y Gracia Arnaiz, 2005; Farré, Prades y Gonzalo, 2013, Demonte, 2017 y 2018), expresando según M. Poulaïn (citado por Moraes Prata, Juzwiak, Muñoz y Larrea-Killinger, 2019), la “nutricionalización de la alimentación” como variante de la medicalización. Según diversas fuentes, se identifica como “racionalidad nutricional” a las prácticas alimentarias que fomentan el mantenimiento del equilibrio de los nutrientes en la alimentación, enfatizando en el valor nutricional de los alimentos y sus efectos sobre la salud como lo más valorado en la alimentación. Finalmente, Scrinis (2013) propone la corriente del *nutritionism* (en adelante nutricionismo), que influye en las recomendaciones alimentarias, la regulación del etiquetaje de los alimentos, la tecnología de los alimentos y la comprensión de la alimentación por la población lega. El nutricionismo se caracterizaría por una atención en la composición nutricional de los alimentos, sus funciones y un método para comprenderlos, descontextualizándolos de sus modos de producción industrial y simplificando su papel en la salud y enfermedad.

Nombradas de diferentes maneras y divulgadas por distintos medios, hoy las recomendaciones legitimadas acerca de la alimentación saludable promueven comer variado, moderado y equilibrado. El modelo defendido por las personas expertas en nutrición hasta los 60, basado en el discurso de “mantener el cuerpo bien nutrido”, ha sido desplazado por otro modelo fundamentado en la búsqueda del equilibrio en el que los alimentos ricos en proteínas e hidratos de carbono retroceden a favor de la simplicidad de las comidas diarias, de una apreciación de los alimentos frescos y mínimamente procesados (Mascarenhas, 2012; Aguirre, 2019). No obstante, la asociación de los alimentos con los nutrientes tiene plena vigencia.

Teniendo en cuenta la complejidad del contexto, el objetivo del artículo es describir y analizar los discursos y su relación con las prácticas sobre alimentación saludable declaradas de hogares³ de sectores medios con hijos/as que residen en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, asumiendo la

³ En este artículo los conceptos de hogar, unidad doméstica, familia de residencia, nombran al grupo social que habitualmente convive bajo el mismo techo y comparte la misma vivienda. Por lo tanto, todos ellos se toman como sinónimos.

creciente divulgación del conocimiento médico-nutricional (Freidin, 2016; Demonte, 2018) y su penetración como estructurador de discursos y prácticas y como expresión de procesos de medicalización alimentaria, asociados con la normalización dietética, la racionalidad nutricional o el nutricionismo.

2. Enfoque conceptual y antecedentes

Se parte de un enfoque que analiza a la alimentación como un hecho social en el que se interrelacionan cuestiones de carácter no solo biológico, sino también económico, social, político y simbólico (Aguirre, 2005, 2007; Gracia Arnaiz, 2008)⁴. Aguirre (2005) sostiene que, si bien la alimentación puede considerarse como un aspecto prepatológico y los ingresos económicos de los hogares condicionan lo que se puede comprar para comer, los criterios nutricionales y las restricciones económicas no son las únicas explicaciones para comprender por qué se come lo que se come. Razones psicológicas o simbólicas también aportan explicaciones sobre las elecciones alimentarias. Por tanto, están mediatizadas por restricciones (o posibilidades) dadas por el contexto social, económico y productivo en relación con la disponibilidad y con el acceso a los alimentos; pero también, por concepciones acerca de qué es saludable y qué no, quién debe comer qué según su sexo o edad, quién debe comprarlo, quién prepararlo y servirlo, marcando diferencias sociales, etarias y de género.

En este sentido, en este artículo se enfatiza la importancia que fue adquiriendo el discurso médico-nutricional en el marco de la creciente medicalización de las prácticas alimentarias como directriz de la alimentación considerada saludable, así como otros aspectos que condicionan la importancia de ese discurso en la alimentación cotidiana. Los antecedentes de investigaciones sobre discursos y prácticas alimentarias tomados en este estudio provienen de la sociología y la antropología alimentaria. De este modo, se han analizado las representaciones y las prácticas relacionadas con los alimentos, sus principios de incorporación y su relación con las visiones sobre el cuerpo articuladas en el concepto de estrategias domésticas de consumo según diferentes sectores de

⁴ Este artículo forma parte de un proyecto titulado "Alimentos, cuerpo y salud. Análisis de las representaciones y prácticas sobre la alimentación y su vinculación con la salud/enfermedad en la Argentina reciente, Ciudad de Buenos Aires" que se llevó a cabo durante 2018 y 2019 en el marco del Programa de Postdoctorado en Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires/Facultad de Ciencias Sociales, bajo la tutoría de la Dra. Betina Freidin, Investigadora del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET)/Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

ingresos (Aguirre, 2005; Bergel Sanchís, Cesani y Oyhenart, 2017), las visiones sobre la alimentación saludable y la percepción de riesgos asociados a la comida industrializada (Freidin, 2016 y Freidin y Bonetto, 2017), las por entonces nuevas ideas sobre la búsqueda de la salud y el bienestar y el desplazamiento (aunque conviviendo de manera contradictoria) de la comida “nutritiva” a la comida “sana” (Álvarez y Pinotti, 2000). También han constatado la presencia de “alimentos creados” por el sistema científico tecnológico y apropiados por la industria alimentaria (Aguirre, 2011), que han reconstruido la relación con los cuerpos (Aguirre, 2019) y, finalmente, han analizado la forma que adopta el comer cotidiano en la Argentina de hoy (Aguirre, Córdova y Polischer, 2015).

Además, se han retomado investigaciones sobre las representaciones sociales, sobre la alimentación y su vinculación con la salud/enfermedad y sobre las recomendaciones alimentarias en la prensa argentina (Demonte, 2017, 2018), ya que, a partir del análisis de los discursos mediáticos en torno a la alimentación y en consonancia con los discursos médicos, fue posible reconstruir las representaciones sociales asociadas con los alimentos y sus efectos sobre el cuerpo, la salud y la enfermedad.

3. Metodología y datos

3.1 Enfoque

Se utilizó un enfoque metodológico cualitativo para la recolección, procesamiento y análisis de los datos y se realizó un tipo de estudio exploratorio-descriptivo.

3.2 Población de estudio

El tipo de muestra fue no probabilística, sino a partir de la selección de los casos de acuerdo con los siguientes criterios: hogares de sectores medios⁵, que residen en Ciudad de Buenos Aires e integrados por parejas con hijas/os. Asumiendo que la edad y tener o no hijos/as afectan sensiblemente la alimentación de los hogares y sus integrantes (Aguirre et al., 2015), se seleccionaron hogares con hijos/as de diferentes edades, excluyendo a aquellas familias que no les tengan. Como otro criterio de exclusión, se estableció que no tuvieran vinculación laboral con el sistema de salud en temas asociados con la alimentación, para relevar los discursos y prácticas de personas sin experiencia o conocimiento legitimado como “científico”. La técnica de contacto fue

⁵ En términos de sectores de ingresos, implicó que las personas entrevistadas tuvieran nivel de educación medio completo o más (y/o ocupaciones típicas de sectores medios); alguna cobertura de salud (obra social o prepaga a través de obra social o por contratación voluntaria) y que residan en barrios considerados de clase media.

mediante redes personales (amistades y personas conocidas que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión establecidos).

Se seleccionó un total de 12 hogares, donde se realizó entrevistas a la persona responsable de la alimentación del hogar, la cual fue identificada en el contacto previo a la realización de la entrevista. Se consideró como persona responsable de la alimentación a quien se encarga de la mayoría de las tareas asociadas con la práctica alimentaria, como planificar las comidas, realizar las compras, encargarse de la preparación del desayuno, almuerzo, merienda y cena y lavar los utensilios utilizados. Si la responsabilidad era compartida, se solicitó realizar la entrevista a todas las personas responsables del hogar. En los casos en que ello no fue posible, se entrevistó a quien aceptó participar de la investigación. De los 12 casos, en 9 de ellos la entrevista fue individual y realizada a la mujer. En los otros 3 restantes, participaron ambos integrantes de la pareja. Las entrevistas tuvieron una duración de una hora aproximadamente. No obstante, en algunos casos, luego de finalizada la grabación, se continuó la conversación sobre cuestiones vinculadas con la investigación que fueron registradas una vez finalizado el encuentro.

En relación con las cuestiones éticas, se solicitó un consentimiento informado mediante el cual las personas entrevistadas recibieron información sobre los objetivos, la metodología, la utilización de los resultados, el financiamiento y se garantizó el anonimato. La propuesta, la guía de entrevista y la carta de consentimiento informado contaron con el aval del Comité de Ética de la universidad donde se radicó el proyecto.

3.3. Técnica de recolección

La técnica de recolección de la información fue la entrevista semiestructurada a la que se incorporaron imágenes de diferentes tipos de cuerpos y del plato de la alimentación saludable presente en las Guías Alimentarias para la Población Argentina (GAPA). La recolección de la información se hizo en paralelo con el análisis, lo que permitió ajustar el guion de entrevista de acuerdo con el proceso investigativo. Mediante la entrevista, se indagaron dimensiones referidas a la alimentación saludable, a las recomendaciones y las fuentes de información para obtener información sobre alimentación y salud, a la compra, preparación y momentos de consumo de alimentos y a la alimentación en relación con la salud y el peso corporal.

3.4 Procesamiento de análisis

Las entrevistas se desgrabaron y su análisis fue realizado simultáneamente con la etapa de recolección, mediante la estrategia de análisis temático, a través de la cual se identificaron y describieron temas luego del proceso de codificación de las categorías. Esto permitió establecer vínculos entre ellos y, a partir de la interpretación de esos temas y sus relaciones, se construyó el relato analítico. (Dabenigno, 2017). Para el procesamiento se utilizó soporte informático para datos cualitativos (Atlas.TI, Versión 8).

4. Resultados y discusión

4.1 Alimentación saludable

4.1.1 *Las definiciones*

En los discursos sobre alimentación saludable de las personas referentes de estos hogares, independientemente de sus edades y momentos del ciclo familiar, se evidencia una fuerte presencia del discurso médico-nutricional sobre lo que hay que comer, cómo hay que comer y eventualmente cómo hay que preparar ciertos alimentos. Así todas estas personas definen la alimentación saludable según un patrón alimentario de referencia –la dieta variada– basado en la restricción del consumo de ciertos alimentos que contengan principalmente azúcares y grasas, pero en la promoción del consumo de otros como frutas, verduras, legumbres, lácteos, algunas carnes, en consonancia con las recomendaciones vigentes, como veremos luego.

Adriana (61 años) reproduce la definición de alimentación saludable de esta manera: "hay que comer sin sal, o con poca sal, hay que comer pocas grasas, hay que incorporar mucha fruta y muchas verduras". También identifican las prácticas para lograrla: comer variado. Ana (74 años) enfatiza en la combinación y en la frecuencia de ciertos productos: "para mí la alimentación saludable es combinar carne y vegetales, y pollo... pescado, por lo menos una o dos veces por semana".

Mientras que Diana (49 años) pone foco en la variedad y en las necesidades de cada persona: "lo primero que te diría [sobre qué es para ella la alimentación saludable] es que es variada, primero, baja en grasas saturadas, pero sobre todo variada. Y me parece que adecuada a lo que cada uno necesite". Lorena (43 años) agrega la cuestión del gusto de sus hijas, como aspecto también de la alimentación saludable, vinculada con el placer: "tratamos de que tengan una alimentación variada.

Sí que tengan variedad de (...) carne, pollo, verduras, frutas, cereales. También hidratos de carbono, por supuesto, y también en los gustos de ellas”.

Ana (74 años) también incorpora una recomendación central respecto de la variedad que tiene que ver con los tipos y los colores de las frutas y verduras. “Si comemos carne, al otro día comemos verdura, y la carne va con ensalada cruda, y respeto los colores de la verdura, amarillo, blanco y verde”. Además de la variedad definida como el consumo de los diferentes grupos de alimentos, pero con un énfasis en el consumo de las frutas, verduras y diferentes tipos de carnes. También, la moderación de ciertos consumos aparece en el discurso de Mercedes (51 años): “para mi alimentarme saludablemente es, primero, la variedad, poder comer de todo un poco. Desde lo que capaz no es tan saludable como las grasas, los chocolates, los helados, y también lo más saludable”.

Si la variedad, pero también la moderación son características recurrentes de cómo debe ser la alimentación saludable, menos recurrencia tiene en los discursos la cuestión del grado de procesamiento de los alimentos como aspecto definitorio de lo saludable o no saludable⁶. Si bien algunas personas entrevistadas definen la alimentación saludable como el consumo de alimentos poco procesados, asociándolos principalmente con las frutas, verduras y las carnes, la mayoría identifica lo saludable enfatizando en los grupos de alimentos más que en su grado de procesamiento y en sus componentes que, según se construye, aportan o dejan de aportar, en congruencia con el nutricionismo. Ana (74 años), en varios pasajes de la entrevista, comenta:

Yo desayuno dos naranjas y un limón siempre para tener mi cuota de vitamina C. La morcilla dicen que es buena para la persona que está débil viste porque tiene glóbulos rojos, hierro (...) incorporé en el desayuno las semillas que dicen que tienen calcio. Me compro avena y me la tomo con la leche, dicen que limpia, barre todo, todas las grasas (...) ¿el limón para qué? le echo un poquito de agua caliente porque yo leí que te limpia el organismo.

En relación con ello, también Claudia (64 años) relata:

mi doctora, la clínica, me dice que me compre almendras en lugar de la cápsula en la farmacia. Te comes cuatro o cinco almendras (...) y las semillas de chía, por el colesterol, y las de sésamo, no me acuerdo por qué. Todas las semillas que se te ocurran, todas.

⁶ En los últimos años, se comenzó a discutir la clasificación de los alimentos a partir del tipo de procesamiento empleado en su producción donde los alimentos naturales o mínimamente procesados son los más saludables y los alimentos ultraprocesados son los menos saludables. El sistema NOVA, propuesto por la Universidad de San Pablo, Brasil, clasifica los alimentos y los distintos tipos de alimentación según la naturaleza, finalidad y grado de procesamiento industrial.

En contrapartida, la mayoría identifica lo no saludable también con sus componentes: grasas, azúcares y sodio. Componentes que las personas entrevistadas dicen limitar o evitar en consonancia con las recomendaciones vigentes. Aquellas personas que definen lo saludable asociado con lo natural o con lo no procesado, no tienen demasiada claridad respecto a qué significa con exactitud el procesamiento, los grados de procesamiento y sus efectos en la salud y en el cuerpo, producto de los procesos de industrialización (Aguirre et al., 2015)⁷.

Tampoco los inscriben en el actual sistema de producción alimentaria. Sin mencionarlos explícitamente, los asocian con los productos ultraprocesados sin tener en cuenta que, producto de la industrialización actual, todos los alimentos tienen cierto grado de procesamiento (Ministerio de Salud, 2016). Sí mencionan, explícitamente, otros aspectos del sistema de producción alimentaria actual, a partir de la sensación de no saber qué se está consumiendo, provocando incertidumbre y cierta desconfianza evidenciadas en otras investigaciones (Contreras Hernández, 2005; Zafra Aparici, Muñoz García y Larrea-Killinger, 2016; Freidin, 2016, entre otras). En relación con ello, Lorena (43 años) expresa esta incertidumbre y sus reacciones: "lo que pasa es que si no tiene azúcar tiene edulcorante, entonces ¿qué es peor?, no sé, o sea, nada está bueno. No consumimos edulcorante ni azúcar". También, Claudia (64 años) reconoce no querer pensar cómo se producen los alimentos:

No me voy a poner a pensar lo que hacen con los pollitos porque, con ese criterio, también en un invernadero no es natural, el sol que le ponen a los tomates (...) leí, queso procesado, que alguien me explique qué significa un queso procesado que tiene aspecto a queso fresco, pero sale mucho más barato, ¿qué es? ¿la sobra de qué cosa? ¿qué proceso?

Para los casos en los que se preocupan con el consumo de grasas o azúcares, la lectura del rotulado nutricional sirve como resguardo para saber la composición nutricional, pero no les disipan las dudas e incertidumbres que les generan los procesos de producción actual. Cabe mencionar que ese tipo de práctica –la lectura de las etiquetas–, es habitual en los hogares en los que algunos de sus integrantes (que viven o no con en el hogar) practican la alimentación de tipo vegetariana o vegana. La búsqueda activa de información acerca de ciertos componentes fue clave para realizar esa práctica de lectura y análisis. Claudia (64 años) narra que desarrolló esta práctica a partir de las enseñanzas de su hija vegana y que le sirve en su objetivo de evitar el consumo de grasa:

⁷ Aguirre et al. (2015) afirman que en la actualidad los alimentos industrializados están naturalizados: el atún en lata; los postres en polvo para realizar preparaciones; las masas de tarta, pizza, empanadas, etc. Esto implica que son productos que no son asociados con su procesamiento industrial.

Lo que más cambió en mi forma de hacer las compras y de cocinar, es leer las etiquetas (...) Para mí son las grasas lo importante, la proteína no me preocupa demasiado, pero las grasas, sí (...) mi enemigo es la grasa. De cuando vos comprás un cubito de caldo (...), y te dice que es caldo de verdura, y después de hacerlo queda frío y arriba te queda verde de grasa (...) ¿qué clase de grasa es? ¿qué será? ¿grasa vegetal? Pero yo nunca vi que la grasa vegetal quede flotando.

Para los alimentos frescos, en algunos muy pocos casos, la compra de productos agroecológicos en la forma dominante del bolsón de productos frescos (como se verá en el apartado sobre las prácticas de compra), sirve como resguardo, pero también como una opción ética de consumo.

4.1.2 *Las principales fuentes y espacios de información, orientación y consulta*

Como puede observarse, las personas entrevistadas conocen las recomendaciones hoy legitimadas y que, además de las investigaciones nacionales de referencia (Aguirre et al., 2015; Freidin, 2016; Freidin y Bonetto, 2017), han confirmado también estudios de otros países.⁸ Ello no varía con la edad ni con la presencia o no de hijos/as en el hogar. Para Aguirre et al. (2015) es notable cómo los conceptos acerca de una alimentación sana se encuentran en todos los grupos de edad y de género, incluso además en todos los estratos sociales.

Díaz Méndez y Gómez Benito (2008) afirman que las recomendaciones alimentarias son las orientaciones sobre ciertos consumos que tienen el propósito de prevenir la enfermedad y promover la salud. Recomendaciones que son realizadas por instancias públicas o privadas. Se refieren no solo a lo que se consume (la dieta), sino a cuánto, cómo, cuándo y dónde se consume. Las personas entrevistadas conocen las recomendaciones por diferentes fuentes y espacios: por la consulta realizada –en algún momento– con profesionales en medicina o nutrición o, incluso, de otros modelos de atención, como la medicina ayurvédica, la medicina ortomolecular, la homeopatía (Menéndez, 2003).

Aunque las actuales recomendaciones alimentarias del modelo médico incorporaron la cuestión del procesamiento de los alimentos –presente por ejemplo en los mensajes de las Guías Alimentarias para la Población Argentina (Ministerio de Salud, 2016)⁹, ello aun es marginal pues

⁸ Otros estudios indican la existencia de similitudes en las percepciones de la alimentación saludable entre individuos legos: privilegiar frutas y verduras, controlar el exceso alimentario, no ingerir demasiadas grasas o azúcar, comer equilibrado, variado (Paquette, 2005 citado por Moraes Prata et al., 2019).

⁹ Las GAPA traducen las metas nutricionales en mensajes prácticos que expresan las recomendaciones alimentarias.

no se utiliza como sistema de clasificación predominante. Aquellas personas entrevistadas que asociaron lo no saludable con el grado de procesamiento industrial de los alimentos fueron quienes consultaron o acudieron en algún momento de sus vidas a este tipo de especialistas, lo cual implica un dato significativo. Lo anterior, fue estudiado ampliamente por Freidin (2017) y debería profundizarse en indagaciones posteriores propias.

Como parte de los diferentes modelos de atención, las propias redes personales o familiares son fuentes de información y orientación. Pero los medios de comunicación también lo son. Lorena (43 años) relata que el pediatra es su referente, pero también escucha las recomendaciones de sus redes de personas conocidas, aunque les reconoce ciertos límites:

Llega un momento en que digo "(...) ¿qué hago?, ¿dónde voy a comprar?" (...) Pero no me vuelvo loca. Yo conozco otras madres que sí... yo sólo las escucho cuando dan recomendaciones a los demás. No sé cómo resuelven su cotidianidad... me han dicho que no le dan más leche pero le dan yogurt. "No porque viste que la leche es malísima", ¿y el yogur qué te crees que es? (...) a veces la gente se sube a estos comentarios (...) que tienen poca reflexión.

La diversidad de fuentes y espacios no debe sorprender ya que, en el actual contexto, las recomendaciones y consejos alimentarios se erigen en patrimonio del saber y la práctica médico-nutricional, están legitimados por el Estado y son divulgados por diferentes espacios y medios de comunicación (Demonte, 2018). Este proceso de divulgación al que refieren las personas entrevistadas, y que es posible encontrar en la bibliografía, no debería sorprender si se lo encuadra en los conceptos de medicalización alimentaria, normalización dietética y nutricionalización y los procesos de mediatización implicados.

Las GAPA y el gráfico del plato de la alimentación saludable forman parte de las iniciativas del Estado argentino destinadas a la población general. Son recomendaciones para promover la alimentación saludable y la prevención del sobrepeso y la obesidad. Pero pocos de las personas entrevistadas dijeron conocerlas. Sin embargo, al ver el gráfico lo asociaban con la pirámide nutricional¹⁰ y podían comprender el contenido y las recomendaciones allí establecidas. Esto expresa no solo la divulgación del saber médico-nutricional sino su penetración y su efecto terapéutico; pero, especialmente, preventivo, ya que solo integrantes de hogares con alguna

¹⁰ Al igual que el plato, la pirámide nutricional es una herramienta de educación y promoción de salud que muestra de manera gráfica qué cantidades han de consumirse para seguir una alimentación saludable. La forma triangular de la pirámide nutricional orienta sobre la frecuencia y las cantidades que se debe consumir de diferentes alimentos.

problemática han acudido a un especialista, aunque todos los demás tenían información acerca de qué significa para las recomendaciones alimentarias comer saludablemente hoy.

Dos características asumen estas recomendaciones según Díaz Méndez y Gómez Benito (2008): una, la mutabilidad a lo largo del tiempo; otra, la de ser la expresión de un conocimiento que, a pesar de tener el estatus de científico, no deja de ser una construcción social e histórica, es decir, una construcción situada. Esta mutabilidad y esta construcción es reconocida por algunas de las personas entrevistadas. Claudia (64 años) ejemplifica: "dejás de consumir azúcar. Nosotros, azúcar cero. Pero ahora te dicen "hay que usar stevia". Ana (74 años) también ejemplifica: "hace años luz las comidas preferidas eran huevo frito con papas fritas. Yo nunca más lo volví a probar, nunca. Huevo duro sí. Fritos no". El reconocimiento de la mutabilidad de las recomendaciones no implica abandonarlas, sino cumplirlas en el aquí y ahora.

4.2 ¿Alimentación saludable a la hora de comprar, preparar y comer?

Teniendo en cuenta los discursos sobre la alimentación saludable, el actual contexto productivo y económico como condicionante de determinadas prácticas y los diferentes ciclos vitales y familiares, ¿se lleva a la práctica este discurso sobre la alimentación saludable desde el discurso de las personas entrevistadas? Esta pregunta es posible de responder de manera aproximada, pues se reconoce la limitación de la técnica utilizada a la hora de explorar la relación entre lo que se dice (los discursos) y efectivamente se hace (las prácticas), denominado como el *décalage* (Contreras y Gracia Arnaiz, 2005). Este es recurrente especialmente en los discursos y prácticas vinculadas con la salud y la enfermedad (Menéndez, 2012). Partiendo de lo anterior, se describirá y analizará lo que las personas entrevistadas dicen que hacen. En otras palabras, sus discursos sobre sus prácticas.

4.2.1 ¿Qué comemos hoy? Entre la comida variada, la comida chatarra y el vegetarianismo

La mayoría de las personas entrevistadas, independientemente de su edad y de su situación familiar, dice intentar poner en práctica aquello que definen como alimentación saludable y que se asocia con las recomendaciones alimentarias del saber médico nutricional, confirmando lo que han evidenciado otras investigaciones (Aguirre et al., 2015; Freidin, 2016). En primer lugar, y según el criterio de variedad y equilibrio, dicen incluir carnes diversas, pero sigue siendo la protagónica la vacuna y le siguen en importancia el pollo, el cerdo y el pescado. Además, verduras, frutas, lácteos y, en algunos casos, también legumbres. Sin embargo, el criterio de variedad muchas veces está asociado con un concepto de alternancia entre un grupo acotado de alimentos y preparaciones

que a un gran abanico de alimentos o preparaciones posibles. En segundo lugar, dicen excluir o limitar ciertos productos. Como se adelantó, prácticamente ninguna de las parejas entrevistadas dice consumir azúcares agregados y, siempre según sus relatos, tratan de limitar el consumo de alimentos grasos seleccionando aquellos que algunos identifican como los productos de la "línea verde" y que asocian con los alimentos *light*. O intentan evitar el consumo excesivo de harinas blancas y optan por las integrales, por ejemplo.

Si bien estos tipos de productos son los más nombrados, congruente también con las definiciones de alimentación saludable que esgrimen, cuando se indaga sobre el rol de las personas integrantes del hogar en la definición de lo que se come, se revelan criterios diferenciales y negociaciones permanentes para poder cumplir con la alimentación saludable. La presencia o no de personas menores y adolescentes en el hogar es una variable de importancia respecto de la alimentación del hogar que marca diferencias significativas entre las personas entrevistadas. Así en la alimentación cotidiana de las familias con personas menores, se ponen en juego negociaciones con los productos que vende la industria destinada al público infantil. Como afirman Aguirre et al. (2015), las comidas que muchas veces terminan eligiendo y consumiendo este grupo de personas más pequeñas son los productos más grasos, salados y azucarados y, por lo tanto, los menos saludables, confirmando lo relevado por estudios realizados a nivel nacional (Ministerio de Salud, 2019). Si bien las madres entrevistadas, al igual que en la investigación de Freidin (2016) y Freidin y Bonetto (2017), manifestaron cierta preocupación y dificultad para moderar el consumo de ese tipo de alimentos, se trata de una negociación constante donde se dan las mayores licencias. Lo anterior, porque aun en los hogares donde se definía a la alimentación saludable como el consumo variado de productos poco procesados, a medida que transcurría el relato sobre las prácticas de selección y consumo, iban apareciendo productos que lejos están de considerarse poco o mínimamente procesados.

Las justificaciones son similares en todos los casos: la dificultad para acceder a productos mínimamente procesados, sea por cuestiones de accesibilidad geográfica o económica, el tiempo que implica buscarlos y prepararlos o sencillamente las negociaciones que deben llevar adelante con sus niños o niñas. Diana (49 años) se refiere a esta negociación: "trato de que no haya mucho procesado excepto las patytas¹¹, que un paquete al mes de 400 gramos compro y los patys¹² que compro una caja de doce al mes. Esos son como mi transa¹³ con los procesados". A pesar de esta afirmación, no registra que en otro tramo de su relato había manifestado que sus hijos/as

¹¹ Nuggets de pollo de una marca de hamburguesas.

¹² Marca de hamburguesas.

¹³ Refiere a la transacción; negociación.

consumían, además de estos productos, galletitas dulces, snacks (palitos salados, papas fritas de paquete), helados, golosinas, pizzas, entre otros alimentos procesados o ultraprocesados. Una de las entrevistadas que más esfuerzo hacía para evitar este tipo de productos, Cecilia (44 años), además identifica cambios y negociaciones, según pasaban los años y los/as hijos/as:

Ahora, sí, algunas cosas. Porque me salvan y les gusta. Una vez por semana, hago una pasta. Galletitas les compro por si vienen amigos (...) Entonces, quieren galletitas de chocolate, milanesa con puré, salchicha (...) salchicha yo nunca le di a la más grande, y al del medio le gusta el pancho¹⁴. Come uno, entonces una vez por mes le hago. Me relajé (...) ¿Snacks? Una vez cada tanto, si se acuerdan ellos y me piden.

La comida rápida sigue apareciendo como el gran enemigo de padres y madres de personas menores y de adolescentes, pues se asocia con lo no saludable. Por lo tanto, se busca que su consumo no sea cotidiano sino en ocasiones especiales. Al igual que lo identificado por Freidin y Bonetto (2017) Mc Donald's es el emblema de la denominada comida chatarra. Mariana (44 años) afirma que accede a llevarlos a comer allí: "Una vez por mes vamos a Mc Donald's (...) les encanta. Pero solo una vez por mes". Diana (49 años) comparte su visión sobre este tipo de comida en relación con las salidas de su hija:

D: M. empezó a tener salidas con sus amigas los viernes al mediodía. Van a MacDonald's. Lo que empezamos a hablar con algunas madres es que no vayan. A algunas no les importa y a otras nos preocupa que vayan siempre ahí.

I: ¿Y por qué les preocupa?

D: Porque es una mala comida (...) Muy pocas veces los llevé. Y nos sentimos mal, es como que no terminas de digerir (...) prefiero que vayan a una pizzería del barrio antes que ir ahí.

Cuando en el hogar hay adolescentes, las tendencias alimentarias vinculadas con el veganismo o el vegetarianismo adquieren protagonismo y replantean lo que se come y cómo se come al interior de cada familia. Cabe aclarar que, salvo en un caso, en la mayoría de los hogares seleccionados con adolescentes, estos últimos practicaban una alimentación de tipo vegetariana, lo que resulta significativo. No obstante, cabe aclarar que se trata de una particularidad de la muestra y deberá ser indagado con mayor profundidad, pues no se evidencia en los consumos alimentarios de adolescentes revelados a nivel nacional (Ministerio de Salud, 2019). Según el relato de las personas

¹⁴ El pancho en Argentina refiere al *hot dog*.

adultas, las situaciones conflictivas se dan en los momentos de preparación y consumo. Las actitudes de los padres y madres pueden oscilar entre la intransigencia y la comprensión. Mercedes (51 años) relata:

muchos dicen ¿cómo lo dejaron? Pero no es cuestión de dejarlo o no dejarlo (...) yo ayer justo estaba comiendo cerdo en la cena, que estaba riquísimo, y él empezó (...) mira este video (...) ahora quiere dejar de comer huevo (...) Eso sí lo tengo clarísimo, no lo voy a dejar hacerse vegano.

En relato similar comparte Claudia (64 años) que tiene dos hijas veganas, que ya no viven en el hogar, pero se reúnen los domingos:

Al tener dos veganas, estamos dejando nosotros de consumir determinadas proteínas (...) [nuestra alimentación] cambió mucho (...) acá, nosotros somos tanos, o sea que los domingos es juntarse y comer estofado (...). Y un día, se acabó el estofado. Si me agarra la loca, lo hago un martes y me lo como yo.

Aparecen así nuevos dilemas en los hogares en los que hay personas menores y adolescentes, que no se presentan en los hogares que ya no conviven con estos. Se mueven entre la comida rápida (o chatarra) y el vegetarianismo (y en algunos casos, con deseos de veganismo). Si la comida rápida plantea la dificultad de la negociación bajo cierto conocimiento sobre los componentes de ese tipo de comida y, por lo tanto, la cuestión de la salud de menores y adolescentes aparece en primer plano como fundamento para morigerar el consumo; el vegetarianismo plantea un dilema ético/moral, ya que las hijas o los hijos de estas parejas no son vegetarianos por razones de salud, sino por razones éticas y morales de cuidado de los animales. Con lo cual, también, se expresan los aspectos simbólicos que explican algunas de las elecciones alimentarias, además de los biológicos. Según las madres y los padres que se entrevistaron, sus hijos o hijas no comen así por razones de salud, afirman que no comen bien y no les interesa comer mejor. Se reedita entonces una nueva preocupación que desplaza, en el caso de menores, a la preocupación por el consumo de la comida chatarra. Una pareja con hijo vegetariano (de 26 años) relata:

Rubén (53 años): yo le tengo que decir, '¿por qué no comes semillas de girasol que tienen muchas proteínas?' y por ahí come una vez. Si no le estoy encima no come, no es que él tiene una postura sobre su salud.

Silvia (54 años): no come bien. Come bien a la noche cuando se sienta a comer un plato de comida, de verduras o ensaladas.

4.2.2 ¿Adónde se compra, quién compra y según qué criterios?

Más allá de que el criterio de la salud sea definido apelando al saber médico-nutricional, en su mayoría proveniente de la biomedicina, pero no excluyentemente y construido como saber legítimo, se pone en juego en las personas entrevistadas e intenta guiar las elecciones propias y los hijos o las hijas. Estos hogares también se encuentran con otro de los condicionantes contextuales más importantes como lo es, en la actualidad, el precio de los alimentos y, especialmente, de los alimentos considerados saludables, aspecto que refiere a las cuestiones de carácter económico-social y político implicadas en la alimentación, considerada como fenómeno social complejo.

Aunque se trate de sectores de ingresos medios, la situación económica impacta sobre la alimentación y las personas entrevistadas lo manifiestan abiertamente y enuncian diferentes estrategias. Una de las maneras de sortear estas limitaciones está relacionada con la diversificación de los lugares de compra. Práctica que llevan adelante todas las personas entrevistadas. Por lo tanto, lo que predomina es la diversidad, según diferentes criterios; pero, fundamentalmente, los precios, la calidad y la comodidad son los que prevalecen. En la mayoría de los casos analizados, y a diferencia de otros sectores de ingresos (Aguirre, et al., 2015), el supermercado va perdiendo centralidad. Aunque no se abandonan sus ofertas y sus oportunidades de financiación y crédito, vuelven a escena la feria, la carnicería, la pescadería, la verdulería, el almacén del barrio, en los que se prioriza la calidad de los productos (“las frutas y verduras son de mayor calidad en la verdulería”; “el pescado en la pescadería es más fresco”; la carne es mejor en la carnicería”), la comodidad y la posibilidad de elegir lo que se compra. Este último criterio se problematiza con la tendencia actual de comprar el bolsón de frutas y verduras. Tendencia que siguen las parejas que conviven con sus hijos o hijas y, dentro de ellas, las que están más preocupadas por el consumo de alimentos procesados y las que han optado, en algunas oportunidades, por otros modelos de atención médica, como se afirmó anteriormente.

Entre las ventajas, frente a una verdulería tradicional, las personas entrevistadas destacan el sabor y la frescura –suelen ofrecer frutas y verduras de estación–, el precio –suele achicarse la cadena de comercialización pues se le suele comprar directamente al productor– y, fundamentalmente, que entran en la categoría de productos agroecológicos y considerados saludables. Algunas personas entrevistadas mencionan como desventaja la imposibilidad de poder elegir los productos que integran el bolsón, aunque otras lo ven como una oportunidad para el aprendizaje sobre productos y preparaciones nuevas.

Por lo tanto, si lo que se busca comer está asociado a la salud, aunque no es el único criterio, dónde se compra está relacionado además con otros factores: precio, calidad y comodidad. La calidad como criterio es lo que más asociado está a la cuestión de la salud, porque consumir alimentos de calidad también es saludable. Sin embargo, como afirmó Ana (74 años), "comer sano sale caro". Por su parte, Cecilia (44 años) quien, ante la idea general de que comer sano sale caro, argumentó:

No, para nada. Yo compro un bolsón de verduras (...) la gente no sabe comer. Yo me como todo el bolsón. Yo cocino en relación al bolsón (...) Yo veo a la gente en los supermercados, carros de gaseosas, hamburguesas, comer así es carísimo.

Al igual que en la investigación de Aguirre et al. (2015), son las mujeres las que mayormente se encargan de la realización de las compras y ponen todo su empeño para regular el equilibrio de lo que desea y le gusta a cada integrante con el criterio de la salud que es la que ella debe, por mandato social y cultural, encarnar. Los hombres, también según las personas entrevistadas, cuando hacen las compras, acompañan a hacerlas, compran lo que les interesa. Y, al igual que en la investigación citada, aquí se observa que la mujer-madre busca comprar lo necesario, lo que mejora la salud y la alimentación de su familia; el marido encarna el placer, expresado como alimentos que seguramente no son los que recomiendan los especialistas y que rompen el presupuesto. Las personas menores continúan la línea del padre y piden alimentos deseados, aunque poco saludables. Estos aspectos refieren a otra de las cuestiones de carácter simbólico implicadas en la alimentación considerada como fenómeno social complejo. Mariana (44 años) explica los diferentes criterios que se ponen en juego a la hora de la compra: "al supermercado voy sin ellos [en referencia a sus hijos y pareja]. Y mi marido, me destruye el presupuesto (...) Cuando compra él, compra algo concreto (...). Pero en general no hace las compras. O si va al supermercado va con la lista que yo le armo". Finalmente, Cecilia (44 años) reconocía las dificultades en la organización de las compras para sostener una alimentación sana, reafirmando su protagonismo:

C: Si esta ciudad fuera un poco más fácil para la alimentación buena, sería más cómodo, pero es muy difícil. Es muy costoso, son todos lejos. En mi barrio (...) compro la verdura. En el barrio de al lado compro los cereales, legumbres, pero la harina yo la compro en Córdoba, me la mandan, entonces tengo como toda una logística complicada, pero trato de sostenerla.

4.2.3 ¿Qué se cocina? ¿Quién prepara y según qué criterios?

A diferencia de las prácticas de compra, en las que, si bien ambos deciden qué se compra la mayoría de las veces es la mujer la que se encarga de ello, las prácticas de preparación están bastante distribuidas en relación con los géneros, especialmente en las parejas más jóvenes. En las familias que viven con sus hijos o hijas, el gran organizador de esta práctica es el trabajo de las personas adultas. Por tanto, la preparación requiere de la administración racional y eficiente del tiempo donde, además, se ponen en juego otros criterios como el dinero, el valor nutritivo de las preparaciones y el afecto. Siguiendo ello, aquí prepara-cocina el que tiene tiempo de hacerlo o el que está en el hogar a la hora de las comidas. Las preparaciones están relacionadas con la compra, con el día a día, tratando de respetar el criterio de variedad aludido en las definiciones sobre alimentación saludable. Diana (49 años) lo refería así:

Cuando los días están más complicados haces cualquier cosa (...) el criterio es de oportunidad, de practicidad, de simplicidad más que un criterio de variedad (...) nunca se come lo mismo mañana y noche y nunca se come lo mismo un día y otro (...) si comieron fideos hoy, trato de que recién vuelvan a comer fideos a los tres días.

Aunque, cuando hay hijos o hijas en el hogar participan otros actores en los eventos alimentarios (niñeras, empleadas domésticas, abuelas), son los padres los que deciden qué comprar y cocinar. La niñera o empleada doméstica no participa en decisiones sobre qué se compra, pero sí puede preparar comidas o puede definir, dentro de un abanico acotado de posibilidades, lo que se cocina e incluso compartir el almuerzo de las personas menores cuando sus padres no se encuentran en casa. Las definiciones son muy acotadas; por ejemplo, puede definir los ingredientes de una ensalada y prepararla, pero no el menú completo. Por el contrario, las abuelas tienen otro rol. Definen y deciden y siguen el gusto de las personas menores, aunque no se respeten los criterios de comida saludable.

La presencia o no de hijas o hijos en el hogar además de influir en las decisiones sobre lo que se compra y lo que se come, también afecta las rutinas. Si bien todas las personas entrevistadas intentan cumplir con las cuatro comidas diarias recomendadas por el discurso médico-nutricional (Ministerio de Salud, 2016), las familias que viven con sus hijas e hijos intentan cumplir con el criterio de variedad (pero que implica alternancia) para garantizar una alimentación saludable especialmente para estas y estos. Las familias que no viven con sus hijos e hijas no les preocupa repetir menús el mismo día. Por tanto, no hay rutinas establecidas: se prepara la comida una vez al día y la distribuyen en almuerzo y cena; o se almuerza en un bar cercano y preparan solamente la cena. Pero, según sus relatos, fue algo que se modificó a partir de la reestructuración del hogar con la salida de las hijas o

los hijos. En este sentido, las parejas que ya no viven con sus hijos e hijas recuerdan esa etapa de sus vidas como muy estructurada producto de la organización de las comidas diarias (desayuno, almuerzo, merienda y cena) y la preocupación por qué preparar en cada una de ellas para garantizarles una alimentación variada. No obstante, cabe aclarar que el criterio de variedad busca cumplirse; pero a lo largo de la semana y no en las comidas diarias.

Aun con estos cambios, cuando debe cocinarse, lo hace la mujer. Al igual que en la investigación de Aguirre et al. (2015), los hombres que cocinan todos los días –que los hay, aunque son los que están jubilados o trabajan con horarios flexibles– eligieron cocinar porque les gusta y negociaron este rol con sus parejas. En cualquiera de los casos, la preparación cotidiana de las comidas, a pesar de las dificultades, intenta perseguir también las recomendaciones nutricionales. Algunos ejemplos: acompañamientos como ensaladas, puré de papas y arroz; bastante carnes y pastas; poco frito; mucho horneado; algo de grillado para los almuerzos y cenas, y quesos untables light, tostadas, infusiones sin azúcar para los desayunos (café con o sin leche, mate o té) para las meriendas y los desayunos. En el caso de la presencia de menores, leche y galletitas industriales. Ana (74 años) relata lo siguiente sobre el abandono de la fritura como tipo de preparación, sus razones y sus consecuencias:

No como fritos, como cosas al horno. Porque no quiero frito, por el colesterol, no quiero que me vuelva más, me cuido mucho. (...) la última vez que fui [al cardiólogo] le mostré y me dijo '¿cómo hiciste?'. Muy simple, comer sano. Eliminé lo frito.

A diferencia de otros momentos de auge, en la mayoría de los casos el *delivery* es solo para productos y ocasiones muy específicos, como algún día de fin de semana o luego de una jornada laboral extensa. Indican ordenar alimentos como pizza, empanadas y helado. Está relacionado con el placer de comer algo fuera de la rutina de la alimentación cotidiana, pero también se asoció con una práctica que hoy implica un gasto económico que debe resignarse. Además, tiene que ver, como observaron Freidin y Bonetto (2017), con desligarse de la responsabilidad de pensar qué cocinar y cómo prepararlo. Si bien el *delivery* y la concurrencia a restaurantes permiten desligarse de ciertas responsabilidades, también en algunos casos es resistido no solo por cuestiones económicas (las más frecuentes), sino porque no se lo asocia con la alimentación saludable, porque no se tiene control sobre cómo se prepara lo que se come¹⁵. Silvia (54 años), aunque es un caso extremo, expresa la falta de control sobre las preparaciones:

¹⁵ Esta explicación puede asociarse con una de las significaciones de la comida casera que Aguirre et al. (2015); Freidin (2016) y Freidin y Bonetto (2017) reconstruyen en el marco de sus investigaciones. La polisemia que asume la comida casera excede los objetivos de este trabajo y ha sido profundamente explorada en las investigaciones mencionadas.

Él cocina a la noche (...) siempre hace un poquito más porque (...) me lo llevo al laburo. No como comida comprada. Me dan asco, no sé si están bien lavadas, lechuga no te como en ningún lado, excepto acá. Si salimos vamos a esos lugares que ves la parrilla.

Si bien hay referencias al placer de cocinar, no emerge en el discurso el placer que genera el comer o el compartir la mesa, como lugar socialmente designado para compartir la comida cotidiana en los hogares. Se destaca porque actualmente el discurso médico-nutricional sobre la alimentación saludable recomienda comer con otras personas con una clara promoción de la comensalidad, especialmente familiar. Sin embargo, en el caso de los hogares que viven con hijos o hijas y siendo el gran organizador el trabajo de las personas adultas y las actividades escolares, todo depende del día, de los horarios, de los momentos. Hablan más de espacios de gestión de la comida que como momento saludable y placentero. En algunos casos, es la cena el momento que se comparte en familia; en otros el almuerzo. Pocas veces el desayuno o la merienda. Más allá de que es el momento que más se comparte, al menos en estos casos, la cena dejó de tener el protagonismo que tenía y que fue analizado en otras investigaciones (Aguirre, et al. 2015).

En el caso de los hogares que ya no viven con sus hijos o hijas, tampoco aparece en la alimentación cotidiana, pero su visita siempre implica la organización de una comida que suele prepararse atendiendo a sus gustos y apostando a la comensalidad. En todos los casos, el lugar protagónico de la preparación y el consumo sigue siendo la casa. Esto, excepto en los casos en los que las personas menores concurren a la escuela jornada completa, lo que obliga a seguir indagando en las implicancias de la alimentación en la escuela para "cumplir" aquello que estos hogares definen como alimentación saludable.

4.3 Cuando la alimentación saludable no se hace cuerpo: ¿cuáles son las explicaciones?

Si bien todas las personas entrevistadas manejan información acerca de lo que se define actualmente como alimentación saludable y la mayoría manifestó que su alimentación cotidiana se ajustaba bastante a lo requerido por las recomendaciones vigentes, cuando se analizan las prácticas que dicen llevar a cabo, se identifica cierta distancia entre la información y algunas prácticas. Para las personas entrevistadas, las razones de algunos de esos desajustes son la situación económica, pues el aumento de los precios de alimentos saludables es aspecto contextual importante, y, en el caso de los hogares que viven con hijos e hijas, las negociaciones respecto de sus elecciones alimentarias.

Cuando se preguntó sobre los efectos de su alimentación en sus propios cuerpos y en el de los integrantes de sus familias se evidenció, como lo han hecho recurrentemente las investigaciones sobre este tema, la complejidad que asume la alimentación. Específicamente, la construcción de lo que se considera como alimentación saludable, en relación con sus discursos, sus prácticas y el cuerpo. Aunque la cuestión del cuerpo es central en relación con lo alimentario y algunas personas autoras han indagado sobre los diferentes aspectos que se ponen en juego (entre ellos, Fischler, 1996; Aguirre, 2019; Larrea-Killinger, Muñoz y Mascaró, 2017; Zafra Aparici et al., 2016), su problematización excede ampliamente los objetivos de este artículo. Se analizarán aquí algunos aspectos centrales de esta dimensión. Se reconstruye a partir de la definición, las implicancias y los efectos que visualizan cuando dicen llevar adelante una alimentación saludable. Diana (49 años) reconoce cierto efecto de la alimentación en el cuerpo y lo inscribe en términos preventivos:

Me siento pesada, porque no me parece saludable, porque tengo casi 50 años y me parece que tengo que cuidarme del sobrepeso por el riesgo cardiovascular, tengo colesterol, tengo que estar todo el tiempo controlando mi colesterol.

Aunque dicen llevar una alimentación saludable y reconocen el efecto preventivo de la alimentación, al mostrarle las imágenes de los diferentes tipos de cuerpos –imágenes de cuerpos delgados, con sobrepeso y obesos– en la mayoría de los casos, eligieron aquellos que mostraban exceso de peso. Además, hubo disconformidad con el peso del propio cuerpo, aunque no fue visualizado como problemático como para recurrir a un especialista. Así, dentro de las problemáticas más comunes asociadas con la alimentación, el sobrepeso y la obesidad emergen como las más enunciadas y las más atendibles en menores, adolescentes y personas adultas, en consonancia con los datos epidemiológicos actuales citados (Ministerio de Salud, 2018; 2019).

Asociado con ello, el colesterol y la hipertensión arterial también son enunciados como problemas por parte de las personas entrevistadas, como el caso de Diana (49 años). Frente a ello, la mayoría, especialmente mujeres –algo que también observaron Freidin y Bonetto (2017)–, dijeron que “se cuidan” con y en las comidas. Salvo en un caso, donde hubo menciones a los sucesivos tratamientos, en todos los otros casos, hay vigilancia, regulación y control cotidiano del peso (que se evidencian en frases como la de Ana (74 años): “tenemos una balanza que está en el baño y nos pesamos todos los días”. A partir de la definición de alimentación saludable, donde prima además la moderación en el consumo de ciertos alimentos, la restricción de ciertas preparaciones y el intento de realizar más actividad física, aquí también se expresa el discurso médico-nutricional sobre las formas de prevenir o controlar el sobrepeso y la obesidad y que forma parte también de las estrategias de las organizaciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS): comer menos y moverse más. Adriana (61 años) relata su experiencia: “Lo que yo

tengo con el sobrepeso es una guerra y algunas batallas las gano (...) en esas épocas en que gané esas batallas era otra mi conducta. Comía menos y hacía más actividad física".

Más allá de que se reedita aquí lo que ha sido analizado en profundidad por el campo de la sociología y la antropología alimentaria, es decir, la divergencia entre el discurso sobre alimentación saludable y sobre la práctica concreta, lo que se quiere introducir son algunas de las explicaciones respecto de las divergencias entre sus discursos, sus prácticas y las percepciones sobre sus cuerpos. Claudia (64 años), al igual que Diana (49 años), menciona la importancia que va cobrando la edad en la modificación del cuerpo: "Yo cuando era joven, era un palo. Pero un palo en serio. Yo tenía los huesos estos salidos. Flaca. Pero flaca, flaca (...) yo también hacía régimen tomando mate, a los 30 tomaba una semana mate sin comer y bajaba de golpe tres kilos (...)" . Otras de las personas entrevistadas inscriben estas explicaciones en la contextura física o en la herencia familiar ("venimos de una familia corpulenta", "todos en mi familia somos delgados"). Adriana (61 años) marca esta diferencia entre el tipo de alimentos que dice que consume, la cantidad y el efecto en el peso corporal:

Yo creo que a mí no me engorda lo que como, si no cuánto como. Porque si alguien escucha lo que hemos dicho hasta ahora dice, guau, no comen fritos, no comen sal, no comen azúcar, no comen mucha carne, comen semillas, debieran estar flaquitos. Es la cantidad que comemos.

Silvia (54 años) y su pareja, Rubén (53 años) expresan que el peso está relacionado con ciertos alimentos que gustan, que les da placer consumir, pero que deben moderar:

S: (...) trato de no excederme. Si yo comiese todo el hojaldre que quisiera (...). O los bizcochitos de grasa. Él no come harina, por ejemplo.

R: Como harinas, pero moderado. Si voy a un lugar donde hay choripán¹⁶ como, pero si hago un asado no como choripán, no como pan con el asado y como ensalada (...) Si sé que voy a comer mucho (...) compenso o no como postre. No es que me privo.

También Raúl (81 años) hace hincapié en la necesidad de moderar ciertos consumos que considera excesivos y aparecen las harinas en su relato. "Lo que tengo que tratar de evitar son las harinas, yo abuso de las harinas. Me gusta la pasta, la pizza. Trato de comer lo menos posible (...)" . Lo que aquí aparece, justamente, es otra de las cuestiones vinculadas con la alimentación actual, relacionada con la moderación y la compensación respecto del consumo de determinados alimentos.

¹⁶ Típico sándwich de chorizo.

Lo interesante de estas explicaciones es que devuelven nuevamente la mirada fragmentada y descontextualizada de la alimentación y de analizarla, según los parámetros de discurso médico-nutricional y su vertiente, el nutricionismo. Pues, este se enfoca en tipos de alimentos y sus cantidades, simplificando el papel de estos en la salud y omitiendo el contexto social; pero, especialmente, productivo en el que se desarrolla esa alimentación y que se caracteriza como contexto obesogénico (Gracia Arnaiz, 2017). La mayoría encuentra las explicaciones en lo que comen (cantidad y calidad) y en cuánto se mueven, ubicando esas prácticas en el ámbito de sus propias elecciones e inscribiendo las explicaciones en el campo médico-nutricional. Ninguna de las personas entrevistadas menciona los efectos en el cuerpo que tiene el tipo de alimentos que el actual sistema de producción alimentaria genera. Ni siquiera aquellas personas que visualizan las incertidumbres que les generan el consumo de ciertos alimentos, como conservantes, aditivos e incluso pesticidas y herbicidas, o quienes han identificado como criterio de clasificación de alimentos no saludables a los ultraprocesados.

Lo anterior, implica la inscripción de los efectos de la alimentación como una cuestión de responsabilidad individual (Gracia Arnaiz, 2007). Pero de acuerdo con Aguirre et al. (2015), las razones deberían buscarse en las relaciones sociales porque la gente no come como sabe sino como puede y ese poder comer tiene que ver con el entramado de relaciones sociales. Los condicionantes materiales, asociados con el tipo de alimentos disponibles y con su accesibilidad social, económica y política, se funden con los condicionantes simbólicos, asociados con las identidades sociales, etarias y genéricas, configurando una estrategia que debe implementarse en cada comida.

5. Conclusiones

Sea por las personas profesionales del ámbito médico-nutricional, sea por las redes personales/familiares o por los medios de comunicación, las personas entrevistadas manejan conceptos legitimados socialmente acerca la “alimentación sana”, independientemente de la edad y de vivir o no con sus hijos o hijas. Al igual que en las investigaciones de referencia, variedad es quizás la palabra más nombrada para definir la alimentación saludable y que se construye apelando a estas múltiples fuentes de información, orientación y consulta. También las investigaciones de referencia expresan ciertos saberes acerca de los peligros del azúcar y de las grasas como causas de la obesidad y el sobrepeso. Estas últimas se manifiestan como las problemáticas más atendibles en relación con la alimentación en todas las edades, en congruencia con los datos epidemiológicos actuales.

La medicalización de la alimentación mediante la promoción de prácticas alimentarias normativas y la regulación del peso corporal ha llevado a que se enfatice el hecho de "comer o restringir nutrientes", en lugar de "comer alimentos". Aun en aquellos casos en los que prima el grado de procesamiento de los alimentos como criterio para diferenciar lo saludable de lo no saludable. Aunque en el discurso hay cierta uniformidad, lo cual revela la profunda penetración del saber médico-nutricional, a la hora de relatar las prácticas es posible reconstruir otros criterios que compiten con esa búsqueda de alimentación saludable como precios, tiempo, trabajo y composición del hogar, que flexibilizan ese mandato, reconfiguran relaciones y roles (Aguirre et al., 2015; Freidin, 2016; Freidin y Bonetto, 2017) y tienen consecuencias en los cuerpos. Los precios de los alimentos condicionan a todas las personas entrevistadas por igual, aun formando parte del sector de ingresos económicos medios. Asimismo, los ciclos familiares marcan diferencias en relación con las prácticas alimentarias. Así la presencia de hijos o hijas en el hogar implica conflictos y negociaciones sobre lo que se come y sobre las rutinas que también contribuyen a poner en jaque las definiciones sobre lo que hay que comer, cómo y cuándo. Esta situación es poco usual en quienes que ya no conviven con sus hijas o hijos. En estos casos, las negociaciones se realizan a nivel personal, en función de cuánto se aleja la persona de los parámetros saludables y qué efectos puede conllevar cuando la edad comienza a ser una variable para tener en cuenta.

En cualquier caso, en la práctica, la ortodoxia de las recomendaciones alimentarias no se abandona, se negocia y se resuelve cotidianamente y como se puede. Moderación, compensación, negociación son las palabras que acompañan el día a día. La culpa vuelve y se experimenta en el cuerpo y, en el caso de madres y padres de menores y adolescentes, también en la mente. Una de las contribuciones de esta indagación en relación con otras investigaciones sobre el tema fue relacionar los discursos y las prácticas de las personas entrevistadas con las miradas sobre sus cuerpos, los cuerpos de sus hijos o hijas y de sus parejas. Con esto, se identificó algunas de las explicaciones respecto de las divergencias entre sus discursos, sus prácticas y sus efectos, a partir de las cuales el sobrepeso y la obesidad emergieron como los problemas más enunciados. Esto en congruencia con las preocupaciones del campo médico-nutricional, donde la obesidad es construida como el resultado directo de dietas hipercalóricas y de gastos energéticos insuficientes (Gracia Arnaiz, 2017).

Dos son las consecuencias más visibles de la divulgación y penetración de esta manera de entender la alimentación saludable y que expresan la potencia del nutricionismo: reenviar al ámbito de la responsabilidad individual y moral las prácticas alimentarias y el cuidado del cuerpo (Gracia Arnaiz,

2007) y omitir el peso del contexto y la responsabilidad colectiva para modificar las actuales características del sistema de producción alimentaria.

De acuerdo con la OPS (2015) las recomendaciones que se han basado en determinados nutrientes o tipos de alimentos son inadecuadas y engañosas, puesto que se basan en una visión estrecha de la nutrición, en la cual los alimentos se conciben como la mera suma de sus nutrientes y pasan por alto el papel del procesamiento industrial moderno y su impacto sobre la alimentación. Estas consecuencias siguen sin problematizarse. Si bien los mensajes médico-nutricionales reconocen la incidencia del consumo de alimentos procesados como expresión del actual sistema de producción alimentaria en la salud y recomiendan evitar o limitar su consumo, la medicalización alimentaria y sus variantes opacan esta problematización. Este aspecto involucra la alimentación y, especialmente, la alimentación saludable. Así, nuevas indagaciones se requieren para reconstruir la complejidad que la alimentación asume en estos tiempos. Dichas investigaciones se vuelven una deuda pendiente: establecer un diálogo con los estudios sobre el cuerpo y los géneros, con los estudios sobre el sistema alimentario actual y los riesgos que conlleva y cómo es experimentado por los sujetos. Lo más apremiante, explorar sobre las diferencias (si las hay) entre sectores de ingresos diversos sobre los temas indagados.

6. Agradecimientos

Agradezco a Betina Freidin el acompañamiento durante todo el proceso de diseño y realización de la investigación, así como la lectura crítica de este artículo. También a los revisores por sus valiosos comentarios para mejorarlo.

7. Referencias

Aguirre, P. (2019). Alimentos funcionales entre las nuevas y viejas corporalidades. *AIBR*, 14(1), 95-120. doi: 10.11156/aibr.140106

Aguirre, P. (2016). Alimentación humana: el estudio científico de lo obvio. *Salud Colectiva*, 12(4), 463-472. doi: 10.18294/sc.2016.1266

Aguirre, P. (2005). *Estrategias de consumo: qué comen los argentinos que comen*. Buenos Aires, Argentina: CIEPP.

Aguirre, P., Díaz Córdova, D. y Polischer, G. (2015). *Cocinar y comer en Argentina hoy*. Buenos Aires, Argentina: FUNDASAP.

Álvarez, M. y Pinotti, L. (2000). *A la mesa*. Buenos Aires, Argentina: Grijalbo.

Bergel Sanchís, M., Cesani, M. y Oyhenart, E. (2017). Prácticas y representaciones en torno a la alimentación familiar en distintos ambientes socio-económicos (Villaguay, Arg., 2010-2012). *Población y Salud en Mesoamérica*, 15(1), 1-31. doi: <http://dx.doi.org/10.15517/psm.v15i1.28272>

Contreras, J. y Gracia Arnaiz, M. (2005). *Alimentación y cultura*. Barcelona, España: Ariel.

Dabenigno, V. (2017). La sistematización de datos cualitativos desde una perspectiva procesual. En P. Borda, V. Dabenigno, B. Freidin y M. Güelman, *Estrategias para el análisis de datos cualitativos* (pp. 22-70). Buenos Aires, Argentina: IIGG.

Demonte, F. (2018). Dime qué lees y te diré cómo deberías comer. Análisis de las recomendaciones alimentarias en la prensa argentina (2009-2014). *La Trama de la Comunicación*, 22(2), 35-54. Recuperado de <https://latrama.fcpolit.unr.edu.ar/index.php/trama/article/view/659>

Demonte, F. (2017). Comer para vivir ¿mejor? Análisis de las representaciones sociales sobre la alimentación y su vinculación con la salud/enfermedad en la prensa gráfica argentina (2009-2014). *Estudios sobre el Mensaje Periodístico*, 23(2), 1071-1087. doi: <https://doi.org/10.5209/ESMP.58033>

Díaz Méndez, C. y Gómez Benito, C. (Ed.). (2008). *Alimentación, consumo y salud*. Barcelona, España: Fundación La Caixa.

Farré, J., Prades, J. y Gonzalo, J. (2013). The mediatization of the food chain in networked times. *Catalan Journal of Communication & Cultural Studies*, 5(2), 163-182.

Fischler, C. (2014). Las funciones de lo culinario. En L. Piaggio y A. Solans. (ed.), *Enfoques socioculturales de la alimentación* (pp. 14-30). Buenos Aires, Argentina: Akadia.

Freidin, B. (2016). Alimentación y riesgos para la salud: visiones sobre la alimentación saludable y prácticas alimentarias de mujeres y varones de clase media en el Área Metropolitana de Buenos Aires. *Salud Colectiva*, 12(4), 519-536. doi: 10.18294/sc.2016.913.

Freidin, B. (2017). Introducción. En B. Freidin (ed.), *Cuidar la salud. Mandatos culturales y prácticas cotidianas de la clase media en Buenos Aires* (pp. 11-31). Buenos Aires, Argentina: Imago Mundi.

Freidin, B. y Bonetto, M. (2017). Alimentación saludable y vida cotidiana. En B. Freidin (ed.), *Cuidar la salud. Mandatos culturales y prácticas cotidianas de la clase media en Buenos Aires* (pp. 137-191). Buenos Aires, Argentina: Imago Mundi.

Gracia Arnaiz, M. (2017). Taking measures in times of crisis: the political economy of obesity prevention in Spain. *Food Policy*, 68, 65-76. doi: <https://doi.org/10.1016/j.foodpol.2017.01.001>

Gracia Arnaiz, M. (Ed.). (2008). *Somos lo que comemos. Estudios de alimentación y cultura en España*. Barcelona, España: Ariel.

Gracia Arnaiz, M. (2007). Comer bien, comer mal: la medicalización del comportamiento alimentario. *Salud Pública Mex*, 49, 236-242. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v49n3/09.pdf>

Larrea-Killinger, C., Muñoz, A. y Mascaró, J. (2017). Cuerpos tóxicos: la percepción del riesgo de la contaminación interna por compuestos químicos en España. *Salud Colectiva*, 13(2), 225-237. doi: 10.18294/sc.2017.1161

- Lupton, D. (1996). *Food, the Body and the Self*. Londres, Reino Unido: Sage Publications.
- Lupton, D. (1994). *Medecine as culture: illness, disease and the body*. Londres, Reino Unido: Sage.
- Mascarenhas, P. (2012). Alimentación y dietética en los procesos de subjetivación. En M. Gracia Arnaiz (ed.), *Alimentación, salud y cultura* (pp.103-119). Tarragona, España: URV.
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 185-207. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/csc/v8n1/a14v08n1.pdf>
- Menéndez, E. (2012). Metodología cualitativa: varios problemas y reiteradas omisiones. *Index Enfermería* (21)1-2, 62-68. doi: 10.4321/S1132-12962012000100014
- Ministerio de Salud. (2019). *Segunda encuesta nacional de nutrición y salud*. Buenos Aires, Argentina: Autor.
- Ministerio de Salud, (2018). *Cuarta encuesta nacional de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles*. Buenos Aires, Argentina: Autor.
- Ministerio de Salud. (2016). *Guías alimentarias para la población argentina*. Buenos Aires, Argentina: Autor.
- Moraes Prata, G.M., Juzwiak, C., Muñoz, A. y Larrea-Killinger, C. (2019). Las relaciones entre salud y alimentación. En ODELA (ed.), *Polisemias de la alimentación* (pp. 53-75). Barcelona, España: Autor.
- Organización Panamericana de la Salud. (2015). *Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina*. Washington, Estados Unidos: Autor.
- Scrinis, G. (2013). *Nutritionism*. New York, Estados Unidos: Columbia University.

Zafra Aparici, E., Muñoz García, A. y Larrea-Killinger, C. (2016). ¿Sabemos lo que comemos?: Percepciones sobre el riesgo alimentario en Cataluña. *Salud Colectiva*, 12(4), 505-518. doi: 10.18294/sc.2016.932

Población y en Mesoamérica

¿Quiere publicar en la revista?

Ingrrese [aquí](#)

O escríbanos:

revista@ccp.ucr.ac.c



Población y Salud en Mesoamérica (PSM) es la revista electrónica que cambió el paradigma en el área de las publicaciones científicas electrónicas de la UCR. Logros tales como haber sido la primera en obtener sello editorial como revista electrónica la posicionan como una de las más visionarias.

Revista PSM es la letra delta mayúscula, el cambio y el futuro.

Indexada en los catálogos más prestigiosos. Para conocer la lista completa de índices, ingrese [aquí](#).



 Revista Población y Salud en Mesoamérica -

Centro Centroamericano de Población
Universidad de Costa Rica

