



Salud Colectiva

ISSN: 1669-2381

revistasaludcolectiva@yahoo.com.ar

Universidad Nacional de Lanús
Argentina

Gracia Arnaiz, Mabel

Qué y cuánto comer: tomando medidas frente a las sociedades obesogénicas

Salud Colectiva, vol. 5, núm. 3, septiembre-diciembre, 2009, pp. 363-376

Universidad Nacional de Lanús

Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73111844005>

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

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Qué y cuánto comer: tomando medidas frente a las sociedades *obesogénicas*

What and how much to eat: taking measures to face the *obesogenic* societies

Mabel Gracia Arnaiz¹

¹Doctora en Antropología Social. Profesora Titular, Universitat Rovira i Virgili, Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social, Tarragona, España. mabel.gracia@urv.cat

RESUMEN Los problemas de salud relacionados con la alimentación se explican, con frecuencia, por razones socioculturales. Este artículo plantea la necesidad de reconsiderar dichas razones en el diagnóstico de empeoramiento de los hábitos alimentarios, ya que se han tipificado como agentes causales desde el *fast-food* al ocio pasivo, desde la desestructuración familiar al ritmo acelerado de vida, desde la generalización de la calefacción o el transporte mecanizado a la insuficiencia de equipamientos deportivos, desde la publicidad alimentaria a la falta de educación nutricional. Si esgrimirlas como causas no parece tarea difícil, sí lo es demostrarlas. En España, todos estos factores están presentes, pero apenas se sabe si han influido mucho o poco en la alimentación cotidiana, y si dicha influencia ha sido necesariamente negativa. Lo que sí constatamos es que las maneras de comer actuales responden, principalmente, a los constreñimientos sociolaborales, la ruptura de los aprendizajes alimentarios, el reparto del trabajo doméstico y el triunfo de las preferencias individuales. Esto explica, en parte, porqué aun conociendo las recomendaciones nutricionales, ciertas prácticas alimentarias parecen alejarse de la "dieta óptima".

PALABRAS CLAVE Obesidad; Factores Culturales; Estilo de Vida; Educación Alimentaria y Nutricional.

ABSTRACT Nutrition health-related problems are frequently explained by socio-cultural reasons. This article states the need to reconsider such reasons in the diagnosis of the worsening of eating habits since some agents have been typified from fast-food to sluggishness, from family collapse to the fast speed of living, from generalization of heating or mechanized transportation to the insufficiency of sport equipment, from eating publicity to lack of educational nutrition. Although these causes seem to have a simple explanation, it is difficult to prove them. In Spain, all these factors are present, but little is known whether they have influenced or not in the daily eating habits and if such influence has been necessarily negative. What we have proved is that the way of present eating habits responds mainly to social and working problems, the breach of eating learning habits, the division of domestic work and the triumph of individual preferences. This partly explains why, even knowing the nutritional recommendations, certain eating practices seem to be far away from the "perfect diet".

KEY WORDS Obesity; Cultural Factors; Life Styles; Food and Nutrition Education.

INTRODUCCIÓN

Varios y distintos objetivos han dado lugar al planteamiento y realización de los estudios (a) en los que se basa esta reflexión. Uno de ellos ha sido el de averiguar por qué motivos las personas, a pesar de que conocen las consecuencias negativas de ciertas maneras de comer se comportan, al menos aparentemente, de forma arriesgada para la salud. Otro, el temor de que las medidas que se están proponiendo en España orientadas a cambiar los hábitos alimentarios de la población, y en particular a frenar el incremento de la obesidad, estén llamadas a un fracaso, al menos relativo, porque el diagnóstico que ha dado lugar a su formulación no ha partido de una caracterización de la naturaleza del comportamiento alimentario. En nuestro planteamiento inicial, finalmente, se considera que las exigencias cotidianas de muchas personas no permiten un régimen alimentario tan conveniente como ellas mismas desean o las autoridades sanitarias demandan porque, para cambiar de dieta es necesario también cambiar de vida, lo cual no solo es siempre difícil, incluso aunque amenace la salud, sino que puede ser imposible.

¿HAN EMPEORADO LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS?: EL PROBLEMA

Las investigaciones en nutrición han prestado enorme atención a los posibles riesgos asociados a las dietas. Por lo que refiere a las relaciones entre salud y alimentación, éstas han experimentado una cierta transformación. Desde que en el siglo XIX se manifestara la influencia de la dieta en la salud y su relación de causa-efecto en la aparición de ciertas enfermedades, los intereses de los nutricionistas han ido variando al compás que lo han hecho la ciencia y las sociedades. La nutrición, como disciplina, surge a mediados del siglo XIX estimulada por los problemas prácticos que afectaban a la salud de las poblaciones occidentales en relación con la calidad de los alimentos producidos —a menudo adulterados, "sofisticados" se decía entonces—, por su almacenamiento y las dificultades en el

transporte a larga distancia o por los problemas de escasez y enfermedad reinantes entre los trabajadores europeos y americanos hacinados en los suburbios de las ciudades (2). En la primera mitad del siglo XX, fueron esencialmente las vitaminas las que recibieron mayor atención por parte de la comunidad científica, comprobando que enfermedades como la pelagra o el raquitismo, muy comunes en los estratos sociales más bajos, se debían a la carencia de alguna de ellas en la dieta. Entonces, en un continente inestable políticamente y empobrecido por las grandes guerras, las recomendaciones de los expertos aconsejaban una alimentación abundante y nutritiva, mientras que entre la población, empleada principalmente en actividades del campo y la industria, prevalecía el valor saciente de la comida.

Debido al incremento de la investigación relativa a los alimentos, puede afirmarse que, aparentemente al menos, nunca se había sabido tanto sobre éstos como ahora (3). Los avances científicos y tecnológicos desarrollados a lo largo de las últimas décadas permiten unos grados de análisis extraordinariamente pormenorizados, de tal manera que de cualquier alimento o producto puede expresarse su composición cuantitativamente hasta en el más mínimo detalle. El grado de conocimiento ha llegado hasta tal punto que nuestra sociedad contemporánea no parece que coma carne, manzanas, pan o garbanzos, por ejemplo, sino colesterol, tal o cual vitamina, fibra, tales o cuales minerales, hidratos de carbono, ácidos grasos poliinsaturados, monoinsaturados o saturados, ácido fólico, calcio, hierro, calorías, aditivos diversos, etc. Las categorías mediante las cuales los alimentos son percibidos y clasificados parecen, pues, haberse modificado considerablemente en el sentido de una mayor descomponibilidad química impulsada por la ciencia.

Asimismo, al tiempo que cada vez conocemos más la composición de los alimentos, también conocemos mejor los efectos de los diferentes nutrientes en nuestro organismo, lo que ha permitido determinar la importancia de la alimentación en la prevención de muchas enfermedades. De hecho, la reciente y mayor diversificación de la dieta a la que ha tenido acceso buena parte de la población de las sociedades industriales, se ha considerado uno de los factores determinantes en el rápido incremento de la esperanza de vida y de

la mejora del estado de salud. En España, según la Encuesta Nacional de Salud de 2006 (4), el 90% de la población consume productos lácteos todos los días, el 72% come carne 3 o más veces a la semana y casi el 50% pescado, el 70% consume fruta fresca a diario y el 41% frutas y verduras y el 57% come legumbres 1 ó 2 veces por semana, mientras que el 34% de los niños consumen dulces cada día. Muchos de estos alimentos eran inaccesibles para la mayoría hace apenas cincuenta años y a su carencia en la dieta se asociaron enfermedades carenciales. Hoy, algunos de ellos, como la carne o los dulces, son consumidos en forma abundante y, por ello, considerados una de las causas de la hipercolesterolemia o la obesidad en este país.

Con todo ello, la ciencia nutricional se ha legitimado en la principal prescriptora sobre qué es lo que debemos comer o evitar para estar sanos. Y así, nuestras sociedades contemporáneas se interesan por saber *qué comemos* (y para ello se invierten importantes sumas de dinero para realizar encuestas nutricionales) para, luego, recomendar *qué debemos comer* (y para ello se invierten importantes sumas de dinero en campañas publicitarias de lanzamiento de nuevos productos o en programas dietéticamente "educativos"). Sin embargo, sorprendentemente, a pesar de la preocupación por el estado de salud de la población y de los extraordinarios avances científicos experimentados, acompañados de inversión económica, que orientan a las autoridades políticas y científicas, las alarmas sobre el estado nutricional son abundantes y frecuentes y los expertos afirman que los hábitos han empeorado respecto a épocas anteriores.

Ciertamente, las disparidades mundiales referentes al abastecimiento y la accesibilidad de los alimentos amenazan con no resolverse en un futuro próximo y hoy se habla de la segmentación del planeta (norte/sur, ricos/pobres, primer/tercer mundo) en términos alimentarios: aquellos que acceden más o menos fácilmente a la comida, y en cuyas rentas la partida destinada a la alimentación es cada vez menos significativa en términos proporcionales, y aquellos que no saben qué comerán mañana si es que hoy han comido algo, o que lo hacen gracias a la "bondad" y a las "ayudas" de los primeros; aquellos que enferman por comer en exceso y aquellos

que también enferman o se mueren por no comer en absoluto. Aunque es necesario matizar el alcance de esta dualidad, ya que el acceso a la comida está finalmente limitado por diversas razones sociales, el interés por el conjunto de los hábitos alimentarios se ha ido incorporando en las políticas de salud pública y en los esfuerzos para reducir ciertas enfermedades que, como en los casos de las afecciones cardiovasculares en los países industrializados o de la desnutrición en los países en desarrollo, son causas principales de muerte prematura.

En las últimas décadas, las sociedades industrializadas parecen distinguirse, en particular, porque las personas comen más de lo necesario o, en cualquier caso, más de lo que exigiría su salud. El empeoramiento se concreta, entre otros aspectos, en un consumo excesivo de calorías y grasas y en el sobrepeso correspondiente que, en cuanto tal, es considerado un factor de riesgo para la salud. ¿Qué está ocurriendo, entonces?, debemos preguntarnos. ¿Es cierto que comemos tan mal? Caben explicaciones diversas. Los expertos se lamentan de que "la gente no está educada dietéticamente" o bien de que no siguen las recomendaciones nutricionales que se les indican y de que sí sigan, por el contrario, las recomendaciones publicitarias industriales. Es opinión unánime entre facultativos y autoridades que el desarrollo económico y los nuevos estilos de vida –sedentarismo, mecanización del trabajo, industrialización, consumismo, comida chatarra, etc.– han provocado el abandono de la alimentación "tradicional" considerada, por su composición y estructura, más saludable que la "moderna", contrariamente más desequilibrada y desestructurada. Estas tesis se han visto abonadas por estudios sociológicos que, como los de Fischler (5), ha caracterizado las sociedades modernas de gastro-anómicas.

Otro tipo de explicaciones apuntan, sin embargo, que las recurrentes alarmas sobre el empeoramiento de los hábitos alimentarios y el exceso de peso en los contextos de relativa abundancia son un producto del proceso de medicalización de la vida cotidiana y del triunfo de un modelo de salud basado en la prevención (6,7). En este sentido, la proliferación de guías para una alimentación y ejercicio saludables y las advertencias sobre la necesidad de mantener una dieta

prudente, forman parte de una estrategia normativizadora que, al fijar los estándares en nutrición, peso corporal y actividad física, pretende regular las conductas para eludir, así, enfermedades crónicas evitables (8). Se trataría, principalmente, de aprender a comer en compañía, ni deprisa ni despacio, a masticar pausadamente, entre 3 y 5 veces al día, en horarios definidos y en cantidades y variedad equilibradas; a mantenerse dentro de los límites del normo-peso y a hacer ejercicio de forma moderada y diariamente. Ahora lo que toca, en definitiva, es comer menos y moverse más.

LA OBESIDAD COMO EJEMPLO PARADIGMÁTICO

Así, y solo a título de ejemplo, uno de los más importantes desafíos en el terreno de la salud pública es el que ha sido denominado por la OMS como la "epidemia del siglo XXI": la obesidad. Definida como una enfermedad de carácter crónico y multicausal, se advierten sus graves consecuencias sobre la esperanza y calidad de vida de las personas, así como sobre los costes sanitarios. La obesidad se ha relacionado con el incremento de las principales enfermedades no transmisibles, como la diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares y ciertos tipos de cáncer, que están en la base del 60% de todas las muertes que se producen en el mundo. También, según la OMS, más de 1.600 millones de personas adultas tienen sobrepeso y, de ellas, al menos 400 millones son obesas. Aunque en un principio se había considerado como una enfermedad propia de los países industrializados, en la actualidad las autoridades afirman que afecta a todo el planeta y que su prevalencia aumenta año tras año (9). Las cifras sobre su evolución indican que en los últimos 60 años la tasa de obesidad se ha multiplicado por cien, detectándose cada vez más en contextos donde antes apenas tenía presencia. Es el caso de China, India, Latinoamérica y algunos países de África.

En este contexto, la 57ª Asamblea Mundial de la Salud, celebrada el 22 de mayo de 2004, instó a los estados miembros a adoptar las siguientes medidas:

1) que elaboren, apliquen y evalúen 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; 2) que promuevan modos de vida que incluyan una dieta sana y la realización de actividades físicas y que fomenten el equilibrio energético. (10 p.40-41)

De esta reunión surge la *Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud* (11), un documento que si bien enfatiza el problema casi monográficamente en la obesidad, es cierto también que habla de "régimen alimentario" y de "salud" en general y cita, entre otras enfermedades, la osteoporosis y el cáncer. En cualquier caso, se trata de la primera propuesta de alcance internacional para hacer frente a lo que se concibe como un fenómeno generalizado de mala alimentación y falta de ejercicio, en donde los factores culturales, consecuentemente, juegan el rol más determinante. Ello ha llevado a los expertos a calificar a las sociedades modernas como "obesogénicas" o "entornos tóxicos" (12). A partir de este documento y de esta fecha, numerosos países del mundo han emprendido sus particulares estrategias, elaborando diagnósticos de la situación y planificando actuaciones que, por otro lado, son muy similares entre sí.

España ha sido uno de los países que, ante esta alerta, ha tratado de definir el problema y tomar medidas. Los datos provisionales del estudio *Dieta y Riesgo de Enfermedades Cardiovasculares en España* (DRECE) han puesto de manifiesto un incremento del 34,5% en la prevalencia de obesidad en 14 años, pasando de un 17,4% en 1992 a un 24% en 2006 (12). Estos datos concuerdan con los obtenidos en la última Encuesta Nacional de Salud con registros de peso y talla autorreferidos, en la que se describe un incremento absoluto de un 6% en las tasas de obesidad en 14 años de evolución (de un 7,7% en 1987 a un 13,6% en 2001) (13). Ello sitúa a este país, según el European Community Household Panel de EUROSTAT, en uno de los estados europeos con la tasa de obesidad más alta (14,15).

La actual situación se ha explicado apelando a dos diferentes tipos de causas, ambas relacionadas entre sí (1): a) a los profundos cambios en los estilos de vida a lo largo de los últimos 50 años, pues España ha 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 compiten con los juegos electrónicos o con medios de comunicación atractivos, que no exigen ningún esfuerzo físico; y b) a los profundos cambios en las dietas alimentarias en el sentido de un consumo de dietas menos saludables como consecuencia, entre otros factores, de la pérdida de esquemas alimentarios "tradicionales". España ha experimentado lo que se denomina una "transición nutricional" (15), una secuencia de modificaciones en la alimentación, cuantitativas y cualitativas, relacionadas con cambios económicos, sociales, demográficos y con factores de salud. Las comidas "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 carbohidratos complejos y de fibra. Algunos expertos han puesto de manifiesto la relación 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 (16).

Este tipo de análisis y diagnóstico centrado en el qué y cuánto comer es bastante común también para otros países de nuestro entorno, incluso con tasas de obesidad dispares (17). Así, por ejemplo, aunque en Francia la prevalencia gira en torno al 11%, el diagnóstico establecido es el mismo (18,19). El aumento se considera una consecuencia directa, por un lado, de los comportamientos alimentarios anárquicos y, por otro, de la 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.

También los argumentos culturalistas, o incluso psicologicistas, han servido a los expertos para explicar el enorme aumento de la obesidad en EE.UU., cuya tasa de prevalencia se sitúa en torno al 25% (19). La medición de los aportes calóricos de la alimentación en EE.UU., muestra que éstos han aumentado significativamente en la mayoría de las categorías de población, aunque especialmente entre las clases bajas. Las principales causas se atribuyen a que la producción en masa ha disminuido considerablemente el precio de la alimentación, mientras que el maquinismo doméstico ha modificado los tiempos de preparación. Estos dos factores combinados, comida industrial barata y rápida de hacer, han transformado profundamente las elecciones de los consumidores y sus prácticas culinarias y alimentarias, provocando y haciendo posibles consumos más importantes y ricos en ingredientes que, ante la falta de "autocontrol" de la población, comportan aumento de peso.

Al asumir que el empeoramiento de los hábitos alimentarios es, pues, la consecuencia de la convergencia de los múltiples factores "ambientales" derivados de un mismo proceso, la *modernización* de las sociedades, las campañas institucionales de España, Francia o EE.UU. han propuesto estrategias integrales de "choque" semejantes. Una buena parte de las medidas están basadas en acciones básicamente informativas: realizar estrategias de comunicación social y educación nutricional interactiva, crear observatorios de la obesidad o de la calidad alimentaria, mejorar el etiquetaje nutricional de los alimentos envasados, educar nutricionalmente a padres y maestros, implicar a los medios de comunicación para que favorezcan mensajes antiobesidad y proalimentación sana y actividad física en telenovelas, programas de gastronomía y divulgación y capacitar a los facultativos de primer nivel de atención. Las estrategias destacan, también, la necesidad de establecer alianzas con todos los sectores implicados (la industria agroalimentaria y los restaurantes) y promover la creación de espacios deportivos.

La actuación del gobierno español se ha concretado 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" (18). Dicho documento fue presentado públicamente en el mes de febrero de 2005, y ha tenido réplicas muy similares en diversas comunidades autónomas, incluso a pesar de que la incidencia de la obesidad es muy dispar entre regiones. En términos generales, de acuerdo con el documento del Ministerio de Sanidad y Consumo, se ha propuesto intervenir en varios niveles (Cuadro 1).

¿COMEMOS COMO VIVIMOS?: EL DÉCALAGE ENTRE RECOMENDACIONES, PREFERENCIAS Y CONSUMOS ALIMENTARIOS

No vamos a valorar en este texto, los recursos que dicha estrategia está movilizando, ni las dificultades surgidas en la articulación de intereses contradictorios ni tampoco la escasa flexibilidad mostrada para adaptarse a situaciones sociodemográficas y de salud dispares, dado que ya lo hemos hecho en estudios anteriores (17). Lo único que queremos subrayar aquí es que las maneras de comer actuales no son, con toda probabilidad, ni peores ni mejores que décadas atrás. Son, en todo caso, diferentes. Cuando se afirma que los hábitos alimentarios de la población española han empeorado, estamos obligados a dar cuenta respecto a qué situación anterior (según variables tiempo/espacio y grupos sociales) y en qué proporción (qué y cuánto mejor se comía). Estamos obligados, también, a explicar su evolución, sea positiva o negativa, atendiendo a causas socioculturales específicas, cuyo alcance y efectos deben ser, también, contrastables. A título de ejemplo, las actuales campañas institucionales han puesto el énfasis en la educación nutricional, no solo porque así convierten en una cuestión de responsabilidad individual (comer bien o mal; hacer o no ejercicio) lo que es un problema social (factores ambientales "tóxicos"), sino porque han partido de la premisa de que la mayoría de la gente carece de este tipo de conocimientos, lo que provoca, consecuentemente, la adopción de decisiones inadecuadas para su salud.

Los resultados de nuestro estudio muestran, sin embargo, que las normas interiorizadas

por la mayoría de la población española ponen de manifiesto un nivel óptimo de apropiación de los discursos nutricionales (1). El 90% considera la salud como una preocupación primordial y define la "dieta óptima" como aquella variada y equilibrada en contenido y forma, considerando saludable el consumo de verduras, cereales y frutas y evitable el de carnes rojas, frituras y dulces. Es más, percibe su alimentación actual como más sencilla, ligera, natural y menos grasa ahora que años atrás.

Las prácticas alimentarias, hoy como ayer, siguen condicionadas por diferentes construcciones materiales y simbólicas, de tal forma que no parece existir una correspondencia directa entre, por una parte, las recomendaciones nutricionales conocidas por las personas y su definición de dieta saludable y, por otra, los consumos reales. En este sentido, se constata un *décalage* entre las normas alimentarias socialmente aceptadas y las actitudes de la población y, de forma particular, entre las prácticas declaradas y las prácticas de consumos reales, ya que según el Panel de Consumo Alimentario del Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, en los últimos veinticinco años ha disminuido la ingesta de verduras frescas y cereales, mientras que ha aumentado sustancialmente la de productos precocinados (Figura 1). Este desajuste aún se hace más evidente si comparamos la pirámide de las recomendaciones nutricionales y la de los gustos alimentarios (Figura 2).

¿Por qué esa diferencia habida cuenta de la preocupación por la salud y el alto grado de interiorización de las recomendaciones nutricionales? La respuesta está, en parte, en el papel jugado por las preferencias gustativas, el cual responde, a su vez, a una lógica cultural muy particular, vinculable, por un lado, a la ampliación de la oferta alimentaria y al auge de las preferencias individuales, por otro.

Un aspecto relevante que ponen de manifiesto las declaraciones relativas a las preferencias alimentarias ("me gusta") y a los rechazos ("no me gusta") es que aquellos 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 (1). Podría afirmarse que el medio en el que desarrollan sus vidas y sus

Cuadro 1. RESUMEN DE MEDIDAS PROPUESTAS EN LA ESTRATEGIA PARA LA NUTRICIÓN, ACTIVIDAD FÍSICA Y PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD (NAOS), 2005.

POR PARTE DE LA INDUSTRIA ALIMENTARIA

- Tomar medidas para reducir de manera progresiva el contenido en grasas, azúcar y sal de los alimentos.
- Regular la publicidad de alimentos, especialmente la dirigida a los niños.

POR LOS ESTABLECIMIENTOS DE HOTELERÍA Y RESTAURANTES

- Tomar medidas para que ofrezcan menús cada vez más sanos.

POR LA COMUNIDAD EDUCATIVA

- Evaluar la oferta de comidas y bebidas disponibles en los centros para asegurar que se ajustan a las recomendaciones nutricionales.
- Promover entre los niños y jóvenes hábitos saludables de vida ya desde el colegio, mejorando los menús escolares.
- Mayor calado de la educación nutricional 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.

POR LAS INDUSTRIAS DEL OCIO, DE LA MODA Y EL SECTOR DE LA PUBLICIDAD Y DE LA COMUNICACIÓN

- Establecer vías de colaboración para prevenir problemas como la anorexia.

CON LAS DIFERENTES ADMINISTRACIONES

- Favorecer la construcción en nuestras ciudades de más zonas verdes y deportivas.
- Posibilitar la detección precoz, la vigilancia epidemiológica y el tratamiento de los trastornos alimentarios.

EN DEFINITIVA, SE TRATA IMPULSAR PATRONES ALIMENTARIOS ADECUADOS

- Educando a niños y jóvenes para que sepan componer dietas variadas, apetitosas y correctas.
- Logrando que las opciones más saludables sean también las más sencillas de adoptar.
- Practicando ejercicio físico de forma regular y que se convierta en práctica habitual entre los ciudadanos.
- Recomendando a los padres que promuevan buenos hábitos alimentarios y una dieta variada para sus hijos.
- Concientizando a los ciudadanos de que una vida activa y una dieta equilibrada son los pilares para un mayor bienestar.

Fuente: Elaboración propia a partir de *Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad* (20)

aprendizajes alimentarios los niños y niñas españoles de hoy no es en absoluto coercitivo porque les permite alimentarse de acuerdo a sus gustos personales, de acuerdo con la ideología imperante de "ser-uno-mismo". 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, se les está educando en la idea de que viven en una sociedad democrática y altamente individualizada, donde sus opiniones y preferencias personales no solo 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 diferentes sentidos.

No obstante, y aun siendo relevantes, el mayor o menor seguimiento de las recomendaciones no responde exclusivamente a los gustos individuales. Una buena parte de la población considera que, aunque las conoce, la observancia de las recomendaciones nutricionales no es fácil por diversas razones. Curiosamente, una de ellas tiene que ver con el contenido de las propias recomendaciones. Mientras que las recomendaciones nutricionales más sencillas de seguir son aquellas que hacen referencia a los tipos de alimentos (verduras y frutas, por ejemplo), de piezas o de cantidades que hay que consumir, ya que son fáciles de retener o recordar,

Figura 1. EL DÉCALAGE: UNA COMPARACIÓN HIPOTÉTICA DE PIRÁMIDES ALIMENTARIAS.



Fuente: Contreras J, Gracia M, (1 p. 33)

las más difíciles de cumplir son aquellas que requieren, para comer, de la ayuda de la báscula y la calculadora. Así, el 60% de la muestra consideran una recomendación difícil de cumplir:

...establecer una correcta distribución de las comidas, es decir, 25% de las calorías en el desayuno, 30% en la comida y 30% en la cena y el 15% restante, a media mañana o como merienda. (1 p.127)

Otras razones que impiden un seguimiento riguroso de las normas dietéticas aluden a imperativos marcados, principalmente, por los estreñimientos sociolaborales, la gestión del tiempo y el reparto del trabajo culinario doméstico. El aumento del trabajo asalariado femenino, los transportes, la duración de la jornada de trabajo (y la diversidad de horarios que deben compatibilizarse dentro de cada hogar) o la reducida jornada escolar hacen del tiempo una de las variables más importantes en las elecciones que los individuos desarrollan a lo largo del día. La gestión del tiempo laboral/formativo o de ocio y los condicionantes que supone "la cocina" no siempre se articulan fácilmente, de forma que repercute de diferentes maneras en la calidad de la alimentación y no siempre de forma positiva. Por ejemplo, la cantidad de tiempo que pueda dedicarse a comprar o 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 al aprovisionamiento alimentario y a la cocina ha disminuido considerablemente, sobre todo, en las generaciones jóvenes y medianas, y existe un consenso generalizado respecto a que "se cocina muy poco. Se come muy rápido. Todo se compra

hecho" (1 p. 123). Así, el 43,3% de la población se identifica con prácticas que tienen que ver todas ellas con la falta de tiempo: un 18,2% con "intentar hacer la compra en un solo establecimiento", un 15,1% con "comer deprisa" y un 10% con que les "falta tiempo para comprar". En 1 de cada 3 hogares, no se planifican los menús ya sea porque

..."cada uno tenemos gustos diferentes en relación a las verduras, el pescado, las carnes, etc... [o porque] como trabajamos fuera de casa, no planificamos las comidas"; [o porque] "por la noche, cada uno llega y pilla lo que puede". (1 p.117)

Una de las razones que explican esta menor dedicación, se debe a que en las principales tareas alimentarias continúan participando muy desigualmente los diferentes miembros del grupo doméstico, de forma que la progresiva incorporación de las mujeres al mercado de trabajo no ha estado acompañada de una responsabilización superior de los hombres en el trabajo doméstico, ni tampoco del resto de los miembros del grupo familiar. La participación en la preparación y cocinado de los alimentos

Figura 2. ¿UNA PIRÁMIDE DEL GUSTO ALIMENTARIO?



Fuente: Contreras J, Gracia M, (1 p. 77)

aumenta, claramente, con la edad, concentrándose la mayor implicación entre las mujeres de 45-64 años. Las mujeres dedican a esta tarea concreta 1 hora y 57 minutos cada día mientras que los hombres dedican 49 minutos. Por otro lado, la mayoría de los padres dicen que sus hijos son hiperpasivos y muestran poco interés por aprender y que muchos dan por sentado que estas tareas son responsabilidad de los padres. Por su parte, los padres admiten que los hijos hacen poco en casa y que la culpa es de ellos mismos porque han claudicado, también, en este terreno.

Según estos datos, parece importante averiguar por qué motivos las personas comen lo que comen, ya que las exigencias cotidianas de mucha gente no permiten un estilo de vida tan equilibrado o conveniente para su salud como ellas mismas o las autoridades sanitarias desearían.

LA NECESIDAD DE UN DIAGNÓSTICO MÁS PRECISO

El diagnóstico sobre el empeoramiento de los hábitos alimentarios en España señala directamente a los profundos cambios habidos en las maneras de vivir. Y no es que éstos no se hayan producido, al contrario. Pero también es cierto que, hoy por hoy, solo se conoce parcialmente el impacto de los mudables modos de vida en las maneras de comer, y de éstas en la salud de los distintos grupos sociales; entre otras cuestiones porque la naturaleza del comportamiento alimentario es muy compleja y atiende a numerosas variables. El diagnóstico ofrecido parece, en cualquier caso, insuficiente o no lo suficientemente preciso y, en consecuencia, el éxito de las medidas orientadas a cambiar los hábitos alimentarios de la población no estaría en absoluto garantizado.

Resulta pertinente recordar aquí las reflexiones del antropólogo francés Jean Pierre Poulain (21) 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 elecciones 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 (22).

Así, para intentar precisar algo más el diagnóstico, convendría considerar, por ejemplo, que además de tener en cuenta que aumenta el consumo de productos lácteos, pastelería 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 aquellos alimentos que necesitan ser cocinados y forman parte de platos y de comidas más o menos estructuradas y que acostumbra 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 razones por las que unos alimentos son ingeridos o no (17). Porque si las medidas emprendidas se centran en cambiar los alimentos y/o las

actitudes inadecuadas en lugar de las condiciones socioeconómicas que las provoca, ¿no estaremos equivocando tanto el diagnóstico como 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 alimentarios. 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 (23) han puesto de manifiesto que la población española adulta reproduce las recomendaciones de los expertos en relación a lo que cabe considerar una alimentación saludable y equilibrada y, en general, está satisfecha con su alimentación. Además, la mayoría de las personas tienen el convencimiento de 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, al ser sana la alimentación, en términos generales, lo único que resulta necesario es evitar los excesos, sobre todo, cuando comportan falta de variedad.

En este sentido, precisamente, no puede olvidarse que la industria alimentaria, poniendo en el mercado una extraordinaria variedad de productos –alimentos y bebidas "chatarra", productos de la "tierra", bajos en calorías o alimentos funcionales– ofrece una gama amplia de comida. Otra cosa es que las personas puedan acceder a todos ellos y adaptarlos a sus gustos y/o necesidades. Unas personas intentan simplemente cubrir su demanda energética, matar el hambre; otras, entienden su alimentación como parte de su cultura y la satisfacen con una alta exigencia gastronómica; y otras, 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 1.600 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, de libre

mercado e individualista, todos los productos alimentarios forman parte de una oferta variada, en la que los consumidores (incluso los niños en mayor medida de la que somos conscientes), seleccionan, al menos en parte, los componentes de su dieta y los que acomodan el tipo de comida, el número de ingestas o su actividad física en función de los ritmos y los apremios que marcan su cotidianidad.

CONCLUSIONES

En consecuencia con lo dicho hasta aquí, parece oportuno revisar algunas de las obvias razones esgrimidas en el diagnóstico del empeoramiento de los hábitos alimentarios en España y, en particular, en la emergencia y evolución de la obesidad. Bajo el amplio paraguas que cubre a las sociedades "modernas" y sus estilos de vida, existen países y regiones en situaciones muy diversas, grupos social y culturalmente heterogéneos, y factores "ambientales" que han condicionado mucho, poco o nada las actuales maneras de comer. En las estrategias alimentarias ideadas para promover hábitos más saludables, faltan propuestas reflexivas y flexibles que asuman la historicidad de los procesos y su desigual impacto a nivel territorial y social, averiguen qué causas macro y microestructurales han favorecido ciertos comportamientos alimentarios y articulen, en base a esta especificidad y las posibles necesidades, diferentes niveles de intervención. Lo que no parece oportuno ni eficaz es diseñar, con el afán de prevenir, estrategias homogéneas en base a diagnósticos poco precisos o insuficientes. Lo hemos repetido en numerosas ocasiones: ni todos los gordos están enfermos, ni todo el mundo que come "mal" deviene obeso. Además, la incidencia de la obesidad es muy desigual atendiendo, no solo a diferencias intra e interculturales, sino también a factores no sociales que no deben obviarse.

De forma sucinta, hemos ilustrado aquí cómo los españoles, animados por racionalidades complejas y a veces divergentes, efectúan elecciones alimentarias cotidianas cada vez más variadas, específicas e irregulares. Las razones

argumentadas en este texto para explicar los cambios en las maneras de comer tienen que ver, en primer lugar, con la relevancia dada a los gustos y aversiones personales, tanto si son adultos como si son niños; y, además con una mayor tolerancia ante las mayores posibilidades de satisfacerlos. En segundo lugar, hemos visto que seguir un régimen alimentario de un modo más o menos continuado, tal como recomiendan las autoridades sanitarias, comporta una rutinización de difícil seguimiento en un contexto marcado por la multiplicidad de actividades cotidianas y por la incompatibilidad horaria marcada por los constreñimientos sociolaborales que, además, entran en competencia con el tiempo destinado a preparar la comida. Finalmente, hemos mostrado que las tareas domésticas están poco o nada compartidas, particularmente las relativas a la elaboración de las comidas, y esta última puede convertirse en una tarea particularmente estresante para las personas responsables habida cuenta de los numerosos objetivos, algunas veces en conflicto, que deben satisfacer:

salud, precio, tiempo, gustos, etc. No resulta en absoluto extraño que, hoy, sea difícil la transmisión de los conocimientos alimentarios y culinarios dentro del hogar y con ello aumenten, también, las dificultades para una alimentación más saludable.

Sin embargo, ninguno de estos factores condicionantes de las prácticas alimentarias constituye, hoy por hoy, objetivo de las estrategias de prevención. Al contrario, se ha optado por abordar cuestiones de orden cualitativo con propuestas principalmente cuantitativas. En consecuencia, insistir, como a menudo hacen las campañas de promoción de la salud, solo en los alimentos –en sus cantidades y componentes particulares– y en la actividad física –tipo y duración–, y no en los modos de vida más o menos impuestos y en sus relaciones específicas con consumos alimentarios concretos, supone avalar que el camino o las soluciones están en modificar los alimentos y el ejercicio y no, como debería ser, en posibilitar la modificación de los apremiantes modos de vida de una gran parte de la población.

NOTAS FINALES

a. Se trata del trabajo *Comemos como vivimos: alimentación, salud y estilos de vida*, dirigido por Contreras y Gracia (1), el cual ha tenido continuidad dentro el proyecto I+D (2006-2009) La alimentación contemporánea desde y más allá de las normas (SEJ2006-15526-C02 02/SOCI). De acuerdo con estos planteamientos iniciales, los objetivos principales se encaminaron a conocer

mejor las circunstancias de diferente tipo –laborales, económicas, conocimientos y habilidades culinarias, etc.– que pudieran estar dificultando o facilitando un mayor seguimiento de las recomendaciones dietéticas en España. Para ello recurrimos, por un lado, al análisis de las políticas alimentarias en salud y de las fuentes estadísticas sobre consumo alimentario en la última década en este país; y por otro, al empleo de diversas técnicas cuantitativas y cualitativas tales como: a) una encuesta sobre preferencias y aversiones

alimentarias, sobre una muestra de 1.030 individuos de edades comprendidas entre 6 y 75 años, b) 8 grupos focales con escolares y con adultos que cumplieran la condición de tener hijos conviviendo con ellos y c) un cuestionario cerrado en una muestra de 1.030 individuos entre 12 y 75 años sobre la incidencia de las

preferencias y aversiones en las ingestas, percepciones en relación a la tolerancia/disciplina paterna y a su grado y tipo de autonomía alimentaria, tipos de conocimiento relativos a la alimentación y conocimiento de las recomendaciones nutricionales y del grado de facilidad/dificultad para llevarlas a cabo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Contreras J, Gracia M, directores. Comemos como vivimos. Alimentación, salud y estilos de vida. Barcelona: Alimentaria Exhibitions; 2006.
2. Mennell S, Murcott A, Van Otterloo A. The Sociology of Food. Eating, diet and culture. Londres: Sage Publications; 1992.
3. Contreras J, Gracia M. Alimentación y cultura. Barcelona: Ariel; 2005.
4. Ministerio de Sanidad y Política Social. Encuesta Nacional de Salud 2006. [En línea] Gobierno de España, Ministerio de Sanidad y Política Social. [fecha de acceso 20 de abril de 2009] URL disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>
5. Fischler C. EL (h)omnívoro. El gusto, la cocina y el cuerpo. Barcelona: Anagrama; 1995.
6. Saguy AC, Riley WC. Weighing both sides: morality, mortality, and framing contests over obesity. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 2005;30(5):869-921.
7. Petersen A. The body in question. Nueva York: Routledge; 2007.
8. Gracia M. Comer bien, comer mal: la medicalización de la alimentación. *Salud Pública de México*. 2007;49(3):236-242.
9. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. Ginebra: WHO; 2000. (Technical Report Series N° 894).
10. World Health Organization. Resolución WHA57.17. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Documento proveniente de la 57 Asamblea Mundial de la Salud; Octava sesión plenaria, 22 de mayo de 2004, Comisión A, tercer informe; Ginebra, Suiza. [En línea] Ginebra: WHO; 2008 [fecha de acceso 20 de abril de 2009] URL disponible en: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-sp.pdf
11. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. [En línea] Ginebra: OMS; 2004 [fecha de acceso 20 de abril de 2009] URL disponible en: http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf
12. Rubio ME, et al. Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Revista Española de Obesidad*. 2007;(Marzo):7-48.
13. Henderson KE, Brownell KD. The toxic environment and obesity. Contributions and cure. En: Thompson JK, editor. Handbook of eating disorders and obesity. Nueva York: Wiley and Sons; 2004.
14. Lobo F. Políticas públicas para la promoción de la alimentación saludable y la prevención de la obesidad. *Revista Española de Salud Pública*. 2007;81(5):437-441.
15. Popkin BM. Nutritional Patterns and Transitions. *Population and Development Review*. 1993;19(1):138-157.

16. Montaner J. El reto de aprender a comer. [En línea] Consumer Eroski. 2 de noviembre de 2004 [fecha de acceso 21 de abril de 2009] URL disponible en: <http://www.consumer.es/seguridad-alimentaria/sociedad-y-consumo/2004/11/02/15079.php>
17. Gracia M. La emergencia de las sociedades obesogénicas o de la obesidad como problema social. *Revista de Nutrição*. 2009;22(1):5-18.
18. Basdevant A, Guy-Grand B. *Médecine de l'obésité*. París: Flammarion; 2004.
19. Le Guen JM. *Obesité, le nouveau mal français. Pour une réponse politique à un fléau social*. París: Armand Colin; 2005.
20. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad (NAOS)*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
21. Poulain JP. *Education au bien manger, éducation alimentaire: les enjeux*. En: *Enfants et adolescents: alimentation et éducation au bien-manger*. [En línea] París: Observatoire Cniel des Habitudes Alimentaires; 2001 [fecha de acceso 21 de abril de 2009] URL disponible en: http://www.lemangeur-ocha.com/fileadmin/contentusocha/2eme_table_ronde.pdf
22. Fischler C, Masson E. *Manger. Français, Européens et Américains face à l'Alimentation*. París: Odeile Jacob; 2008.
23. Contreras J, Gracia M, directores. *La alimentación y sus circunstancias: placer, conveniencia y salud*. Barcelona: Alimentaria Exhibitions; 2004.

FORMA DE CITAR

Gracia Arnaiz M. Qué y cuánto comer: tomando medidas frente a las sociedades *obesogénicas*. *Salud Colectiva*. 2009;5(3):363-376.

Recibido el 7 de enero de 2009

Versión final presentada el 18 de abril de 2009

Aprobado el 7 de mayo de 2009