



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
SAN ANTONIO

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud

“Abordaje sociocultural de la obesidad infantil-
adolescente: examinando la efectividad de un nuevo
enfoque biocultural”

Autor:

D. José Pedro Hernández Alcaraz

Director:

Dr. D. José Palacios Ramírez

Murcia, septiembre de 2020



UCAM
UNIVERSIDAD CATÓLICA
SAN ANTONIO

AUTORIZACIÓN DE LO/S DIRECTOR/ES DE LA TESIS
PARA SU PRESENTACIÓN

El Dr. D. José Palacios Ramírez como Director de la Tesis Doctoral titulada “Abordaje sociocultural de la obesidad infantil-adolescente: examinando la efectividad de un nuevo enfoque biocultural” realizada por D. José Pedro Hernández Alcaraz en el Departamento de Ciencias de la Salud, **autoriza su presentación a trámite** dado que reúne las condiciones necesarias para su defensa.

Lo que firmo, para dar cumplimiento al Real Decreto 99/2011, 1393/2007, 56/2005 y 778/98, en Murcia a 15 de julio de 2020

Fdo.: 

AGRADECIMIENTOS

Tras la elaboración de esta tesis he aprendido que la frase “es de bien nacido ser agradecido” no es solo una ingeniosa paremia con la que se intenta transmitir normas de cortesía. Sino que revela los *habitus* más profundos de un grupo social, o una persona, que mediante el agradecimiento quiere mostrar el valor, el reconocimiento y el respeto hacia aquellos que han estado a su lado, especialmente en los momentos en los que se les ha necesitado.

Por ello, la primera persona a la que quiero dirigir unas palabras de agradecimiento es a mi director de tesis, por su empuje, por responder a los correos con tanta celeridad, por los enriquecedores conocimientos que me ha aportado, por dejar que en algunos casos descubriera por mí mismo la complejidad social y, sobre todo, por haber confiado en mí desde el principio.

A mi mujer por comprenderme, por apoyarme en los momentos de decaimiento, por las tazas de té que me ha acercado al escritorio y por ayudarme a descifrar algunas grabaciones incomprensibles. A mis hijos, Martin y Diana, que han nacido durante el proceso de elaboración de la tesis, y a los que no les he podido dedicar todo el tiempo que hubiera querido. A mi suegra por haberlos cuidado por las tardes permitiéndome tener tiempo libre para llevar a cabo este proyecto. A los cuatro, gracias por vuestro cariño.

Por supuesto, a todos los informantes que han aportado sus puntos de vista y conocimientos de forma desinteresada. A los que asistieron a las calurosas tardes de fin de curso para realizar un grupo de discusión, a las madres que hicieron un hueco en su apretada agenda, a los que se pusieron al otro lado del teléfono para atender mis preguntas y a los que abrieron las puertas de su casa para ofrecerme un asiento desde el que hablar de su vida.

A la UCAM por aceptarme en el programa de doctorado y poner todas sus herramientas humanas y tecnológicas a mi alcance.

Y finalmente, gracias a la vida por darme esta oportunidad para desarrollar mi conocimiento sobre el mundo que me rodea.

“Es preciso entender la tesis como una ocasión única para hacer algunos ejercicios que nos servirán mientras vivamos.”

Umberto Eco

ÍNDICES

ÍNDICE DE CONTENIDOS

ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	XIII
ÍNDICE DE TABLAS	XXI
ÍNDICE DE GRÁFICOS	XXIII
ÍNDICE FIGURAS.....	XXV
SIGLAS Y ABREVIATURAS	XXVII
RESUMEN.....	XXIX
ABSTRACT	XXXI
PARTE 1ª	33
CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN	33
1.1. ESTRUCTURA DE LA OBRA	35
1.2. JUSTIFICACIÓN	38
1.2.1. Amenazas para el bienestar social	38
1.2.2. Actuaciones infructuosas	41
1.2.3. Programas educativos	45
1.2.4. Preocupación por la imagen corporal	48
1.2.5. Divergencias y convergencias	52
1.2.6. Necesidad de un Enfoque Integrador	55
1.3. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	56
1.4. OBJETIVOS	58
1.4.1. Objetivo general	59
1.4.2. Objetivos específicos	59
PARTE 2ª	61
CAPÍTULO 2. ESTADO DE LA CUESTIÓN	61
2.1. CONSECUENCIAS PARA LA SALUD DE NIÑOS Y ADOLESCENTES... 63	
2.1.1. Consecuencias a corto plazo	63

2.1.2. Consecuencias a medio plazo	66
2.1.3. Consecuencias a largo plazo	66
2.2. PREVALENCIA DEL FENÓMENO	67
2.3. RECORRIDO HISTÓRICO	79
2.3.1. De la antigüedad al presente	79
2.3.2. Evolución histórica del sistema agroalimentario	87
2.4. PERSPECTIVAS CIENTÍFICAS	93
2.4.1. Enfoque biomédico	95
2.4.1.1. <i>Sistema adipostático</i>	103
2.4.1.2. <i>Adaptación a los ambientes modernos</i>	104
2.4.1.3. <i>Factores neuroendocrinos</i>	106
2.4.1.4. <i>Un virus</i>	106
2.4.1.5. <i>Ambiente obesogénico</i>	107
2.4.1.6. <i>Televisión</i>	110
2.4.1.7. <i>Género</i>	111
2.4.1.8. <i>Abordajes biomédicos</i>	112
2.4.2. Enfoque psicológico	114

2.4.2.1. <i>Psicología Conductista</i>	116
2.4.2.2. <i>Psicología Evolutiva</i>	116
2.4.2. 3. <i>Psicología del Desarrollo</i>	117
2.4.2.4. <i>Psicología Comparada</i>	118
2.4.2.5. <i>Psicología Psicodinámica</i>	119
2.4.2.6. <i>Psicología Biológica</i>	120
2.4.2.7. <i>Factores que intervienen desde un enfoque psicológico</i>	122
2.4.2.8. <i>Abordaje psicológico del problema</i>	126
2.4.3. Enfoque sociocultural	127
2.4.3.1. <i>Factores implicados desde un enfoque sociocultural.</i>	130
2.4.3.2. <i>Aproximación desde la perspectiva sociocultural</i>	157
2.4.3.3. <i>Estrategias de intervención</i>	161
2.4.4. Enfoque biocultural: una aproximación al discurso integrador	165
CAPÍTULO 3. MARCO TEÓRICO	171
3.1. MARCO CONCEPTUAL ANALÍTICO	173
3.1.1. La obesidad como “categoría interactiva”	176
3.1.1.1. <i>Los niveles de construccionismo según I. Hacking serían:</i>	179
3.1.1.2. <i>Expansión interactiva de las categorías científicas</i>	182
3.1.1.3. <i>Ajuste con la práctica</i>	183
3.1.1.4 <i>Objetividad, subjetividad y palabras ascensor</i>	186
3.1.2. Hábitos y tendencias alimentarias familiares	188

3.1.2.1. Reglas del “juego social”: el campo.....	191
3.1.2.2. Transferencias y concepciones: los capitales	192
3.1.2.3. Capital cultural	193
3.1.2.4. Capital económico.....	196
3.1.2.5. Capital social	198
3.1.2.6. La estructura estructurante	200
3.1.2.7. El habitus como herramienta de análisis	203
3.1.2.8. La producción cultural del gusto representada por los habitus.....	205
3.1.2.9. El cuerpo simbólico: la distinción.....	211
3.1.2.10. Habitus de género: la violencia simbólica.....	215
3.1.3. La fragmentación del cuerpo en un modelo biopolítico.....	219
3.1.3.1. El cuerpo como mercancía.....	219
3.1.3.2. Relaciones estables dentro de la modernidad líquida.....	221
3.1.3.3. Las reglas del juego en las estructuras del poder.....	223
3.1.3.4. Biopolítica y biopoder	228
3.2. MARCO CONCEPTUAL INTEGRADOR.....	231
3.2.1. Necesidad de una perspectiva integradora.....	231
3.2.1.1. Ambiente Obesogénico	231
3.2.1.2. El papel de la Escuela	236
3.3. HABITUS Y CAPITALES EN NUESTRO ANÁLISIS	244
3.3.1. Habitus alimentario tradicional	248
3.3.2. Habitus alimentario legítimo.....	251
3.3.3. Habitus alimentario posmoderno	255
PARTE 3ª.....	265
CAPÍTULO 4. METODOLOGÍA.....	265

4.1. JUSTIFICACIÓN	267
4.2. CLAVES EPISTEMOLÓGICAS.....	269
4.2.1. ¿Cómo construimos nuestro objeto de estudio?	270
4.2.2. La ciencia que estamos haciendo	271
4.2.3. Semejanzas y diferencias con la hermenéutica/fenomenología	274
4.2.4. Matices etnográficos	279
4.2.5. Una estrategia interpretativa-explicativa	282
4.3. DESCRIPCIÓN METODOLÓGICA	285
4.3.1. Características metodológicas	285
4.4. DISEÑO DEL ESTUDIO.....	290
4.4.1. Relaciones de campo	293
4.4.1.1. <i>Nuestro objeto de estudio</i>	293
4.4.1.2. <i>Expertos</i>	294
4.4.1.3. <i>Padres y abuelos</i>	296
4.4.1.4. <i>Niños y adolescentes</i>	297
4.4.2. Aproximación al campo	304
4.4.2.1. <i>Expertos</i>	305
4.4.2.2. <i>Padres y abuelos</i>	306
4.4.2.3. <i>Niños y adolescentes</i>	307
4.4.3. Técnicas de investigación	309

4.4.3.1. Entrevista semiestructurada	310
4.4.3.2. Entrevista en profundidad o abierta.....	313
4.4.3.3. Procedimiento.....	314
4.4.3.4. Escenarios.....	314
4.4.3.5. Grupos de discusión	316
4.4.3.6. Procedimiento.....	317
4.4.3.7. Escenarios de las reuniones.....	318
4.4.3.8. El moderador	319
4.4.3.9. Composición	319
4.5. ANÁLISIS GENERAL Y CODIFICACIÓN DE DATOS.....	322
4.5.1. Esquema de investigación	322
4.5.2. Sobre el trabajo de campo y el análisis	328
4.5.3. Instrumentos de recogida de datos	340
4.6. ASPECTOS ÉTICOS.....	340
PARTE 4ª	345
CAPÍTULO 5. ANÁLISIS.....	345
HABLAN LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES.....	347
5.1. ASENTAMIENTO DE LOS PRECEPTOS MÉDICO-NUTRICIONALES ..	350
5.1.1. Idiosincrasia de los adolescentes	371
5.1.2. Aspectos de género en el habitus alimentario	375
HABLAN LOS EXPERTOS.....	387
5.2. CONSTRUCCIÓN Y PRODUCCIÓN SOCIAL DEL PROBLEMA	387
5.2.1. Doxa alimentaria biomédica	388
5.2.1.1. Ideas sobre la gordura.....	390
5.2.1.2. El ambiente obesogénico	394
5.2.2. Ideas sobre lo sano	408

5.2.2.1. <i>Estilos de vida y hábitos saludables</i>	421
5.2.2.2. <i>Alimentación tradicional</i>	452
5.2.3. Ideas sobre el cuerpo	467
5.2.3.1. <i>“Percentilitis”</i>	475
5.2.3.2. <i>La tiranía de la imagen</i>	483
5.2.3.3. <i>Produciendo cuerpos saludables</i>	488
5.2.3.4. <i>Estigmatización y violencias simbólicas</i>	492
5.2.4. El ambiente confuso	498
5.2.4.1. <i>Conflictos científicos y la agencia de los actores</i>	506
5.2.4.2. <i>La desactualización</i>	516
5.2.4.3. <i>Paradojas de lo tradicional</i>	552
5.2.5. Perspectivas de lo social	576
5.2.5.1. <i>Conflictos educativos</i>	601
5.2.5.2. <i>Capacidad educativa de la Escuela</i>	607
5.2.5.3. <i>El comedor escolar</i>	619
5.2.6. Conflictos sobre el ambiente obesogénico	643
HABLAN LOS PADRES Y LOS ABUELOS	667
5.3. CONSTRICCIONES SOCIOCULTURALES.....	668
5.3.1. Las comidas familiares	669
5.3.2. El ambiente obesogénico	679
5.3.3. Malabarismos y desigualdades	697
5.3.3.1. <i>Conciliación de la vida laboral y familiar</i>	697
5.3.4. Naturalización y dominación	716
5.3.5. Tecnologías del cuerpo	724
5.3.6. Cacofonía informativa	734

5.3.7. Resistencias y desconfianzas	739
5.3.8. Feminización de la vejez.....	758
5.3.9. Percepciones corporales de los abuelos	782
CAPÍTULO 6: CONCLUSIONES.....	791
6.1. CONCLUSIONES.....	793
6.1.1. Objetivo general	793
6.1.2. Objetivos específicos.....	799
6.2. CONSIDERACIONES FINALES.....	820
6.2.1. Limitaciones del estudio	820
6.2.2. Líneas de investigación futuras	821
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	823

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. THAO (2015). Prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil por grupos de edad.....	75
Tabla 2. Expertos participantes. Creación propia.....	302
Tabla 3. Abuelas participantes. Creación propia.....	302
Tabla 4. Madres participantes. Creación propia.....	303
Tabla 5. Grupos de padres participantes. Creación propia.....	303
Tabla 6. Grupos de discusión de jóvenes. Creación propia.....	304
Tabla 7. Fase de pilotaje: pregunta general en una encuesta abierta a 41 niños y adolescentes 10-13 años. Creación propia.....	331
Tabla 8. Fase de pilotaje: preguntas abiertas en una encuesta a 39 adolescentes de 10-13 años. Creación propia.....	332
Tabla 9. Fase de pilotaje: grupo de discusión con padres. Creación propia.....	332
Tabla 10. Última fase: preguntas por bloques temáticos para grupos de discusión con niños. Creación propia.....	334

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. OMS (2018). COSI: Childhood Obesity Surveillance Initiative	71
Gráfico 2. OMS (2018). COSI: Childhood Obesity Surveillance Initiative	72
Gráfico 4. CREM (2006). Porcentaje de personas que sigue alguna dieta	124
Gráfico 5. CREM (2006). Población de 16 y más años según realización de ejercicio físico y sexo	138

ÍNDICE FIGURAS

Figura 1. Corrientes y fundamentaciones teóricas de la estrategia metodológica. Creación propia.....	284
Figura 2. Técnicas de investigación. Creación propia.....	316
Figura 3. Esquema de investigación. Creación propia.....	324
Figura 4. Doxa alimentaria biomédica. Creación propia.....	390
Figura 5. Esquema economicista de la obesidad infantil/adolescente. Creación propia.....	443
Figura 6. Campo social alimentario. Creación propia.	691
Figura 7. <i>Habitus alimentario</i> de los padres. Creación propia.....	757
Figura 8. <i>Habitus alimentario</i> de los abuelos. Creación propia.	789

SIGLAS Y ABREVIATURAS

AENSAN: Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición.

ADN: Acido Dexosirribonucleico

AP: Acción Pedagógica.

APA: American Psychiatric Association.

BOE: Boletín Oficial del Estado.

CODIGO PAOS: Código de Autorregulación de la Publicidad de Alimentos Dirigidos a Menores, Prevención de la Obesidad y Salud.

CREM: Centro Regional de Estadística de Murcia.

DSM: Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales.

ENS: Encuesta Nacional de Salud.

EEG: Electroencefalografía.

ECV: Enfermedades cardiovasculares.

FDA: Food and Drug Administration.

GH: Hormona del crecimiento (del inglés: Growth Hormone).

GED: Teoría de Género en Desarrollo.

HTA: Hipertensión Arterial.

IMC: Índice de Masa Corporal o Índice de Quetelet.

INE: Instituto Nacional de Estadística.

IOTF: Grupo de Trabajo Internacional sobre Obesidad.

NAOS: Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad.

OMI-AP: Oficina Médica Informatizada de Atención Primaria.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PERSEO: Programa Piloto Escolar de Referencia para la Salud y el Ejercicio contra la Obesidad.

PGC: Porcentaje de Grasa Corporal.

PRS: Problemas Respiratorios del Sueño.

SNC: Sistema Nervioso Central.

TCA: Trastorno de la Conducta Alimentaria.

TSH: del inglés Thyroid-Stimulating Hormone, denominada hormona estimulante de la tiroides.

T3: Hormona tiroidea llamada triyodotironina.

URRA: United Nations Relief and Rehabilitation Administration.

FAO: Food and Agriculture Organization of the United Nations.

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

WHO: World Organization Health.

RESUMEN

La presente investigación responde al **interés** personal, científico y gubernamental por disminuir los problemas relacionados con el fenómeno de la obesidad infantil y adolescente. El principal **objetivo** que nos planteamos es ponderar la potencialidad de un nuevo enfoque biocultural con el que tratamos de superar los constreñimientos teóricos actuales y resaltar los aspectos socioculturales implicados. Para conseguirlo, el eje epistemológico del trabajo se estructura en base a los planteamientos teóricos de los filósofos Ian Hacking y Michel Foucault, y el sociólogo Pierre Bourdieu. Mediante el uso de conceptos como *habitus*, *capital*, *clases interactivas*, *efecto bioblucle*, *biopolítica* y *biopoder*, entre otros. La **metodología** parte de una visión etno-sociológica y se desarrolla en base al uso de técnicas de investigación cualitativas que constan de: 22 entrevistas (abiertas y semiestructuradas) realizadas a expertos relacionados con el problema de la obesidad infantil/adolescente, 10 entrevistas a madres y 5 entrevistas a abuelos (con y sin hijos/nietos diagnosticados de obesidad), 5 grupos de discusión conformados por padres y 13 grupos de discusión conformados por niños y adolescentes realizados en un entorno escolar. Los **resultados** indican que el fenómeno de la obesidad infantil/adolescente se compone de realidades complejas que presentan una doble dimensión; una visible que consta de prácticas y elecciones alimenticias propiciada por un contexto social saturado de alimentos insanos (realidad habitualmente abordada desde los enfoques biomédicos). Y otra más difícil de reconocer, producto de procesos culturales, acontecimientos históricos, interacciones sociales y, además, la asimilación de las ideas expertas y/o la cacofonía alimentaria que forma parte del campo social alimentario. En **síntesis**, nos encontramos con un conglomerado de ideas, constreñimientos prácticos, abordajes teóricos diversos y mensajes ambivalentes, desligados de la

realidad biopsicosocial del problema. Por tanto, urge integrar una perspectiva holística que permita llegar tanto a explicaciones globales como locales, aportando soluciones integrales.

Palabras clave: obesidad infanto-juvenil, sociocultural, biocultural, *habitus*, *biopoder*, *biobucle*, *capital*.

ABSTRACT

This research responds to personal, scientific and governmental **interest** in reducing the problems related to the phenomenon of childhood and adolescent obesity. The main **objective** that we set ourselves is to consider the potential of a new biocultural approach with which we try to overcome the current theoretical constraints and highlight the sociocultural aspects involved. In order to do that, the epistemological axis of the work is structured based on the theoretical approaches of the philosophers Ian Hacking and Michel Foucault, and the sociologist Pierre Bourdieu by using the concepts of habitus, capital, interactive classes, bioblucle effect, biopolitics and biopower, among others. The **methodology** starts from an ethno-sociological vision and is developed based on the use of qualitative research techniques consisting of: 22 interviews (open and semi-structured) conducted with experts related to the problem of childhood / adolescent obesity, 10 interviews with mothers and 5 interviews with grandparents (with and without children / grandchildren diagnosed with obesity), 5 discussion groups made up of parents and 13 discussion groups made up of children and adolescents conducted in a school setting. The **results** indicate that the phenomenon of childhood / adolescent obesity is made up of complex realities that present a double dimensión; on one hand, a visible one that is made up of food practices and choices which fosters a social context saturated with unhealthy foods (usually approached from the biomedical perspective). On the other hand, another more difficult to recognize based on product of cultural processes, historical events, social interactions and, also, the assimilation of expert ideas and / or the food cacophony that is part of the social food field. In **summary**, we find a conglomerate of ideas, practical constraints, diverse theoretical approaches and ambivalent messages, detached from the biopsychosocial reality

of the problem. Therefore, it is urgent to integrate a holistic perspective that allows us to reach both global and local explanations, providing comprehensive solutions.

Key words: childhood-adolescent obesity, sociocultural, *bio-cultural*, *habitus*, *biopower*, *bio-loop*, *capital*.

PARTE 1ª

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN

“Enfrentarse, siempre enfrentarse, es el modo de resolver el problema. ¡Enfrentarse a él!”

Joseph Conrad (1857 – 1924)

1.1. ESTRUCTURA DE LA OBRA

La presente tesis se circunscribe a aquellos estudios que tratan de explicar el fenómeno de la obesidad en la infancia y en la adolescencia desde una perspectiva biopsicosocial. Nuestro principal foco de interés son las ideas, limitaciones ambientales y preceptos médico-nutricionales que moldean las prácticas alimenticias de los niños/adolescentes obesos y no obesos en su contexto familiar. Este encuadre nos permite detectar tanto las ideas y prácticas que favorecen una mala alimentación, generando obesidad, como aquellas que la previenen o la limitan.

Para tal cometido, y desde un punto de vista epistemológico, exploramos diferentes dicotomías y dilemas teóricos como: objetos frente a ideas, lo producido frente a lo construido y lo objetivo sobre lo subjetivo. En otro sentido, se analizan personas, relaciones, acciones y experiencias frente a conceptos, categorías, clasificaciones y creencias. Mientras que a nivel práctico, analizamos los *habitus* y *capitales alimentarios* de los padres/abuelos y sus hijos, así como sus niveles de adaptación, aplicabilidad y modificación dentro de su matriz social. Por ello, además de las opiniones de niños, adolescentes, padres y abuelos, necesitamos la perspectiva de especialistas en la materia. Pues, si tenemos que cuenta a Hacking (1999), las personas interactúan con los discursos de los expertos en nutrición, cocina, medicina y psicología, que se transmiten desde los centros educativos, las instituciones médicas o los medios de comunicación. Es entonces cuando sus ideas y clasificaciones alcanzan el plano de aquellas que la sociedad ya ha interiorizado y que como sucede con la alimentación, suelen estar fuertemente arraigadas y cargadas de simbolismo, lo que se traduce en su aceptación, adaptación o rechazo. Para profundizar en estos aspectos, la distribución del trabajo se ha realizado de la siguiente manera.

En la primera parte se encuentra:

- a) el Capítulo I, en el que se justifica la necesidad de llevar a cabo un estudio que aborde la obesidad en la infancia y la adolescencia de una forma holística, teniendo en cuenta las ideas y procesos subjetivos que hay tras las palabras y cómo estas cristalizan en forma de prácticas y acciones.

En la segunda parte desarrollamos tres capítulos.

- b) En el Capítulo II se contextualiza la obesidad infantil y juvenil a nivel internacional, nacional y regional, realizamos un análisis de la evolución histórica de la alimentación y los problemas de salud derivados de una práctica alimenticia inadecuada. Y estudiamos los principales discursos y enfoques expertos que han explicado el fenómeno hasta el momento, siguiendo el eje biopsicosocial.
- c) En el Capítulo III sentamos las bases teóricas de este estudio, examinando los precedentes teóricos del modelo biocultural desde el que parte nuestro modelo explicativo, explorando la aplicabilidad de los conceptos y teorías de I. Hacking, M. Foucault y P. Bourdieu mediante el análisis de estudios preexistentes que han utilizado estos autores como base teórica.
- d) En el Capítulo IV se desarrolla el apartado de metodología en el que, a grandes rasgos, explicamos las bases epistemológicas que guían la investigación, cómo se construye nuestro objeto de estudio, el diseño metodológico del estudio y las técnicas de investigación empleadas.

En la tercera parte se encuentran los siguientes contenidos:

- e) Capítulo V, se desarrolla el corpus principal de esta tesis, en el cual llevamos a cabo un análisis reflexivo de los discursos de los sujetos

entrevistados. En este sentido, como parte de un abordaje integral, se analiza la aplicabilidad/funcionalidad de los conceptos de *biopolítica* y *biopoder*, las categorías interactivas y el *biobucle* interactivo. Paralelamente, se explora el *capital alimentario* que poseen las personas así como el *habitus alimentario tradicional*, *alimentario legítimo* y *alimentario posmoderno*.

En la cuarta parte se desarrolla:

- f) el Capítulo VI, destinado a la recopilación de conclusiones en el cuál se exponen los hallazgos más relevantes de la investigación y se reflexiona acerca de las limitaciones del estudio. Seguidamente planteamos sugerencias para investigaciones futuras y propuestas de solución, aprovechando la línea descriptiva previamente marcada. Finalmente, se exponen las expectativas creadas en cuanto a la proyección, publicación y difusión del estudio. Esta última parte concluye con las referencias bibliográficas, en las que se presentan los documentos gráficos y digitales consultados.

La quinta parte está compuesta por:

- g) los Anexos, en los que se incluyen las transcripciones de las entrevistas y grupos de discusión realizados, con los análisis preliminares. Además, también se muestran las tablas referentes a las características de nuestros participantes, la evolución de las preguntas de investigación y los documentos de consentimiento informado y compromiso de confidencialidad empleados.

1.2. JUSTIFICACIÓN

1.2.1. Amenazas para el bienestar social

Tenemos sobrados motivos para la realización de este estudio sobre la obesidad infantil y adolescente, pues la salud se ha revalorizado en la actualidad postulándose más que nunca como un derecho universal que organiza las sociedades que buscan del máximo bienestar y calidad de vida de sus ciudadanos. Sin embargo, este objetivo presenta algunas amenazas como el aumento paulatino de enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación, entre las que destaca la obesidad, cuya aparición en las etapas tempranas de la vida la ha convertido en un problema de salud pública, ya que es precursora de ECVs, diabetes mellitus II, trastornos del aparato locomotor, cáncer, incapacidad y muerte prematura en la edad adulta (Ibarzábal et al., 2016; Barness, Opitz y Gilbert, 2007). Este hecho supone un gran impacto a nivel social y económico, ya que una alimentación rica en grasas y azúcares, así como la práctica del sedentarismo, favorecen enfermedades a corto, medio y largo plazo. Los enormes costes sanitarios, directos (tratamientos y hospitalización) e indirectos (discapacidad y pérdida de jornada laboral), suponen un menoscabo para las economías tanto de países desarrollados como de los que se encuentran en vías de desarrollo (Flodmark, Lissau, Moreno, Pietrobelli y Widhalm, 2004).

Según los datos de la OMS correspondientes a abril de 2015, en 1980 había 108 millones de adultos con diabetes en el mundo, frente a los 422 de 2014. Si tenemos en cuenta el aumento global de la población, las tasas de diabéticos se han duplicado, pasando de un 4,7% a un 8,5%. Así mismo nos encontramos con que en 2014 unos 1900 millones de personas adultas presentaban sobrepeso u obesidad, una cifra que representa el 54% de la población mundial. El incremento

de sobrepeso y de obesidad en lactantes y niños menores de 5 años es significativamente alarmante, pues entre 1990 y 2013, ha aumentado en 10 millones de personas, alcanzando los 42 millones en todo el mundo. Según la OMS (2014), de no invertirse esta tendencia la cifra de obesidad infantil podría llegar a alcanzar los 70 millones en 2025.

En otro sentido, la OMS advierte que la obesidad es una enfermedad nutricional de gran relevancia que perjudica la salud física, social y psicológica de los niños (WHO, 1998). Tras esta declaración se evidencia un aumento de los consejos y recomendaciones sobre los beneficios de llevar una vida sana por parte, ya sea desde los medios de comunicación o las entidades sanitarias de los países más desarrollados. Los pilares de dichas recomendaciones son, fundamentalmente, el ejercicio físico y la dieta saludable. De forma paralela, surgen en este escenario corrientes de pensamiento que se desmarcan de la medicina oficial y critican aquellos estudios que asumen que los “malos hábitos” son el resultado de actos de irresponsabilidad o muestras de ignorancia que han sumido a los habitantes de los países industrializados, en una especie de decadencia alimentaria tras haber sucumbido a sus instintos más primitivos. En esta línea argumentativa, Boero (2007) sugiere que se disciplinan los cuerpos a través del caos difundido por la epidemia de la obesidad, creando en las personas dependencia de las instituciones médicas ante una teórica escasez de sentido común.

El fenómeno en cuestión ha ido copando el interés médico y social en las últimas décadas. Como muestra de ello, constatamos el elevado número de publicaciones que aparecen al respecto. Entre los años 1990 y 2001, el “New York Times” publicó un volumen de 750 artículos que versaban sobre la epidemia de la obesidad infantil, y en el mismo período, “The Times” publicó 751 artículos sobre

obesidad, sobrepeso y peso corporal, superando las publicaciones sobre el tabaco, con 544 artículos, la epidemia de VIH, con 672, o los 531 que abordaban temas relacionados con la contaminación ambiental.

En estas publicaciones se trataban temas como la salud, la pérdida de peso, los niños, la belleza, la productividad laboral, la salud pública, la discriminación y la economía (Boero, 2007). Profesionales de la salud y periodistas estuvieron trabajando de manera conjunta durante estas décadas para publicar en revistas médicas artículos dirigidos al ciudadano de a pie, consiguiendo que la opinión pública pusiera el foco en el problema a través de dos mecanismos de actuación. Por una parte, la aproximación médica al fenómeno fue rápidamente mediatizada, acrecentando la preocupación por el mismo en todos los estamentos sociales. Y por la otra, los profesionales de la salud se valieron de los medios de comunicación para darle la mayor difusión posible a este hecho.

En la actualidad, ONGs reconocen la existencia de una epidemia, tal es el caso que la Asociación Internacional para el Estudio de la Obesidad, creó el Grupo de Trabajo Internacional sobre la Obesidad (IOTF por sus siglas en inglés) con el objetivo de concienciar a la clase política, así como a la población en general de la necesidad de emprender actuaciones urgentes para hacer frente al problema de la obesidad (IOTF, 2008). Estas organizaciones trabajaron mano a mano con la OMS, y fruto de esa colaboración surge en el año 2000 del informe "Obesidad: Prevención y Gestión de una Epidemia Mundial" (WHO, 2000). Años después, en el Libro Blanco Europeo (2007), esta organización llegó a calificar el sobrepeso como la "epidemia global del siglo XXI", lo que llamó la atención de las organizaciones sanitarias de todo el mundo, las cuales se sumaron al reconocimiento de la importancia de ampliar la investigación en este campo. Así, junto al incremento de los discursos a favor de los trabajos basados en la

evidencia científica, formulados por los máximos mandatarios de organizaciones sanitarias nacionales tan influyentes como la norteamericana, la financiación también fue creciendo de manera exponencial, pasando de 50 millones de dólares en 1993, a más de 400 millones en 2005 (Spiegel y Nabel, 2006). Consecuentemente, a principios del siglo XXI quedaba oficialmente reconocida la epidemia de la obesidad como un problema médico y social, que contaba con el apoyo económico de los principales estamentos a nivel internacional.

1.2.2. Actuaciones infructuosas

Para combatir esta epidemia en España, se puso en marcha en 2005 un mecanismo regulador desde la Asociación Española de Salud Alimentaria y Nutrición (AESAN), entre cuyas actuaciones destacaron la estrategia de Nutrición, Actividad Física, y Prevención de la Obesidad (NAOS), y programas como el Programa Piloto Escolar de Referencia para la Salud y el Ejercicio contra la Obesidad (PERSEO), con los que se trató de concienciar a diversos sectores de la ciudadanía sobre los problemas de sobrepeso y obesidad que presentaba la población infantil, fomentando el ejercicio y la dieta sana, especialmente la dieta mediterránea. Con esta estrategia el gobierno trató de modificar la oferta de las empresas alimentarias. Para ello, llegó a un acuerdo de autorregulación con 44 marcas y algunas televisiones. Dichas iniciativas, aún vigentes, contemplaban clarificar la información nutricional en los envases de alimentos procesados, pedir a las empresas que mejorasen la composición de sus productos (reduciendo el contenido en grasas saturadas, azúcares y sal), o limitar la presencia de ácidos grasos de origen transgénico. Además, se pidió a las casas de restauración aumentar la oferta de frutas y verduras, así como reducir la presión comercial que los spots televisivos y las grandes superficies ejercen sobre los niños. Para lograr

esto último, se propuso la autorregulación de la publicidad y el marketing de alimentos y bebidas dirigidos a menores de doce años a través del denominado Código de Autorregulación de la Publicidad de Alimentos Dirigida a Menores (PAOS) (Ballesteros, Dal-Re Saavedra, Pérez y Villar, 2007).

En la edición ampliada del 1º de enero de 2013 del Código PAOS, las empresas alimentarias se comprometían a respetar las nuevas reglas sobre la publicidad dirigida a menores de 15 años en Internet, y en la dirigida a menores de 12 años en otros medios audiovisuales y manuscritos. Sin embargo, algunos autores manifiestan que a pesar de la existencia de una legislación que regula la publicidad alimentaria dirigida a los niños, existe pasividad por parte de los gobiernos a la hora de controlar que ésta se cumpla de facto. En el caso concreto de España, estudios como el de Ramos y Navas (2015), ponen de relieve la laxitud legislativa respecto a los anuncios publicitarios de comida rica en azúcares y grasas. Autores como Ortún, López y Pinilla (2016) indican que un impuesto sobre las bebidas azucaradas en España podría coadyuvar las medidas ya puestas en marcha, mientras que asociaciones como la Justicia Alimentaria Global, denuncian el constante incumplimiento de las normas del Código PAOS y la falta de medidas efectivas para prevenirlo, emitiendo informes en los que se denuncia las puertas giratorias e intereses que existen entre las administraciones y la industria alimentaria, o las inversiones que realiza la banca en alimentos primarios, especulando con su precio y, por consiguiente, encareciéndolos y haciéndolos inaccesibles para las clases sociales más empobrecidas. Bajo este tipo de presiones, el gobierno de España se vio obligado a anunciar la mencionada subida de impuestos a las bebidas azucaradas, publicada el 3 de diciembre de 2016 en el Boletín Oficial del Estado (BOE). Y ante esta medida no cabe sino

preguntarnos qué efecto tuvo esta alza impositiva en la reducción de la obesidad en niños y adolescentes.

Ortún et al. (2016) sugieren que un impuesto específico sobre las bebidas azucaradas, puede resultar muy efectivo a la hora de reducir las enfermedades no transmisibles debido a la alta elasticidad de la demanda con respecto al precio de las mismas. Este concepto, acuñado por Edward Marshall, citado por Campos y Núñez (2014), hace referencia al grado de respuesta que un individuo exhibe ante la adquisición de un bien cuando el precio de éste ha variado. Respecto al aumento del precio de las bebidas azucaradas, se estima que las medidas adoptadas por el gobierno pueden tener efectos inmediatos si el promedio de la elasticidad del precio oscila entre un 10% y un 20%, reduciéndose significativamente el peso de niños y adultos. Como efectos a medio plazo se produciría un cambio en las conductas y en los hábitos de consumo, disminuyendo la ingesta de azúcares sin el perjuicio de la pérdida de puestos de trabajo, pues este tipo de impuestos fomenta la innovación empresarial.

Expertos del gobierno señalan que a largo plazo, este impuesto tendría un especial impacto en los niños y adolescentes, quienes son los mayores consumidores de bebidas azucaradas en España. Esta conclusión es respaldada por un informe del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2014), según el cual el 30,3% de los menores de 25 años consume refrescos a diario o casi a diario (más de cuatro veces por semana), mientras que la tasa para los mayores de 50 años se sitúa en un 5,9%, manteniendo el supuesto de que aquellas familias con menores recursos económicos reducen el consumo de bebidas azucaradas (Ortún et al., 2016). En síntesis, de acuerdo al gobierno y a estos autores, un aumento de la fiscalidad sobre las bebidas azucaradas puede conseguir una reducción significativa de la obesidad en las primeras etapas de la vida, no obstante, hemos

de preguntarnos por la idoneidad de adoptar la misma medida con los alimentos que contengan un alto porcentaje en calorías o en grasas transgénicas. ¿Hasta qué punto estas medidas funcionarían en la regulación de la ingesta de estos alimentos?

López y Ortega (2014) cuestionan su efectividad porque se presupone erróneamente que tales medidas beneficiarían principalmente a las clases más pobres, debido a su dificultad para acceder a alimentos saludables como cereales integrales, frutas y verduras frescas, frente a los alimentos hipercalóricos, los cuales son más baratos. Afirman que ciertos estudios no logran explicar las elevadas cifras de obesidad que afectan a las minorías étnicas y las clases pobres, que al parecer se relacionan con otros factores como el estilo de vida o la menor actividad física. Por otra parte, estas medidas se dirigen al consumidor y pueden suponer un lastre para las clases sociales más empobrecidas, pues no tienen el mismo impacto en los grupos sociales que gozan de un nivel económico más alto, sobre todo si el consumo de los alimentos gravados es esporádico o no supone un desembolso importante.

En parte, la capacidad de cambios en las costumbres alimenticias de estas medidas resulta cuestionable, además hay que tener en cuenta la posibilidad de que se produzca un cambio en el consumo de alimentos en una dirección no deseada. Aplicar un impuesto a las bebidas azucaradas puede disminuir su consumo pero, a su vez, aumentar la ingesta de sustitutos como zumos de frutas, leche, bebidas alcohólicas o derivados de peor calidad, por lo que deberíamos ir elevando las tasas cada vez a más alimentos. Por todo esto, se sugiere que antes de emprender una medida de este calado, se realicen estudios en torno a los efectos de la reducción del consumo de calorías y el impacto de la ingesta de otros productos (Fletcher, Frisvold y Tefft, 2011).

Por último, cabe destacar que diversos estudios han analizado la relación entre las fluctuaciones de los precios, IMC y las tasas de obesidad, respecto a lo cual no encontraron impacto por el consumo de alimentos de las cadenas de comida rápida en el caso de los adultos, aunque sí puede darse en adolescentes (Cotti y Tefft, 2013; Powell, Chriqui, Khan, Wada, y Chaloupka, 2013). Otros estudios afirman, por el contrario, que los impuestos aplicados a los refrescos en Estados Unidos no han tenido efecto alguno sobre el IMC, ni en adolescentes ni en adultos (Fletcher et al., 2010; Powell, Chriqui y Chaloupka, 2009).

1.2.3. Programas educativos

Las autoridades sanitarias recomiendan la intervención en el ámbito educativo mediante programas escolares como una de las medidas para atajar el problema de la obesidad en la infancia adolescencia, incluyendo a profesores y padres. Travé y Visus (2005) afirman que tanto la Escuela como el entorno familiar son los ámbitos educativos de mayor influencia, por lo cual debe ponerse en práctica la implementación de programas escolares de educación nutricional, fundamentales para afianzar la adhesión psicoafectiva de hábitos alimenticios y estilos de vida saludables. Carnell, Edwards, Croker, Boniface y Wardle (2005) proponen intervenciones dirigidas a la concienciación de los padres sobre el peligro del sobrepeso y la obesidad de sus hijos.

A nivel internacional, encontramos un estudio longitudinal realizado en Chile, en el cual se evalúa la efectividad de las intervenciones educativas con 597 niños con edades entre cuatro y siete años en siete centros educativos diferentes. Dicho estudio se planteó con el objetivo de prevenir la obesidad, para lo cual se llevaron a cabo una serie de acciones: formar al profesorado para impartir un programa de educación nutricional y mejorar las clases de educación física

(cuantitativa y cualitativamente). Sorprendentemente, durante el estudio se descubrió que aunque los niños aumentaron sus conocimientos nutricionales significativamente, también aumentó la obesidad en más de dos puntos, pasando del 17% al 19,3%, tras la evaluación de las medidas antropométricas (Kain, et al., 2012).

Summerbell et al., (2005) examinaron 22 estudios longitudinales publicados entre 1990 y 2005, descubriendo que no se había obtenido reducciones significativas del IMC, especialmente en aquellos programas que se habían centrado en fomentar una dieta sana y ejercicio físico. Igualmente, encontramos un meta-análisis de gran relevancia en el que se resalta la ineffectividad de las intervenciones realizadas en los centros escolares para prevenir la obesidad, especialmente cuando se abordaban múltiples campos. El seguimiento continuado de los hábitos de los participantes demostró efectividad a corto plazo, siempre coincidiendo con el período de aplicación del programa, sin embargo, a largo plazo perdía potencial persuasivo (Brown, Kelly y Summerbell, 2007; NICE, 2006). A nivel privado, otro meta-análisis arroja coincidencias tanto en las mejoras logradas a corto plazo como en la pérdida de convicción a largo plazo, siendo efectivos tan solo el 21% de los programas de prevención que cumplieron con los criterios de inclusión de este estudio (Stice, Shaw y Marti, 2006).

A nivel nacional, otro estudio realizado en Soria con niños de entre 6 y 9 años cuya finalidad era evaluar la utilidad de los programas de educación nutricional, arroja buenos resultados, con una relación negativa entre la adhesión a la dieta mediterránea y el IMC (evaluada con el test Kidmed). Sin embargo, el trabajo revela datos similares a los de otros estudios, en los que se confirma el paulatino abandono de esta dieta en los niños de mayor edad, tanto en España

como en otros países mediterráneos (Ayechu 2010; Lazarou et al., 2009; Aranceta et al., 2007).

Por otra parte, si bien al final de los diez años de duración del estudio se constató que los niños encuestados habían aumentado el consumo de fruta y verdura fresca, también se registró un aumento del número de niños que recurrían a la comida rápida o consumían golosinas (Pérez, Bayona, Mingo y Rubiales, 2005). Estos resultados confirman que las intervenciones en educación consiguen una población mejor informada, pero no por ello una reducción de la obesidad a largo plazo, debido a que no se producen modificaciones en el consumo de alimentos, o se abandonan las buenas prácticas alimenticias. Lo que nos lleva a preguntarnos por qué no funcionan y si existe alguna medida educativa realmente efectiva.

Al respecto, algunos autores cuestionan el papel educativo de la Escuela porque entienden que se ha convertido en un elemento disciplinario que solo busca dotar a los individuos de capacidades y esquemas mentales socialmente aceptados, sin permitirles la libertad de pensamiento. Según Bourdieu y Passeron (2008):

Por el hecho de que el trabajo pedagógico (ya sea ejercido por la Escuela, una Iglesia o un Partido) tiene por efecto el producir individuos, duradera y sistemáticamente modificados por una acción prolongada de transformación que tiende a dotarles de una misma formación duradera y transmisible (habitus), es decir, de esquemas comunes de pensamiento, de percepción, de apreciación y de acción; por el hecho de que la producción en serie de individuos idénticamente programados exige y suscita históricamente la producción de agentes de programación asimismo idénticamente programados y de instrumentos estandarizados de conservación y transmisión. (p. 219)

Vista así, la Acción Pedagógica (AP) es un instrumento más de producción de violencia simbólica, puesto que bajo las directrices de los poderes encargados de la selección curricular, las personas ven una realidad que les es impuesta. En este sentido, puede observarse que la Escuela opera como mecanismo de modelación de ideas y acciones peyorativas respecto a la obesidad y es el espacio donde el niño aprende a etiquetar o clasificar a sus compañeros como “obesos”. A este respecto, más adelante, los autores sostienen que la AP es una violencia simbólica “en la medida en que la delimitación objetivamente implicada en el hecho de imponer y de inculcar ciertos significados, (...) reproduce (...) la selección arbitraria que un grupo o una clase opera objetivamente en y por su arbitrariedad cultural” (p. 22).

Dicho de otro modo, la arbitrariedad cultural se corresponde, en este caso, con las condiciones materiales de existencia, los modos y estilos de vida y, en general, con las representaciones sociales de los sujetos.

1.2.4. Preocupación por la imagen corporal

El cuidado del cuerpo se ha convertido en los últimos años en una de las cuestiones que más preocupa a la sociedad. Tradicionalmente, la mujer ha sido la que más tiempo le dedicaba a su cuerpo, aunque este interés se está extendiendo cada vez más a los hombres. En los países occidentales se ha asumido esta cultura, lastrando las relaciones interpersonales de hombres y mujeres, por lo que se ha llegado a afirmar que vivimos esclavizados por el “culto al cuerpo”. En España tenemos muy presente la importancia de nuestra imagen corporal, por ello somos los primeros de Europa en el uso de operaciones de cirugía estética (un 8% del total de ciudadanos), situándonos en el cuarto lugar a nivel mundial, por debajo de Estado Unidos (13%), México (9%) y Argentina (8.5%). La preocupación

por la imagen corporal ha sido especialmente relacionada con la vida de las mujeres, consolidando la percepción de que el valor de la mujer se encuentra en su juventud y su belleza, aspectos íntimamente relacionados con su papel de madre y esposa. Sin embargo, este entramado social no siempre resulta positivo para las mujeres, pues han sido sometidas a una cosificación sexual relegando sus cualidades internas al mero aspecto físico (Sáez, Valor y Expósito, 2012).

Se ha llegado a demostrar que lejos de solucionar este problema, la información que se transmite a los niños, principalmente en la Escuela, acerca del aspecto físico o los problemas de salud que acarrea el sobrepeso y la obesidad, fomenta los prejuicios que ya de por sí albergan las cuestiones relacionadas con el cuerpo. López, Ramírez y Gea (2015) realizaron un estudio cualitativo en Valencia, en el cual recaudaron la percepción de 82 niños de entre 10 y 12 años, detallando cómo reproducen los mismos términos negativos y de rechazo respecto al sobrepeso, presentando además una especial preocupación por la imagen corporal. El interés físico de los niños se focaliza en el abdomen, mientras que las niñas atienden la estética integral.

Junto al creciente interés por la imagen corporal, ha ido aumentando la preocupación por la obesidad, lo cual ha generado graves problemas de salud físicos y mentales entre los más jóvenes, debido a la fuerte interconexión entre la alimentación inadecuada y la búsqueda de un cuerpo ideal. El ámbito psicológico define estos problemas de salud como Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), siendo los más frecuentes la bulimia, la anorexia y el síndrome del atracón. Dichos trastornos se dan, cada vez, a edades más tempranas y se mantienen hasta edades más tardías (Fernández, Encinas y Escursell, 2004).

Visto el panorama desde las políticas públicas en materia de salud para prevenir la obesidad, los programas educativos de promoción del ejercicio físico,

la alimentación adecuada, la cultura nutricional y las medidas arancelarias impuestas a empresas alimenticias, se considera que esta investigación desde la perspectiva de lo que opina la población en torno a la alimentación, la salud, la enfermedad y la obesidad, constituye un aporte a la discusión, a la reorientación de programas preventivos y educativos a profundidad, además de enriquecer los estudios partiendo de un paradigma sociocultural, de corte etnográfico, que involucre a escolares, padres, madres, abuelos y expertos. La innovación del mismo reside en incorporar los saberes de la gente común y contrastarlos con los conocimientos de los expertos, así como aportar un nuevo enfoque integrador para abordar el problema.

Por otro lado, queremos reseñar que más allá de datos estadísticos y análisis de hábitos alimentarios, a lo largo de nuestra infancia hemos vivido de cerca la otra cara menos visible de la obesidad en la etapa infantil y adolescente. El sufrimiento que supone ser clasificado y etiquetado por el aspecto físico en muchos casos retratado por un apodo en alegoría a algún supuesto defecto físico que, a modo de un juego cruel de niños alimentado por una sociedad que no es consciente del trasfondo, termina marcando toda una vida. Tal es el caso de un amigo con sobrepeso a quien le diagnosticaron en su infancia diabetes insulino-dependiente, y cuyas dimensiones le acarreaban burlas diarias por parte de sus compañeros. En su época estaba de moda un juguete singular llamado "Mister Potato", una patata a la que se le podía adicionar diferentes accesorios para caracterizarlo, sombrero, bigote, brazos, piernas, ojos u orejas. Potato fue el nombre que acompañó a mi amigo durante toda su infancia y adolescencia. Actualmente su apodo abreviado es "Poti", el cual aún evoca a esa patata de juguete de formas redondeadas que definía su figura, marcado su identidad y su forma de convivir en sociedad.

En consonancia con este caso particular, vemos que diversos autores coinciden en que los niños y adolescentes con sobrepeso u obesidad sufren de baja autoestima, como consecuencia de la presión social y mediática a la que son sometidos por el ideal de una determinada imagen corporal, que generalmente no coincide con la realidad y que no es representativa de la diversidad inherente al ser humano. Conforme a Bresh (2006), la obesidad infantil se conceptualiza no sólo para delimitar el problema a nivel poblacional, sino para contrarrestar la influencia de las exigencias de una sociedad que genera un sentimiento de fracaso y una baja autoestima; tanto los más jóvenes como los padres de niños y adolescentes que presentan problemas relacionados con la alimentación, experimentan sentimientos de culpabilidad por la exposición a la que son sometidos por parte del poder que las autoridades sanitarias (médicos, psiquiatras, nutricionistas, psicólogos) y la sociedad en general poseen, afectando a un sector de la sociedad tan sensible como los niños.

Según López et al. (2015), la estigmatización y el rechazo que sufren las personas obesas surge, por un lado, de la importancia que se le da a la estética en una sociedad donde se sobrevalora la delgadez como un ideal de belleza y, por otro lado, de la dimensión moral que se le otorga, provocando una oposición frontal a una glotonería que interpretan como falta de autocontrol, pérdida de valores o debilidad, señalando a las personas obesas como culpables de su situación, lo cual abre un debate que resulta imprescindible explorar en nuestro estudio para explicar la repercusión que la obesidad tiene en la salud física y mental de los más jóvenes.

1.2.5. Divergencias y convergencias

Por lo antes expuesto, no se nos ocurre mejor contribución al desarrollo social y a la mejora de la calidad de vida de las personas, que emprender un estudio que ayude a mejorar la salud de los más jóvenes y, por extensión, la salud de los adultos del futuro. No obstante, hasta el momento, expertos, gobiernos y autoridades sanitarias de todo el mundo, han llevado a cabo campañas de prevención centradas en analizar datos estadísticos de morbilidad, mortalidad y expectativas de vida, a la par que han fomentado hábitos de vida saludables entre niños y adolescentes, pero no han conseguido reducir las tasas de obesidad en la población.

Desde la perspectiva sanitaria, que tan cerca nos sitúa de los pacientes, sentimos la necesidad de emplear un enfoque holístico para explorar el problema de la obesidad en la infancia y en la adolescencia. Por ello proponemos discutir y dialogar tanto desde enfoques biomédicos como sociales, dando cabida a aquellos planteamientos integradores, de tipo biocultural, que ayuden a explicar el fenómeno en su doble vertiente, objetiva-subjetiva, psicológica-social, producida-construida, pues creemos que a pesar de las diferencias que muestran, sus ideas convergen y se complementan (Barsh y Schwartz, 2002; De Castro, 2006).

Cabe señalar que para la Antropología de la salud, problemas como la obesidad, no pueden ser abordados sin estudiar los efectos sociales que tienen la ciencia y la tecnología sobre el mismo. Es decir, no tiene sentido publicar una fotografía de una situación de la obesidad si en la misma no se menciona la opinión de los expertos, que son parte del problema y de la posible solución. Por ello exploramos la forma en que las ciencias biomédicas sostienen que existe una predisposición genética a la obesidad o que los desequilibrios energéticos favorecen el acúmulo de grasa corporal. Mientras que las ciencias sociales, de

acuerdo, al abordaje de esta investigación, nos invitan a examinar la obesidad en las edades tempranas como un fenómeno, en parte, construido en el que intervienen prácticas socioculturales como la comensalidad, las diferencias de clase, el entorno en el que se vive, el legado cultural o el sistema socioeconómico, entre otros factores de índole sociocultural.

Lo que realmente se nos plantea en este estudio, es la necesidad de un abordaje complejo del problema, en el cual se dé protagonismo a las personas y se atienda a la diversidad de pareceres a la hora de alimentarse, sin dejarnos llevar por las explicaciones clásicas basadas en datos estadísticos y tratamientos estandarizados de dieta y ejercicio. No obstante, sí que tienen cabida los aspectos biológicos para focalizar el problema y para examinar la forma en que intervienen las distintas categorizaciones nutricionales y corporales en las relaciones sociales. En este sentido, para proceder a un análisis minucioso de la alimentación desde una perspectiva social, Bourdieu (1997) sugiere que es necesario conocer quién ha obtenido los alimentos, quién los ha cocinado o cómo los ha cocinado, lo que nos aporta una valiosa información acerca de las construcciones mentales inherentes a una sociedad. Para que no pasen desapercibidas debido a su cotidianidad, el autor indica:

El investigador, a la vez más modesto y más ambicioso que el aficionado a las curiosidades, trata de aprehender unas estructuras y unos mecanismos que, aunque por razones diferentes, escapan por igual a la mirada indígena y a la mirada forastera, como los principios de construcción del espacio social o los mecanismos de reproducción de este espacio, y que se propone representar en un modelo que aspira a una validez universal. Y de este modo puede señalar las diferencias reales que separan tanto las estructuras como las disposiciones (los habitus) y cuyo principio no hay que indagar en

las singularidades de las naturalezas —o de las «almas»—, sino en las particularidades de historias colectivas diferentes. (p. 13)

Otro motivo para atender este fenómeno desde nuestro particular punto de vista socio-biocultural, es que cada vez va cobrando mayor peso la posibilidad de un origen exógeno del problema. En la actualidad, la perspectiva biomédica entiende que la obesidad infanto-juvenil es producto del desequilibrio que provoca una excesiva ingesta de calorías en un *ambiente obesogénico*. Sin embargo, en España se ha producido una reducción de la ingesta de calorías en un 10%, lo que cuestiona el argumento ambiental (Gracia, 2010). Por este motivo, enfoques socioculturales sugieren que las causas son múltiples y requieren de un análisis más profundo y complejo de las transformaciones acaecidas en la sociedad, como las variaciones demográficas, los cambios económicos o las estrategias que las personas adoptan para solucionar sus problemas de salud, cuando estos son consecuencia de una alimentación inadecuada.

En esta línea argumentativa, algunos autores sostienen que la alimentación está condicionada por el contexto en el que viven las personas, dado que el tipo de alimentos que se come, su disponibilidad, el acceso a los mismos y la forma de cocinarlos, dependen de factores como: las condiciones climáticas del entorno, los modelos socioeconómicos del país en que se vive, los aspectos culturales, las creencias religiosas, la clase social a la que se pertenece e incluso las emociones que despiertan los alimentos que se consumen. Sumándose a esta perspectiva, Menéndez (1994) afirma que los procesos de salud, enfermedad y de atención, están supeditados a la forma en que los actores sociales los perciben y la manera en que los viven. En este sentido, los individuos son los protagonistas de un entorno social en el que crean sus propias estrategias o prácticas para enfrentarse a la enfermedad. “(...) como las respuestas hacia los mismos, constituyen

procesos estructurales en todo sistema y en todo conjunto social (...) no sólo generarán representaciones y prácticas, sino que estructurarán un saber para enfrentar, convivir, solucionar (...) erradicar los padecimientos". (p. 71)

1.2.6. Necesidad de un Enfoque Integrador

A pesar de que las ciencias sociales pueden entenderse como una aproximación a la subjetividad, salvando el relativismo en el que pueden caer ciertos planteamientos construccionistas, como sugiere Brown (1991), nos aventuramos a decir que la perspectiva integradora que planteamos es necesaria para abordar al fenómeno que estamos estudiando, lo cual permite tomar en cuenta los cambios socioculturales sucedidos en las últimas décadas. Sin embargo, pese a la necesidad de conectar con las percepciones particulares de las familias y los jóvenes implicados, no podemos separar el elemento objetivo del subjetivo, ya que forman parte de un todo. Por este motivo, trataremos de actualizar, describir y contextualizar las observaciones biológicas y psicológicas, teniendo presente cómo interactúan con los aspectos socioculturales. Nuestros planteamientos nos ayudarán a desmarcarnos tanto de las posturas predominantemente biomédicas, estancadas en estrategias dietéticas y nutricionales, como del relativismo construccionista más radical, que considera que todo ha sido construido socialmente, tanto el actor como el escenario (gustos alimenticios y ambiente).

Bajo nuestro punto de vista, es necesario permanecer en una posición intermedia cuando se trata de un fenómeno que como algunos estudios indican, no se distribuye de la misma forma en la sociedad, ni por clases sociales ni por zonas geográficas. Y en el que entran en juego procesos de legitimidad, autoridades científicas y pugnas entre tipos de ciencias, ya que los individuos son

producto de la interacción con la cultura de su tiempo, de sus decisiones personales y de su condición social, entre otros elementos. A su vez, creemos necesario incorporar la idea de ajuste o adaptación de I. Hacking (1999) para explicar el resultado final de las prácticas alimenticias, ya que tanto expertos como padres realizan un ajuste ecléctico, funcional y no siempre desinteresado de los conocimientos y prácticas disponibles, a fin de organizar una visión aparentemente coherente del problema frente a la realidad, pues entendemos que dichas formas de coherencia práctica, deben ser tenidas en cuenta más allá de lo que se considera, en ocasiones, como objetivo y real.

1.3. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

Nuestra posición dentro del mundo sanitario nos ha permitido observar la preocupación por la alimentación y la salud en las miles de personas con las que nos hemos relacionado. Nuestro paso por una consulta de pediatría durante un largo período de tiempo nos ha ofrecido la oportunidad de examinar muy de cerca la interconexión entre salud, alimentación y obesidad infanto-juvenil, comprobando la preocupación que genera tanto en los profesionales sanitarios como en los padres, debido a los problemas de salud que se asocian a un peso excesivo. No obstante, cuando detectábamos niños obesos en las revisiones pediátricas, ante tal circunstancia se producía una reacción de contrariedad en los adultos que acompañaban al menor, parecía como si su percepción distase mucho de la información que se les estaba proporcionando. La pediatra les advertía de las consecuencias que esto podía tener en un futuro, pero el rostro de esos padres reflejaba el desacuerdo. Seguidamente, se proponía una dieta estandarizada que se había elaborado conjuntamente con un equipo de nutricionistas, médicos y enfermeros, pero a la larga se comprobaba que tales consejos no funcionaban. Este hecho generaba una gran frustración en el equipo multidisciplinar y, por lo que a

nosotros respecta, nos llevó a cuestionarnos en qué estaba fallando, si conocíamos en profundidad los condicionantes que estaban realmente influyendo en las decisiones y las prácticas alimenticias de las personas que estábamos atendiendo, y qué debíamos hacer para solucionarlo. Una incertidumbre que se ha tornado en el germen de este estudio.

Estas primeras inquietudes nos han llevado a plantearnos diferentes preguntas que a lo largo de esta investigación han sufrido transformaciones, en gran medida motivadas por la estrategia metodológica abierta y doblemente reflexiva elegida (Dietz, 2011). Alternando períodos de práctica, comprobación en el campo de trabajo y vuelta al rediseño del estudio (aspectos que se detallarán más adelante). Todo ello forjado, además, por una negociación recíproca entre intereses académicos y complicidad con las reivindicaciones de los individuos estudiados. Así, como aconsejan Raymond Quivy y Luc Van Campenhoudt (1992), nos planteamos una pregunta inicial, con la que tratamos de explicar lo más fielmente posible el porqué de la existencia de un fenómeno como la obesidad infanto-juvenil. Nuestra pregunta inicial fue puesta en práctica en entrevistas a diferentes expertos, en un grupo de discusión realizado con padres así como en las encuestas de pilotaje que se le realizaron a dos grupos de escolares (Anexo I): ¿Qué factores influyen en el desarrollo de la obesidad infantil y juvenil?

Las preguntas de investigación son las siguientes:

1. ¿Qué concepciones teórico-epistemológicas explican la obesidad infantil/adolescente?
2. ¿Qué efectos tiene el discurso experto en las concepciones sobre la obesidad y las prácticas alimenticias de los actores implicados?

3. ¿Cómo interpretan los niños y adolescentes las ideas implícitas en los mensajes sociales sobre la salud y cuerpo?

4. ¿Qué propuestas teórico-prácticas se presentan para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población infantil/juvenil obesa?

1.4. OBJETIVOS

Al igual que las preguntas de investigación, los objetivos de nuestro estudio son el reflejo del tipo de metodología elegida, abierta, reflexiva y alejada de los convencionalismos científicos. Desde el principio hemos querido tomar cierta distancia respecto a los análisis clásicos que desde las instituciones se han llevado a cabo, transformando en datos estadísticos las prácticas de los niños y adolescentes obesos y formulando soluciones que medicalizan y culpabilizan a los actores por no seguir las prescripciones médicas. Cabe destacar que estas premisas parten implícitamente de la contradictoria idea de que los sujetos gozan de plena capacidad de agencia en un ambiente denominado “obesogénico” que mercantiliza la alimentación y el cuerpo, por lo que los termina introduciendo en una espiral de oferta/prohibición que no parece solucionar el problema.

Para tratar de desenredar esta problemática objetivización de un problema que, en parte, es construido por los propios mensajes expertos cuando lo catalogan de epidemia. Tras una primera incursión en el campo social alimentario, reformulamos los objetivos que finalmente nos han permitido profundizar en las particularidades biopsicosociales del fenómeno de la obesidad infantil y adolescente. Quedando descritos de la siguiente manera:

1.4.1. Objetivo general

Analizar las fundamentaciones onto–epistemológicas que explican el fenómeno de la obesidad infantil y adolescente desde una perspectiva biocultural/integradora, estudiando los efectos del discurso especializado en el comportamiento alimenticio de las familias.

1.4.2. Objetivos específicos

- Explorar cómo se define y explica el fenómeno de la obesidad infantil/adolescente desde los diferentes ámbitos científicos, examinando los objetos que se producen y las ideas que se construyen.
- Explorar la capacidad de agencia de los sujetos implicados analizando cómo repercuten las relaciones de *biopoder*, las interacciones sociales y los elementos estructurales en su alimentación.
- Examinar los efectos de los mensajes alimenticios ambivalentes, científicos y profanos, en la cotidianidad de las familias en base al capital económico, social, cultural y simbólico que poseen.
- Analizar los aspectos objetivos y los procesos subjetivos implicados en el fenómeno de la obesidad infantil/adolescente.
- Analizar la influencia de los etiquetamientos expertos y los ideales de belleza sociales en las problemáticas psicológicas de niños y adolescentes.
- Formular propuestas que contribuyan a solucionar el problema de la obesidad infanto-juvenil.

PARTE 2ª

CAPÍTULO 2. ESTADO DE LA CUESTIÓN

“La ciencia es respecto del alma lo que es la luz respecto de los ojos, y si las raíces son amargas, los frutos son muy dulces”

Aristóteles (384 AC-322 AC)

2.1. CONSECUENCIAS PARA LA SALUD DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

La obesidad en la infancia y en la adolescencia no se traduce en grandes cifras de mortandad, sino que representa un mayor riesgo de padecer enfermedades en el futuro y se relaciona con un aumento de casos de hipertensión arterial, colesterol elevado y resistencia a la insulina en la etapa adulta (Berenson et al., 1998). Además, se la considera un factor de riesgo para el individuo, ya que puede continuar siendo obeso en los años venideros: por encima del 50% si se padece a los seis años de edad, un 80% si el niño supera esa edad (Freedman et al., 2004). Charney et al. (1976) apuntan que, a pesar de que algunos niños obesos llegan a perder peso antes de la etapa adulta, el tiempo corre en contra de la posibilidad de adelgazar y consideran que a partir de los 11 años de edad la mayoría de los niños obesos o con sobrepeso se mantienen igual. Por este motivo, sugieren que se debe actuar antes de que se desarrolle la obesidad, sobre todo en los repuntes de la segunda infancia y la adolescencia, pues los adolescentes obesos serán los que desarrollen enfermedades metabólicas como la Diabetes Mellitus Tipo II cuando alcancen la treintena. Pi-Sunyer (2002) afirma que pueden aparecer problemas de hipertensión, aumento de colesterol en sangre, diabetes, enfermedades cardiovasculares, osteoartritis, apnea del sueño, ciertos tipos de cáncer, anomalías en la menstruación y problemas de fertilidad. Empleando la clasificación que sugieren diversos autores, la cual desglosa tales problemas de salud a corto, medio y largo plazo, exponemos las consecuencias más destacadas de la obesidad para la salud del niño.

2.1.1. Consecuencias a corto plazo

Según Must y Strauss (1999), las consecuencias de la obesidad para la salud en las etapas iniciales de la vida son decisivas, pero los riesgos a corto plazo solo

se presentan cuando la obesidad es severa. Investigaciones recientes han relacionado la obesidad infantil con la creciente incidencia de obesidad tipo II entre los jóvenes (Hannon, Rao y Arslanian, 2005), la apnea del sueño y el asma (Deane y Thomson, 2006), y la dislipidemia y la hipertensión (Chien-Chang et al., 2009). No obstante, lo que sí queda claro es que en este periodo se produce un menoscabo de la calidad de vida del niño que va más allá de los meros problemas de salud, y es que los efectos nocivos más extendidos son los psicológicos, debido principalmente a la discriminación social y la marginación que éste sufren en el colegio (Dietz, 1998).

Ha sido ampliamente documentada la relación que guarda la estigmatización que sufren los niños y adolescentes con sobrepeso u obesidad con el desarrollo de TCA, así como otros problemas psicopatológicos como ansiedad y depresión. Se han identificado como factores comunes el seguimiento de dietas poco saludables, la interiorización de mensajes sociales y mediáticos sobre la imagen y las normas para obtener un cuerpo ideal, la discriminación por el peso o la exposición a burlas y calificativos negativos (Sánchez y López, 2011; Hernández y Londoño, 2013; Jáuregui, López, Montaña y Morales, 2008). Todo ello empuja a los niños y adolescentes a adoptar conductas poco saludables para controlar el peso (Neumark, Story, Hannan y Crolli, 2002).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales V (DSM-V) incluye los siguientes trastornos de la alimentación: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastornos de la conducta alimentaria no especificados, pica, rumia, trastorno por atracón y trastorno evitativo restrictivo de la ingesta (APA, 2013). Según Lobera (2011), existen estudios que evidencian la relación entre un aumento del IMC y un mayor número de alteraciones de la conducta alimentaria, siendo los trastornos más estudiados la bulimia y el trastorno por atracón. El

aumento en un punto de la grasa corporal supone elevar el riesgo de padecer algún trastorno de la alimentación, al tiempo que se asocia la percepción negativa del cuerpo con el cociente cintura-cadera, por lo que el aumento natural del diámetro pélvico y de los glúteos que se produce en la pubertad, se relaciona con un mayor riesgo de padecer los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) (Babio, Canals, Pietrobelli, Pérez y Arija, 2009).

Los problemas de salud más frecuentes que los niños y adolescentes con TCA pueden llegar a desarrollar son: depresión, ansiedad, autoestima baja y aislamiento social (Hernández y Lodoño, 2013). En el plano físico pueden llegar a producirse problemas metabólicos (hipotermia, hipotensión, bradicardia, hipercolesterolemia), gastrointestinales (gastroparesia, dispepsia, estreñimiento, desnutrición y alteraciones hepáticas), cardiovasculares (bradicardia, hipotensión arterial o arritmias por alteraciones electrolíticas), renales (insuficiencia renal pre-renal, fallo renal crónico), endocrinos (hipogonadotropismo, aumento de los niveles de cortisol que favorecen la osteoporosis, disminución de T3 con TSH normal, hipoglucemia, alteración de la ADH con diabetes insípida), osteomusculares (osteoporosis, retraso en la maduración ósea y atrofia muscular), dermatológicas (lanugo, piel seca, caída del cabello, cabello lacio, cabello débil, uñas frágiles), hematológicas (pancitopenia, hipoplasia de médula ósea), alteraciones hidroelectrolíticas (deshidratación, depleciones de sodio, cloro y potasio), y por último, complicaciones a nivel del sistema nervioso central (atrofia cortical y electroencefalograma con alteraciones inespecíficas) (Gutiérrez, 2006; Herpertz, 2009).

2.1.2. Consecuencias a medio plazo

Las complicaciones más frecuentes de la obesidad en la infancia y la adolescencia a medio plazo pueden expresarse en forma de:

- Problemas ortopédicos, debido a la sobrecarga a la que los niños obesos someten unos huesos que aún no se han solidificado.
- Problemas endocrinos, como la resistencia a la insulina o el hiperandrogenismo. Se ha descrito en diversos estudios un incremento de la Diabetes Tipo II, considerada del adulto, en niños menores de 10 años.
- Problemas neurológicos derivados del aumento de la presión intracraneal, que cursan con náuseas, cefaleas y visión borrosa, entre otros.
- Problemas pulmonares como el asma se manifiestan en el 30% de los niños obesos. Los estudios indican que el mismo porcentaje presenta apnea del sueño.
- Los problemas gastrointestinales se elevan a partir de los 17 años de edad entre los niños obesos, siendo la obesidad infantil un factor que predispone a padecer cálculos biliares antes de los 30 años en el 70% de los casos.

2.1.3. Consecuencias a largo plazo

Aunque no se dispone de estudios concluyentes al respecto, se ha relacionado largo la obesidad en las etapas tempranas de la vida con ciertas complicaciones a largo plazo como un alto índice de enfermedades cardiovasculares como hipertensión, enfermedades renales, isquemia coronaria, complicaciones digestivas y un aumento de la mortalidad (Must y Strauss, 1999).

2.2. PREVALENCIA DEL FENÓMENO

A nivel internacional la obesidad infanto-juvenil es un fenómeno presente en muchos países, pero las causas que la desencadenan y las clases sociales a las que afecta, difieren de acuerdo al lugar donde se analicen. Así, mientras que en países pobres es más frecuente en clases sociales altas, en países desarrollados aparece en mayor cuantía entre las clases sociales más desfavorecidas. En algunos países en vías de desarrollo de Hispanoamérica, Asia y África, especialmente en áreas urbanas densamente pobladas, la obesidad y sus enfermedades relacionadas, como la diabetes, están emergiendo (Gill, 2006; Singh, Shaw y Zimmet, 2004; Peña y Bacallao, 2000; Aguirre, 2004).

Según un informe publicado por la OMS en 2016 hay aproximadamente 41 millones de niños con sobrepeso y obesidad en todo el mundo. Como dato más destacable observamos que si el sobrepeso y la obesidad eran antaño considerados un problema propio de los países con un alto nivel de vida, actualmente ambas condiciones están aumentando en los países con rentas medias y bajas, especialmente en el entorno urbano. La mitad de los menores de cinco años con obesidad o sobrepeso viven en Asia, mientras que una cuarta parte se encuentra en África.

Las elevadas cifras han sido una constante en las últimas décadas en países como Estados Unidos, Reino Unido o Australia, en los que se han mantenido estabilizadas en torno al 30% (Wang y Lobstein, 2006). En la década de los 90 se consolida el aumento de su prevalencia en los países de Hispanoamérica, que presentaban cifras relativamente bajas. En aquellos menos desarrollados ha llegado a desplazar a la desnutrición como el principal problema nutricional. Los estudios de prevalencia realizados entre distintas clases sociales y localidades de diferentes países latinoamericanos arrojan oscilaciones entre un 22%-26% en

Brasil, un 21% en México, un 10% en Ecuador, entre un 3%-22% en Perú, entre un 22%-35% en Paraguay y entre un 24%-27% en Argentina (Braguinsky, 2009).

Otro aspecto significativo de este fenómeno es su rápido aumento y expansión, lo cual nos indica su capacidad para convertirse en un fenómeno cuasi universal (Lev-Ran, 2001). Los incrementos más acelerados han tenido lugar en Hungría, Rusia, Irlanda, Turquía y Nauru. Sin embargo, pese a la facilidad con la que ha llegado a todos los rincones del mundo, encontramos naciones que no han experimentado aumento alguno o incluso la han visto disminuir, como en Francia, Italia y Japón que mantienen sus índices de obesidad desde hace 20 años y, paradójicamente, son naciones económicamente desarrolladas y con una gran disponibilidad y variedad de alimentos. Este hecho, junto con la gran variabilidad de las tasas de obesidad entre las naciones más avanzadas del mundo, e incluso entre las regiones de una misma nación que presenten diferentes niveles socio-económicos, nos hace pensar que la abundancia de alimentos es un factor de reciente aparición contingente con este fenómeno. Por lo tanto, se requiere de un estudio más profundo, ya que su distribución desigual no parece ser solo una cuestión de disponibilidad de alimentos, sino que pueden entrar en juego esquemas sociales como, por ejemplo, la nueva organización socio-laboral o cuestiones culturales relativas al género. Respecto a este último factor Gil, Vega, y Romero (2007) observan que la obesidad en mujeres ha aumentado desde el 9% en 1988, hasta el 24% en 1999, mientras que el sobrepeso había pasado de un 24% a un 35%.

Analizando el desarrollo económico desigual de Hispanoamérica, parece coherente pensar que la obesidad en los primeros años de vida puede ser más un problema local que un problema global. No obstante, parece responder a ambas circunstancias si consideramos la globalización del estilo de vida occidental y las

diferentes caras del problema a escala local. De acuerdo con los informes realizados por la OMS en el año 2000, de los 12 países que consiguieron una información contrastada acerca del sobrepeso y la obesidad, más de un tercio de los mismos presentaba unas tasas superiores al 20%, siendo mayor su incidencia en niños bolivianos, peruanos y chilenos (Amigo, 2003).

De igual manera comprobamos cómo el patrón se repite en Estados Unidos, donde los nativos americanos, los afroamericanos, los puertorriqueños y los estadounidenses de origen mexicano, presentan un índice de masa corporal superior a la de los estadounidenses de origen europeo (Denney, Krueger, Rogers y Boardman, 2004). Casi un 40% de los ciudadanos afroamericanos no hispanos tienen un IMC superior a 30 kg/m², un valor muy superior a las tasas de obesidad correspondientes a los adultos blancos no hispanos de Estados Unidos y de México, con un 35% y un 29%, respectivamente (Flegal, Carroll, Ogden y Johnson, 2002). Otro contrasentido lo observamos en el continente africano, donde la desnutrición es el problema más trascendental y paralelamente existe obesidad. Sudáfrica y Egipto, por ejemplo, presentan tasas de obesidad que rondan el 22% de la población adulta; cifras similares a países como Hungría y Alemania, cuyos índices son los más altos de Europa. En el polo opuesto, nos encontramos con que Noruega y Suiza presentan las tasas más reducidas y que corresponden a un 5% de su población adulta.

Las tasas de obesidad han presentado variaciones a lo largo de las décadas. Mientras que en Estados Unidos y Canadá se han mantenido estables durante 40 años, diferentes naciones del Pacífico han experimentado un notable incremento de las mismas entre 1960 y 1990 (Ulijaszek, 2005). Hace 40 años, Estados Unidos y Canadá presentaban cifras similares, en torno al 10%, sin embargo, en el primero el porcentaje de individuos obesos experimentó un incremento mayor que en el

segundo. En los 28 países de los que tenemos datos disponibles, las tasas de obesidad en adultos han aumentado en los últimos años hasta situarse en el 20% para los varones y en el 19% para las mujeres (Nishida y Mucavele, 2005).

A nivel europeo, un sumario realizado por el grupo de trabajo IOTF (2007) analizó las cifras de obesidad infantil entre varones de 7 a 11 años, estableciendo que los países de Europa que presentaban las tasas más elevadas eran Malta, Portugal y España. Las tasas más elevadas desde los 11 a los 17 años correspondían a Chipre, Reino Unido y, nuevamente a España. En cambio, este último no aparecía en los primeros puestos de la tasa de obesidad para el rango niñas de 7 a 11 años, ocupados por países como Portugal, Grecia e Italia. Las tasas más elevadas en la franja de entre 14 y 17 años las ostentaban Inglaterra, Irlanda e Italia.

A través de la Iniciativa Europea de Vigilancia de la Obesidad Infantil (o COSI por sus siglas en inglés) la OMS ha ido ofreciendo datos de más de 300.000 escolares de primaria (6-9 años) cada 3 años. Las últimas cifras de 2015-2017, publicadas en 2018 muestran una tendencia decreciente en países como Grecia, Italia, Portugal, Eslovenia, Irlanda e incluso España. Las cifras se mantienen estables en República Checa y Noruega. Observándose una tendencia al incremento del sobrepeso y la obesidad en países como Letonia y Bulgaria. En la siguiente tabla rescatada del informe COSI de la Región europea se muestran los porcentajes de obesidad y sobrepeso por países (Figura 1).

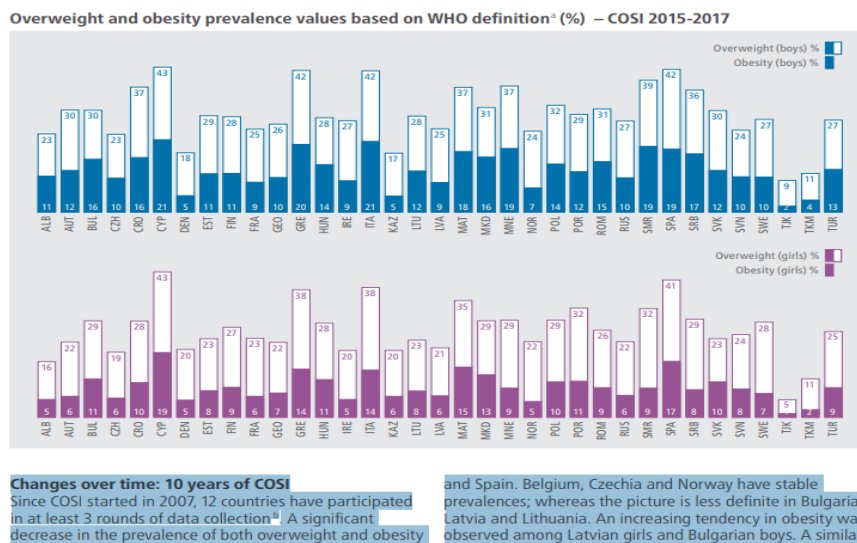


Gráfico 1. OMS (2018). COSI: Childhood Obesity Surveillance Initiative¹

Respecto los hábitos alimenticios se observa que entre los países en los que más porcentaje de niños consumen fruta y verduras se encuentran San Marino, seguido de Italia, Turquía, Irlanda, Dinamarca o Albania. Los niños que nunca comen fruta/verdura o comen menos de una vez a la semana se encuentran principalmente Georgia, Lituania y España. Siendo España el país con menos porcentaje de niños que comen vegetales a diario. En cuanto al consumo de bebidas azucaradas España se sitúa en segundo lugar tras Irlanda, seguido de Lituania y Rusia. Igualmente, según este informe los países en los que más actividad física practican los niños de 6 a 9 años son Croacia, República Checa, Bulgaria, Albania o Rumanía. En este aspecto España es uno de los países en los que menos actividad física practican los niños tanto los fines de semana como los días de entre semana, como se puede observar en el siguiente gráfico (Figura 2).

¹ Disponible en <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/activities/who-european-childhood-obesity-surveillance-initiative-cosi>

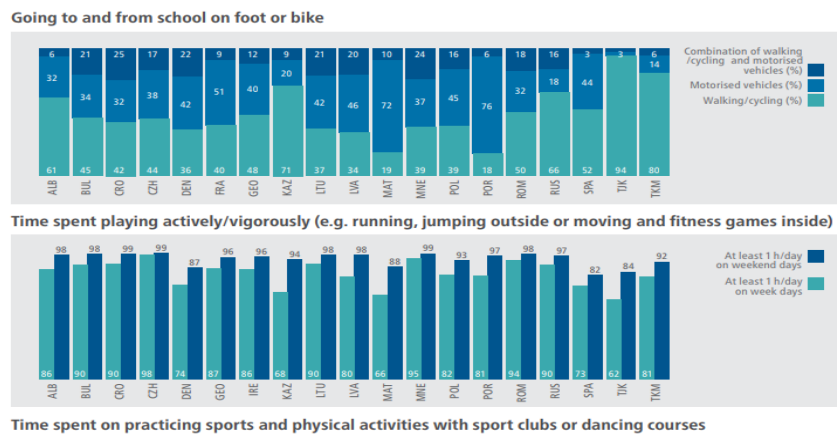


Gráfico 2. OMS (2018). COSI: Childhood Obesity Surveillance Initiative²

A nivel nacional, presentamos uno de los porcentajes más elevados de Europa en sobrepeso y obesidad infantil, situándonos en sexto lugar en el rango de edades de 10 a 16 (IOTF, 2007). Las tasas de obesidad infantil han aumentado en los últimos 25 años: en 1987 el 7,4% de la población de 18 años tenía un IMC igual o mayor a 30 kg/m², cifra límite para empezar a hablar de obesidad, mientras que en el 2012 su incidencia representó el 17% (INE, 2013). De cada 10 niños y adolescentes con edades comprendidas entre los 2 y los 17 años, 2 son diagnosticados con sobrepeso y 1 con obesidad. Además, el 41% de la población se declara abiertamente sedentaria. La obesidad infantil y juvenil se ha convertido en un fenómeno de enorme trascendencia social en España, ya que desde la primera Encuesta Nacional de Salud de 1987 la obesidad no ha dejado de aumentar en ambos sexos, especialmente entre los varones. Al respecto, Benito (2012) afirma que por primera vez los niños españoles superaron en obesidad a los niños estadounidenses, en concreto, un 19% de los primeros frente a un 16%

² Disponible en <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/activities/who-european-childhood-obesity-surveillance-initiative-cosi>

de los segundos, son obesos, el porcentaje español se ha triplicado en los últimos 30 años.

Existen un gran número de estudios con perfiles parecidos que analizan la situación de la obesidad infantil y adolescente en nuestro país. Por mencionar algunos de forma somera encontramos el estudio AVENA dedicado a evaluar en adolescentes la obesidad, la anorexia/bulimia y la dislipemia (González-Gross, M. et al, 2003). El estudio Cuenca que sostiene que el incremento del sobrepeso y la obesidad infantil puede estar relacionado con una disminución de la actividad física, más que por una ingesta inadecuada de alimentos (Vizcaíno, F. M. et al, 2002). O el proyecto europeo HELENA (Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence) cuyo objetivo fue comprender y mejorar los estilos de vida y los hábitos nutricionales de los adolescentes en Europa, entre otros (Moreno, L. A. et al, 2007).

Sin embargo, resulta difícil realizar una comparativa exhaustiva entre todos ellos debido a las diferentes edades y poblaciones estudiadas así como la diversidad de métodos empleados, por lo que hemos decidido exponer sólo aquellos más relevantes:

- El estudio Enkid (1998-2000) se diseñó para examinar los hábitos alimenticios y el estado nutricional de la población infantil y adolescente, abarcando las edades de 2 a 24 años. Analizó una muestra de 3.534 sujetos definiendo la obesidad y el sobrepeso para los valores de percentil 97 y 85 respectivamente. Lo que marca una diferencia con respecto a otros estudios es que no utilizó los valores de referencia de la OMS sino las tablas de referencia españolas de Hernández, et al. 1988. Los resultados arrojaron una estimación del 13,9% para la obesidad y un 12,4% para el sobrepeso. Observaron

además un aumento de obesidad en las etapas iniciales de la vida entre 1984 y 1998, en comparación con el estudio Paidós, que la obesidad era más elevada entre varones (15,6%) que entre mujeres (12%), al igual que el sobrepeso (Serra Majem, L. L. et al, 2003).

- El programa THAO (Think Action Obesity), inspirado en la experiencia del programa EPODE iniciado en Francia desde 2004 patrocinado por EPODE, NESTLÉ y CARREFOUR. Sus análisis ponderales comenzaron en 2007 y se han ido sucediendo anualmente hasta el año 2015, lo que permite realizar comparativas y observar tendencias. Como punto débil se observa que la muestra no incluye todas las CC.AA. Sin embargo, respecto a otros estudios se plantean como objetivo conseguir el compromiso de las autoridades y agentes locales, la adaptación a cada realidad local y una evaluación anual de cifras, por lo que creemos necesario tenerlo en cuenta. Tomando como referencia la última publicación de 2014-2015 por ser este el año en que se lleva a cabo un estudio con una muestra que llega a alcanzar los 70 municipios de 7 comunidades autónomas, analizando una población infantil de 20.308 niños y niñas. Observamos que para la franja de los 3-5 años las cifras de obesidad se establece en un 9,3% y de sobrepeso en un 19,4%, para el intervalo de los 6-9 años la obesidad se sitúa en un 15,9% y el sobrepeso en un 19% y para el intervalo de los 10-12 años se registra un porcentaje de obesidad de un 15,1% y de sobrepeso de un 20,4%. A nivel global desde los 3 a los 12 años la obesidad se sitúa en un 13,7% y el sobrepeso en un 19,5%. Como dato destacable de este

estudio se observa una reducción global del exceso de peso desde 2007 a 2012 del 23,7% al 22,6% según la referencia IOTF (Thao, 2015).



Tabla 1. THAO (2015). Prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil por grupos de edad³

- En el estudio Aladino 2015 se analizó la situación ponderal de 10.899 niños (5.532 niños y 5.367 niñas) de 6 a 9 años en 165 centros escolares de todas las CC.AA. de España. Se observa una prevalencia de sobrepeso del 23,2 % (22,4 % en niños y 23,9 % en niñas), y una prevalencia de obesidad del 18,1 % (20,4 % en niños y 15,8 % en niñas). Este estudio ofrece una radiografía de la tendencia de este fenómeno desde el estudio Aladino 2011 y 2013 hasta el 2015. Incluyendo análisis de relaciones entre el exceso de peso de los escolares y los hábitos sedentarios, las percepciones de los progenitores sobre sus hijos obesos o el nivel socioeconómico de las familias. Como datos más destacados observamos una reducción significativa de las cifras de sobrepeso, tanto en niños como en niñas, respecto a los estudios anteriores. Respecto al estudio de 2013 se pasa de unas cifras de sobrepeso del 26,7% al 22,4% en niños, y del 25,7% al 23,9% en niñas. Las cifras se

³ Disponible en <https://programathao.com/>

estabilizan comparándolas con las registradas en 2011, pues se ha pasado de un 24,6% de sobrepeso a un 23,2% y de un 18,4% de obesidad a un 18,1%. No obstante, en su conjunto (obesidad y sobrepeso) se observa una disminución del 44,5 % al 41,3 %. Queremos resaltar que en este estudio de 2015 se confirma que, al igual que el de 2011 y 2013, en las familias de mayores ingresos económicos existe menos porcentaje de obesidad infantil, mientras que en las familias que refieren tener dificultades para llegar a final de mes se observa un ligero repunte (AECOSAN, 2016).

- La ENS (2017) con una muestra de 23.860 hogares, 29.195 si contamos con el total las entrevistas realizadas, arroja tendencias diferentes al estudio Aladino, así, hasta 2017 observa un aumento paulatino de la prevalencia de obesidad infantil y juvenil. En el intervalo de los 2 a los 17 años registran un 10,3%, una cifra ligeramente superior en comparación con los datos de la misma encuesta de 2011 en la que la obesidad infantil se estimó en un 9,6%. Desde los primeros registros las cifras siempre han ido en aumento en cada publicación. Esta encuesta pone su foco de interés en la distribución desigual de la obesidad en función del gradiente social, así mientras que en la clase VI se observa un 15,4% de obesidad la clase I presenta un 5,4%. Además, se asocia la obesidad infantil a cambios en la alimentación como el bajo consumo de frutas y verduras o el alto consumo de dulces a diario, que en el intervalo de los 1 a los 14 años se establece en un 44,4%. También se observa que en torno al 5,6% de niños consume refrescos azucarados, encontrando un pico máximo de consumo entre los 15 y los 24 años correspondiéndose con un 22,9% en hombres y un 13,8% en mujeres. Otro de los factores a destacar es el incremento de la duración de la lactancia materna, sobre todo la lactancia exclusiva hasta los 6 meses,

lo que nos puede aportar nuevas relaciones en el futuro. Igualmente, se examina el incremento constante desde 1993 de enfermedades crónicas en España, lo que justifica la necesidad de luchar contra problemas como la obesidad en edades tempranas.

- A nivel regional las autoridades sanitarias toman como referencia el estudio Espín, Pérez, Sánchez y Salmerón (2013). Dicho estudio abarca una población de 178.894 niños con edades comprendidas entre los 2 y 14 años y, siguiendo los criterios del IOTF utilizados en los programas de la OMS, registra unas tasas de sobrepeso de un 20,6% y de un 11,4% de obesidad. Además, se observa que la sobrecarga ponderal es mayor en niñas (33,2%) que en niños (30,9%).

Siendo conscientes de las limitaciones que supone realizar una comparativa a nivel nacional y regional, si confrontamos los datos regionales con los de la ENS de 2017 podemos observar que la Región de Murcia presenta una prevalencia de obesidad en las primeras etapas de la vida similares, aunque ligeramente superiores a la del resto de España. Así, mientras que la ENS registra unas cifras de obesidad infantil en torno al 10% (9,6% en 2011 y un 10,4% en 2017) en la Región de Murcia las cifras son de un 11,4%. Teniendo en cuenta otros factores, podemos observar que tanto a nivel nacional como regional hay un incremento de la obesidad infantil y adolescente en ambos sexos, observándose que en niños de 10 años el IMC aumenta, siendo este incremento más perceptible en niños que en niñas, especialmente en la pre-adolescencia. Al igual que en otros estudios nacionales e internacionales, en la Región de Murcia los porcentajes de obesidad y sobrepeso varían en función del sexo. Según una publicación oficial en la que se analizan los datos de IMC extraídos de la Oficina Médica Informática de Atención

Primaria (OMI-AP), el sobrepeso se distribuye por edades y sexo de la siguiente forma:

- Entre los 2 y los 5 años, los niños con sobrepeso representan un 11,1% del total, mientras que para las niñas supone un 13,9%.
- Entre los 6 y los 14 años, los niños constituyen el 21,3% y las niñas el 24,3%.

En cuanto a la obesidad, observamos las siguientes cifras:

- Entre los 2 y los 5 años, los niños obesos representan un 5,8% y las niñas un 7,1%.
- Entre los 6 y los 14 años, los niños suman un 14,4%, mientras que entre las niñas su porcentaje desciende casi un punto, hasta el 13,6%.

En el Boletín Epidemiológico de la Región de Murcia (2013), se explica que esta disminución de la obesidad en niñas, a partir de los 6 años, se debe a una mayor preocupación por su imagen corporal. Si comparamos estos datos con los expuestos por la ENS en ese mismo año, observamos que sucede algo parecido, las niñas presentan mayores porcentajes de sobrepeso y obesidad hasta que la tendencia se invierte en el intervalo de los 6 a los 15 años.

A nivel local queremos rescatar del estudio de Espín, Sánchez y Salmerón (2013) las cifras de exceso de peso de San Javier (32,4%) por ser este el municipio donde se desarrolla el estudio. Aunque no existen estudios específicos realizados en este municipio, por cercanía, podemos tomar referencias el estudio realizado en Torre Pacheco en 2012 por un grupo de investigadores de la Universidad de Murcia, quienes tras analizar a la casi totalidad de los escolares de este municipio (3.000 niños aproximadamente), observaron que un 18,1% eran obesos frente a un 13,2% que padecían de sobrepeso. En este estudio se destaca la etnicidad como un factor relacionado con este fenómeno, observando una distribución de la obesidad

infantil muy diferente entre los niños de origen marroquí, los procedentes de la Unión Europea (no autóctonos) y los de América del Sur. Presentando unas tasas de obesidad de un 7,2%, un 13% y un 28,7% respectivamente, frente a un 20,4% en el caso de los niños autóctonos (Gascón, Pereñíguez, Cózar, Olmo y Carazo, 2012).

2.3. RECORRIDO HISTÓRICO

Actualmente la obesidad se formula como un problema de salud merecedor de la atención de la comunidad científica, la ciudadanía y los gobiernos, especialmente si ésta aparece en la infancia y la adolescencia. Sin embargo, el exceso de peso no es un fenómeno reciente en la historia de la humanidad. A través de los estudios que nos proveen la Antropología, la Arqueología y la Historia, no solo sabemos que ha existido sino que ha adquirido diferentes significados y simbolismos dependiendo del contexto histórico-social, en algunos casos opuestos a los que adquiere en la actualidad. Muestra de ello en otras épocas los individuos y grupos sociales privilegiados mostraron con orgullo una talla por encima de la media como símbolo de riqueza y bienestar (Brown y Konner, 1987; Brown, 1991; Montanari, 2004). Por ello, nos parece interesante examinar el recorrido histórico del exceso de peso, poniendo el foco de interés en su entendimiento desde los abordajes científicos, los preceptos religiosos, los acontecimientos históricos y los esquemas sociales que lo han determinado hasta las concepciones actuales.

2.3.1. De la antigüedad al presente

La gordura (obesidad sería la etiqueta moderna) ya era conocida en la antigua Grecia (Bevegni y Adami, 2003). En el siglo V a.C., en plena época helenística, fue Hipócrates el primero en hablar de gordura, en sus Aforismos

afirmó: “Los que son excesivamente gordos por naturaleza están más expuestos que los delgados a una muerte repentina” (Puerto, 2014, p. 354). Para este médico de la Antigua Grecia, la gordura era sinónimo de debilidad personal y se presentaba porque el individuo no sabía controlar su temperamento; la clave para adelgazar y alcanzar la salud del cuerpo se encontraba en la temperancia. Para solucionar esta circunstancia propuso, probablemente, la más famosa de sus máximas, “que tu comida sea tu medicina” (Rivero, 2007, p. 130). Hipócrates desarrolló varias teorías sobre el funcionamiento del cuerpo, una de ellas definía la salud como un estado de perfecto equilibrio entre los “humores”, término acuñado por el griego para sus estudios sobre el organismo. Algunos de sus consejos sobre el tratamiento de la gordura estaban relacionados con la alimentación, como ingerir comida seca durante gran parte del año, realizar ejercicio físico intenso, sobre todo antes de la comida, y pasear sin ropa el mayor tiempo posible. Como podemos comprobar, Hipócrates se decantó por una concepción empírica de la salud, basada en aprender a partir de sus observaciones (López, 1986).

En la Antigua Roma, ya en el siglo II a.C., Galeno continuó en la dirección marcada por Hipócrates y su teoría de los cuatro humores (bilis amarilla, bilis negra, flema y sangre). Hipócrates sostenía que la gordura era consecuencia de un tipo de inflamación causada por cambios cualitativos y cuantitativos en uno de los humores: el de la sangre. Para Galeno, la sangre sólo intervenía de manera cuantitativa, por lo que únicamente identificó dos tipos de gordura, la moderada y la inmoderada. Catalogó la primera como natural y la segunda como mórbida. En su obra *De Sanitate Tuenda*, Galeno hablaba de la relación entre la gordura y un estilo de vida inadecuado, al tiempo que señalaba la importancia de hacer ejercicio físico. Algunas de sus recomendaciones iban dirigidas a corregir el

exceso de peso; afirmando en sus escritos que había conseguido que un paciente gordo adelgazase en un período breve de tiempo, aconsejándole que corriera velozmente y ofreciéndole comida abundante pero poco nutritiva, a fin de saciarle y de que la ingesta se distribuyera por todo el cuerpo. Es por ello que griegos y romanos son considerados los precursores de la terapia nutricional (Papavramidou, Papavramidis y Christopoulou, 2004).

En el tránsito de la época clásica hacia la Edad Media, serán las visiones idealistas y religiosas las que dominen el mundo. La cultura cristiana culpabilizaba a las personas de su sobrepeso, de hecho, la glotonería o gula fue considerada uno de los Siete Pecados Capitales en el siglo V por San Agustín y, posteriormente, en el siglo VII, por Gregorio I. Aunque los problemas de exceso de peso no eran muy frecuentes en esa época, su relación con la glotonería se fue afianzando conforme aumentaba la disponibilidad de los alimentos (González, Sanz y García, 2008). En el Renacimiento e inicio de la modernidad se rescataron las teorías de Hipócrates y Galeno. Figuras destacadas como Galileo Galilei (1564-1642) e Isaac Newton (1642-1727) consolidaron su visión del problema, estudiándolo a nivel práctico e inmediato (Morales, 2010). En los siglos XVI y XVII asistimos en Europa a la edición de textos y monografías médicas en latín, que abordan aspectos clínicos de la gordura. En el siglo XVII, Giovanni Alfonso Borelli (1608-1679), fundador de la Escuela Yatromecánica, y Jan B. Helmont (1577-1644), fundador de la Escuela Yatroquímica, relacionan la obesidad con la putrefacción del cuerpo (Foz, 2005).

Durante el siglo XVIII se procede a la publicación de unas 34 tesis doctorales que abordan la obesidad. Malcom Flemyng (1760) describió cuatro factores como causantes de la obesidad: el exceso de comida, la alteración en la textura de la membrana celular, el anormal estado de la sangre y la evacuación

defectuosa. Flemyng argumentaba que ésta es una enfermedad que acorta la vida y dificulta el funcionamiento normal del cuerpo (Bray, 2004). La segunda mitad del siglo XVIII vio nacer la Revolución Industrial, un período de grandes cambios para la humanidad y de repercusiones económicas, sociales, demográficas y ambientales. Con ella se iniciaba una etapa nueva y llena de posibilidades en la historia de la alimentación del ser humano, que disminuiría el precio de la comida gracias a la producción en masa o industrial (Contreras, 2002). En 1765, Morgagni centró sus estudios en la Anatomía y en la Fisiología humanas, sentando los precedentes de la denominada obesidad androide tras el hallazgo de grandes volúmenes de grasa abdominal en los cadáveres que diseccionaba. Tal fue su repercusión que, casi doscientos años después, Jean Vague acuñaría el término obesidad androide (Haslam, 2007). A finales de siglo, y en esa misma línea experimental, algunos textos médicos refieren la importancia de la producción de calor y consideran la obesidad como una enfermedad. Así, Rigby (1785) afirma que la principal causa de la gordura es un exceso de ingesta que no se corresponde con las necesidades del organismo, ya sea por glotonería, por un mayor aprovechamiento de los alimentos o por circunstancias que alteran el equilibrio entre necesidades y aporte calórico. A finales del siglo XVIII era una condición común entre las capas altas de la sociedad inglesa (Trowell, 1975), muy frecuente entre los hombres de América del Norte en el siglo XIX (Kahn y Williamson, 1994), aumentando progresivamente tanto en ese continente como en Inglaterra a lo largo del siglo XX (Garrows, 1978). Sin embargo, su mayor auge se ha experimentado en los últimos 60 años, gracias a los cambios sociales, económicos y tecnológicos acaecidos, que han alterado los patrones de comportamiento de la población mundial.

Tras la Segunda Guerra Mundial la economía se expandió a escala global, perdiendo peso los modelos coloniales de gestión económica. Paralelamente a este desarrollo y crecimiento económicos, la obesidad ha ido apareciendo en muchas poblaciones a nivel mundial, incluso entre los países más pobres (Popkin y Doak, 1998). En la mayoría de las naciones en las que se dispone de datos comparativos, las tasas de obesidad van en aumento (De Onís, 2005; Nishida y Mucavele, 2005). Contrariamente a lo que sucedía hace unas décadas, en las que la obesidad en los primeros años de vida era propia de países ricos, se está detectando la irrupción del fenómeno, incluso con mayor incidencia, en países no desarrollados, muy especialmente en sus áreas urbanas, de manera que podemos ya considerar la obesidad como una epidemia, pues en algunos casos, la tasa llega a alcanzar porcentajes superiores al 30% (Speiser et al., 2005).

Entre los siglos XIX y XX se retoman las leyes de Mendel, abriendo la puerta a nuevas investigaciones sobre la herencia. En 1885, August Weismann desarrollaba su Teoría del Plasma Germinal, con la que trataría de desmentir la Teoría de los Caracteres Adquiridos de Lamarck. En 1909 se habla por primera vez de genes y en 1910, el biólogo alemán Thomas Morgan identificaba los genes que conforman los cromosomas (estructuras materiales sobre las que recae la herencia biológica). Es por ello que se le considera el padre de la Genética (Infante, 2006). En los países que se encontraban inmersos en plena Revolución Industrial, la clase obrera sufrió un enorme deterioro de su calidad de vida, como consecuencia de las extremas condiciones de trabajo a las que fue sometida. La gordura no era en sí un problema de salud. Fueron la desnutrición y las malas condiciones sociales e higiénico-sanitarias de la población las que propiciaron la aparición de las revolucionarias corrientes socialistas, cuyas figuras más representativas fueron Marx y Engels. A lo largo del siglo XIX se vivió un

desarrollo científico basado en la Natur phylosophy, cuyos postulados promulgaban la existencia de un todo en la naturaleza, lo cual dio lugar a grandes descubrimientos científicos como la Teoría Celular, desarrollada por M. Schleiden (1804-1881) y T. Schwann (1810-1882), la Ley de Conservación y Transformación de la Energía, descubierta por J. Mayer (1814-1878), H. Helmholtz (1821-1894) y M. Faraday (1791-1867), y finalmente, la Teoría de la Evolución Natural de Charles Darwin (1809-1882) (Foz, 2005). En esta época tan prolífica es editada la *Sur L'homme et le Développement de ses Facultés: Essai de Phisique Sociale* (1835), de Adolphe Quetelet (1796-1874), su autor afirma que se ha de tener presente la estatura del individuo, expresada en metros y elevada al cuadrado (m^2), a la hora de determinar su peso en kilogramos. De tal ecuación surge el IMC, expresado en kg/m^2 ; fórmula abandonada a finales del siglo XIX y posteriormente recuperada en el siglo XXI como método de evaluación del estado nutricional, desde la desnutrición hasta la obesidad (Eknoyan, 2008). Desde la medicina inglesa, T.I. Chambers publicó en el siglo XIX *Corpulence or Excess of Fat in the Human Body* (1850), en la cual afirmaba que si un hombre excedía con creces el promedio de peso en relación a otros de su misma estatura, nunca se debía achacar esa diferencia a la masa ósea o muscular, sino al tejido adiposo.

Tras el final de la I Guerra Mundial, la élite de la Medicina se trasladará a Estados Unidos. La obesidad es clasificada como endógena y exógena, según predominen los factores genéticos o los factores exógenos; se identifican las características de algunos tipos especiales de obesidad, por causa hormonal, sobre todo, como el Síndrome de Cushingo hipotiroidismo. Posteriormente, la obesidad comenzará a ser estudiada desde la Psicología, pues muchos de los desajustes alimenticios, como la anorexia o la bulimia nerviosas, son considerados trastornos psicológicos. Partiendo de esta premisa, observamos cómo en algunos estudios se

intenta averiguar si ser obeso no es más que otra personalidad entre muchas, aunque los hallazgos no son concluyentes (Stunkard y Wadden, 1992). En España, Gregorio Marañón abordará el problema de la obesidad en monografías como *Gordos y Flacos*. El autor admite el carácter multifactorial del fenómeno al poner el foco en los conceptos de etiopatogenia, síndrome metabólico y en los factores endocrinos, al tiempo que insiste en la importancia de la prevención, dada la gran dificultad que su tratamiento conlleva, y propone un cambio radical en el estilo de vida para poder perder peso (Foz, 2005).

Antes de los años 50, los estudios sobre la obesidad partían de la hipótesis de que era provocada por un desequilibrio energético. En ese sentido, Carlo Von Noorden y Louis Newburgh llegaron a la conclusión de que las personas eran obesas porque comían demasiado. De la mano de Gustav Von Bergman, surge en Alemania la hipótesis de que la obesidad responde a un origen endocrino, tras observar que la acumulación de grasa se produce en distintas partes del cuerpo. Bergman llegó a la conclusión de que la obesidad era causada por la lipofilia, término que empleó para referirse a la predisposición de ciertas personas a acumular grasa en unas partes del cuerpo mientras que en otras no (Taubes, 2013). En 1956, el endocrinólogo francés, Jean Vague, definió una nueva categoría de obesidad que aún perdura en nuestros días: obesidad androide.

Transcurrida la II Guerra Mundial, se inician los primeros estudios sobre obesidad encaminados a dilucidar los mecanismos de la acumulación adiposa, a la vez que se realizan las primeras intervenciones experimentales en este campo, las cuales tratarán de modificar la conducta alimentaria. Muchos serán los esfuerzos por conseguir que la pérdida de peso se mantenga a lo largo del tiempo. En 1994 un grupo de investigadores liderado por J. Friedman publica unos estudios en los que anuncian el descubrimiento de un gen denominado *ob*,

responsable de la producción de leptina, una hormona que interviene en la regulación del peso corporal modulando el apetito. Friedman indicaba que la obesidad podría ser causada por la falta de secreción de esta sustancia. Pero esta investigación fue descartada después de comprobar que los pacientes obesos presentaban hiperleptinemia, o altos niveles de leptina. Este estudio abrió la puerta a nuevos trabajos sobre la genética de la obesidad. Gracias a todos ellos conocemos en la actualidad más de 600 genes que pueden tener relación con la obesidad (Simón y Del Barrio, 2009).

A lo largo del siglo XX nos encontramos con que, en paralelo al proceso de progreso tecnológico, el ideal de persona obesa se verá sustituido por la moda de la delgadez. Se percibe la normalidad y la virtud en la delgadez y al mismo tiempo, se descalifican las personas obesas. Buena muestra de ello la constituye un estudio cualitativo que compara la percepción que las personas tienen de los obesos en España con respecto a Cuba. Según sus deducciones, la visión de los cubanos es más optimista que la de los españoles, calificándose en España a los obesos como pasivos, discutidores, inquietos, exasperantes o nerviosos; mientras que los cubanos emplearon calificativos como optimistas, sociables, virtuosos o valientes para referirse a sus obesos (Lobera, Plasencia, Fernández, Marcos y Gutiérrez, 2008). A mediados del siglo XX, la psicología contempla el problema de la obesidad como un trastorno ligado a las emociones (Moreira, 2008), y solo a partir de los años 80, encontraremos investigaciones y publicaciones que relacionen el conocimiento psicológico con condicionantes sociales, culturales y los propios contextos históricos.

En la actualidad surgen nuevos enfoques del fenómeno de la obesidad en las etapas tempranas de la vida, como el de la perspectiva sociocultural, que aborda el fenómeno contemplando a la persona como un sujeto activo y pensante,

aunque condicionado por una sociedad construida en torno al consumo de bienes y servicios, que fomenta el sedentarismo. Como objeto de estudio detectaron los factores que inducen a las personas a elegir los alimentos que ingieren, partiendo de elementos subjetivos como las creencias y percepciones sobre la salud y la enfermedad, la imagen corporal o las relaciones interpersonales (Castillo, 2002; Gracia, 2010; Montecino, 2006).

2.3.2. Evolución histórica del sistema agroalimentario

La evolución que ha experimentado nuestro sistema agroalimentario se encuentra vinculada con el tipo de alimento que el hombre produce e ingiere, los modos de comer, el significado que adquieren, la forma de distribuirlos, de elaborarlos, el lugar donde se producen y hasta los problemas derivados de una alimentación inadecuada. Por ello consideramos necesario realizar un breve análisis histórico de los acontecimientos que han propiciado estos cambios. Aunque Mauleón (2007) es partidario de emplear el término “sistema alimentario” para recoger a otros partícipes como productores de alimentos, distribuidores y consumidores, en nuestro análisis emplearemos el concepto de “sistema agroalimentario” por ser el más extendido en los diferentes estudios consultados.

Hace al menos dos millones de años, la comida era básicamente de origen vegetal. En su evolución, la era pre-agrícola, fue incorporando grasas y proteínas animales a la alimentación, obteniéndose el sustento directamente del entorno natural mediante la recolección de vegetales (principalmente), la caza y la pesca (Arsuaga, 2002). Esta época se caracteriza por la conexión del hombre con el medio que lo rodea, pues comienza a adquirir cada vez más conocimientos acerca de los lugares donde crecen las plantas, las épocas en que producen sus frutos, los

hábitats de los animales que cazan, y desarrollan técnicas de pesca y recolección. Sin embargo, el acontecimiento más trascendental de esta era pre-agrícola fue el desarrollo de la cocina, es decir, la combinación de alimentos así como su transformación de crudos a cocinados. La cocción de los alimentos implica un pensamiento simbólico que integra aspectos culturales, ya que está supeditado al conocimiento de los alimentos y al dominio de elementos como el fuego, cargado de un significado especial para el hombre de aquella época. Este acontecimiento separa al hombre definitivamente de su naturaleza animal mediante la introducción de prácticas de índole cultural (García, 1993).

Posteriormente, con la revolución neolítica se transita hacia una era agrícola en la que se intensifica el dominio de las fuentes de alimentación, pasando de cazadores y recolectores a pastores y agricultores. En los siguientes diez mil años la agricultura permite al hombre asentarse en núcleos de población, así como desarrollar técnicas y conocimientos sobre la naturaleza. El aprovechamiento de esta última evoluciona hacia una transformación completa de los sistemas agroalimentarios en los que los alimentos se obtienen de manera artificial. Según Strauss (1992), la progresiva domesticación de los animales y producción de injertos vegetales por el hombre, ha originado nuevas formas de alimentarse.

Esta nueva era de la alimentación se intensifica especialmente en Europa en el siglo XVIII con la revolución industrial. La alimentación se transforma de forma indirecta por el hacinamiento de las personas en núcleos urbano-industriales, la introducción de los alimentos dentro de una economía de mercados internacionales, el desarrollo tecnológico y urbanístico que posibilita una mejor distribución de los mismos, y la especialización y sectorización del trabajo agrícola. Y de forma directa por la alteración que sufren los alimentos convertidos en productos industriales, con componentes que permiten una prolongada

conservación y nuevas creaciones alimenticias (Malassis, 1996). En este proceso de industrialización de la alimentación, surgen cambios que alteran la manera de alimentarse de las familias que pueden estar muy relacionados con el fenómeno de la obesidad infantil y juvenil. Según Montanari (2004), hasta principios del siglo XX las familias eran productoras y consumidoras a la vez, el momento y el lugar caracterizaban la forma en que las familias se alimentaban, la comida estaba fuertemente influenciada por una “calendarización”, y marcada por momentos cargados de significados para las personas. Los alimentos cambiaban en función de los períodos de abundancia y escasez, de preceptos religiosos, habían un momento para determinados alimentos en Navidad o en Pascua, los productos se identificaban con los lugares donde se producían (por ejemplo, las morcillas eran de Burgos), y las épocas de invierno y verano, condicionaban una alimentación heterogénea y cíclica que hoy en día parece difuminada. Según Giddens (1999), la modernidad trajo consigo una desvinculación entre el espacio y el tiempo, una destradicionalización de las sociedades.

Para analizar este punto de inflexión entre una alimentación agraria tradicional y una alimentación moderna debemos remontarnos a la conclusión de la Segunda Guerra Mundial. Según Bengoa (2003) tras la contienda quedaron en evidencia las carencias nutricionales de la población, que presentaba unas condiciones de pobreza extrema. El mayor reto para la Salud Pública eran las enfermedades carenciales como la pelagra, el escorbuto, el beriberi y el raquitismo. Paradójicamente, al contrario de lo que sucede en la actualidad en los países occidentales, a inicios del siglo XX las actuaciones en materia de salud de Salud Pública iban encaminadas a aumentar la ingesta de nutrientes de la población infantil, por la situación carencial y de desnutrición que presentaba este sector. Para tal cometido, durante la guerra ya se habían puesto en marcha

proyectos de colaboración entre el sector agrícola y sanitario, como sucedió en la Conferencia de Alimentación y Agricultura de Hot Spring (Estados Unidos) en 1943.

En esta etapa se fueron sucediendo diferentes organizaciones para mejorar el control y distribución de los alimentos entre la población. Así, en 1944 se crea la Administración de las Naciones Unidas para el Auxilio y la Rehabilitación (UNRRA), una organización que bajo el control del presidente norteamericano T. Roosevelt, se dotó de nutricionistas para corregir las carencias nutricionales de la población. En 1945 se pone en marcha la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación (FAO), un organismo centrado en la administración y reglamentación de los mercados de productos agrícolas. Entre 1945 y 1975 la FAO tuvo una determinante labor en el área de la educación nutricional escolar (Bengoa, 1997). Seguidamente se fundó el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), conocida organización que posee como una de sus misiones, llevar a cabo planes de distribución de alimentos a nivel global (www.unicef.org/es). En 1948 se funda la OMS con el objetivo de conseguir que todos los pueblos gozaran de la mejor salud posible (www.who.int). Años más tarde, en 1963, FAO y OMS crean la Comisión del Codex Alimentarius, con el objetivo de difundir normas y reglamentaciones sobre alimentación mediante la publicación de artículos e informes.

En España se firma un acuerdo en 1961 entre el Gobierno y la FAO-UNICEF, para poner en marcha el Programa de Educación en Alimentación y Nutrición (EDALNU). Este período se caracteriza por la intensificación de la labor educativa, asumida en su fase más significativa por el Ministerio de Sanidad y Consumo, cuyas actividades se centraban en la educación nutricional escolar y el análisis de los patrones de consumo de las familias españolas mediante encuestas

(Bengoa, 2003). El Ministerio de Agricultura adquirió un papel relevante en la transmisión de recomendaciones alimentarias, en consonancia con el alejamiento que se iba produciendo entre las políticas agrarias y la economía agraria del país (Díaz y Gómez, 2008). Las directrices dadas a la población en esta época marcaron la alimentación de los ciudadanos españoles de tal modo que aún hoy día persisten las referencias dadas en forma de ideas y creencias, incorporadas a las prácticas alimenticias de las familias y que se han ido transmitiendo de generación en generación. Esta circunstancia es planteada por uno de los informantes más destacados de nuestro estudio:

(...) En el caso de la carne, los médicos del siglo XIX y siglo XX, hasta los 60, se recomendaba porque se detectaba un déficit de proteína entre los españoles (...) en cambio, ahora hay un exceso de proteínas incluso la alimentación de los propios animales ha cambiado también. Si te fijas en las cantidades diarias recomendadas, pues cambia considerablemente esto con los años, entonces ¿qué ocurre?, pues primero si tu comparas las recomendaciones nutricionales y las evaluaciones de la alimentación que había en España en los años 60 y las comparas con las de ahora y no tienen nada que ver, nada que ver.

(J. Contreras, catedrático en antropología, 2018)

Más allá del debate que pueda suscitar la pertinencia de los mensajes nutricionales y sus efectos en las prácticas alimenticias familiares, en lo cual profundizaremos en este estudio, observamos que los criterios que rigen las prácticas alimenticias de las personas están supeditados a muchos factores en los que podemos destacar la liberalización de los mercados y un retroceso del sector agrario en favor del industrial (Abad y Naredo, 2002). La distribución de productos alimentarios se estructura en mercados de competencia oligopolísticos y monopolísticos, que se convierten en sistemas de difícil control por las mejoras

en el transporte, la logística y las redes de comunicación, la hiper-productividad del sector agrario y el industrial, y en definitiva, por la dimensión mundial que adquieren las empresas dedicadas a la producción de alimentos procesados (Langreo, 2006).

La evolución del sistema agroalimentario y su implicación en los cambios que se producen en la alimentación de las familias españolas desde los años 60 hasta nuestros días, están muy relacionados con una nueva organización familiar, el éxodo rural, la elevación de la renta familiar, una profusa urbanización, la mejora de los equipamientos domésticos y la masiva incorporación de la mujer al mundo laboral (Friedland, 1994). Las familias se ven inmersas en un proceso de globalización de notable influencia en sus prácticas alimenticias por un atractivo marketing (Langreo, 2005) y por el descenso de precios que experimentan los alimentos procesados, debido a la fuerte competencia entre empresas y la incorporación de nuevos productos en el entramado social de distinción, que genera un consumo de masas (Malassis, 1996). Desde el punto de vista del comensal, esta amalgama de cambios propicia nuevas rutinas de preparación de las comidas, en las que entran en juego estrategias de adquisición de productos alimentarios que permitan ahorrar tiempo y dinero, pero que a su vez no esté reñido con una alimentación saludable. Las nuevas prácticas alimenticias parecen alejarse del modelo tradicional produciéndose lo que Fishler (1995) describe como *anomia alimentaria*; es decir, el debilitamiento de las normas sociales y culturales que tradicionalmente guiaban la alimentación de las personas, como resultado de la abundancia de ofertas en el mercado y la facilidad para adquirir alimentos que encuentra el consumidor en la actualidad. Poulain (2002) destaca la controversia entre las normas y las prácticas: pese a que en las encuestas se reconoce lo que es

“bueno para comer”, no hay concordancia con las prácticas cotidianas, sino confusión y debilitamiento de las normas que indican la alimentación correcta.

Ya existen aproximaciones al respecto como la aportada por Fishler (1995), cuando explica esta circunstancia mediante el concepto de cacofonía alimentaria, en referencia a la encrucijada en la que se encuentra el comensal moderno el cuál se enfrenta a una profusión de mensajes contradictorios sobre “qué se debe comer”. En este sentido, trataremos de esclarecer cómo se adaptan las familias a dichos mensajes y qué influye realmente en las decisiones de sus prácticas alimenticias, provocando respuestas y comportamientos plurales.

2.4. PERSPECTIVAS CIENTÍFICAS

Partiendo de la necesidad de explorar la controversia señalada, comprobamos que en el ámbito de las Ciencias sociales se admite la existencia de dos dimensiones opuestas, *etic* y *emic*, desde las que se pueden estudiar un mismo problema. La dimensión *etic*, propia de disciplinas encuadradas en el ámbito de las Ciencias naturales como la medicina o la psicología, se caracteriza por la búsqueda de lo medible/descriptible y hace alusión a aquella forma de abordar los problemas sociales mediante metodologías científicas deductivas, tratando de llegar a conocimientos generales y entendiendo que la verdad es externa al investigador. Por el contrario, la dimensión *emic*, propia de las Ciencias sociales (como la Antropología o la Sociología), pone de relieve lo subjetivo defendiendo que la mejor forma de alcanzar el conocimiento es aprehender los hechos y esclarecer los significados que éstos tienen para el sujeto en su proceso de interacción con la sociedad. En este caso su metodología inductiva se fundamenta en la fenomenología (Romo y Castillo, 2002).

Así, a grandes rasgos, las perspectivas biomédica y psicológica de la obesidad infanto-juvenil, entienden el problema como una cuestión de índole

médica y comportamental, respectivamente. Mientras que desde un enfoque social se considera un problema de salud pública multifactorial. En concreto, desde el campo de la Antropología encontramos autores que sostienen que los aspectos sociales y culturales del problema han sido desatendidos en los estudios realizados hasta el momento, y si se han incluido ha sido de manera superficial, valorándolos a escala individual o, como mucho, grupal. Estos aspectos siempre van ligados a factores biológicos, pues a la hora de decidir que alimentos consumir, las personas utilizan sus sentidos, mientras se ven influenciados por toda una serie de factores emocionales, psicológicos y cognitivos (García, 2002).

Ante las limitaciones de los planteamientos científicos que cosifican al sujeto y lo reducen a aspectos meramente biológicos o comportamentales, la Sociología de la alimentación encara el análisis y explica los problemas derivados de la mala alimentación bajo un prisma construccionista. Entre sus premisas destacan la necesidad de analizar los vínculos entre estructuras socio-políticas y conductas, entre objetos y sujetos y, en definitiva, todos aquellos aspectos ligados a la alimentación en cuyo origen encontramos profundas construcciones sociales. Deducir los aspectos subjetivos de la alimentación (como las creencias, las percepciones, el simbolismo del cuerpo, las influencias del modelo social y económico, las relaciones interpersonales o las diferencias determinadas por el género y la edad) solo es posible gracias a la potencialidad del acto de la alimentación para capturar la multidimensionalidad y la complejidad del mundo social (Méndez y Espejo, 2014).

Además, no todos los estudios biomédicos o psicológicos adoptan una perspectiva puramente empirista. En cuanto a las Ciencias naturales, es un hecho que ciertos enfoques se acercan a una visión *emic*, tal es el caso del psicólogo Bandura y su teoría social-cognitiva. Por lo que podríamos hablar de diferentes

grados dentro de las ciencias experimentales. Además, como indica Hersch (2008) en un meta-análisis de 998 referencias biomédicas, las alusiones a lo sociocultural han ido en aumento entre los años 1963 y 2006. Sin embargo, dichas aproximaciones al fenómeno desde la perspectiva de la epidemiología sociocultural, tienen una visión predominantemente positivista que cala en la sociedad y contribuye a la aparición de clasificaciones que quedan opacadas por un reduccionismo biológico.

2.4.1. Enfoque biomédico

Desde la perspectiva biomédica, el principal factor de riesgo para desarrollar obesidad en cualquier etapa de la vida humana, es haber sido obeso con anterioridad, un hecho que se ha mostrado determinante a la hora de perder peso o evitar su aumento. Comprender los procesos que hay detrás de este fenómeno puede ser crucial a la hora de aplicar medidas para prevenir la obesidad, siendo la infancia y adolescencia etapas clave para combatir el problema, ya que los niños con sobrepeso tienen un alto riesgo de convertirse en adultos obesos.

A nivel internacional las autoridades sanitarias y la mayoría de los autores que abordan este fenómeno, asumen como definición de obesidad la acumulación excesiva de grasa corporal, producto de un desequilibrio entre la ingesta de calorías y el gasto energético, lo cual provoca un perjuicio para la salud de aquellos que la padecen (Paz, 2012; Majem, 2003; Achor, Benítez, Brac y Barslund, 2007). Admitiendo que esta definición de obesidad puede resultar hasta cierto punto simplista, algunos autores insisten en que nos encontramos ante una enfermedad multicausal y compleja, que responde a factores genéticos, metabólicos, fisiológicos, moleculares, psicosociales y ambientales (Arciniega,

2002; Cole, Bellizzi, Flegal y Dietz, 2000; Reilly y Wilson, 2006). En el estudio de Enkid (2005), la obesidad infantil se define de forma similar, al ser considerada una enfermedad crónica, compleja y de origen multifactorial, que suele iniciarse en la infancia y en la adolescencia, cuyo origen es atribuido a causas genéticas y ambientales.

Con el objetivo de diagnosticar la obesidad de manera precisa, se recurre al Índice de Masa Corporal (IMC) o Índice de Quetelet, conocido como el indicador más empleado en la mayoría de los estudios epidemiológicos, y que a su vez, es ampliamente reconocido por la OMS. Resulta de dividir el peso del cuerpo, en kilogramos, entre el cuadrado de la altura, expresada en metros. De acuerdo con lo establecido por la OMS, un IMC igual o superior a 25kg/m^2 es un indicador de sobrepeso, mientras que un IMC igual o superior a 30kg/m^2 comenzaría a ser obesidad. Estos valores han sido aceptados internacionalmente, siendo adaptados para los segmentos de edad infantiles y juveniles, con el fin de poder diagnosticar la obesidad en ambos grupos (Shetty y James 1994; Cole et al., 2000). Si bien no contempla la proporción de grasa corporal (Norgan, 1994), el IMC se utiliza frecuentemente por tratarse de una herramienta comparativa sencilla para medir grandes poblaciones. Resulta muy útil también, cuando se trata de buscar correlaciones de morbilidad, mortalidad o de enfermedades crónicas (Shetty y James, 1994). Entre estas últimas se incluyen la enfermedad coronaria, la hipertensión arterial y la diabetes no insulino dependiente. También ha sido empleado en relación con otras patologías, como cáncer de endometrio, de ovario, de cuello uterino, de mama posmenopáusico y, en el caso del varón, cáncer de próstata (Bianchini et al., 2002).

Para concretar el estado nutricional y de desarrollo del niño/adolescente no solo se emplea el IMC, sino que también se recurre a otros indicadores, como los

percentiles, los cuales permiten relacionar el sexo, la talla, el peso y la edad. De la misma manera, se acepta como criterio diagnóstico de la obesidad el denominado “Porcentaje de Grasa Corporal”, que se calcula mediante antropometría, pletismografía por desplazamiento de aire, absorciometría dual de rayos X, bioimpedanciometría, plicometría, estudio morfológico de la imagen, la densidad del cuerpo debajo del agua, la dilución isotópica, la impedancia bioeléctrica, las imágenes por ultrasonido, tomografía computarizada o resonancia magnética (Poskitt, 1995; Pi-Sunyer, 2000).

De acuerdo con la escala percentil, la obesidad infantil se define en función de valores de IMC superiores al percentil p95 (de acuerdo a edad y sexo), mientras que el sobrepeso se situaría en partir de valores superiores al p85, sobre todo en países como Estados Unidos. En Europa y Asia se emplea el p97 para definir la obesidad y el p90 para el sobrepeso, ya que las características de sus poblaciones son diferentes. La obesidad puede ser clasificada en distintos tipos, según el momento del desarrollo en el que se presente. Hablamos de hiperplasia cuando la obesidad se presenta en la infancia, entrañando el riesgo de un incremento del número de células adiposas y, por consiguiente, del desarrollo de enfermedades crónicas. De hipertrofia cuando aparece en la adolescencia o en la etapa adulta, caracterizándose por el aumento del tamaño de los adipocitos, pero sin experimentar variación en número (Dipietro, 1995).

Factores que intervienen en este enfoque.

Desde el enfoque biomédico la obesidad infanto-juvenil se puede atribuir tanto a causas individuales como grupales, así como a la influencia de factores biogénicos (genética), ambientales (*ambiente obesogénico*) y neuroendocrinos, que favorecen la acumulación de grasa corporal. Veámoslos uno por uno.

2.4.1.1. Genética

En 1965, Neel publicó su hipótesis del gen ahorrador, según la cual, nuestros genes permiten la acumulación de grasa por motivos de supervivencia. De acuerdo con el autor, nuestros antepasados tuvieron que sobrevivir a épocas de hambruna, ya que no había certeza alguna de conseguir comida a diario. Como consecuencia de ello, algunos sujetos desarrollaron el gen ahorrador, presentando una mayor capacidad para acumular grasa en abundancia, lo cual legarían a sus descendientes (Canizales y Quinteros, 2008). El estudio de la influencia genética en la obesidad cobró gran interés a raíz de la publicación de esta hipótesis, provocando una multitud de estudios y demostrándose en algunos de ellos que los genes están implicados en la codificación de péptidos transmisores de las señales de hambre y saciedad, o en los procesos de crecimiento y diferenciación de los adipocitos, al igual que existen genes que intervienen en la regulación del gasto energético (González, 2011).

Se ha descrito que entre un 25-35% de los casos de obesidad infantil y juvenil ocurren en familias en las que el peso de los padres es normal, pero el riesgo de desarrollar obesidad para un niño es cuatro veces mayor si uno de sus progenitores es obeso, y hasta ocho veces superior si ambos lo son (Chueca, Azcona y Oyarzábal, 2009). Estudios realizados con gemelos univitelinos, quienes presentan más similitudes genéticas, sugieren una mayor paridad entre ellos, en cuanto a peso y grasa corporal, que entre gemelos bivitelinos, por lo cual se considera que la base genética heredada induce entre el 40% y el 80% de los casos de obesidad. Además, como explicaremos más adelante, algunos estudios concluyen que la genética no sólo influiría en la ganancia de peso, sino también en las preferencias por las comidas, la distribución de la grasa, el efecto termogénico de los alimentos y el grado de actividad física.

Stunkard, Fock y Hrubec (1986) sugieren que la gordura humana está bajo control genético. Para demostrarlo, realizaron un estudio en el que mediante el cálculo del IMC, evaluaban la predisposición genética a padecer sobrepeso y obesidad en gemelos. Su muestra de estudio constaba de 1.974 gemelos monocigóticos y 2.097 gemelos dicigóticos. Los resultados presentaban una concordancia de casi el doble, tanto para los gemelos monocigóticos como para los dicigóticos, en todos los grados de sobrepeso. Su investigación coincide con estudios clásicos sobre gemelos de hasta 20 años y de hasta 25 años, en los que se estima una gran predisposición a heredar sobrepeso y cuyos resultados arrojaron una correlación para la altura, el peso y el IMC de 0,80, 0,78 y 0,77, hasta los 20 años, y de 0,80, 0,81 y 0,77 hasta los 25.

Existe, por el contrario, otro tipo de estudios que realizan sus estimaciones considerando el pliegue cutáneo como indicador de adiposidad. Así, Brook, Huntley y Slack (1975) examinaron los pliegues cutáneos de 222 gemelos del mismo sexo, desde los tres hasta los 15 años de edad. Las correlaciones encontradas fueron de 0,98 para la grasa del tronco y de 0,46 para la grasa de las extremidades. Es de destacar además, el estudio realizado en Suecia por Borjesson (1976), en el que trata de demostrar la importancia del componente hereditario de la obesidad, al tiempo que estudia la influencia de la nutrición intrauterina y del ambiente en la etapa preescolar, comparando para ello a grupos de hermanos ordinarios, hermanos gemelos de diferentes sexos y a hermanos del mismo sexo, tanto monocigóticos como dicigóticos. Cabe resaltar que el autor admite ciertas limitaciones a la hora de llevar a cabo una investigación de este tipo con niños, debido a la variabilidad que se produce en el peso, a la dificultad de realizar un estudio a largo plazo y a que en la infancia, rara vez se presentan casos de obesidad extrema; no obstante, considera que las medidas del pliegue cutáneo

que utiliza pueden ayudar a determinar cómo varía la cantidad de grasa corporal, e incluso a estudiar los diferentes grados de sobrepeso sin que los niños sean necesariamente obesos.

Otra técnica utilizada en el estudio de la obesidad, es la impedancia bioeléctrica. Faith, et al. (1998) estudiaron con este método 66 pares de gemelos, 41 monocigóticos y 25 dicigóticos, de entre 3 y 17 años de edad. Estos investigadores encontraron correlaciones genéticas significativas: los genes eran responsables de entre un 75% y un 80% de la variación fenotípica de la obesidad. Defendieron esta técnica porque a pesar de haber comprobado que algunos genes y experiencias ambientales influían de forma similar tanto en el IMC como el Porcentaje de Grasa Corporal (PGC), con una correlación de 0,74 y de 0,67, respectivamente, los resultados de sus análisis arrojaron que el 62,5% de la variación genética total era debida a genes que influían en el PGC, pero no en el IMC.

Según Keller, Pietrobelli y Faith (2003), en la mayoría de los estudios que abordan la relación entre genética y obesidad se utiliza sobre todo el IMC, pero también el pliegue cutáneo, los cuales presentan una correlación que oscila entre el 0,49 y el 0,93. El componente hereditario que se relaciona con la ingesta de alimentos es, sin embargo, menor, y oscila entre un 0,11 y un 0,65. Según De Castro (2000), la genética de los comportamientos alimenticios y de los estilos de vida heredados puede darse entre un 0,44 y un 0,65, y sugiere que la herencia puede afectar no solo a la determinación de las dimensiones corporales, sino también a otros aspectos como las preferencias individuales, las tendencias sociales o el grado en que los factores ambientales afectan al individuo.

Este investigador demanda la necesidad de aplicar un método natural que se desarrolle en el contexto ambiental de los sujetos estudiados y que permita

medir las costumbres a la hora de comer. Para ello ha elaborado un método basado en la recogida de una serie de datos específicos durante siete días consecutivos, por parte de los propios sujetos de estudio, quienes anotan en un cuaderno o diario de bolsillo, aspectos relacionados con su alimentación como: los sentimientos que experimentan, el contexto en el que todo ello sucede o el tipo de alimentación. Este método de auto-informe arroja un alto grado de validez empírica, que Gersovitz et al. (1978) pondrían en práctica, encontrando una gran concordancia entre los alimentos consumidos y los informes de los ancianos que sometían a estudio. De igual modo, Krantzer et al. (1982), utilizando una técnica similar a la empleada con estudiantes universitarios, exponen que las coincidencias entre los registros del diario durante esos siete días y las medidas realizadas, alcanzan el 87%.

Los genes pueden igualmente influir en el patrón alimenticio en función del modo en que cada sujeto reacciona ante determinadas condiciones psicosociales, puesto que se ha descrito que un mayor número de comensales facilita la ingesta de una mayor cantidad de alimentos (De Castro, 1992). La genética influiría, en este caso, en la elección del tipo y de la cantidad de alimentos que son ingeridos cuando estamos acompañados, demostrándose que los genes pueden actuar sobre el patrón alimenticio e influir en la elección de los individuos y en la respuesta a condiciones psicosociales. En particular, se han encontrado influencias genéticas sobre la elección del número de comensales y el tipo de alimentación elegida, estableciéndose que la predisposición social afecta a la cantidad de comida que se ingiere, de manera que, a más personas presentes, más alimentos serán ingeridos.

En la actualidad se han identificado más de 600 genes y regiones cromosómicas relacionadas con fenotipos de la obesidad humana. Perusse et al. (2005) presentan una actualización del mapa genético de la obesidad, un estudio

que nos informa de 173 casos debidos a mutaciones de un solo gen sobre 10 genes diferentes y 49 genes loci, relacionados con síndromes mendelianos afines con la obesidad humana. En especímenes animales como ratones, se habría identificado a 166 genes que, cuando mutan o se expresan como transgenes, dan lugar a fenotipos que afectan al peso corporal y la adiposidad. Hasta su publicación, se habían identificado 221 genes loci en animales y 204 para fenotipos relacionados con la obesidad en el ser humano. Otros autores han identificado el origen único de un gen para varios fenotipos (Bouatia et al., 2006; Wilson et al., 2006), si bien la investigación sobre el origen poligénico de la obesidad va ganando terreno. Así, autores como Comuzzie (2002) atribuyen la obesidad a las interacciones de diferentes genes y, aunque el estudio en este campo no es muy fecundo aún, se han publicado algunos hallazgos importantes, como la identificación de loci en los cromosomas 2, 5, 10, 11, y 20 (Clement, Boutin y Froguel, 2002). Para este último, los determinantes poligénicos de la obesidad humana requieren de un análisis de las asociaciones entre genotipo y fenotipo, teniendo en cuenta la influencia de los factores ambientales como, por ejemplo, la dieta y el estilo de vida sedentario (Clement, 2005).

Durante más de 50 años se han utilizado muchos modelos animales desde una perspectiva monogénica para tratar de comprender la regulación del peso corporal en humanos. Los vínculos entre genética y obesidad fueron posibles gracias al descubrimiento, entre otros, del gen *ob* y su relación con la regulación de la leptina, una citoquina secretada por el tejido adiposo a un ritmo proporcional al volumen de grasa corporal, y que proporciona información sobre el estado nutricional y la gordura (Zhang et al., 1994; Tartaglia et al., 1995). Como mediadores de la acción de la leptina encontramos el gen *agouti* y la proteína relacionada con éste, la AGRP, junto con el neuropéptido Y (NPY) y la α -

hormona estimulante de los melanocitos (α -MSH) (Zemel et al., 1995; Mizuno et al., 2003). A su vez, el receptor de la melanocortina (MC4-R), el cual desempeña un papel central en la regulación de la acción de la leptina, se ve influido por los niveles de α -MSH, NPY y AGRP.

Las vías de señalización que implican a la leptina y MC4-R influyen en la regulación de todos los aspectos del balance energético (Barsh y Schwartz, 2002; Fan et al., 2005). Así mismo, Loos et al. (2005), han identificado una variación en la secuencia de ADN en MC4R, locus del gen que puede contribuir a la inactividad física. Aunque los principales reguladores de la leptina representan menos del 4% de la obesidad severa de inicio temprano, las diferencias cuantitativas en la expresión o en la función de estos mismos genes, ya sea aisladamente o en combinación con otros, puede ser la base para la forma más común y genéticamente más compleja de obesidad humana. No obstante, la obesidad está relacionada con más de un locus, representando cada uno de ellos solo una parte de la varianza fenotípica (Comuzzie, 2002). Es probable que se produjera una selección de diferentes genes con el mismo resultado fenotípico para compensar las necesidades energéticas de un cerebro de gran tamaño (Lev-Ran, 2001). Neel et al. (1998) argumentan que muchos genes fueron sometidos a tal selección en diferentes poblaciones y bajo formas distintas de presión ambiental, para conformar la base genética de la obesidad en el ser humano.

2.4.1.1. Sistema adipostático

La hipótesis de que el ser humano es capaz de mantener el peso corporal de forma relativamente estable, a través de un sistema adipostático de retroalimentación análogo a la regulación de la temperatura de un termostato, cobró mayor relevancia a raíz del descubrimiento de la leptina como mediador en

esta regulación, desbancando a otras teorías como la de la secreción basal de la insulina y su alteración en relación con la obesidad. Se cree que la leptina está presente en el gen *ob* humano implicado en el equilibrio energético: cuando la cantidad de adipocitos aumenta, se sintetiza esta proteína, que redundante en una mayor eficiencia metabólica; por el contrario, su ausencia estimula la ingesta de alimentos y el ahorro energético (Berthoud HR., 2004). Es probable que los seres humanos compartan con otros animales ciertos elementos fisiológicos y de conducta que regulan la ingesta de nutrientes, y las sensaciones de hambre y de saciedad. Se han descrito diversas partes del cerebro en las que se localizan receptores de la leptina, como el hipotálamo, el hipocampo y el neocórtex, receptores igualmente presentes en los ovarios y en la placenta. Las investigaciones realizadas sobre la leptina han determinado que las señales que esta proteína emite pueden afectar a una gran variedad de mecanismos neuronales y, por lo tanto, a ciertos aspectos de los comportamientos relacionados con la ingesta, como son la percepción del gusto, la sensación de saciedad o la motivación (Ulijaszek, 2002; Berthoud, 2004).

2.4.1.2. Adaptación a los ambientes modernos

En los últimos años se ha señalado al estrés crónico, también conocido como carga alostática, como causante de ciertas enfermedades como la hipertensión, la diabetes y el infarto, así como la obesidad y el sobrepeso (Sterling, 2004). Esta carga alostática perjudica más a aquellos que se enfrentan a situaciones estresantes, como pueden ser una vivienda insalubre, el desempleo, la pobreza o la inseguridad, especialmente a las mujeres. La alostasis es un término ligado al de homeostasis, pues hace referencia al proceso de adaptación fisiológica del individuo a los factores físicos, psicológicos y psicosociales que ha de afrontar en el ambiente en que se desenvuelve. La carga alostática se entiende, por lo tanto,

como el resultado de la adaptación, o no, de dicha alostasis durante un largo periodo de tiempo, en el que las afecciones y las enfermedades crónicas pueden hacer acto de presencia (Logan y Barksdale, 2008).

Nuestro equilibrio homeostático parece conspirar contra la inactividad física y la ingesta excesiva de energía, situaciones fomentadas por los cambios que el estilo de vida moderno nos ha traído (Moore, 2000). Hoy en día sabemos mucho más sobre la neurofisiología y los mecanismos de regulación del apetito y la energía. No existe una fisiología que domine el deseo de comer en función de las necesidades energéticas del momento o en relación con la disponibilidad ambiental de nutrientes. Sin embargo, diversos estudios científicos demuestran que la ingesta está regulada por más de 60 péptidos, que a modo de señales fisiológicas, la promueven o la inhiben. Se han propuesto varios modelos para explicar el balance energético a través de la endocrinología del intestino, del páncreas, del tejido adiposo y del sistema nervioso central, llegando al consenso de que la regulación de la ingesta parece estar controlada por las regiones ventromedial y lateral del hipotálamo (Tschop et al., 2000; Schwartz y De Morton, 2002).

En 1940, Ranson y Hetherington descubrieron que cuando se lesionaba la región ventromedial del hipotálamo de las ratas, estas tenían conductas de hiperfagia, conduciéndoles al exceso de peso. Fue por ello que llegaron a la conclusión de que esta región del cerebro era responsable de la regulación de la ingesta, y la bautizaron como el centro de la saciedad. Unos años después, Anand y Brobeck (1951) lesionaron una zona diferente del hipotálamo, el hipotálamo lateral, y consiguieron unos resultados diametralmente opuestos. Las ratas desarrollaron afagia, y desde un razonamiento inverso al de sus predecesores, denominaron a esta región como el centro del hambre. Sin embargo, esta teoría de

la regulación hipotalámica de la saciedad y el hambre no es tan sencilla como parece, ya que, años después, en la década de los 80, se descubrió que cuando se lesiona el hipotálamo ventromedial se producen otras reacciones complejas que favorecen ese aumento de ingesta, como el incremento de los niveles de insulina sanguínea, y por consiguiente, un aumento de la lipogénesis y una reducción de la oxidación de la grasa (lipólisis). Estos hechos implican que tras la lesión del hipotálamo ventromedial, las ratas tienen mayor facilidad para almacenar grasa y sienten la necesidad de comer más para mantener en la sangre unos niveles estables de nutrientes, no solo porque hayan perdido la capacidad de sentirse saciadas.

2.4.1.3. Factores neuroendocrinos

De acuerdo con Must y Strauss (1999), la obesidad infantil está asociada a un aumento de la resistencia a la insulina y, también, a hiperandrogenia, especialmente entre adolescentes femeninos. Por otro lado, encontramos una notable resistencia a la insulina entre niños menores de 10 años, estableciéndose que el descenso de entre un 20% y un 45% en la producción de insulina inducida por la glucosa se produce en la etapa prepuberal y está asociada al sobrepeso. Los problemas hormonales que se dan en los niños obesos repercuten en el desequilibrio energético. Algunos estudios al respecto afirman que tanto la GH como las relacionadas con el metabolismo, TSH y T3, por ejemplo, sufren alteraciones a nivel sanguíneo (Stichel y Grütters, 2001).

2.4.1.4. Un virus

Algunos autores afirman que la epidemia de la obesidad está causada por un virus, basándose en estudios experimentales como el realizado por Dhurandhar et al (2000), en el que se pone de manifiesto la relación del

adenovirus (Ad-36) con un aumento desproporcionado de la grasa visceral, con respecto a la grasa corporal (Atkinson, 2007). Según este autor, existen numerosos artículos que refutan esta concepción de la obesidad, aun habiéndose encontrado cinco tipos de virus animales y tres tipos de virus humanos implicados en la obesidad humana. Sin embargo, es el adenovirus Ad-36 el que destaca como causante directo del trastorno, ya que en estudios con gemelos ha inducido la obesidad en el sujeto que lo portaba. Con la finalidad de resaltar el origen biológico del fenómeno, Atkinson manifiesta que este descubrimiento data de 1978 (año en el que se inocula el adenovirus Ad-36) y que no se informa de su existencia hasta 1980, justo antes de declararse una epidemia mundial de obesidad.

2.4.1.5. Ambiente obesogénico

Los factores ambientales van cobrando cada vez más protagonismo en los estudios biomédicos a la hora de explicar el fenómeno de la obesidad en las etapas tempranas de la vida. Como apuntábamos, existen diferentes grados dentro de esta perspectiva, teniendo un particular punto de vista sobre los factores sociales implicados que pasamos a explicar. Según Marcos (2008):

Solo en raras ocasiones la obesidad se relaciona con defectos de un solo locus genético o es consecuencia de una alteración hormonal, respondiendo en la mayoría de los casos a una etiología multifactorial en la que concurren diversos factores genéticos y ambientales que determinan el desequilibrio energético. (p. 2)

Un gran volumen de estudios médicos atribuye la obesidad infantil y juvenil a dos circunstancias sociales: la existencia de entornos propicios y el hecho de que nuestro patrimonio evolutivo no se ha adaptado adecuadamente a los

nuevos contextos (French et al., 2001; Brownell, 2002; Hill et al., 2003; Neel, 1962; Eaton et al., 1998; Neel et al., 1998; Lev-Ran, 2001). Esta premisa llevó a Swinburn y a sus colaboradores a hablar en 1999 y por primera vez del término “ambiente obesógeno”, argumentando que los ambientes económicos, sociales y culturales de las sociedades industrializadas fomentan un balance energético positivo entre sus ciudadanos. Este concepto, y todo lo que conllevaba, se traducían en un marco explicativo de carácter predominante que permanece tan legitimado en la actualidad como estuvo entonces. En esta misma línea, Marcos (2008) afirma que la vida sedentaria es la responsable de la obesidad infantil y que ésta es consecuencia del desequilibrio entre la ingesta energética y el gasto. Según Cruz et al. (2013) y Álvarez (2010), la persona obesa es responsable de su situación, por mantener un consumo irracional de alimentos con alto contenido en calorías y por llevar un estilo de vida sedentario que propicia la acumulación excesiva de grasa corporal.

Algunos expertos se muestran desazonados ante la apatía y la falta de conciencia generalizada, y dejan patente su preocupación por el escaso carácter patológico que se concede al fenómeno y por una normalización del sobrepeso y de la obesidad infanto-juvenil en la sociedad que va en aumento. Dicha inquietud tiene su reflejo en numerosos artículos médicos que investigan la percepción de los padres frente a sus niños con sobrepeso u obesidad (Boutelle et al., 2004; Boyington y Johnson, 2004; Etelson et al., 2003; Jeffrey et al., 2005). En la mayoría de estos estudios se sostiene que los padres no dan la importancia que se merece al elevado IMC de sus hijos. En uno ellos se preguntaron a los participantes por la percepción que tenían de la envergadura de su propio cuerpo, y se encontró que estas personas no habían tomado suficiente conciencia del volumen inadecuado de su anatomía. Si hay algo en lo que tales trabajos sí coinciden es que si las

personas no reconocen que tienen sobrepeso u obesidad, difícilmente tomarán medidas al respecto (Jeffrey, Voss, Metcalf, Alba y Wilkin, 2005). Dada la tesisura, se sugiere que los padres, o bien no quieren admitir que sus hijos poseen un problema de peso, o bien lo ven como algo normal, debido a que el fenómeno se ha generalizado.

Los bajos niveles de actividad física ligados a las sociedades inmersas en un modelo económico industrializado se asocian con un mayor riesgo de obesidad (Erllichman et al., 2002). En este sentido, los ambientes obesógenos no solo afectan a la actividad física que se realiza durante el tiempo libre, sino que también fomentan la inactividad laboral (Hill y Peters, 1998; Brownell, 2002; Hill, Wyatt, Reed y Peters, 2003), ya que los puestos de trabajo pesado en las naciones industrializadas y en las zonas urbanas de los países en desarrollo, han sido sustituidos por puestos de trabajo en el sector servicios. El trabajo físico ha sido desplazado por la tecnología (Popkin, Duffey y Gorden-Larsen, 2005; French, Story y Jeffrey, 2001). A estos cambios en el mundo laboral hay que añadir el uso de automóviles, el transporte público así como la creciente oferta de ocio pasivo (ver la televisión o jugar a juegos), los cuales parecen ser los principales responsables del sedentarismo de niños y adultos (Hill y Peters, 1998; Jeffrey y French, 1998; Brownell, 2002).

Otro factor común a los ambientes obesogénicos, es que tanto adultos como niños comen sin llegar a sentir hambre, especialmente si están distraídos con la televisión (Tucker y Friedman, 1989; Tucker y Bagwell, 1991; Jeffrey y French, 1998; Del Toro y Greenberg, 1989; Renders et al., 2004; Van den Bulck y Van Mierlo, 2004; Stroebele y Castro, 2004). Este hecho fortalece los estudios que demuestran que es más difícil para el ser humano controlar lo que come cuando se encuentra distraído (Wansink, 2004).

A pesar del nivel de seguridad alimentaria que disfrutamos y de la sedentarización de la vida cotidiana, son necesarios otros factores para generar ambientes obesogénicos. En Estados Unidos, por ejemplo, ha aumentado el picoteo en los niños, ya que comen más alimentos fuera de casa y beben más refrescos que hace 20 años, a su vez, los alimentos preparados, transformados o envasados contienen mayor número de calorías (Jahns, Siega y Popkin, 2001; Nielsen et al., 2002; St-Onge, Keller y Heymsfield, 2003).

2.4.1.6. Televisión

Desde la perspectiva biomédica se admite que la televisión es uno de los factores que más ha contribuido a crear un ambiente propicio para el desarrollo de la obesidad durante los primeros años de vida. Un 20% aproximadamente de la publicidad emitida en este medio, versa sobre comida o bebida a unas horas en las que los niños pasan más tiempo delante de la “pequeña pantalla”. Los niños pueden llegar a sintonizar una media de 54 anuncios al día y unos 19.000 al año (Metha, 2007). La OMS trató en 2004 de revertir esta situación, instando a los gobiernos a limitar la venta y la publicidad de alimentos que propicien obesidad y sobrepeso infantil, pues como podemos constatar, 4 de cada 5 alimentos que se anuncia en televisión, son de comida poco saludable. En España, en un informe con fecha 22 de octubre de 2016, la consultora audiovisual Barlovento reveló que en 2015 el promedio de tiempo por persona y día frente al televisor fue de 234 minutos, siendo éste el pasatiempo por excelencia. Los jóvenes de entre 13 y 24 años le dedicaban el 8% de su tiempo diario, es decir, dos horas; mientras que en el grupo infantil se situaba en un 9%: dos horas y cinco minutos.

2.4.1.7. Género

El género es un factor que nos aporta gran información sobre los hábitos de ejercicio físico, pues no solo nuestros menores hacen menos ejercicio físico que otros de su misma edad en los países del norte de Europa, sino que se ha demostrado que las niñas realizan muy poca actividad física, tanto dentro como fuera del ámbito escolar (Laguna, Hernández, Teresa y Aznar, 2011). La menor actividad física de las niñas se refleja en los informes de la OMS, pues declara que mientras que el 40,5% de los chicos sigue las recomendaciones de realizar ejercicio físico durante 60 minutos, cinco o más días a la semana, las chicas presentan un 27% para la misma franja de edad de 11 años. A los 13 años, la cifra de chicos se reduce levemente, bajando a un 39,7%, mientras que para las chicas aumenta ligeramente, hasta alcanzar un 28,6%. Igualmente vemos esta diferencia a los 15 años de edad, pues desciende en ambos sexos, aunque de forma más acusada en ellas, situándose en un 38,2% para los chicos y un 22,7% para las chicas (Currie et al., 2004).

Según Brown y Konner (1987), los principales elementos que fomentan esta desigualdad de cifras de obesidad entre hombres y mujeres son: el dimorfismo de género (las mujeres en particular, están predispuestas biológica y culturalmente a almacenar grasa por motivos reproductivos), la modernización, el nivel socioeconómico (en relación directa), la industrialización de la alimentación y la evolución en la calidad de los alimentos.

Por otro lado, algunas explicaciones biológicas sostienen que la función ovárica es especialmente sensible al desequilibrio energético, luego el sobrepeso y la obesidad femenina podrían desempeñar la función de garantizar la fertilidad (Peter Ellison, 2003; Brown y Konner 1987; Norgan, 1997). Es un hecho constatado que en cualquier IMC, las mujeres siempre presentan un mayor porcentaje de

grasa en su cuerpo en comparación con los hombres. El volumen de grasa acumulado en la parte inferior del cuerpo, más frecuente en mujeres, no está tan disponible para el mantenimiento del funcionamiento corporal como la grasa abdominal. No obstante, parece desempeñar un papel de refuerzo frente a las restricciones energéticas ambientales que se podrían presentar durante los periodos de embarazo y lactancia, cuando es movilizado (Garaulet et al., 2000). Desde este punto de vista, es probable que la genética humana haya seleccionado determinados rasgos que promuevan el almacenamiento de energía y minimicen el gasto energético con el objetivo de garantizar la perduración de la especie (Rosenbaum y Leibel, 1998).

2.4.1.8. Abordajes biomédicos

Desde la óptica biomédica, la obesidad en la infancia y en la adolescencia debe ser combatida mediante planes de alimentación y de actividad física, orientados a contrarrestar el desequilibrio energético que genera una ingesta excesiva de calorías y un estilo de vida sedentario.

Dieta con restricción energética

Cuando se abordan las dietas de adelgazamiento, los médicos asumen que los pacientes obesos son así por elección propia, y los consideran sujetos portadores de una enfermedad auto-inducida. Por lo que a los niños respecta, la responsabilidad se traslada a los padres, sometiéndoles a más presión, si cabe, mediante programas de reeducación alimenticia (Arnaiz, 2010).

Aumento de la actividad física

Con los años se ha reafirmado recientemente que la actividad física es uno de los mejores métodos para prevenir la obesidad (Ekelund, Sjostrom y Westerterp, 2004; García, Calahorro, Torres y Lara 2010). Por el contrario, la

inactividad física en los primeros años de vida supone un aumento de la obesidad en niños y en adolescentes, asociándose además, con otros problemas médicos graves (Livingstone, 2001; Speiser et al., 2005). Inculcar a los niños la práctica cotidiana de una actividad física, no solo previene la obesidad, sino que ayuda a mantener un buen tono muscular, a mejorar la flexibilidad y la densidad ósea (Biddle, Sallis y Cavill, 1998; Kain, Uauy, Leyton, Cerda, Olivares y Vio, 2008).

Promocionar estilos de vida saludables en padres e hijos

Se subraya la importancia de la Educación para la Salud, como instrumento eficaz para cambiar los estilos de vida, promocionando hábitos alimentarios saludables entre los niños y sus familias. Para ello, se proponen programas escolares en los que padres y docentes trabajen de manera conjunta mediante estrategias psicoeducativas, lo que requiere una colaboración exhaustiva, a fin de modificar conductas inapropiadas y conseguir estilos de vida saludables (Macías, Gordillo y Camacho, 2012).

Fármacos

El empleo de fármacos para el tratamiento de la obesidad infantil es aún muy restringido. Su uso se reserva para aquellos casos en los que las actuaciones previas han resultado ineficaces y la obesidad incide de forma extrema. Los únicos medicamentos aprobados en la actualidad por la Food and Drug Administration (FDA) norteamericana, dirigidos a pacientes pediátricos para que bajen de peso, son Sibutramina y Orlistat. Cabe destacar que en algunos países están contraindicados, ya que no se ha demostrado su seguridad y eficacia tras más de cuatro años de tratamiento (Coyote y Miranda, 2008).

Tratamiento quirúrgico: la cirugía Bariátrica

La controversia entre partidarios y detractores del uso y de los posibles efectos beneficiosos de la cirugía pediátrica aplicada a la obesidad, sigue

candente, especialmente cuando se dirige al tratamiento de la obesidad mórbida. Entre los informes favorables destaca el de Sugerman, Wolfe, Sica y Clore (2003), realizado sobre un grupo de 33 pacientes, 28 de ellos sometidos a bypass gástrico, todos con edades comprendidas entre los 12 y los 18 años, arrojando unos buenos resultados, mínimas complicaciones y tan solo un 15% de casos en los que los pacientes recuperaban peso. En ese mismo año, K. Dolanex publicó los resultados de su estudio. Sobre un total de 17 pacientes, entre los 12 y los 19 años de edad, intervenidos con banda gástrica, el 76% de los mismos había perdido, al menos, el 50% de su peso, tras mantener un seguimiento de entre 12 y 46 meses de duración. No obstante, no se ha publicado recomendación alguna sobre cirugía dirigida a niños menores de 11 años, pues existe un convencimiento generalizado de que no es recomendable realizar una intervención quirúrgica que pudiera limitar la absorción de nutrientes hasta haberse completado, al menos, el 90% de su desarrollo óseo (Godoy, 2004).

2.4.2. Enfoque psicológico

Desde la perspectiva psicológica, el fenómeno de la obesidad en las etapas tempranas de la vida puede definirse de diferentes formas, dependiendo del enfoque desde el que se aborde y de la profundidad del análisis al que se someta. No obstante, podemos afirmar que para la psicología, la obesidad es un problema de conducta que resulta de un trastorno mental de tipo adictivo. Al igual que ocurrió hace unas décadas con el problema de la drogodependencia, las teorías más relevantes de la psicología entienden la obesidad como el resultado de un trastorno caracterizado por una autorregulación de las emociones, que lleva a las personas a una ingesta masiva de alimentos de forma adictiva y compulsiva (Gracia, 2014).

Desde este enfoque, la obesidad en la infancia y en la adolescencia no se explica como una enfermedad psicológica en sí misma, sino más bien como la manifestación de un trastorno mental o psicológico que provoca un desorden en la conducta alimenticia. Esta concepción desencadena la exclusión de la obesidad como enfermedad psiquiátrica en el DSM de la APA, en sus ediciones IV y V, esta última publicada en Mayo de 2013. Sin embargo, en este manual quedan definidos como trastornos psicológicos algunas alteraciones de la alimentación como la anorexia nerviosa, la bulimia, los trastornos de atracones y la adicción a la comida (Velásquez y Alvarenga, 2001). Al respecto de la obesidad en la infancia y en la adolescencia como manifestación de un trastorno mental, estos autores afirman que es más común encontrar alteraciones de la personalidad y problemas psiquiátricos en personas obesas que en personas con un peso normal, debido a que la obesidad se puede entender como la consecuencia de un problema de ajuste social o psicológico que actúa en contra de las cualidades emocionales, la calidad de vida y las habilidades sociales de las personas, sea cual sea su edad. En las sociedades desarrolladas, el rechazo a la obesidad se materializa en un ambiente hostil hacia las personas que la padecen, estigmatizándolas y ocasionándoles problemas de autoestima, de relaciones personales, dificultándoles, incluso, el acceso al mercado laboral en la etapa adulta (Puhl y Heuer, 2009). Formalmente, la Psicología reconoce la existencia de siete enfoques desde los que se puede interpretar el fenómeno que nos ocupa. Como consecuencia del predominio de unos enfoques sobre otros y de la gran diversidad de subdisciplinas psicológicas implicadas, nos vemos en la necesidad de centrarnos solo en aquellas que puedan ofrecernos una interpretación objetiva del fenómeno que estudiamos.

2.4.2.1. *Psicología Conductista*

Desde la perspectiva conductista, la obesidad se explica como el resultado de una conducta apetitiva y carente de autocontrol, que viene definida por el concepto de adicción. Aunque este término es empleado en psicología para designar una gran diversidad de conductas adictivas, como son las relacionadas con el alcohol, las drogas, el juego, la compra compulsiva o incluso el sexo. Para los psicólogos, la obesidad presenta unas características similares, que permiten adscribirla a un patrón de conducta compulsiva, con una considerable pérdida de autocontrol, que permiten considerarla, igualmente, como una adicción (Volkow y Wise, 2005). Esta rama de la psicología estudia la adopción de conductas incluidas en un marco cultural en el que se da significado a ciertas predisposiciones corporales que se constituyen en formas de autocontrol afectivo y de expresión de las emociones, así como en modelos de género, de autonomía y de éxito social, que podrían condicionar el hecho de estar obeso (Mériaux, Berg y Hellström, 2010). En esta línea, algunos autores sugieren que la obesidad es la expresión de una construcción del pensamiento a través de las experiencias que las personas viven. Si en una experiencia anterior, un individuo sació el hambre, la ansiedad o ambas comiendo dulces, la percepción de su efectividad permitirá que tal conducta se mantenga en el futuro (Bresh, 2006).

2.4.2.2. *Psicología Evolutiva*

Esta es una disciplina vinculada a la sociobiología. Considera que la conducta y las facultades mentales de los seres humanos se desarrollan con fines adaptativos bajo influencias ambientales y genéticas, y que, al igual que las capacidades físicas, los comportamientos alimenticios se modifican con el propósito de sobrevivir en el medio natural.

2.4.2. 3. *Psicología del Desarrollo*

La figura más representativa de esta área es el célebre psicólogo y biólogo Jean Piaget, quien estudió el desarrollo de la inteligencia del niño teniendo en cuenta tanto los aspectos biológicos como cognoscitivos, así como la interacción de ambos con el medio ambiente. Para este autor, existe una relación de reciprocidad entre la maduración biológica y el desarrollo cognitivo, pues este último nos aporta una valiosa información sobre el crecimiento físico del niño, y a su vez, el desarrollo físico nos indica cuáles pueden llegar a ser sus capacidades intelectuales (Beilin, 1994; Coll, 1979). Según Başkale, Bahar, Başer y Ari (2009), la teoría del desarrollo cognitivo de Piaget es una herramienta eficaz a la hora de emprender planes de educación nutricional dirigidos a niños en las etapas preescolar y escolar, debido a la importancia de conocer su nivel de desarrollo cognitivo, para así emprender las acciones educativas adecuadas a la fase de desarrollo en la que se encuentren. Por el contrario, una actividad educativa no adaptada a la capacidad cognitiva del niño, puede tener un impacto negativo en su desarrollo integral.

Estos autores recomiendan dirigir las medidas preventivas de la obesidad hacia los niños de 11 y 12 años, incluyendo a sus familias. Los motivos para esta recomendación son diversos: por un lado, es ésta una franja de edad conflictiva para los adolescentes, ya que debido a la pubertad, se encuentran ante una percepción corporal negativa, y posiblemente, un patrón alimenticio poco saludable, no obstante, los programas de prevención pueden cosechar mejores resultados gracias al carácter más maleable que estos niños presentan. Por otro lado, es en esta edad cuando los niños ganan en autonomía para gestionar sus comportamientos relacionados con la salud, un momento que coincide con la etapa *piagetiana* de “Desarrollo de Operaciones Formales”, en la cual el

pensamiento abstracto y el razonamiento hipotético se afianzan. Por lo tanto, los niños en esta etapa pueden reflexionar sobre las consecuencias positivas y negativas de un determinado comportamiento de salud, adquiriendo la posibilidad de responsabilizarse frente a las opciones elegidas.

2.4.2.4. *Psicología Comparada*

Este campo de la psicología está influenciado por las teorías *darwinianas*, y considera la teoría del apego como modelo explicativo de la obesidad. Darwin, en su obra “El Origen del Hombre” de 1871, fue el primero en emplear esta teoría de manera explícita, para explicar cómo aquellas especies que vivían en sociedad y protegían a sus descendientes, conseguían sobrevivir con mayor facilidad; sin embargo, el mérito de haber desarrollado la teoría del apego, corresponde a John Bowlby, quien destacó la necesidad del contacto materno para el correcto desarrollo de las crías y para su adaptación al medio, facilitándoles de este modo, su supervivencia (Gutiérrez, 2009).

A partir de esta teoría se han desarrollado multitud de estudios que relacionan la obesidad con una disfunción del desarrollo cognitivo causado por una relación familiar negativa. Según Carrasco, Gómez y Staforelli (2009), existen mayores cifras de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes que viven en familias en las que los padres son demasiado controladores o emocionalmente distantes y fríos, lo que evidencia una clara relación entre obesidad y percepción de falta de cuidados.

Bayardo, Esqueda y Cibrián (2006), partiendo de estudios elaborados con niños de entre 5 y 16 años de edad, han descubierto que la obesidad crónica está ligada a trastornos psiquiátricos como por ejemplo, el trastorno negativista desafiante o el trastorno depresivo. En el 55% de los casos de obesidad, observaron que tanto los niños como sus padres presentaban trastornos

psicológicos como la ansiedad, lo que nos da una idea de cuán importante es la actitud de los progenitores.

Numerosos estudios han analizado, por su parte, el grado de participación familiar en el desarrollo o control de la obesidad de sus infantes y adolescentes, encontrando una evidente relación entre el apoyo familiar a la hora de realizar ejercicio físico y la condición física de los niños (Sallis, Prochaska, Taylor, Hill y Geraci, 1999; Faith, Saelens, Wilfley, y Allison, 2001). Epstein, Valoski, Wing y McCurley (1994), basándose en los resultados obtenidos en un estudio llevado a cabo sobre 4 familias seleccionadas al azar, en el que se controló variables como el sexo, el nivel de peso al comienzo de la intervención, el autocontrol del peso, las comidas consumidas en el hogar y el apoyo de la familia y los amigos para realizar ejercicio físico, confirmaron una reducción significativa del peso corporal cuando ambos, padres e hijos, fueron orientados para la consecución de tal fin. Por este motivo, resaltan cuán importantes son la familia y los apoyos externos para que se produzcan los cambios necesarios en la alimentación y en la actividad física. Diversos autores afirman que un estilo de crianza sobreprotector favorece que en la etapa adulta no se logre mantener el autocontrol necesario para mantener un peso normal (Bresh, 2006; Silvestri y Staville, 2005).

2.4.2.5. *Psicología Psicodinámica*

Carrasco, Gómez y Staforelli (2009) plantearon que la obesidad infanto-juvenil es la expresión de la dificultad del niño para autorregular sus estados afectivos preconscious e inconscientes, por lo cual utiliza la comida como un medio para equilibrar su estado emocional. Existen dos corrientes que abordan la obesidad desde esta perspectiva:

- La corriente de Chicago: su visión psicossomática de las enfermedades nos sugiere que la obesidad en los primeros años de

vida es resultado de la expresión de un conflicto durante el desarrollo emocional del sujeto. Desde este punto de vista, existe una relación entre la enfermedad y el sistema neurovegetativo, es lo que se denomina neurosis de órgano.

- La corriente de Paris: nos plantea la obesidad infantil no como un conflicto emocional o afectivo, sino como consecuencia de una depresión sin objeto, que los expertos han bautizado como depresión psicósomática.

En la misma línea, los autores de esta corriente sugieren el término pensamiento operativo, que alude a:

Un tipo de pensamiento que se aferra a cosas y no a productos imaginativos ni a expresiones simbólicas. Este concepto sugiere la precariedad de la conexión con las palabras. Marty y Muzan (1992) sostienen el supuesto básico que los sucesos y situaciones que se presentan tocan nuestra afectividad y desencadenan una serie de excitaciones a las que debe darse una salida adecuada (Carrasco, Gómez y Staforelli, 2009, p. 144).

2.4.2.6. Psicología Biológica

Esta rama de la psicología entiende la obesidad como el resultado directo de procesos neuroquímicos cerebrales, pues la ingestión de determinadas sustancias como azúcares, grasas y sal, provocan la secreción de dopamina, una sustancia química involucrada en el aprendizaje, la memoria y la toma de decisiones, así como en la formación del circuito de placer y recompensa, por lo que favorece la adquisición del hábito de ingerir alimentos hipercalóricos. De hecho, muchos especialistas consideran que los alimentos con alto contenido en azúcares, grasas

y sal, pueden provocar en nuestro cerebro una respuesta parecida a la experimentada por los adictos a drogas como la cocaína o la heroína.

Un grupo de investigadores en neurobiología explican que la adicción no se desarrolla tras un primer consumo, sino que es un proceso largo que concluye con la pérdida de control. Han constatado la implicación de la memoria emocional en el trastorno de la adicción, pues la comida, al igual que todas las sustancias consumidas durante un largo periodo de tiempo, producen la liberación de dopamina en las regiones límbicas del cerebro, pero únicamente en las etapas iniciales (Volkow, Wang y Baler, 2011). La diferencia entre la comida y las drogas es que éstas últimas pueden producir la segregación de dopamina cada vez que se consumen (Corominas, Roncero, Bruguera y Casas, 2007).

Pocos son los estudios que emplean un enfoque más holístico para comprender si las tendencias adictivas hacia la comida se asemejan a las características de otros trastornos de adicción, y aún más escasos resultan los estudios que tratan de investigar la adicción a la comida como causante de obesidad en edades tempranas. Como estudios representativos de este campo encontramos el trabajo de Curtis y Davis (2014), el cual se basó en entrevistas telefónicas realizadas a mujeres con trastornos alimenticios, con el objetivo de encontrar la relación entre el trastorno de comer de manera compulsiva y los síntomas de adicción reflejados en el DSM-IV. Este estudio encontró que el 92 % de las mujeres con trastorno alimentario compulsivo respondían a los criterios de inclusión en el trastorno de adicción.

Otro intento de explicación del fenómeno de la adicción alimenticia es el del neurocientífico Eric Stice (2002), quien tras observar la respuesta neurofisiológica que se producía cuando se daba a un sujeto una cucharada de helado de crema y chocolate, llegó a la conclusión de que la actividad cerebral al respecto era distinta

entre individuos obesos y delgados. En el caso de los obesos, el hecho de comer de más provoca que el circuito de recompensa se habitúe y responda con menor eficacia. Esta adaptación da lugar a que la comida satisfaga cada vez menos y que provoque el impulso de aumentar la ingesta. Según Stice, con este mecanismo se trata de revivir las sensaciones satisfactorias que se obtuvieron en experiencias gastronómicas anteriores, lo que les ocurre precisamente, a alcohólicos y drogadictos crónicos.

2.4.2.7. Factores que intervienen desde un enfoque psicológico

Personalidad obesa

En el terreno de la adopción de conductas que inducen a la obesidad infantil, una de las tesis más discutidas en los últimos años tiene que ver con el intento de ciertos psiquiatras de tratar de dar respuesta al fenómeno desde una nueva perspectiva: la obesidad como un rasgo de la personalidad del individuo, que se manifiesta en síndromes como el de los atracones o el de la adicción a la comida, expuestos por la APA en el DSM-V (Rojo et al., 2012). No obstante, los estudios realizados encontraron que los episodios de adicción a la comida pueden ser experimentados tanto por personas obesas como no obesas (Rogers y Smit, 2000).

Estereotipos e imagen corporal negativa

Diversos estudios señalan la adolescencia como un período crítico de cambios físicos, psicológicos y sociales que pueden provocar cambios significativos en la forma de alimentarse de los más jóvenes. Se ha constatado que en general, el colectivo de 12 a 18 años de edad se muestra preocupado por su figura y quiere adelgazar (Goñi et al., 1999; Devaud, Jeannin, Narring, Ferron y Michaud, 1998).

A nivel nacional encontramos estudios como el de Olesti et al. (2008), quienes aportan un registro de los casos de Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y otros TCA en 551 adolescentes femeninos de entre 12 y 21 años de edad en Reus (Tarragona). Mediante exploraciones físicas, entrevistas de preguntas abiertas y cuestionarios validados, estos autores descubrieron que en el grupo de jóvenes de 15 a 19 años, presentaban anorexia un 0,9%, bulimia un 2,9% y otros TCA un 5,3%. Estos autores coinciden con estudios similares en que los TCA son un problema biopsicosocial, partiendo del supuesto de que vivimos en la “cultura de la delgadez”. Los participantes manifestaban que querían adelgazar en base a una tendencia social que considera que un cuerpo sano es aquel que carece de grasa, mientras que una dieta sana es una baja en calorías.

Con este enfoque encontramos un estudio realizado en Navarra sobre la percepción que los estudiantes universitarios tienen de su propio cuerpo, que revela que de los 1.162 estudiantes universitarios de entre 17 y 35 años de edad, el 55,6% tiene una percepción de la imagen corporal que no se corresponde con la realidad. Comparando las cifras por género, se detectaron más casos de alteración de la percepción de la imagen corporal en mujeres, quienes tendieron a sobreestimar su índice de masa corporal frente a los varones, un 58,1% ante un 9,7%. Sin embargo, los varones tendían a subestimarlos (Ruiz et al., 2015). Autores como Achor, Benítez, Brac y Barslund (2007) ponen este extremo de manifiesto en un estudio etnográfico sobre niños obesos y con sobrepeso, en el que constataron que las madres de niños obesos no percibían a sus hijos como niños con un peso por encima de lo normal, y que, además, no les preocupaba la imagen ni pretendían poner límites a la hora de la alimentación porque la mayoría utilizaba la comida como premio o como castigo. Según datos del Portal Estadístico de la Región de Murcia (CREM) del año 2006, a partir del primer año de edad, el

porcentaje de mujeres con respecto a hombres que ha seguido una dieta por cuestiones que no tienen que ver con la salud, es significativamente mayor, un 30,3% frente a un 10,9% (Figura 5). Según Must y Strauss (1999), la obesidad tiene un fuerte impacto emocional en la infancia, una etapa crítica para el desarrollo de la imagen corporal y de la autoestima, en la que es frecuente que las niñas obesas se obsesionen con su imagen corporal, llegando al autorechazo. Así mismo, vemos que por miedo a estar gordo, los adolescentes pueden sufrir un retraso del crecimiento y de la pubertad que resulta de la restricción drástica de la ingesta diaria.

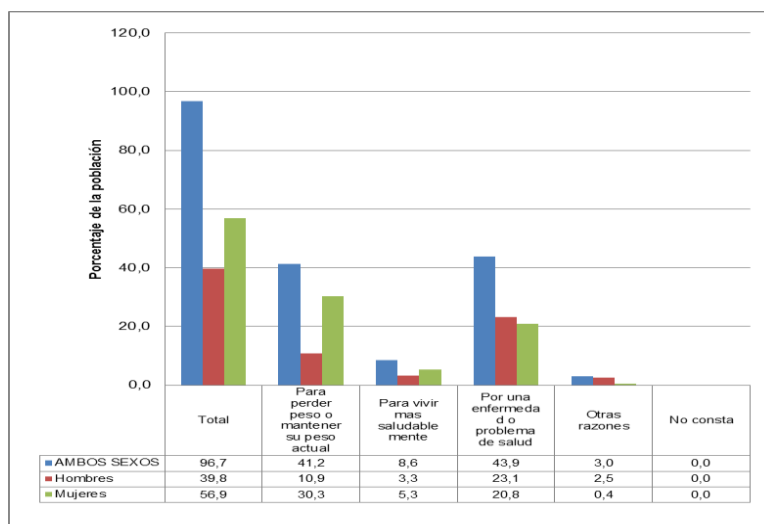


Gráfico 3. CREM (2006). Porcentaje de personas que sigue alguna dieta⁴

Baja autoestima

Según Arthur Kleinman y Peter Benson (1978), estar enfermo no solo atañe al estado físico, sino también al autoconcepto de los individuos, es decir, su autoestima. Sin embargo, existen puntos de vista contrarios a contemplar la posibilidad de que los niños obesos lleguen a desarrollar problemas de

⁴ Disponible en <http://econet.carm.es/web/crem/inicio/-/crem/sicrem/PU1245/sec35.html>

autoestima. Por esa razón, algunos autores señalan que existen diferencias de apreciación de la autoestima en función de la edad, la etnia y el estatus económico, aunque se ha demostrado que la baja autoestima entre los niños obesos es un problema de índole general (Must y Strauss, 1999).

Rechazo social y estigmatización

La obesidad a edades tempranas genera problemas de conducta, personalidad, privación de habilidades sociales y de carácter sexual, entre otros, debido a que los niños obesos son rechazados o marginados por sus iguales. Según Canales, Guerrero, Sierra y Callejas (2009), en los estudios realizados sobre la percepción que los niños con peso normal tienen de los niños obesos, se ha encontrado que mantenían una serie de prejuicios hasta los seis años de edad. Algunos de ellos describieron a un niño con sobrepeso u obeso como un niño perezoso, feo, tramposo, mentiroso y con pocas cualidades académicas.

Ansiedad y depresión

Saldaña y Rosell (1988) sugieren que la ansiedad interfiere en el tipo de alimentos que se ingieren, dado que la alimentación se utiliza como un medio para drenar la frustración. Como ejemplo de esto, se ha descrito que los estados de ansiedad y depresión que se generan tras la muerte de un ser querido, un accidente familiar, un cambio en el sistema de vida o un hecho traumático en general, van a menudo asociados a un estado de sobrepeso y de obesidad en edades tempranas. De acuerdo con Carrasco, Gómez y Staforelli (2009), los niños obesos exteriorizan una gran insatisfacción con su vida que se traduce en la aparición de cuadros de ansiedad y de depresión. Así mismo, se sostiene que cuanto más elementos estresantes estén presentes en la familia (inestabilidad laboral, condiciones insalubres de vivienda, inseguridad y pobreza), existe más probabilidad de que un niño o un adolescente presente obesidad (Rajmil, Medina,

Fernández de Sanmamed y Mompart, 2013). Ciertos autores apuntan que el individuo no es capaz de afrontar tales situaciones de estrés con eficacia, por lo cual desencadena desórdenes alimenticios (Cruz et al., 2013).

Relaciones intersubjetivas del niño con su entorno

Un estudio cualitativo realizado en Suecia sostiene que los niños tienen una necesidad de integración familiar, social y comunitaria que, de no ser atendida, podría derivar en frustración, soledad y aislamiento. En el caso de que estos conflictos no se resuelvan, el niño se verá atrapado en una espiral de consumo de alimentos inadecuados, acabando por refugiarse en actividades que no impliquen un contacto social (Mériaux, Berg y Hellström, 2010).

Género

Respecto al género encontramos resultados dispares: según Gil y Coria (2007) para una niña o adolescente, padecer sobrepeso u obesidad supone más presión emocional que para un varón, porque a nivel social se ven sometidas a juicios de valor sobre unos ideales de belleza basados en la delgadez y en el culto al cuerpo. Igualmente, para Riobó, Fernández, Kozarcewski y Fernández (2003) la obesidad en la mujer tiene connotaciones distintas a las del hombre, no solo porque les afecte en mayor cuantía un bajo nivel socioeconómico o por factores biológicos (como los cambios hormonales que puedan causar la menstruación o la menopausia), sino porque se le asocian factores psicológicos altamente contingentes con su obesidad, como una mayor presión por la necesidad de controlar su peso, o los componentes emocionales relacionados con la comida.

2.4.2.8. Abordaje psicológico del problema

Según Calderón, Forns y Varea (2010), la intervención psicológica sobre la obesidad infanto-juvenil busca suprimir las conductas que evitan la reducción del

peso corporal, pues entienden que más allá de unos meros malos hábitos, falta de ejercicio y consumo excesivo de alimentos, la obesidad a estas edades es resultado de problemas de tipo psicológico, como la ansiedad o la depresión.

Desde una perspectiva psicológica, la obesidad en la infancia y en la adolescencia debe ser tratada con terapias cognitivas y conductuales, basadas en programas de autocontrol que pretenden desarrollar en el sujeto competencias y habilidades sociales que, normalmente, se encuentran inhibidas en los sujetos obesos, a fin de que la persona sea capaz de controlar sus impulsos (García, 2005; Bonilla, 2012). Estas técnicas contemplan cada caso desde una perspectiva individual, aportando estrategias específicas para conseguir cubrir las necesidades de cada sujeto (Velásquez y Alvarenga, 2001).

2.4.3. Enfoque sociocultural

Desde una perspectiva sociocultural, la obesidad es entendida como una enfermedad en clave social, dada su desigual distribución en la sociedad según la edad, el género o el estatus que se ostenta (Gracia, 2010). La vinculación de la alimentación con la esfera de lo social se observa desde los primeros momentos de vida, de hecho, esta puede ser concebida como el primer acto de socialización, ya que al nacer se fomenta el apego y la sensación de seguridad en el niño mediante el vínculo que une a madre y a hijo a través de la lactancia (Betancourt, Rodríguez y Gempeler, 2007; Pinto 2007). El instinto de succión inherente al ser humano desde el instante de su nacimiento, le permite nutrirse y sobrevivir, pero también supone el comienzo de un proceso psicológico y sociológico de vital importancia para su desarrollo. Es por esa razón que podemos considerarlo como el mecanismo mediante el cual el bebé comienza a experimentar y a conocer el

medio que le rodea, desarrollando así sus capacidades de socialización (Bijou y Baer, 1999; Pérez, 1998).

Desde este enfoque no se acepta catalogar el problema de la obesidad infanto-juvenil como una epidemia. Desde finales del siglo XX, empleamos el término epidemia para referirnos a enfermedades no infecciosas como la diabetes, las enfermedades cardíacas, el cáncer, o incluso, problemas sociales como la adicción a determinadas drogas. Algunos autores han utilizado este concepto en un sentido tan literal que han llegado a desarrollar teorías de la obesidad según las cuales el contagio se produciría a través de las redes sociales (Christakis y Fowler, 2007). Otros van más allá al afirmar que la etiología de la obesidad es de carácter vírico (Atkinson, 2007).

No obstante, el término epidemia no parece adecuado desde la perspectiva de la salud pública, ya que no se puede adoptar medidas de aislamiento o de vacunación tal y como ocurre con otras afecciones como la gripe, la tosferina o la varicela. Ante una epidemia, las autoridades sanitarias crean planes de actuación y estrategias para evitar que el ratio de propagación de la enfermedad se expanda. Sin embargo, frente a la obesidad infantil y juvenil, la aplicación de este tipo de actuaciones rápidas no es factible (Boon y Clydesdale, 2005; Livingstone, 2001).

Algunos autores advierten que cuando utilizamos la palabra epidemia, estamos creando una alarma social, pues en su definición tradicional, el término lleva aparejada la idea de la posibilidad de un contagio inminente. Saguy y Riley (2005) afirman que el uso del término epidemia crea una sensación de caos general y un pánico moral. Estos autores analizan la controversia existente sobre la obesidad en la sociedad americana, sintetizando las posturas a favor y en contra de la misma. Así, mientras que unos aceptan la diversidad de formas

corporales y la gordura como una parte inevitable de la condición humana, otros se manifiestan contrarios a la grasa corporal al considerarla una enfermedad, estigmatizando a aquellos que la padecen, a pesar de que ésta pueda venir determinada genéticamente. Estos autores destacan que la corriente antiobesidad ha creado una alarma social para captar la atención pública, mientras que la parte contraria denuncia que esta fijación por la obesidad desvía la atención de otros temas importantes que afectan a la salud de los estadounidenses.

Según Boero (2007), definir la obesidad como epidemia, es una forma de atribuir los problemas de salud a causas individuales, en un contexto en el que el bienestar está siendo desmantelado de manera progresiva. Esta autora trata de desenmascarar los tres pilares discursivos sobre los que se sustenta la construcción de la epidemia de la obesidad. Bajo su punto de vista, más allá de las estrategias de prevención, la obesidad es la epidemia de los individuos, de personas y de grupos de población culpabilizados de su incidencia, un panorama que hace necesaria la intervención de los profesionales en la materia.

Las ciencias, la medicina, la etnicidad, el género y la clase social, las propias consecuencias de la obesidad a largo plazo, incluso, son manipuladas y utilizadas por los medios de comunicación para crear una epidemia a la carta. Esta autora manifiesta que, probablemente, las razones respondan a los intereses de la industria, de la investigación y al miedo a una pérdida de rentabilidad. En su opinión, se está produciendo un proceso de regenerización de la gordura, pues resulta paradójico que a pesar de que la obesidad representa un riesgo para todos, sin distinción de sexo, la mujer es siempre el objetivo principal de una industria que la somete a una mayor presión mediática y social sobre sus dimensiones corporales. Son varios los autores que coinciden en que la posible base genética de la obesidad no es óbice para tal nivel de preocupación, que va en aumento y que

consideran exagerado. Boero (2007) no niega los problemas de salud asociados al aumento de peso, lo que no le impide afirmar que se trata de un fenómeno “no uniformemente medicalizado que carece de una base patológica clara” (p. 41).

Por encontrarse lejos de las características de una epidemia tradicional, esta autora concibe la obesidad como una epidemia postmoderna, a la que define como: “aquellas epidemias en las que los fenómenos de carácter desigual son medicalizados, para las que adoptamos las mismas expresiones del lenguaje y la misma actitud de pánico que ante las epidemias tradicionales, aunque carezcan de una base patológica clara” (p. 41). No obstante, destaca su naturaleza social al estilo de otros fenómenos anteriores, como el VIH, el consumo de drogas o el embarazo adolescente. Otra propuesta de esta autora es intentar comprender cómo un fenómeno social tal, puede llegar a ser objeto de un discurso maleable tras el que se oculta un interés por catalogarlo a toda prisa de epidemia.

2.4.3.1. Factores implicados desde un enfoque sociocultural.

Crisis económica y estrés

Algunos estudios han encontrado una estrecha relación entre la crisis económica que vivimos en nuestro país y el aumento de las cifras de obesidad, basándose en su incremento paulatino desde que en el año 2007 comenzara la crisis económica, tras un período en el que dichas cifras se habían mantenido estables (Miqueleiz et al., 2014). Varios autores sostienen que los casos de niños obesos son más frecuentes en aquellas familias que experimentan una reducción importante de sus ingresos, debido a que compran alimentos más baratos y, por ende, con mayor cantidad de calorías, a la vez que las actividades al aire libre se ven perjudicadas por un menor presupuesto familiar, e incluso, municipal.

Aunque no todas estas afirmaciones han sido constatadas debidamente, un estudio realizado en Cataluña registró un aumento en la tasa de exceso de peso infantil, pasando de un 18,4% en 2006 a un 26,4% entre 2010 y 2012, de forma paralela al incremento del desempleo, que pasó de un 9,1% a un 20,6% durante el mismo periodo. En esta línea, se ha descrito que las barreras socioeconómicas y las desigualdades sociales pueden llegar a tener consecuencias biológicas. Por este motivo, lejos de entender la obesidad en las etapas tempranas de la vida como si de un hecho exclusivo de la pobreza se tratase, la perspectiva sociocultural reclama que hemos de ser conscientes de que este problema puede ser consecuencia de la marginación social y de la situación de desigualdad en que determinadas minorías étnicas se hallan sumidas. Krieger (2004) afirma que “nuestros cuerpos vivos cuentan historias sobre nuestras vidas, independientemente de si éstas se expresan conscientemente o no” (p. 350).

Tradicionalmente, la obesidad ha sido una condición predominante entre las clases sociales de nivel socioeconómico elevado, pero esta tendencia se ha invertido en los países más avanzados y en las naciones emergentes (Sobal y Stunkard, 1989; Kirchengast et al., 2004; Rennie y Jebb, 2005; Stamatakis et al., 2005). Aunque inversiones similares las encontramos también en áreas urbanas de países poco desarrollados (Monteiro, D’A-Benicio, Conde y Popkin, 2000). Así, podemos observar que la obesidad no solo está presente entre las clases desfavorecidas de los países occidentales, sino que además se está convirtiendo en un problema para los menores en los países en vías de desarrollo, gracias al aumento del consumo de grasas y azúcares, así como de la disminución de la actividad física, aparejada a la modernización (Popkin y Gordon, 2004).

En los barrios marginales y en entornos con escasos recursos, resulta más económico comprar artículos de alimentación con alto contenido en calorías que

adquirir alimentos nutritivos como fruta y verdura (Drewnowski y Specter, 2004; Drewnowski, 2007). En Estados Unidos nos encontramos con un aumento del precio de la fruta y de las hortalizas frescas frente a la disminución del valor de los alimentos con alto contenido energético (Sturm, 2005). En general, las dietas ricas en alimentos con alto contenido en grasas y azúcares están asociadas a costes más bajos (Drewnowski y Darmon, 2005). Sin embargo, los alimentos con un alto contenido de estas sustancias consiguen un menor efecto saciante y acaban siendo consumidos en exceso, provocando el aumento de peso (Prentice y Poppitt, 1996).

Además, en ambientes depauperados, la frecuencia con que se realiza ejercicio físico puede resultar inferior a la deseada, pues como ocurre en Estados Unidos, los niños que viven en los barrios más pobres tienen menos acceso a instalaciones deportivas en las que poder ejercitarse (Gordon, Nelson, Page y Popkin, 2006). En general, la obesidad infantil y juvenil no solo parece estar ligada a la pobreza alimenticia, sino que se manifiesta de igual manera en entornos donde la calidad de vida no es buena. Como apuntan Lumeng, Appugliese, Cabral, Bradley y Zuckerman (2006), existe una mayor prevalencia de la obesidad en aquellos barrios que se perciben como inseguros, un factor que dificulta que los niños salgan a la calle a realizar una actividad física.

Cultura y alimentación

Otra idea que resulta interesante analizar es la forma en que los eventos sociales enlazan con la alimentación, como en el caso de la cultura mediterránea, lo que los antropólogos denominan comensalidad. Contreras (2011) afirma que la alimentación nunca ha sido una mera faceta biológica, pues la deglución de alimentos trasciende la propia ingesta para producirse al tiempo que otras actividades que, en sí mismas, incluso les resultan antagónicas. Como ejemplo de este punto de vista, el autor refiere que en España, el café ya no es consumido

tanto como un estimulante, se ha convertido en una forma de relajarse, en la excusa para tomarse un respiro en el trabajo, y se le asocia con una restauración fisiológica y psíquica.

Las creencias acerca de la salud, las conductas y los estilos de vida adoptados difieren según la cultura o la clase social a la que se pertenece y constituyen un acervo que va a favorecer, a su vez, el desarrollo de prácticas que predispongan a la obesidad infantil y juvenil. Admitiendo un escenario de fractura social, de conflictos intergrupales que puedan afectar a la expresión corporal, la obesidad se puede explicar desde las diferentes formas de disponibilidad alimentaria y el contexto cotidiano (Martin y Moreno, 2005). Es obvio que los alimentos tienen una fuerte connotación cultural, que la alimentación ha sido utilizada en otras épocas y por distintas sociedades como un hecho simbólico, plagado de ideas. En la época medieval, por ejemplo, la nobleza y los señores feudales se reunían y organizaban festines con abundante cantidad de alimentos, toda una muestra de su poder y del control que ejercían sobre sus siervos (Forster, 2007).

Otro ejemplo de la relación entre cultura y alimentación es la tradicional tapa andaluza, rebanada de pan que se ponía encima del vaso de vino a modo de tapadera para evitar que entrasen moscas, y que se terminaba comiendo acompañada de aceitunas, jamón o de cualquier guiso que el mesonero hubiera preparado para la cena de la noche anterior. Los historiadores creen que su origen se remonta a la época del rey Alfonso X “el Sabio”, a quien los médicos le recomendaron comer en pequeñas cantidades, razón por la que le servían frugales raciones de comida (Vázquez, 2002). Hoy en día, la tapa es objeto de celebración de los concursos culinarios más prestigiosos del mundo y su consumo tiene lugar en todos los rincones de España.

Qué decir del simbolismo de la comida afrodisíaca, llegando en época romana a elaborarse un censo de los alimentos que podían mejorar la calidad y la frecuencia de las relaciones sexuales, en base a su aspecto y morfología. Así mismo, la cocina macrobiótica, inspirada en la filosofía Zen, busca la longevidad del individuo a través de la terapia dietética, y se fundamenta en las ideas de Aristóteles, Esculapio o Feuerbach, para quienes el hombre es lo que come. Este tipo de cocina fomenta el empleo que la cultura china hace de las propiedades curativas de los alimentos.

Otros productos también adquieren un gran simbolismo en las fiestas populares, como es el caso de las filloas gallegas y los frixuelos asturianos, unas recetas que se elaboran en época de carnaval y que se asemejan a las tortas de trigo viejo que se consumían en la antigua Roma como ofrenda al dios Pan, para así conseguir una buena cosecha y propiciar la fecundidad de sus mujeres. No podemos olvidarnos de la mona de Pascua, una receta de tradición cristiana que ha ido evolucionando con el transcurso del tiempo. De emplear huevo, símbolo universal del origen de la vida, signo pascual de la resurrección de Cristo, de la renovación, se ha pasado a emplear huevo de chocolate (Vázquez, 2002).

Otra muestra de la influencia cultural en la ingesta de alimentos la encontramos en los inicios de la época cristiana, cuando se impuso épocas de ayuno en función de la distribución de los mismos y de su escasez, con el objetivo de aceptar, desde otra perspectiva, las carencias de una sociedad muy desigual. La intención era hacer ver que en la abstinencia se encontraba la virtud, y en la ingesta excesiva, el pecado. Puede que sea éste el origen del periodo de Cuaresma impuesto por la Iglesia, que consistía en ayunar y en hacer penitencia durante los cuarenta días anteriores a la Pascua (Vázquez, 2002). En otras religiones, como el Islam, se ayuna desde la primera luz del día hasta el atardecer, como ejercicio de

purificación (López, 2017). Esta conexión entre cultura y alimentación es explicada por Duhart (2002) valiéndose del concepto de identidad cultural alimentaria. Según este autor:

(...) una identidad cultural alimentaria se inscribe en la contemporaneidad más estrecha, pero es un milhojas cultural, el resultado de una lenta sedimentación de innovaciones (introducciones o abandonos de alimentos, de ademanes culinarios, etc.) y de discursos (imágenes y consideraciones gastronómicas, libros de cocina). (p. 1)

I. González (1995) también se posiciona a favor de estudiar la alimentación teniendo en cuenta los aspectos culturales:

La alimentación no es sólo una necesidad biológica. Es nutrición, pero también cultura. Inevitablemente presente en la vida cotidiana de cada hombre y grupo social, se la requiere tanto a diario como en contextos festivos. Por ello, como testigo, a la vez que senda, donde quedan marcadas las huellas del hacer humano, puede ser considerada como el fértil laboratorio para el estudio de la cultura, en tanto que en ella quedan retenidos, como en un tamiz, los sedimentos que de su existencia material y simbólica dejan los hombres a su paso. (p. 19)

En relación con la identidad cultural alimentaria, esta autora relata cómo es la alimentación de las diferentes localidades del oeste andaluz a las que se desplazó para llevar a cabo su estudio. Encontró diferencias acusadas entre la alimentación de una clase social alta, la de los grandes latifundistas y propietarios industriales, y la propia del grupo social mayoritario, los jornaleros. Según sus investigaciones, ambos grupos sociales coexisten con una clase intermedia conformada por pequeños propietarios agrícolas, comerciantes y profesionales, que conforman una clase intermedia cuya dieta alimenticia podría equipararse a la del grupo social mayoritario, puesto que lo único que las diferencia es la

cantidad de alimentos que ingieren, sin llegar a hacer mella en ellos la cocina moderna de los grandes núcleos urbanos. No obstante, la autora reconoce que la evolución de la alimentación y la influencia de la industrialización no han afectado a todas las localidades por igual en base a su localización geográfica, es por ello que en algunos lugares donde el reparto de las tierras es más equitativo, no se aprecia una diferenciación social.

El análisis de la dieta de las personas que formaron parte del estudio de González (1995) muestra la estrecha relación existente entre los aspectos sociales y la alimentación. Así, por ejemplo, vemos que en las localidades de serranía, los grupos sociales mayoritarios tomaban desayunos similares, tanto los niños como los adultos, compuestos por café y pan, básicamente. Pero el almuerzo dependía mucho del trabajo del varón; si éste era jornalero y comía fuera de casa, la mujer y los niños comían “cualquier cosa”, que en la mayoría de las poblaciones estudiadas se traducían en sopa, tostada con sardina, patatas o las sobras del día anterior.

I. González (1995) sugiere que a la hora de diseñar un estudio sobre la alimentación, se debe explorar una serie de factores como son el lugar de residencia, la climatología, la distribución de la riqueza, la jerarquización social y laboral, las necesidades nutritivas en función del género, la edad o la profesión que se desempeña, y por último, aquellos agentes sociales e instituciones que puedan influir en la dieta. No obstante, a pesar de que todos estos factores puedan ser determinantes en los comportamientos alimenticios de las personas, según esta autora, es necesaria una contextualización histórica que preste especial atención a los instrumentos de dominación social, como los medios de comunicación o las técnicas publicitarias empleadas por el mercado alimentario.

Bajo su punto de vista, más allá de que los comportamientos alimenticios puedan estar motivados por necesidades biológicas, culturales o de distinción social, la alimentación se ha erigido como uno de los pilares más importantes de la economía, llegando a modificar el devenir histórico de la humanidad. Bajo su punto de vista, las prácticas alimenticias en el mundo occidental se han generalizado en paralelo a la internacionalización del mercado alimentario, distribuyendo por todos los rincones del planeta formas de preparación e ingestión de alimentos que antes se identificaban con una comarca o región en concreto. Como tantos otros aspectos, la alimentación tampoco escapa a la globalización.

Otro argumento que defiende la relación entre lo sociocultural y la alimentación es el propuesto por Sánchez, Piat, Ott y Abreo (2010), quienes aseguran que en las sociedades en vías de desarrollo, el sobrepeso y obesidad son vistos como un signo de salud, de prestigio social y de riqueza, mientras que en las sociedades desarrolladas, el sujeto obeso es estigmatizado y marginado, visto como una persona de voluntad débil o que padece problemas psicológicos. Respecto a esa idea arraigada en la sociedad de que la obesidad es resultado de una falta de voluntad, hemos descubierto que, según los datos del CREM (2006), el motivo principal aducido por el cual no se realiza más ejercicio físico en la Región de Murcia, es la falta de tiempo, argumento que sobrepasa con creces a la intención expresa de realizar ejercicio (Figura 6).

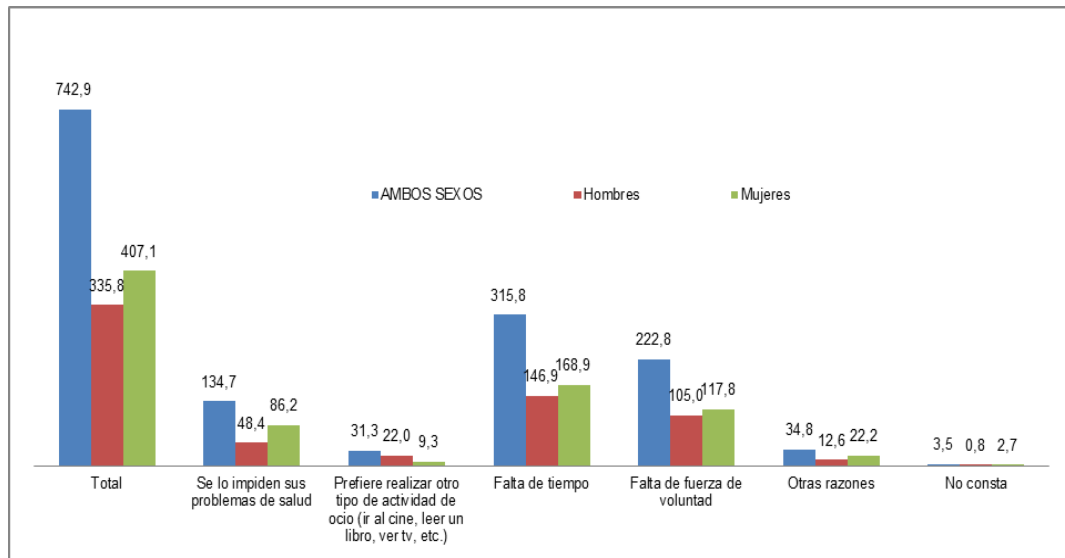


Gráfico 4. CREM (2006). Población de 16 y más años según realización de ejercicio físico y sexo.⁵

Medidas antropométricas

Autores del ámbito sociocultural (Gracia, 2010; Boero, 2007), vienen denunciando que el IMC define de forma imprecisa el sobrepeso y la obesidad, lo cual puede provocar diagnósticos erróneos, perjudicando la salud de los niños y adolescentes. Una de las críticas más objetivas es que el IMC no realiza estimaciones del porcentaje de grasa intra-abdominal, también llamada visceral, cuando la WHO (2000) advierte que una presencia importante de la misma está asociada con marcadores de riesgo cardiovascular, con diabetes no insulino dependiente y con varios tipos de cáncer.

Como herramienta, el IMC no es suficiente cuando se aplica de manera global y estandarizada pues, según Chueca (2009), la diferencia de criterio a la hora de definir qué es sobrepeso y qué es obesidad infantil y juvenil, según el cálculo de percentiles, y el hecho de que en la etapa infantil aumente la masa libre de grasa, todo ello nos hace ver con claridad que ninguno de los dos criterios es

⁵ Disponible en <http://econet.carm.es/web/crem/inicio/-/crem/sicrem/PU1245/sec35.html>

eficaz para establecer comparativas entre países, regiones o subgrupos poblacionales.

Por otro parte, mientras que se han determinado los puntos de corte del IMC que suponen un riesgo para la salud en los adultos, respecto a los niños, no existen rangos claros que definan cuándo tales marcadores son reflejo de un problema (Flegal, Tabak, y Ogden, 2006). Según Roberts y Dallal (2001), el uso de este índice puede entrañar el riesgo de cometer errores en niños, debido a la diferente distribución de la grasa corporal y la variabilidad que ésta presenta a lo largo de su desarrollo. Por ello, se utilizan los percentiles para valorar la evolución del peso del sujeto hasta los 18 años de edad (CDC, 2000).

Estadísticamente, un percentil por encima de p85 y con un máximo de p95, es considerado un riesgo de sobrepeso infantil, mientras que si el percentil es igual o mayor de p95, se considera obesidad (Kuczmarski et al., 2002). En su afán de estandarizar la clasificación por percentiles de los trastornos de sobrepeso y de obesidad, el IOTF ha creado una tabla a fin de equiparar dichos percentiles para cada año de edad y por género, con los puntos de corte que corresponden a los adultos (Cole, Bellizzi, Flegal y Dietz, 2000).

Como norma general, se otorga la misma importancia al sobrepeso y la obesidad, como el estudio de Deshmukh (2006) corrobora. Desde la perspectiva sociocultural, se considera que resultaría conveniente llevar a cabo estudios en los que se haga una distinción entre sobrepeso y obesidad, para poder analizar con mayor precisión qué repercusión tendrá la obesidad en la etapa adulta. Una demanda que viene respaldada por estudios como el de Sui et al. (2007) quienes, tras haber estudiado el estado de salud de un grupo de personas mayores de 60 años, concluyen que el mejor garante de la longevidad es estar físicamente activo, independientemente del IMC o del volumen de grasa que se tenga. Conforme a

Lee et al. (2005), se indentifica una correlación inversa entre los altos niveles de ejercicio cardiovascular entre hombres jóvenes y el síndrome metabólico, con independencia de la grasa abdominal, lo que significa que es necesario investigar más para llegar a entender la relación entre grasa corporal y forma física, ya que puede resultar más beneficioso promocionar la capacidad cardio respiratoria en lugar de centrarse en la pérdida de peso, a través de las pertinentes campañas de prevención.

González (2006) afirma que la preocupación de los padres por el peso de sus hijos es, en muchas ocasiones, innecesaria. Y no es que este autor niegue la importancia de un control exhaustivo del peso, especialmente en los primeros meses de vida, no obstante, el problema de una inapropiada cuantificación del peso de los niños mediante las gráficas empleadas en la consulta del pediatra, proviene de creer que las curvas de peso son fieles a la evolución real del peso de los niños, sin embargo, éstos no engordan lo mismo todos los meses. “A veces parece que los niños que más han engordado al principio son los que menos engordan en los meses sucesivos, como si hubieran engordado al contado en vez de engordar a plazos” (p. 144). La mitad de los niños se encuentra en niveles de peso por debajo de la media, lo que no significa que estén desnutridos; sobre este particular, los niños que están por debajo de la media son “tan normales como los que están por encima, si todos los niños estuvieran por encima de la media, el Ministerio de Sanidad declararía la alerta sanitaria (...) sería la mayor epidemia de obesidad infantil de la historia” (p. 144).

Según González (2006), las gráficas de peso son “bonitas” representaciones de teoremas matemáticos que nada tienen que ver con el crecimiento real de los niños. Si un niño se sale de la media o aumenta de peso muy lentamente, puede

ser debido a causas que no son necesariamente perjudiciales para su salud, como por ejemplo, que el niño sea muy bajo o muy delgado.

En relación con estas reflexiones, un grupo de investigadores realizó un estudio longitudinal en California cuyo objetivo fue analizar la relación entre los factores genéticos, biológicos, médicos, ambientales y el desarrollo de los niños. El estudio abarcó una muestra de 15.000 mujeres embarazadas, cuyos hijos fueron puestos bajo control médico, desde su nacimiento hasta los 60 meses de edad. Las familias representaban un amplio abanico de características económicas, sociales y educativas. Los resultados obtenidos, comparando las relaciones talla-edad, peso-edad, peso-talla y el IMC con las tablas de crecimiento empleadas por los Centros de Control y Prevención de Enfermedades, fueron que los cambios en las tasas de crecimiento, de hasta 2 de los percentiles respecto a los utilizados como referencia, eran muy comunes en niños de 0 a 6 meses, y menos comunes en niños de 24 a 60 meses de edad. Así mismo, los cambios en su altura fueron más frecuentes que otro tipo de cambios provocados por el crecimiento. En este estudio se señala la importancia de tener en cuenta otros factores como la historia familiar, el desarrollo temprano de los padres o el tamaño de los mismos pues, por ejemplo, que un niño de peso elevado baje de kilos, de manera progresiva en los controles pediátricos, es de esperar si los padres son delgados.

En 1978, se puso en marcha en España un estudio longitudinal, y posteriormente, uno de carácter transversal en el año 2000, financiado por la Fundación Faustino Orbegozo. Dicho estudio ha permitido la creación de unas tablas representativas del crecimiento y del desarrollo de los niños que, en la actualidad, son utilizadas por pediatras, médicos e instituciones dedicadas al control del desarrollo infantil en todo el país. El estudio longitudinal se realizó sobre un total de 600 niños (300 niños y 300 niñas) cuyo seguimiento se produjo

desde el momento de su nacimiento hasta los 18 años de edad. El estudio transversal se inició en noviembre del año 2000, con una muestra de 6443 niños (3496 niñas y 2947 niños) y con el objetivo de obtener una muestra con la que poder comparar los resultados obtenidos en el estudio longitudinal. Los investigadores Hernández, et al., (1988) reconocen que: “es difícil dar una interpretación científica rigurosa, expresada en términos de significación estadística, de estas diferencias debido a la distinta metodología seguida en ambos estudios” (p. 5). En las tablas elaboradas por este equipo de investigadores, el valor medio se establece en p50; los límites de variación normal para la relación longitud/talla, peso, perímetro craneal y peso/longitud son p3 y p7, mientras que para el IMC añaden p85, p90, y para la velocidad de crecimiento, p25.

Genética

Desde una perspectiva sociocultural, la Genética ha cobrado un excesivo protagonismo a la hora de explicar el fenómeno de la obesidad en las etapas tempranas de la vida, aun cuando no queda del todo claro su repercusión en la acumulación de grasa corporal y en el desarrollo de enfermedades relacionadas. Son muchos los estudios realizados para tratar de identificar la relación entre genética y obesidad. Algunos de ellos consideran factores genéticos y ambientales, como el de Silventoinen y Kaprio (2009), quienes se embarcaron en cinco estudios longitudinales sobre la obesidad infantil y otros ocho sobre la obesidad en adultos; uno de ellos versa sobre adopción, tres, sobre las familias, y los nueve restantes han sido llevados a cabo con gemelos. Uno de los trabajos cuantificaba la influencia del gen FTO, inhibidor de la sensación de saciedad y, por tanto, vinculado a la obesidad. Todas las poblaciones a estudiar eran de origen caucásico.

En la mayoría de los casos, el número de correlaciones encontradas en los estudios con gemelos fue superior al número de correlaciones que mostraban los estudios sobre grupos familiares. Según los autores, estas diferencias pueden ser debidas a que, en los primeros, los sujetos del estudio tenían la misma edad, mientras en el caso de los segundos, los miembros eran de diferentes edades. El peso puede convertirse en un problema añadido, ya que no evoluciona de manera lineal a lo largo del desarrollo humano. Además, los autores descubrieron otro fallo en su planteamiento: los estudios que analizaron la correlación entre genética e IMC basal y el cambio que éste experimenta, posteriormente, en la etapa adulta, ofrecieron resultados muy diferentes, incluso aun habiendo correspondido a los mismos sujetos. En consecuencia, se preguntan hasta qué punto los genes que afectan al IMC contribuyen también, al cambio que éste experimenta en etapas posteriores, y admiten que esta cuestión sigue quedando en el aire en la actualidad.

Una oportunidad de negocio

Austin (1999) señala que la alarma social creada en torno a la necesidad de perder peso, ha repercutido en la creación de una industria de la dieta, que maneja grandes cifras de capital y se retroalimenta de la creación de la epidemia de la obesidad, todo un negocio emergente y en expansión. Otra oportunidad de negocio, no tan obvio pero que sí reporta grandes beneficios económicos a través de subvenciones y de donaciones, es el de la Industria de la Investigación Médica, que recibe importantes aportaciones económicas cuando va dirigida a posibles aplicaciones farmacológicas. Las empresas dedicadas a la Cirugía Estética y Bariátrica, así como las que regentan campamentos para niños obesos, bastante demandados en América del Norte, son parte de un sector en pleno crecimiento. Autores como Campos (2004) denuncian la floreciente industria que se esconde

tras estos lobbies, mientras que otros como Singer y Baer (1989), más críticos, van más allá y defienden la idea de que estos negocios tan rentables de la “mala salud” no son más que otro engranaje del sistema capitalista.

La Obesidad como marca social de la pobreza y las minorías étnicas

Estudios de diferentes disciplinas relacionan la obesidad infantil con unos bajos ingresos familiares e inseguridad alimentaria (Alaimo, Olson y Frongillo, 2001; Casey, Szeto, Lensing, Bogle y Weber, 2001; Mei et al., 1998; Wang, 2007). Así, podríamos afirmar que los niños y los adolescentes de familias con bajos ingresos se encuentran marcados por la obesidad, la cual presenta una alta prevalencia en grupos étnicos minoritarios, así como entre los niños de familias inmigrantes (Gordon, Adair y Popkin, 2003; Sorof, Lai, Turner, Poffenbarger y Portman, 2004). No obstante, el nivel socioeconómico es un vector complejo, ya que la distribución de la obesidad entre las diferentes etnias de un país no es homogénea, debido a que depende de factores como la dificultad para acceder a alimentos de calidad, el déficit de recursos para realizar ejercicio físico, entre otros (Shavers, 2007).

Algunos estudios realizados en Estados Unidos demuestran que la obesidad suele presentarse con más frecuencia en familias con ingresos bajos (Alaimo, Olson y Frongillo, 2001). Además, en un estudio realizado en 21 naciones desarrolladas, quedó corroborado que la desigualdad de ingresos está asociada a la ingesta excesiva de calorías y a la obesidad (Pickett, Kelly, Brunner, Lobstein y Wilkinson, 2005). En Estados Unidos, Suecia, Reino Unido y otros países industrializados, existe una relación inversa entre la situación económico-social y la obesidad, que las diferencias de clase explican. Paradójicamente, mientras que en las clases sociales con más recursos económicos las dietas contienen menos grasas y se practica más ejercicio, en las clases sociales más desfavorecidas se da

el caso contrario (Jeffrey, French, Firster y Spry, 1991; Molarius, 2003; Bielicki, Szklarska, Koziel y Ulijaszek, 2005; Stamatakis, Primatesta, Chinn, Rona y Falascheti, 2005).

Según Peña y Bacallao (2002), queda demostrado que la inseguridad alimentaria y la sedentarización ha calado más en los sectores pobres de la sociedad que en las clases sociales más adineradas. Como muestra de la dispar distribución de la obesidad dentro de un mismo país, estos autores exponen que los ciudadanos de las islas del Pacífico que estaban viviendo en Nueva Zelanda a principios de 1990, presentaban una tasa de obesidad superior al 65%, frente a la del 15% del resto del país.

Aceptación de la diversidad corporal

Uno de los debates más complejos que se plantea es el de la construcción social del cuerpo perfecto: un cuerpo delgado. Algunos estudios admiten ciertos movimientos de aceptación de un cuerpo grande, como es el caso de la moda Hip Hop, cuyos seguidores visten prendas de ropa con tallas muy superiores a la suya, las cuales quedan muy holgadas. Por otro lado, algunos profesionales de la salud demandan asientos de coche más grandes y seguros para niños en edad preescolar (Trifiletti et al., 2006), lo que puede ser entendido como un pequeño paso más hacia la aceptación de formas corporales de mayor envergadura. Con la motivación de reivindicar la aceptación de la diversidad corporal, grupos de activistas se han organizado para tratar de fomentar la tolerancia hacia las personas mayores y obesas, poniendo de relieve el estigma que sufren, en general, aquéllos que presentan sobrepeso u obesidad (Mitchell, 2005; Sobal, 1991). Unos movimientos que han forzado cambios reales en este campo, viendo surgir marcas de, por ejemplo, lencería que se especializan en tallas para mujeres

grandes, como Lane Bryant, todo un síntoma de resistencia ante el alarmismo público por razones de obesidad.

Economía, urbanización y desarrollo

Son muchos los estudios que sugieren que la obesidad puede ser el resultado del devenir histórico, en el cual englobamos el desarrollo económico y social. Creemos conveniente, pues, realizar un análisis profundo de aquellos acontecimientos sociales, políticos y económicos que pueden haber motivado el fenómeno que nos atañe. A comienzos del s. XX en España, el gasto en alimentación representaba alrededor de dos tercios de la economía familiar, una situación que se mantuvo hasta la década de los años 50 como consecuencia de la Guerra Civil. A partir de ese momento, la expansión de la renta provocó una creciente disminución del gasto en alimentación, y propició la abundancia y mayor variedad de alimentos (Contreras, 1999).

La década de los 60 se considera el inicio de la sociedad de consumo en España, por el gran desarrollo industrial y la aparición de productos procesados, como las conservas. En la década de los 70 se produjo un éxodo del medio rural al urbano para trabajar en las grandes ciudades y lo tradicional, símbolo del retraso de una sociedad gobernada bajo un régimen político autoritario, empezó a producir rechazo. Las “nuevas” amas de casa estaban deseosas por probar esos nuevos productos industriales estandarte de progreso y modernidad. Es en esta época cuando se produce una separación clara entre el sector agrario y la industria alimentaria, que gracias a una fuerte mecanización, se le hizo más fácil aumentar la producción de alimentos procesados. De igual manera, la revolución frigorífica generalizó el uso de neveras en los hogares españoles. La siguiente década, la de los 80, se caracterizó por otra revolución, la televisiva. La televisión entra de lleno en los hogares españoles y la publicidad en ese medio se erige

como una herramienta básica para propiciar el consumo en masa. Tanto en la década de los 80 como a principios de los 90, comienza a hacerse evidente una saturación del consumo, motivado por la bajada de los precios y el aumento de la renta. Así mismo, se van a producir cambios importantes a nivel social, como los primeros intentos de reestructuración de horarios escolares y laborales para hacer conciliable el trabajo con la vida familiar, la primacía de la estética como valor de la sociedad y la mejora en la distribución de mercancías. Ya en el nuevo siglo se suceden diferentes crisis alimentarias, como las provocadas por la enfermedad de las vacas locas o la contaminación del pepino por E. coli, entre otras, que generarán una gran desconfianza en el consumidor. Hemos de destacar, además, los nuevos valores sociales que van a condicionar el consumo de alimentos, como el ecologismo, la solidaridad o la sostenibilidad (Díaz y González, 2013).

La propia dinámica de la ciudad ha condicionado el estilo de vida de las personas y fomentado la aparición de la obesidad infanto-juvenil, ya que los avances en el transporte y el desarrollo tecnológico han mermado la actividad física diaria propia de las tareas cotidianas y de aquellas relacionadas con el ocio y el tiempo libre (Quintares, López, Hernández y Pérez, 2009). Por otra parte, la incorporación de la mujer al mundo laboral no ha ido acompañada de una implicación del hombre en las tareas del hogar, en la mayoría de los casos. La preparación de las comidas y el cuidado de los niños siguen siendo, básicamente, responsabilidad de la mujer, quien, para ganar tiempo a fin de adaptarse a los horarios escolares y laborales, recurre a comprar productos precocinados con alto contenido en grasas, que no precisan mucho tiempo de elaboración (Carrasco, 2003).

Gil et al. (2007) destacan que a pesar del aumento generalizado del sobrepeso y de la obesidad en todas las clases sociales, este problema coexiste con

el de la desnutrición. Algunos autores afirman que la simultaneidad de ambos escenarios, desnutrición y sobrealimentación, es debida a un proceso de transición nutricional que engloba los cambios económicos (aumento del poder adquisitivo), la urbanización y la innovación tecnológica (que contribuye al sedentarismo) y la producción de alimentos procesados con un alto contenido en calorías (Rivera, Barquera, González, Oláiz y Sepúlveda, 2004; Albala y Kain, 2001).

Globalización e industrialización

La globalización se puede entender como una intensificación de las relaciones sociales en las que los eventos locales se ven afectados por sucesos que ocurren a gran distancia (Giddens, 1999). Este fenómeno no es reciente en la historia de la modernidad occidental, sin embargo, como indica Martínez (2009), analizándolo en los términos de Lévi-Strauss, su intensificación en las últimas décadas ha generado cambios sustanciales en la vida de las personas, como por ejemplo la imposición de una fluidez propia de las denominadas “sociedades calientes”, en detrimento de la estanqueidad y reproducción de normas y tradiciones propias de las “sociedades frías”. La exacerbada fluidez y el acelerado desarrollo intelectual, tecnológico y económico, ha generado cambios a nivel social, político, cultural y, consecuentemente, también en la alimentación de niños y adolescentes, como consecuencia de los cambios sociales que analizamos con mayor profundidad en otros puntos como:

a) La incorporación de la mujer al mercado laboral es acontecimiento que ha provocado una redefinición del papel de la mujer como “ama de casa”, forzando en muchos casos la búsqueda de recursos que suplanten dicha función como la compra de productos precocinados o congelados, el empleo de una tecnología que facilitan un cocinado rápido. Además, este hecho va acompañado en muchos

casos de una expansión de la renta familiar y, por lo tanto, mayor poder adquisitivo para comprar mayor cantidad y variedad de alimentos.

b) La concentración de la población en grandes núcleos urbanos alejados de las zonas de producción de alimentos, rompiendo el vínculo entre el productor y el consumidor, a la par que se van debilitando las prácticas y modelos alimenticios tradicionales.

c) Una nueva organización del tiempo y de los ritmos de vida, en los que la alimentación está supeditada a los horarios laborales y escolares, rompiendo con la tradicional comida en familia y promocionándose otro tipo de actividades como comer fuera de casa.

d) El proceso de empoderamiento que empuja al individuo a elegir los alimentos que consume contra las tradicionales normas impuestas por las religiones o el entorno social, se traduce en cacofonía informativa (Fishler, 1995), generada por los contradictorios mensajes sobre qué comer o no comer, que provienen de expertos, los medios de comunicación y el entorno social.

e) La escolarización masiva de los niños y adolescentes ha desplazado la labor de transmitir conocimientos sobre alimentación de padres a docentes y a expertos en alimentación, perdiendo fuerza la transferencia de saberes familiares o la imitación en favor de un aprendizaje siguiendo pautas escolares. Además, la creación de los comedores escolares ha favorecido esta nueva estructuración de la alimentación en el ámbito escolar.

f) La globalización también ha fomentado cambios de percepción sobre lo saludable así como transformaciones en los ideales corporales, impulsados por el auge de una industria de la moda y alimentaria que emplean el cuerpo como objeto y fin de las ventas de sus productos. En consecuencia, los tradicionales criterios que regían la cantidad y tipo de alimentos que se deben comer basados

en la fortaleza y la corpulencia se han cambiado por pautas que persiguen un cuerpo delgado y esbelto, entremezclándose con criterios de salud y género. Igualmente, la elevada contaminación y manipulación de la comida ha aumentado el interés por el cuidado del medioambiente, emergiendo como un valor que condiciona la elección de los alimentos para muchas personas, como se observa por el mayor consumo de productos ecológicos o el aumento de seguidores de una dieta vegetariana.

En resumen, vemos que la globalización ha ampliado el abanico de alimentos disponibles, a la par que se han homogenizado las ideas, valores y prácticas relacionadas con la alimentación. Por otro lado, la industrialización de la alimentación ha generado desconcierto en los comensales por la puesta en escena de nuevos ingredientes y aditivos desconocidos para muchos, los cuales generan cierto recelo en otros, tras las diferentes crisis alimentarias que se han sucedido a nivel nacional e internacional.

Algunos autores denuncian que alimentos inadecuados para la población infantil proliferan en nuestro país ante la pasividad legislativa del gobierno, al tiempo que un gran número de anuncios publicitarios sobre alimentos industriales con alto contenido en azúcares y grasas van dirigidos a niños y adolescentes. Aunque se han tomado algunas medidas al respecto, como la puesta en marcha del Código PAOS, los resultados en cuanto a la mejora de la calidad de los productos en cuestión han sido mínimos, razón por la que se reclaman reformas legislativas (García y Díez, 2009).

Es un hecho que los niños pasan mucho tiempo viendo la televisión, quedando expuestos a los anuncios publicitarios que la industria alimentaria crea con sofisticadas estrategias psicológicas para fomentar la necesidad de probar sus productos (Pérez, Rivera y Ortiz, 2010). Ha sido demostrada la correlación

positiva entre horas de visualización de televisión y cantidad de calorías consumidas, encontrándose un aumento del IMC tanto en adultos como en niños. Así mismo, la OMS admite que la promoción de alimentos industriales está relacionada con la obesidad infantil, recomendando limitar la exposición de niños y adolescentes a estos productos (Ponce, Pabón y De Las Mercedes, 2017). La publicidad se postula, pues, como una herramienta crucial para la difusión y venta de los productos de la industria alimentaria, que acaba por influir en las prácticas alimenticias de las familias.

Educación y televisión

Desde un punto de vista sociocultural, los medios audiovisuales repercuten en nuestra forma de pensar y afectan a los hábitos alimenticios de los niños. Hace poco más de 60 años que la televisión empezó su emisión en España, pasando de ser un medio de entretenimiento que solo unos pocos podían permitirse, a convertirse en un objeto imprescindible en el hogar de las familias españolas, que poseen más de un receptor por domicilio. No obstante, la televisión no es la única pantalla a través de la cual visualizamos contenidos. Según datos del INE (2016), ocho de cada diez personas de 16 a 74 años han usado internet en los últimos tres meses, y dos de cada tres lo usan a diario. En este contexto, resulta un desafío para los padres, los educadores y la sociedad en general, evitar que los niños sucumban al poder de persuasión de unas estrategias lanzadas desde la televisión y otros medios audiovisuales, ante las cuales se muestran muy vulnerables. Dichas estrategias van, desde explicar las cualidades organolépticas del producto, hasta el empleo de personajes de animación, músicas alegres, colores vivos, e incluso, la asociación del éxito social con el consumo de los productos que anuncian. En este sentido, el Código Ético PAOS no ha resultado efectivo en

cuanto a la calidad y la cantidad de los anuncios que los menores reciben (Menéndez, García y Franco, 2009).

Moreno y Toro (2009) han completado un estudio en el que se pone de manifiesto la estrecha relación entre el consumo de televisión y la obesidad en niños de 6 a 13 años de edad. En su estudio, se manifiesta un aumento exponencial del consumo de televisión y de comida basura conforme se avanza en edad. En consecuencia, a mayor edad, mayor número de horas frente al televisor y mayor consumo de alimentos con alto contenido calórico. Estos autores afirman que consumismo y obesidad van de la mano, entendiendo la televisión como posibilitadora de este binomio, y como una parte integrante de un sistema cultural que emana de un sistema neoliberal globalizado. Igualmente, denuncian que los niños son enajenados por unas cuñas comerciales que terminan por hacerles reproducir en su vida cotidiana los mensajes e imágenes que de ellas reciben. Por esa razón emplazan a la comunidad científica a estudiar y vigilar la influencia que la televisión puede tener a largo plazo en unos niños que son invitados a consumir alimentos poco saludables. Siendo conscientes de que los más jóvenes no poseen la capacidad para comprender la dimensión persuasiva de los mensajes publicitarios, las marcas buscan clientes en este sector, con el resultado de que el 67% de los niños busca y pide a sus padres los artículos que ya ha visualizado cuando va con ellos al supermercado.

La sociedad desescolarizada

Una de las estrategias más respaldadas para frenar la obesidad infantil y juvenil es la educación en hábitos saludables. Sin embargo, algunos autores sugieren que la educación tiene un papel relevante en la perpetuidad de los males de la sociedad, y que la Escuela dificulta la libertad educativa. Según Junoy y Gómez (1976), el movimiento de la desescolarización surgido en las décadas de

los 60 y de los 70, se posicionó en contra del sistema tradicional de enseñanza, con el argumento de que éste no sólo no resolvía los problemas de una sociedad dinámica como la actual, sino que impedía la expansión y liberación del individuo, limitándose a dividir la sociedad en clases y a proporcionar mano de obra al sistema económico. Esta corriente nació en Estados Unidos, encabezada por autores como Paul Goodman, quien denunció la falta de valores humanos de la Escuela institucionalizada en favor de un sistema mecánico. El movimiento pro desescolarización alcanzaría su máximo esplendor de la mano de autores como Everet Reimer e Ivan Illich, siendo este último el más incisivo en sus teorías.

Illich (1974), como máxima figura de este enfoque, critica que la educación ha quedado reducida a la obtención de fines mercantilistas. La ineficacia de los programas educativos ya había sido denunciada por este autor en su obra *La Sociedad Desescolarizada*, en la que afirmaba que la Escuela, tal y como estaba planteada, más que educar, deseducaba, pues los niños eran entrenados para desenvolverse en una sociedad bajo un sistema económico determinado que espera de ellos el desarrollo de unas capacidades concretas que sigan manteniendo dicho sistema. El crecimiento económico en las naciones ricas es directamente proporcional al adoctrinamiento del hombre en un consumo disciplinado. Por ello, observamos cómo los continuos aumentos que se solicita para invertir en educación no se traducen en una mejora de la condición humana. Se ha creado una industria del aprendizaje muy útil para legitimar el gasto desproporcionado y el derroche que caracterizan a dichas sociedades, bajo la premisa de que a mayor gasto y producción, mayor desarrollo. Según este autor, el niño escolarizado llega a confundir enseñanza con saber, diploma con competencia, fluidez con capacidad para decir algo nuevo, y se acepta el servicio en lugar del valor.

La teoría de Illich (1974) y de sus coetáneos se resume en que la Escuela reproduce las ideologías mercantilistas que contemplan al cuerpo humano y a las personas como objetos maleables a encajar en el modelo de consumo. Se impide la heterogeneidad del ser humano mediante la estandarización de sus gustos, actitudes, concepciones y valores culturales, lo que generará reacciones en masa. Los estudiantes habrían de aprender por sí mismos, porque eso es lo que van a hacer durante toda su vida, no solo absorber información dada por un profesor para repetirla a posteriori. En las sociedades modernas, la Escuela se ha revelado como una herramienta con la que adiestrar a la población en el modelo económico consumista. Para Illich (1974), las calificaciones, los diplomas y los certificados no son más que vías para acceder a un sistema laboral y ocupar un puesto en una economía basada en el consumo.

Género

En épocas lejanas, la imagen de la mujer obesa fue idealizada y representada como un símbolo de fecundidad que aún perdura en nuestros tiempos en ciertos grupos sociales. Brown y Konner (1987) sugieren que a la hora de explicar la obesidad, hay que tener en cuenta tanto sus antecedentes evolutivos como la variación transcultural. Tras el hallazgo de figuras de mujeres obesas que datan de épocas muy remotas, se puede constatar que la gordura ha sido un ideal de belleza femenina en la mayoría de las culturas en algún momento de la historia, una concepción plenamente coherente con la hipótesis de que las reservas de grasa funcionaban como un refuerzo frente a la escasez de alimentos en los periodos de embarazo y lactancia, especialmente. En la actualidad, dada la abundancia de alimentos, resulta difícil controlar el peso corporal, y el ideal cultural de belleza se ha invertido.

Desde un punto de vista sociocultural, en la actualidad la relación de la mujer con la obesidad surge de escenarios diferentes pues, en muchas familias, son ellas las encargadas de la alimentación de sus hijos, tarea que llevan a cabo desde la perspectiva de ciertas costumbres e ideas sociales que repercutirán directamente en las prácticas alimenticias de toda la familia. Martín y Moreno (2005) destacan el papel de las madres, que a menudo tienen que buscar el equilibrio entre la responsabilidad de alimentar sano, la satisfacción que sus preparaciones producirán a su esposo e hijos, y las presiones afectivas, entre otros condicionantes que en nuestro estudio pretendemos explorar. Para otros autores, el género aún a las diferencias de poder entre el ámbito femenino y el masculino, diferencias que ejercen una influencia determinante en la organización de la vida social. La desigualdad de género se estructura a través de variables socioculturales y económicas, y se manifiesta de diferente forma al depender de categorías como la etnia, la edad, la pertenencia a un determinado grupo o clase social, o el lugar de residencia. La desigualdad de género y la jerarquía de las relaciones entre los sexos podrían explicar las enfermedades que afectan a la mujer, como es el caso de la obesidad, incluso desde edades tempranas (Castañeda, 2007).

No obstante, Bourdieu (2000) entiende la desigualdad de género como un conjunto de prácticas sociales que legitiman y reproducen la subordinación de la mujer frente al hombre. Tales prácticas se sustentan en una división genérica y arbitraria del trabajo, en la que se asigna a la mujer todas las tareas producto de su capacidad reproductora, un esfuerzo que no es valorado socialmente, al tiempo que se limita su participación en otras esferas del trabajo y del poder. Este autor sostiene que se dan todos los condicionantes para que la dominación masculina se desarrolle plenamente y se afiance en el tiempo mediante

actividades de producción y reproducción de los aspectos sociales y biológicos que otorgan al hombre una posición social ventajosa. Tradicionalmente y de forma arbitraria, se ha confinado a la mujer en un ámbito laboral que resulta de su facultad como gestante y que ha sido considerado menos importante, mientras que el hombre ha monopolizado el ámbito social y cultural. Estos esquemas de producción y reproducción son universalmente compartidos y se imponen a cualquier agente, actuando a modo de modelos del pensamiento y de la forma de actuar de los miembros de la sociedad.

Cruz, Tuñón, Álvarez, Villaseñor y Nielsen (2012) realizaron un estudio en la población indígena de Tabasco (México), que concluyó que las mujeres presentaban tasas más altas de obesidad, diabetes e hipertensión que los varones, debido a factores sociales como la desigualdad de género. Su modelo explicativo se sustenta en condicionantes sociales como la prohibición discriminatoria de que las mujeres puedan realizar ejercicio físico en espacios públicos, la percepción de que es "normal" que la mujer no adelgace tras la maternidad o que la obesidad es una herencia paterna que no se puede evitar. Estos autores sostienen que incluir la categoría género en el estudio de la obesidad puede ayudar a comprender la forma en que la enfermedad afecta a la mujer, ya que este problema no está ligado al sexo como variable biológica, sino a los condicionantes sociales que afectan a las formas de vida según los sexos. En este sentido, la cultura define lo que es ser un hombre o una mujer, delimitando las características y funciones que corresponden a cada uno, entendiendo el género como "la construcción social de la diferencia sexual" (Cruz et al., 2012, p. 3).

Gill y Coria (2007) sostienen que la pertenencia a una determinada clase social inclinará la balanza de la obesidad al lado femenino, puesto que las mujeres de las clases desfavorecidas han asumido el papel de cuidadoras de la familia,

preparando las recetas en función de los gustos de sus miembros, quedando ellas relegadas a un segundo plano, el cual les llevará a ingerir alimentos de peor calidad. Además, el hábito de hacer ejercicio es más frecuente entre hombres que entre mujeres, un extremo que condiciona también, el gasto de energía, sobre todo en mujeres de clase media y baja.

2.4.3.2. Aproximación desde la perspectiva sociocultural

Algunos autores consideran que la perspectiva sociocultural es una buena herramienta para complementar las explicaciones ya existentes sobre la obesidad en las etapas tempranas de la vida, pues su visión permite ahondar en los conocimientos, percepciones, creencias y significados que conducen a las personas a cuidar o a descuidar su alimentación. Desde esta perspectiva, en el estudio de la obesidad infantil y juvenil, debemos tener en cuenta, entre otros condicionantes, el bajo nivel educativo de las clases sociales desfavorecidas y la discriminación de género existente en la sociedad, ya que ambos influyen en la libertad de elección de los alimentos (Gracia, 2010). Este modelo explicativo trata de evitar la culpabilización individual, y se muestra más preocupado por aspectos ambientales y sociales (Chang y Christakis, 2002).

Como ha quedado patente desde el enfoque biomédico, la clave para solucionar el problema de la obesidad infantil y juvenil pasa por seguir una serie de pautas médicas (hábitos saludables, dieta y ejercicio). Sin embargo, desde la perspectiva sociocultural nos sugieren que debemos evitar caer en el fenómeno de la *medicalización* de la vida. Este concepto hace referencia a un proceso mediante el cual ciertos estados o situaciones relacionados con el hombre, que formaban parte de otros campos, como la Educación, la Ley o la Religión, han sido redefinidos como fenómenos médicos, sobre los que la sociedad ha puesto el foco, haciéndoles quedar bajo el control de las intervenciones médicas (Riessman y

Kohler, 1983; Conrad, 1992). Otra definición de este concepto la aportan Márquez y Meneu (2003), para quienes la medicalización de la vida es “la forma en que el ámbito de la medicina moderna se ha expandido en los años recientes y que ahora abarca muchos problemas que antes no estaban considerados como entidades médicas” (p. 65).

Según lo expuesto, Gracia (2010) refiere que desde la perspectiva biomédica, se ha abordado la obesidad en las etapas tempranas de la vida como si se tratara de una enfermedad causada por los malos hábitos alimenticios y conductas “de riesgo”, que a su vez se ven reforzadas por un *ambiente obesogénico*. De acuerdo con esta autora, las soluciones que este enfoque propone son producto del fenómeno de la *medicalización* de la vida, y por ende, de la alimentación (educación en aspectos nutricionales y hábitos saludables). Una estrategia que ella resume con el concepto de nutri-dietética. Conforme a Illich (1975) la *medicalización* de la vida no es más que un aspecto del poder destructivo de la industria sobre nuestra sociedad. Este autor definió la organización sociopolítica como: “excesivamente medicalizada y que fomenta las dolencias reforzando una sociedad enferma que no solo preserva industrialmente a sus miembros defectuosos, sino que también multiplica exponencialmente la demanda del papel del paciente” (pp. 44-45). Illich (1974) aplica el concepto de Yatrogénesis Social a la Salud para denunciar que ésta se ha transformado en un artículo de consumo a modo de producto industrial. En este sentido refiere:

Vivimos en una época en la que la enseñanza está programada, la residencia urbanizada, el tráfico motorizado, las comunicaciones canalizadas, y donde, por primera vez, casi un tercio de todos los víveres consumidos por la humanidad pasan por mercados interregionales. En esa sociedad super-industrializada, la gente está condicionada para obtener cosas y no para hacerlas. Desea ser enseñada, movida, tratada o guiada en lugar de aprender,

curar y encontrar su propio camino. El uso transitivo del verbo “curar” es el que prevalece. “Curar” deja de considerarse la actividad del enfermo y pasa cada vez más a ser el deber del médico. Pronto podrá convertirse de un servicio personal en el producto de una empresa. De este modo, la *medicalización* excesiva y sus subproductos no deseados forman parte de una crisis profunda y general que afecta todas nuestras instituciones. (p. 78)

Este autor considera que la *medicalización* en la que se ve sumida la sociedad, inhabilita a las personas para su autocuidado. Aunque sus planteamientos puedan parecer muy radicales y daten de décadas atrás, parecen estar en la primera línea de la actualidad, por lo que creemos interesante analizarlos. Además, podría ayudarnos a comprender las relaciones médico-paciente y qué ocurre cuando los niños y adolescentes que son catalogados como obesos, son introducidos en trayectorias médicas. Igualmente, nos permitirá vislumbrar cómo afectan las ideas que se difunden desde el ámbito médico y que hacen cambiar las prácticas alimenticias de padres, niños y adolescentes. En palabras de Illich (1975):

La autoridad médica se ha extendido a la asistencia supervisada de la salud, la detección precoz, los tratamientos preventivos y, cada vez más, al tratamiento de los incurables. El público reconoció este nuevo derecho de los profesionales sanitarios a intervenir en las vidas de las personas en interés de su propia salud. En una sociedad enferma, el ambiente se modifica de tal manera que durante la mayor parte del tiempo la mayoría de las personas pierden su capacidad y su voluntad de autosuficiencia, y finalmente dejan de creer que sea factible la acción autónoma... Como sacerdote, el médico se convierte en cómplice del paciente, creando el mito de que es una víctima inocente de mecanismos biológicos y no un desertor perezoso, voraz o envidioso de una lucha social por el control de los instrumentos de producción. (pp. 73-74)

Por otro lado, la Yatrogénesis Cultural indica que somos individuos pasivos ante la curación, ya que el sistema sanitario no estima nuestras motivaciones singulares, manejanándonos como una pieza que necesita reparación, por lo que la curación será más dificultosa y se potenciará más los enfermos imaginarios, y por esa razón la medicina moderna se preocupa como señalaba Illich, (1974) en los “individuos enfermos y no por la salud de las poblaciones. Casi siempre se propone cada vez más mecanización de la salud. Los remedios políticos para estos defectos tienen una cosa en común: tienden a reforzar más aún la *medicalización*” (pp. 83-84).

Aunque gran parte de la literatura médica actual sigue proponiendo un cambio en el estilo de vida como el camino a seguir para promocionar la salud y llevar a cabo estudios epidemiológicos, la corriente sociocultural se posiciona a favor de emplear un marco epidemiológico social (Krieger, 1994; Marmot, 2005). En esta línea, Carnell y Wardle (2008) proponen reducir la culpabilización del individuo por su obesidad ya que si ésta es resultado de su genética, quedará fuera de su control en gran medida y, por lo tanto, es injusto diagnosticarla igual que las enfermedades cardíacas o el SIDA, estando mejor encuadrada en el marco de las enfermedades causadas por el estilo de vida, los comportamientos de riesgo y las opciones personales como factores causales. Por su parte, Mueller y Danielzik (2006) han reconocido la falta de eficacia de los programas de prevención de la obesidad: “(...) es el momento de admitir que los expertos en obesidad no tienen estrategias lo suficientemente eficaces para prevenir el sobrepeso” (p. 88).

2.4.3.3. Estrategias de intervención

A continuación recopilamos algunas de las estrategias más destacadas que ofrece el enfoque sociocultural (Swinburn, Caterson, Seidell y James, 2004):

- facilitar la toma de decisiones saludables al controlar el suministro de alimentos.
- Reducir la comercialización de alimentos y bebidas muy calóricas dirigidos a los niños.
- Intervenir en los entornos urbanos (por ejemplo, en materia de transporte) para fomentar la actividad física, el desarrollo de programas de salud con diferentes configuraciones según la población a la que va dirigido, el aumento de los mensajes sobre la alimentación saludable y la actividad física, así como mejores servicios de salud que incentiven la lactancia materna y traten adecuadamente a las personas que actualmente padecen sobrepeso u obesidad.

Además, algunos autores manifiestan que se requiere una actuación coordinada de todas las partes involucradas: gobiernos, industria alimentaria, el sector de la publicidad, la comunidad educativa e incluso los padres. Las estrategias deben canalizarse desde una implicación colectiva tendente a reducir las desigualdades sociales y a proporcionar una educación en materia de alimentación, adaptada al nivel social y cultural de la población. Para que un niño gane peso se requiere de muchos factores que están relacionados con su estilo de vida, como la estructura social y las expresiones culturales del propio individuo dentro de un grupo social, por lo que, para realizar una intervención eficaz sobre ese estilo de vida, el enfoque sociocultural propone una nueva conceptualización del término, entendiéndolo como una serie de comportamientos y sus

interacciones con factores culturales, sociales y psicosociales (Menéndez, 1998). Según Flodmark, Lissau, Moreno, Pietrobelli y Widhalm (2004), las nuevas estrategias a seguir para atajar la obesidad infantil pasan por:

- La elaboración internacional de una definición unificada que la diferencie de la obesidad adulta y que tenga en cuenta todos los factores que influyen en ella.
- Unas actuaciones en materia de prevención que deben contemplar distintos niveles de la sociedad.
- Ajustar los tratamientos a la edad y al género.
- Técnicas psicoterapéuticas multidisciplinarias de apoyo para cambios de estilo de vida, recomendando hábitos dietéticos saludables y actividad física.
- Un enfoque más participativo, como regla general.
- Cambiar el estilo de vida.
- Una nueva definición de obesidad.

En el otro extremo se encuentran los estudios con una postura en contra de crear una alarma social en torno a la gordura, los cuales defienden los efectos beneficiosos de un sobrepeso moderado para la salud, de acuerdo a en qué zona del cuerpo se localice el tejido adiposo y teniendo en consideración las distinciones de género. Entre los mismos encontramos el realizado por Garaulet, Pérez, Fuente, Zamora y Tebar (2000), quienes afirman que la grasa acumulada en la parte inferior del cuerpo no siempre es perjudicial para la salud, ya que en el caso de las mujeres les puede ayudar a sobrellevar las necesidades nutricionales que se generan durante el embarazo y la lactancia. Estos investigadores realizaron un estudio antropométrico, hormonal y controles radiológicos mediante

Tomografía Computarizada a un total de 29 hombres, 22 mujeres pre menopáusicas y 33 mujeres post menopáusicas.

En esta línea antialarmista, encontramos otros autores que se muestran críticos con la utilización del IMC y de los percentiles para clasificar la obesidad infantil, debido a que este criterio no contempla la variabilidad que los niños experimentan en su masa corporal a lo largo de su desarrollo (Cole, Bellizzi, Flegal y Dietz, 2000). En su estudio, tratan de elaborar una definición menos arbitraria, que contemple la heterogeneidad del niño con sobrepeso y obesidad, que resulte internacionalmente aceptable y que contenga puntos de corte de IMC y percentiles diferentes a los de los adultos. La muestra analizada por este grupo de investigadores, estuvo formada por 97.876 hombres y 94.851 mujeres, desde su nacimiento hasta los 25 años de edad. Uno de los resultados que arroja este estudio, el cual prueba que el género es un factor a tener en cuenta, es que en las gráficas de IMC de los varones, el incremento era lineal, mientras que para las mujeres era cóncavo.

Finalmente, el riesgo de tener problemas de salud en función del IMC resulta difícil de establecer en el caso de los niños, ya que las enfermedades asociadas a un alto IMC no se manifiestan en edades tempranas, a excepción de la Diabetes Mellitus II. El IMC entre 18,5 y 25 kg/m² se ha establecido como el rango de normalidad, y los cortes en 25 kg/m² y 30 kg/m² son considerados como los límites entre el sobrepeso y la obesidad respectivamente (Shetty y James, 1994). No obstante, la relación entre IMC y obesidad varía de unas poblaciones a otras, al igual que la relación entre morbilidad y el IMC. Esto ocurre, por ejemplo, en China y en algunas regiones del sur de Asia, donde el aumento del riesgo de enfermedades crónicas aparece en rangos de IMC inferiores a los que presenta la población europea (Li et al., 2002; Gill, 2001; Sullivan, 2001; Wahlqvist, 2001).

Legislar la publicidad, composición y etiquetado de los alimentos industriales elaborados para niños

Una de las medidas de carácter sociocultural que se demanda, es una regulación profunda de la publicidad, como ocurre en países como Suecia, Noruega y Canadá, en donde la publicidad de productos considerados potencialmente perjudiciales para los niños menores de 12 años, está prohibida de manera expresa (Mehta, 2007). En el año 2014, México se sumó a este tipo de iniciativas y empezó por regular la publicidad televisiva dentro del marco de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad, adoptando medidas restrictivas, tanto en horarios específicos como en programas infantiles, con aquellos anuncios publicitarios que versan sobre alimentos que no cumplen con unos determinados valores nutricionales (Luján, Ponce, Gálvez y Taype, 2014). No obstante, Ortún et al. (2016), señalan que a pesar de que diversos metaanálisis han confirmado la efectividad de las medidas restrictivas en materia de publicidad, la reducción del consumo y la elasticidad de la demanda de los productos azucarados responde a que se pueden encontrar sucedáneos casi miméticos, que no son gravados con impuestos, dado que presentan una versión light o sin azúcar añadida.

Reducir la desigualdad de género

La Teoría de Género en Desarrollo (GED) explica que las relaciones de subordinación entre hombres y mujeres están socialmente construidas e interactúan con otras formas de desigualdad (clase, etnia, edad u orientación sexual). Moser (1991) afirma que para revertir esta situación, se debe evaluar cómo el género se relaciona e interconecta con otros condicionantes para configurar situaciones específicas. Este modelo explicativo toma en consideración aspectos económicos, políticos, culturales y personales, con el fin de aumentar el

uso y el control de los recursos por parte de la mujer, así como su participación, liderazgo y capacidad de gestión en procesos de cambio. En otras palabras, trata de revertir el estado de subordinación de la mujer, tanto en la esfera privada como en la pública, y de avanzar hacia un desarrollo equitativo (Troncoso y Tinoco, 2001).

Para superar esta percepción, se propone una movilización de abajo hacia arriba. Para acabar con la dominación masculina se defiende el argumento de que el acceso de las mujeres a un trabajo remunerado, constituye un potencial de empoderamiento que les permite adquirir en la familia mayor capacidad de decisión, considerándose como la clave para revertir esta subyugación de la mujer respecto al hombre, en base a la capacidad de las mujeres para definir sus opciones de vida y tomar sus propias decisiones. Este empoderamiento se erige como una estrategia de cambio esencial para el desarrollo de visiones alternativas de la mujer, y para que éstas se tornen en realidades dentro de un proceso de cambio (Kabeer, 2005).

2.4.4. Enfoque biocultural: una aproximación al discurso integrador

Mientras que la perspectivas biomédica y psicológica se decantan por una aproximación y posterior estudio del fenómeno desde la realidad constatable (medidas antropométricas, test psicológicos, análisis y técnicas de diagnóstico), las perspectivas socioculturales atienden a los aspectos subjetivos del problema (creencias sobre alimentación, percepciones o ideas de lo que es sano). Esta dicotomía entre lo objetivo y lo subjetivo, entre lo producido y lo construido, es la que encontramos a la hora de estudiar el fenómeno de la obesidad en la infancia y en la adolescencia. Pero ha surgido una nueva corriente que trata de unificar posturas biologicistas y sociales, la cual sostiene que si se quieren estudiar los

problemas que conciernen a las personas, es necesario entenderlas dentro de su contexto social, sin dejar de lado los mecanismos biológicos que intervienen en la adaptación del hombre a los nuevos ambientes modernos (Ramírez, 2016).

En este marco encontramos autoras como Alexandra Brewis (2011), la cual ha enfocado el problema de la obesidad desde la perspectiva de un macroproceso de “transición nutricional”, en el que se ha pasado de una alimentación basada en el autoabastecimiento con productos locales, a una alimentación industrializada en la que predominan los azúcares, las grasas y la sal, una transformación de la alimentación en la que se ven interconectados factores individuales, grupales y procesos globales de industrialización, urbanización y modernización (Brewis, 2011). De los planteamientos bioculturales se desprende que ni el enfoque empirista (en nuestro caso, la perspectiva biomédica) puede obviar que las personas no pueden ser reducidas a sus componentes biológicos, menospreciando su componente espiritual, ni el enfoque racional (en nuestro caso, la perspectiva sociocultural) puede asumir que determinados problemas que afectan al hombre son contruidos por entes ajenos a los mismos sin que estos intervengan en su marco social.

Ahora bien, en un contexto marcado por la falta de entendimiento entre las diferentes corrientes que estudian la obesidad en la infancia o en la adolescencia, surge la antropología nutricional, que trata de combinar perspectivas biológicas con las propias de la antropología cultural, para tratar de integrar estudios que aborden el estado nutricional de los sujetos, con aquellos que analizan la organización social. Pertenecen a este ámbito la teoría ecológica, que analiza el comportamiento humano en relación con los requerimientos nutricionales del contexto social en que vive el individuo, y la teoría evolutiva, que contempla aspectos como la adaptación, la selección y las enfermedades relacionadas con los

alimentos que entran en juego (Barranco, 2002). Por consiguiente, desde esta corriente estiman que la obesidad a edades tempranas ha surgido como un fenómeno biológico que resulta de una mala adaptación de nuestra genética a los ambientes modernos.

Enmarcados en esta perspectiva biocultural, encontramos diversos estudios que sugieren que una de las claves de la evolución del ser humano ha sido la capacidad de aumentar la grasa corporal en determinadas épocas del año, y de adaptarse a diferentes ambientes (Aiello y Wells, 2002). Es probable que la rápida evolución del cerebro humano, que se produce con la aparición del *Homo Erectus* entre 1,6 y 1,8 millones de años atrás, esté asociada a una mejora en la calidad de la dieta y a un aumento de la grasa corporal (Lenorad, Robertson, Snodgrass y Kuzawa, 2003). De todo ello se deduce que la mayor disponibilidad de grasa animal y colesterol pudo haberse traducido en un aumento de la calidad de la dieta que facilitase el desarrollo encefálico (Horrobin, 1999).

Cunnane y Crawford (2003) afirman que el desarrollo del cerebro humano moderno es el resultado de un proceso de selección natural. Según estos autores, los humanos evolucionaron gracias a cerebros de volumen superior en bebés de mayor envergadura y más evolucionados, generalmente lactantes que se convirtieron en adultos más aptos para la supervivencia. Sus afirmaciones se basan en el hecho de que el cerebro y la grasa corporal de los bebés humanos suponen entre el 11 y el 14% de su peso, una circunstancia única entre los animales terrestres. Además, la grasa corporal que estos bebés acumulan les reporta un triple beneficio: constituyen una reserva de energía, son un sustrato clave en la síntesis de lípidos del cerebro y una fuente de abastecimiento de los ácidos grasos necesarios para su correcto funcionamiento.

En conexión con estas teorías, Kuzawa (1998) propone que ambos factores, selección natural y mejora de la calidad de los alimentos, evolucionaron en paralelo y se retroalimentaban con independencia de si el desarrollo encefálico precedió al aumento de la grasa corporal, o por el contrario, el mayor nivel de grasa corporal de aquellos bebés humanos facilitó el desarrollo cerebral. La mayor proporción de grasa en el cuerpo del recién nacido humano frente a otras especies animales, o incluso, frente a otros primates, ha sido justificada como aislante ante la falta de pelo. No obstante, tras haber estudiado el papel de la grasa corporal como tampón de energía, llega a la conclusión de que la elevada adiposidad en el bebé humano es una circunstancia que acompaña al desarrollo de su cerebro para abastecer a este órgano de sus necesidades energéticas, incluso en los momentos de crisis de su cuidadora o madre. En los primeros instantes de su nacimiento, el bebé hará uso de sus reservas prenatales hasta que la lactancia cubra sus necesidades por completo, lo que podría ser una explicación a la aparición temprana de depósitos grasos.

González (2006) refiere que en los primeros tres días tras el alumbramiento, en los que la madre espera la conocida “subida de la leche”, es muy importante que el niño ingiera ese suero inicial conocido popularmente como “calostro”, ya que contiene un elevado porcentaje de grasas. Los niños pierden tras nacer entre un 4% y un 6% de peso, un porcentaje que en ocasiones puede alcanzar hasta un 12% o incluso más, entre un 14% y un 15%, como es el caso de los niños que nacen con un peso muy elevado, unos cuatro kilos, para quienes esa pérdida es de carácter fisiológico y perfectamente soportable gracias a sus reservas de grasa. Aiello y Wells (2002) señalan que los mayores niveles de grasa corporal y la reducción de masa muscular de los niños humanos, favorece el correcto desarrollo del cerebro al satisfacer de manera continuada sus necesidades

metabólicas, aunque la ingesta de energía pudiera ser inadecuada en un momento puntual, mediante un mecanismo de reducción del gasto energético en el resto del organismo.

Autores socioculturales como Boero (2007), critican la corriente biocultural por entender que constituye un complemento fiel a las explicaciones biomédicas. Esta autora sostiene que la antropología nutricional ha contribuido a desviar la atención de otros investigadores del campo de la antropología y de la sociología, impidiendo la posibilidad de desmitificar la obesidad como una epidemia, y de abordarla como un fenómeno global, a fin de desenmascarar los intereses políticos y económicos que se ocultan tras ella, sin culpabilizar en última instancia al sujeto. Así mismo, este enfoque se olvidaría del problema de la estigmatización del niño obeso, de la presión que ejerce la sociedad sobre la imagen y el cuerpo femenino, o de los problemas étnicos y de bajo nivel económico ya existentes.

Después de todo lo que hemos expuesto, resulta evidente que los aspectos nutricionales no pueden ser comprendidos fuera del marco social. Por este motivo, algunos antropólogos tratan de ligar ambos aspectos sin entrar en conflicto con un determinismo biológico que defiende que la naturaleza humana está predeterminada por los genes. Es decir, que lo que los seres humanos son en sí mismos y cómo se realizan, sea explicado únicamente a través de la genética. Esta corriente de la antropología tampoco quiere verse atrapada por el dilema del construccionismo social, pues este planteamiento desmotiva a los sujetos y a las instituciones en su intento por tomar las riendas de los problemas que concierne a la sociedad, limitando de esta manera su capacidad de actuación y reflexión.

CAPÍTULO 3. MARCO TEÓRICO

“El grado sumo del saber es examinar el por qué”

(Sócrates 470-399 AC)

3.1. MARCO CONCEPTUAL ANALÍTICO

La extensión actual del fenómeno de la obesidad infanto-juvenil, así como la controversia que suscita la definición del problema por parte de las autoridades sanitarias como una enfermedad en clave de epidemia, o como resultado de otros trastornos de salud, es probablemente la mejor justificación para plantearnos un giro teórico y metodológico orientado a un enfoque biocultural que integre los aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales, que hasta el momento no han tenido el peso que les corresponde en los estudios oficiales.

Probablemente esta circunstancia se debe a que los aspectos socioculturales son difícilmente aplicables o porque no se reconocen como parte del ámbito sanitario (Hernández, Palacios y López, 2018). La influencia de los aspectos biológicos en la alimentación humana es indiscutible, se pueden reconocer, por ejemplo, en la preferencia innata por los hidratos de carbono, necesarios para la supervivencia del hombre (Neel, 1962) o en la aversión a determinados alimentos amargos, dado que en la naturaleza éste sabor suele estar presente en aquellos alimentos que habitualmente contienen toxinas (Rozín, 1976). Sin embargo, los gustos y preferencias alimentarias constituyen un acto mucho más complejo que el de la mera faceta biológica de nutrirse, pues se mueve entre lo biológico, lo ambiental y lo cultural, con factores intervinientes difuminados entre cada uno de estos componentes, lo que dificulta su estudio. Al respecto, Fischer (1995) refiere que la complejidad de las elecciones alimenticias del hombre implica “autonomía”, “libertad” y “negociación” con las múltiples opciones que se le presentan en su entorno. Según este autor, la capacidad biológica de poder ingerir una gran variedad de alimentos, confiere al ser humano una posibilidad de adaptación excepcional en el reino animal, habilitándolo para sobrevivir a un amplio abanico de ambientes y desarrollando una gran variedad de

comportamientos alimenticios que le permite adaptarse a los cambios de su medio. Sin embargo, la cara menos ventajosa de esta virtud es que también le genera una cierta ansiedad y desconcierto en entornos que promueven el interés en el cuerpo como un ente material, legitimando los discursos biomédicos respecto al manejo del peso y la alimentación.

Estas múltiples caras de la alimentación humana, permiten vislumbrar la complejidad que nos podemos encontrar a la hora de estudiar la obesidad infantil y adolescente. Por ello, entendemos que necesitamos un modelo explicativo que engrane todos sus aspectos, si de verdad se quiere llegar a obtener un modelo explicativo biopsicosocial. Pero, ¿cómo conseguir integrar los enfoques socioculturales en un campo en el que las concepciones y abordajes son articulados en base a una racionalidad biomédica? Un buen comienzo para poder realizar un trabajo conjunto sería reflexionar sobre la forma en que se define el fenómeno. Moffat (2010) sugiere que para que se complementen la perspectiva biomédica y sociocultural se debería empezar por cambiar la definición metafórica de epidemia. La autora manifiesta que se ha pasado por alto la resignificación que ha experimentado la obesidad infantil al entenderla como una epidemia, hasta el punto de interiorizarla únicamente como un problema médico, enmascarando el papel de los factores estructurales económicos y ambientales, y ensalzando los factores individuales, dentro de un marco político sobre la obesidad.

En relación con esto, la metáfora de la epidemia posmoderna que propone Boero (2007) podría ser una buena opción. No obstante, puede que resulte más interesante explorar un enfoque integrador que contemple todas las explicaciones, abierto a analizar si se puede entender como resultado de estructuras impuestas o de múltiples hechos fruto de un multiculturalismo posmodernista, en lugar de

enfascarse en un debate sobre si es o no una epidemia, en tanto que la OMS la ha definido como tal.

Este primer paso integrador parece necesario pues la forma en que la Ciencia médica denomina implícitamente a los individuos obesos como individuos enfermos y/o transgresores de las normas nutricionales y sociales, influye en la forma en que éstos perciben su cuerpo, transforman sus prácticas alimenticias e interfiere en sus relaciones sociales, afectando incluso a aquellos que no presentan problemas de exceso de peso (Palacios y Navas, 2016). Otro punto de vista que entra en escena y que requiere de una profunda reflexión serían las posturas construccionistas más radicales que entienden este fenómeno como algo construido o como resultado de un modelo socioeconómico que moldea los comportamientos e identidades sin posibilidad de respuesta por parte del individuo. Para ello, sería interesante establecer un diálogo entre las distintas ciencias como propone Hacking (2001) sobre la agencia de las personas, estudiando su capacidad para interactuar con la matriz social de ideas en la que se desenvuelven, y los efectos que se producen en ellas cuando éstas son designadas por categorías médicas.

Sin perder de vista estas premisas y aprovechando la polivalencia de los conceptos de habitus, campo, capital o violencia simbólica, acuñados por el teórico social P. Bourdieu, tratamos de configurar un marco teórico que consiga detectar las posiciones y las relaciones implicadas en la alimentación, explorando la manera en que se produce y/o se construye nuestro objeto de estudio como sugieren Contreras y Gracia (2005). No obstante, estas relaciones no solo se pueden dar de un modo restrictivo como sostiene Bourdieu (2002), sino como parte de lo que podríamos entender como un modelo productivo *biopolítico*, caracterizado tanto por una intervención perceptible o palpable sobre las

poblaciones, como por un tipo de control menos visible en el que se ven implicados los cuerpos y las subjetividades (Foucault, 2002a).

Para dar respuesta a estas y otras cuestiones, nos proponemos una visión globalizadora e integral del fenómeno de la obesidad en las etapas tempranas de la vida, que nos ayude a comprender en profundidad qué relación se debe establecer entre los componentes de la tríada biopsicosocial. Los filósofos Ian Hacking, Pierre Bourdieu y Michel Foucault, pueden ofrecer muchas respuestas, pues sus conceptos e ideas poseen una gran capacidad para explorar los aspectos individuales-colectivos y objetivos-subjetivos que pueden pasar desapercibidos en un análisis de los comportamientos alimentarios, y que son más importantes de lo que puedan parecer a priori.

3.1.1. La obesidad como “categoría interactiva”

Hacking (2001) le otorga importancia a los efectos que producen en las personas, la exposición a un tipo de categorías científicas. Por otro lado, destaca que dichas categorías sólo cobran sentido dentro de un marco social específico y no universal de racionalidad científica, el cual se compone en gran medida de convenciones culturales, que calan en la sociedad transformando los esquemas de pensamiento y prácticas de las personas. Estos efectos conllevan a atender cómo se construyen determinados aspectos ideológicos, simbólicos y de filiación, así como las consecuencias que producen. Como ejemplo de esta compleja doble vertiente, se nos presenta la necesidad de explicar fenómenos como la falta de percepción de enfermedad y riesgos futuros para la salud de algunos individuos, ya que, mientras unos niños y adolescentes y sus padres o familiares asumen su papel de enfermos y se introducen en trayectorias médicas (nutricionales de control de peso), en otros casos se produce el efecto contrario, es decir, que no se escucha o no se valoran los mensajes educativos produciéndose el denominado

“fenómeno de oídos sordos” (Crotty, Rutishauser y Cahill, 1992, p. 168). También se puede observar la necesidad de analizar los motivos del empleo de un lenguaje cargado de resignificaciones como: “gordito”, “grueso”, “grande” o “fuerte”. Términos con los que, al parecer, los individuos tratan de evadirse de la carga que supone ser obeso en una sociedad donde esto se considera un “exceso irresponsable” y una “transgresión de la norma” (Warin, Turner, Moore y Davies, 2008, p. 102).

Otro aspecto destacable del trabajo de Hacking (2001) es su crítica al paradigma construccionista radical que impera en algunos de los estudios de corte social, pues ofrece un marco excepcional para reflexionar, más allá de los efectos personales del etiquetamiento de ser obeso, sobre los efectos que los discursos expertos tienen en toda la sociedad a través de procesos interactivos, transformando las acciones y percepciones de aquellos individuos que no presentan obesidad. A este efecto lo denomina *biobucle* o bucle interactivo.

Fenómeno construido versus fenómeno producido

Según Hacking (2001), mantener una posición construccionista en una investigación puede conducir a cometer algunos errores epistemológicos, siendo el más evidente la confusión que se desprende de la utilización de un concepto tan ambiguo como el de “construcción”, ya que, según este autor, este término puede ser empleado tanto para indicar un proceso como el resultado final de algo. Para aclarar su correcto empleo, Hacking quiere diferenciar claramente qué implica “construir” un concepto o una idea, en nuestro caso de salud, enfermedad u obesidad, de producirlos. El término “producción” hace referencia a la parte real de un fenómeno, que en nuestro caso son los niños y adolescentes obesos, así como todas las circunstancias que les rodean: prácticas alimenticias, problemas psicológicos, actitudes de manejo del peso, las estrategias gubernamentales para

ayudar a su prevención y tratamiento, entre otras. Esta dicotomía producción-construcción, nos encauza a reflexionar sobre la obesidad como un fenómeno que presenta dos planos: uno palpable u objetivo y otro “implícito” y subjetivo. Este último engloba las ideas que, en el caso particular de los niños y adolescentes, pueden devenir en problemas psicológicos o en prácticas alimenticias que llegan a complicar la tarea preventiva a posteriori.

En un ejemplo expuesto por este autor, como el del niño televidente, parte de un enfoque construccionista, en el cual se defiende la idea de que se crea un nuevo tipo de persona, un constructo social: niños influenciados por la violencia televisiva, adoctrinados para el consumo, alejados de la educación y de una vida saludable. Sin embargo, según Hacking, lo que se está debatiendo realmente no es el niño televidente como un objeto, como un producto de la sociedad, sino la idea de niño televidente y toda su matriz de prácticas, motivaciones y creencias dentro de un marco social.

Según este autor, las ideas impregnan las relaciones sociales y cambian a las personas, por este motivo los padres cambian su forma de ver las cosas y empiezan a pensar en sus hijos como niños televidentes, no simplemente como niños que ven la televisión en exceso. Además, en los estudios construccionistas de este tipo, se suelen utilizar una retahíla de datos poco relevantes para comprender el fenómeno en profundidad, apartando las circunstancias o condiciones sociales que han conducido, en este caso concreto, a que los niños permanezcan muchas horas viendo la televisión.

Teniendo en cuenta esta reflexión, debemos preguntarnos ¿de qué nos sirve estudiar prácticas como: las horas que los niños y adolescentes permanecen sentados viendo la televisión, las horas que dedican a realizar alguna actividad física, el tipo de alimentos que consumen o la cantidad, si no acompañamos estos

datos de una reflexión sobre las ideas, percepciones, creencias y condiciones sociales que los producen? Este tipo de cuestiones nos hace reflexionar sobre el tipo de investigación que estamos haciendo, y por ello resulta interesante analizar los tres niveles de construccionismo que este autor identifica en función de su nivel de compromiso, con el objetivo de no caer en los mismos errores, ya que si orientamos nuestro estudio hacia una postura construccionista radical, podría resultar insostenible desde el punto de vista teórico (Gaete, 2013), pues ¿qué sentido tendría estudiar la obesidad infantil y adolescente si en realidad no existe más allá de una percepción individual inculcada?

3.1.1.1. Los niveles de construccionismo según I. Hacking serían:

- Nivel histórico quizás es el nivel menos exigente y con el cual podemos identificarnos en algunos aspectos, pues engloba a aquellos estudios que sostienen que la entidad o fenómeno X, es el resultado contingente de procesos o circunstancias históricas. En nuestro estudio consideramos necesario tener en cuenta el momento histórico-social de abundancia de alimentos, de desarrollo tecnológico y de cambios estructurales familiares que moldean la alimentación de las familias y los jóvenes. Aunque resulta difícil demostrar que una investigación se encuentra dentro de alguno de los niveles de construccionismo que describe este autor, como ejemplo de este nivel observamos el estudio de Martin y Martin (2006), en el cual se exploran los momentos históricos y sus correspondientes influencias en la definición de salud y enfermedad, mediante el análisis de sus aproximaciones y de toda clase de epidemias (reales o simbólicas). Estos autores buscan rebatir el biologicismo que normalmente aborda las enfermedades, con el

objetivo de encontrar un constructivismo razonable que, aunque acepte la existencia de una realidad externa con la que el sujeto interactúa y comparte o percibe intersubjetivamente, también acepte cierto grado de libertad en las personas para observar su entorno y actuar en base a su propio criterio. Como ejemplo de esto observamos en diferentes estudios cualitativos, que a pesar de la creciente idealización de lo que se supone que debe ser una alimentación sana por parte de la entidad médica, muestran cómo en algunas ocasiones las personas se alimentan siguiendo sus gustos, o prefieren seguir los consejos y recetas de familiares, amigos o vecinos (Martín y Moreno, 2005; Herrera, 2010; Contreras y Gracia, 2005).

- Nivel de actitud ironista: es aquella que sostiene que la entidad o fenómeno X, podría haber sido de completamente diferente, aunque entiende que no podemos deshacernos de él porque forma parte de nuestras vidas. La concepción ironista tiene la capacidad de entender la arquitectura del mundo y, sin embargo, de forma irónica, siente que debe dejarla tal como está. Un ironista, a pesar de admitir la existencia de determinados factores externos que condicionan la alimentación de las familias, podría sentir frustración al observar que no se puede hacer nada para modificar las conductas alimenticias de los niños sin la ayuda paterna, descargando en éstos la responsabilidad de la obesidad de sus hijos por su actitud condescendiente (Domínguez, Olivares y Santos, 2008).
- Nivel reformista: también llamado desenmascarador, rebelde y revolucionario. Este último nivel no busca refutar ideas sino

socavarlas a fin de descubrir la función para la que sirven. El reformismo desenmascarador trata de despojar una idea de su poder de atracción o convicción. En este caso, para el construccionista, la entidad o fenómeno X sería bastante perjudicial tal como es, al mismo tiempo que admite que en el momento actual no es posible vivir la vida sin X, pero, tras demostrar que no es inevitable, requiere una modificación de determinados aspectos para conseguir aquel que sea menos perjudicial. En esta línea se podrían incluir autores como Metha (2007), el cual recomienda una legislación de la publicidad más contundente, que ejerza un control más estricto del etiquetado de los alimentos industriales dirigidos a niños, o incluso prohíba la emisión de anuncios televisivos de comida rápida en horario infantil.

Bajo nuestro punto de vista, aplicar a nuestro estudio este enfoque construccionista criticado por Hacking, supondría seguir un esquema como el siguiente:

1. Convencer a los agentes implicados de que los factores sociales relacionados con este fenómeno son altamente contingentes.
2. La situación actual es insostenible, las enfermedades cardiovasculares aumentan, los niños son cada vez más sedentarios y la alimentación es de peor calidad.
3. Los niños, en particular, estarían en condiciones más ajustadas y la población, en general, llevaría una vida más saludable si se modificaran las condiciones sociales que favorecen el sedentarismo, la alimentación industrializada y se definiera de otra forma este fenómeno.

Estas reflexiones nos ayudan a comprender mejor las incompatibilidades que pueden existir entre un enfoque construccionista y otro relativista como el de Hacking. Por lo que se piensa que se deberían analizar, no sólo las circunstancias externas que condicionan la alimentación familiar, sino las ideas, convenciones, relaciones y simbolismos que producen este fenómeno; pues entendemos que nuestro propio objeto de estudio se construye con todas esas condiciones que marcan la infancia y adolescencia obesa.

3.1.1.2. Expansión interactiva de las categorías científicas

El enfoque biocultural que planteamos conecta con la idea de Hacking de que las personas actúan en base a categorías interactivas, pudiendo modificar su conducta en función de los hechos sociales que acontecen a su alrededor, de las clasificaciones, los mensajes expertos que reciben y los efectos que estos tienen sobre su identidad, sus relaciones y sus experiencias. El enfoque hackingniano sugiere estudiar la alimentación como producto de una historia social en la que las personas toman decisiones e interactúan con su entorno, entrando en juego aspectos subjetivos como la propia experiencia con una enfermedad o el capital cultural, social, simbólico, económico propio, o del entorno familiar.

Este autor entiende que las personas están sometidas a un continuo proceso de negociación y ajuste entre la teoría y la práctica, entre la ciencia que clasifica al ser humano en base a categorías, y la realidad social cotidiana, produciéndose lo que denomina: efecto bucle. En función de este proceso, lo que se pueda conocer sobre las personas de una clase determinada, en un momento determinado, puede resultar falso, ya que estas pueden haber cambiado en virtud de lo que creen de sí mismas, tras dicho proceso de negociación o interacción social.

Por lo tanto, el efecto bucle explica la forma particular en que las clasificaciones humanas pueden interactuar con los cuerpos y las mentes, lo cual

Hacking reúne en un término denominado *biobucle*. En el mismo, las personas entran a formar parte de un compendio de ideas, normas y prácticas sociales de un tema en particular, en nuestro caso, referente a la alimentación; todo esto da lugar a nuevas nociones y representaciones sociales, desplazando o transformando las antiguas. Por ello nos sentimos motivados a explorar los efectos que generan los etiquetamientos terapéuticos y sociales sobre los niños y adolescentes obesos (Palacios y Navas, 2016). La noción de *biobucle* resulta una aportación especialmente interesante, dado que las realidades biopsicosociales que envuelven al fenómeno de la obesidad infantil y juvenil, en los que se ven envueltos aspectos relativos al cuerpo, se han visto afectados por la esfera virtual, como se observa por el impacto de los mercados y campañas comerciales de productos alimenticios, cuyas estrategias simbólicas tienen un gran poder persuasivo y educativo para la población infantil y adolescente (Morales, 2006).

3.1.1.3. *Ajuste con la práctica*

Otro concepto de I Hacking de gran aplicabilidad en nuestro estudio es el de "ajuste". Según este autor, las ideas que posee una matriz social, son aceptadas por la mayoría de sus integrantes, modelando así una serie de comportamientos que dan lugar a una norma, en cuya desviación las personas no suelen querer estar debido a la necesidad de ser aceptados por los demás. En respuesta a esta necesidad, los individuos adaptan sus prácticas a dichas ideas o convenciones mediante un ajuste con la práctica. Esto es lo que le sucede, por ejemplo, a una de las madres de nuestros grupos de discusión, cuya experiencia de discriminación por desviación de la norma, le supone un trauma que no desea volver a experimentar. Se trata de una mujer casada, con dos hijos:

Moderador: "¿Creen ustedes que la obesidad infantil sea una enfermedad?"

Madre 2: “De todas formas hay pequeños matices, yo por ejemplo no he contado que cuando era pequeña sí que me crié, no gorda, pero sí un pelín más rellenita yo por ejemplo comparada con mi hermana, pues yo era la gorda de la casa. Sí que es verdad que fue algo metabólico porque a mí fue venirme la menstruación y quedarme, cuando pegué el estirón me quedé delgada. A mí se me quedó ese recuerdo de cuando era pequeña, (habla en un tono muy bajo) que yo no sé si es un tipo de trastorno, de cuando era pequeña que me decían: ‘venga vamos a jugar al no sé qué’, ‘venga tú para mi equipo, no, no, tú no’”.

Moderador: “¿cree que esto ha condicionado su alimentación?”

Madre 2: “Yo creo que sí, porque eso ya se te queda grabado y es como el síndrome del patito feo, al final eso te queda un poco ahí, las raíces te quedan a lo largo de tu vida y dices <yo no quiero volver a pasar por eso> yo no quiero volver a sentirme gorda”.

(Grupo padres Mar Menor, 2018)

Este ajuste con la práctica pone de relieve la importancia de entender a los padres y a los menores como categorías interactivas, debido a la forma en que les afectan las opiniones de las autoridades sanitarias, de los expertos y de las personas de su entorno, llegando a generar en ellos autoconciencia de ser obesos, pudiendo provocar rechazo o aceptación hacia sí mismos. Nuestra tarea consiste en explorar el valor de los mensajes científicos en el proceso de normalización de las diversas formas corporales, en interacción con los ideales corporales ya asentados en la sociedad, y los desplazamientos o cambios que estos ideales puedan haber experimentado.

En relación con este aspecto, Díaz (2000) y Warin et al. (2008), observan que los padres de niños y adolescentes obesos tienen una percepción distorsionada de

los mismos, o incluso respecto a la obesidad propia. Esto no resulta extraño para estos autores, al tener en cuenta el estigma que sufren las personas obesas. Este estigma se transmite y asienta a través del lenguaje, mediante el empleo de términos como “fuerte”, “grande” o “grueso” en diversos contextos sociales, los cuales pueden esconder la necesidad de reducir la carga emocional que supone ser obeso o sentirse enfermo. No obstante, se observa que los discursos se convierten en hábitos, como analizaremos más adelante, al convertirse en esquemas de pensamiento y acción que son compartidos por personas de diferente clase social, edad y género.

En esta línea argumentativa, Hacking (2001) refiere que debido al carácter contingente de las matrices, estas poseen la capacidad de cambiar las condiciones de las personas cuando estas últimas se encuadran dentro de una definición o se relacionan con un hecho perteneciente a una matriz determinada. Como ejemplo de esto, el autor expone la matriz de “mujer refugiada”, que vincula a un determinado grupo de personas bajo unas características compatibles con la misma, como: emigrar de su país de origen buscando una vida mejor, haber sufrido maltrato o carecer de apoyo familiar, entre otras. Además, las “mujeres refugiadas” al ser clasificadas, adquieren un status en la sociedad que les da derecho a determinados privilegios que para ellas resultan vitales, como un permiso de residencia, alojamiento o trabajo. El cambio de una condición a otra, gracias a la clasificación en una matriz social determinada, es un ejemplo del efecto bucle, teniendo las personas la capacidad de cambiar las categorías interactivas.

El ejemplo de la mujer refugiada presenta semejanzas con el fenómeno de la obesidad infantil, pues observamos que la clasificación de la obesidad infantil y adolescente como una epidemia generan el efecto de entender a los niños y

adolescentes como sujetos enfermos, y por tanto, el consiguiente reconocimiento colectivo de que necesitan ayuda médica. La cuestión es que no solo las personas asumen pasivamente esta condición y se introducen en trayectorias médicas concretas e intervenciones sociales específicas, sino que desde las instituciones también se asume que se debe intervenir, generando una conciencia colectiva del problema. En palabras de Hacking (2001):

Las clasificaciones pueden cambiar nuestras valoraciones de nuestros méritos personales, de la clase de persona moral que somos. A veces esto significa que las personas aceptan pasivamente lo que los expertos dicen de ellas y se ven a sí mismas desde ese punto de vista. Pero también se puede producir una realimentación de muchas maneras distintas. (pp. 216-217)

3.1.1.4 Objetividad, subjetividad y palabras ascensor

Hacking (2001) resalta la necesidad de diferenciar los juicios a los que se les pueden otorgar un valor real, de aquellos que proceden de deseos y percepciones del investigador, los cuales se identifican a través del uso de palabras ascensor. Estas suelen ser términos ambiguos de índole privado, como: realidad, conocimiento, verdad y hechos, ya que si bien desde un punto de vista constructorista pueden parecer palabras transparentes y estables, según este autor se deben evitar en toda investigación social, debido a que son ambiguas y cambian de sentido y valor, como ocurre con conceptos como: períodos de tiempo, los niños pequeños, el comportamiento nervioso o la consideración afectuosa. Según Hacking (2001):

(...) algunos de los debates más generales, y virulentos, sobre la construcción social terminan con argumentos profundamente cargados con estas palabras, como si sus significados fueran estables. Pero cuando investigamos sus usos a través del tiempo, encontramos que han estado

flotando libremente de manera notable. Éste no es el lugar adecuado para explorar esas cuestiones. Las dificultades con estos nombres y adjetivos proporcionan una razón para desconfiar de los argumentos en que se usan, especialmente cuando se nos pide que nos deslicemos de uno a otro sin reparar en cuán delgado es el hielo sobre el que estamos patinando. (p. 52)

Debemos tener claro que las ideas son concepciones, creencias e interpretaciones teóricas no necesariamente privadas, que pueden ser rebatidas, discutidas, refutadas, aceptadas, trabajadas, clarificadas o compartidas fuera del ámbito privado, de manera que no son exclusivas de quien las piensa y las crea a partir de su experiencia en el mundo. Esto se constata por el hecho de que las ideas pueden agruparse, clasificarse y subdividirse en conjuntos, grupos y clases, pueden ser claras, útiles, profundas, sugerentes, estúpidas o distintas, al mismo tiempo que pueden ser propias de grupos, procesos, comportamientos, como: personas (niños), etapas de la vida (infancia), condiciones físicas (salud, autismo), prácticas (abuso infantil, excursiones), acciones (lanzar una pelota, violación), clases (alta, media, baja), experiencias (enamorarse, ser discapacitado), relaciones (de género), objetos materiales, entre otros. Algunos de estos elementos pueden ser ontológicamente subjetivos, mientras que otros pueden ser epistemológicamente objetivos. Al respecto, en nuestro estudio encontramos objetos como: los niños y adolescentes obesos, prácticas alimenticias, condiciones sociales y materiales, platos, ingredientes, aditivos, dietas o estrategias de manejo del peso. Y subjetividades como: concepciones sobre la salud-enfermedad, concepciones sobre alimentación sana, simbolismo de los alimentos, consignas de organización familiar, prioridades paternas con respecto a los hijos o valores familiares, entre otros.

Como apunte final sobre las aportaciones de Hacking a este estudio, queremos destacar que en las investigaciones de carácter construccionista, se suele hacer referencia a las diversas realidades que son construidas, entendiéndose que la percepción, el sentir, la experiencia de la realidad, el sentido común, así como la propia confianza, son resultado de la experiencia social. Mantener un enfoque construccionista puede resultar liberador para aquellas personas que se encuentran señaladas por la sociedad o por las miradas expertas, como es el caso de los padres de niños y adolescentes obesos, a menudo culpabilizados por alimentar a sus hijos de forma inadecuada o no fomentar en ellos una vida activa. Sin embargo, no podemos conceder todo el protagonismo a estas perspectivas, pues estaríamos descartando a los individuos implicados en este fenómeno, como si en parte no fueran responsables también de lo que les sucede.

En definitiva, el objetivo que se plantea en nuestro estudio, teniendo en cuenta el concepto de categorías interactivas y el efecto bucle, es ponderar y reservar un espacio en nuestro modelo explicativo para el análisis de la repercusión de las clasificaciones que los expertos hacen en las prácticas alimenticias de las familias, niños y adolescentes, y las estrategias que estos adoptan para reducir su problema cuando éstos son diagnosticados como obesos o como individuos con sobrepeso.

3.1.2. Hábitos y tendencias alimentarias familiares

¿Qué nos puede aportar Bourdieu a nuestro estudio? De un modo muy sintético, podemos decir que el autor propone un método de análisis social capaz de captar marcos de saberes y prácticas que condicionan las acciones y decisiones de los individuos, cuya posición social y condiciones vienen determinadas por las diferentes formas de capital que posean: económico, cultural, social o simbólico.

Igualmente, observa que dichos capitales y las ideas que los sustentan, adquieren valor en función de un espacio social concreto denominado campo (Bourdieu, 2002). Es decir, que el campo sería el marco de reglas que permiten la puesta en juego de los capitales, dotándolos de valor. Los esquemas de comportamiento y pensamiento que se desprenden de este juego, serían lo que este autor denomina *habitus*.

La posibilidad de analizar con un solo concepto como el *habitus*, la implicación que tiene la alimentación en las relaciones sociales, los elementos que intervienen en la conformación de los estilos de vida, la formación del gusto o la perdurabilidad de determinadas prácticas alimenticias, entre otros aspectos, nos motiva a explorar su capacidad de analizar el fenómeno de la obesidad infantil y adolescente. Pues ante lo que pudiera parecer un acto sencillo, podemos encontrar racionalidades en las que intervienen relaciones de género, de clase social, gustos, identidades y en general ideas y creencias incorporadas, en su mayor parte, de forma inconsciente. Además, la aplicabilidad de los conceptos de P. Bourdieu no solo se circunscribe al estudio de las relaciones de dominación entre clases sociales, pues el propio autor refiere que las teorías y conceptos deben emplearse para explicar el rompecabezas social, por lo que pueden ser utilizados con diferentes enfoques con el fin de crear explicaciones fundamentadas empíricamente. No obstante, en lo que respecta al tema concreto de las clases sociales, tomamos cierta distancia del estructuralismo bourdieano, pues como afirma Lamont (2010), el poder y la distinción entre clases se manifiesta de forma diferente dependiendo del campo social en el que los sujetos se encuentren inmersos, luego, la lectura de las relaciones sociales debe ser más dinámica de lo que sugiere este autor.

Bourdieu, preocupado fundamentalmente por la reproducción de las fuerzas de dominación cultural y por los procesos sociales y cognitivos que generan las prácticas culturales, trata el tema de la alimentación en su obra "La distinción" (1988), una crítica social de la valoración del gusto. Para este autor, las diferencias culturales de los gustos y prácticas, incluida la alimentación, están determinadas por las clases sociales. La circulación y el acceso a ciertos bienes no se explican sólo por la pertenencia o no a una clase social, sino también por la diferencia que se engendra en lo que se considere como digno de transmitir o poseer. Es decir, no solo se explica por la manera en que se distribuye la oferta, las alternativas culturales o la posibilidad económica para adquirirlos, sino también, y sobre todo, por la posesión de un capital cultural y educativo que permite a los individuos consumir las alternativas factibles.

En sí la idea de clases sociales expuesta por P. Bourdieu nos sirve únicamente para comprender que él trabaja estos conceptos desde la perspectiva de la superestructura y la estructura económico-social, como determinante de una especie de conciencias de clase, pero no en la misma tónica de las clases que refiere I. Hacking, sino desde la capacidad de éstas para adquirir alimentos y hábitos acordes a un cierto status social. En cambio, I. Hacking va directo a la categorización del sujeto obeso, en este caso, y más directo a aspectos subjetivos y comportamentales asociados a una categoría interactiva.

Para P. Bourdieu, las clases sociales son un reflejo del poder socio-económico y del trabajo en una sociedad capitalista mucho más segmentadas que la división social propuesta por marxista. Luego, lo que busca es mostrar que a través de ellas se puede transformar la sociedad, y que las estructuras de clases pertenecen a ciertos campos donde pueden coincidir, más no en los rangos, debido a la jerarquización de los mismos.

3.1.2.1. Reglas del “juego social”: el campo.

Según Bourdieu (2005) el campo es un juego en el que no existen unas reglas o normas explícitas, siendo los recursos que las personas ostentan, que denomina capitales, un instrumento para competir en este. Cada campo posee un tipo de interés, un tipo de ilusión que pone de relieve los aspectos que más valor tienen dentro del juego, y que se pueden interpretar como un conjunto de reglas virtuales que ejercen un dominio en el plano práctico. Bourdieu y Wacquant (1995) utilizan el término “interés” para designar la forma en que las personas reconocen o aceptan lo que acontece en el juego social, lo que otorga importancia para que determinadas acciones merezcan la pena ser llevadas a cabo. El reconocimiento implícito o explícito de este valor está vinculado a la posibilidad de ocupar diferentes posiciones dentro del juego, dependiendo de la cantidad y el tipo de capital que se posee. Para comprender el papel que juegan estos capitales, estos autores lo explican utilizando la metáfora de las fichas de colores que permiten tener una determinada posición y fuerza en el juego. No obstante, frente al mismo valor de capitales entre dos individuos (misma cantidad de fichas), pueden variar las estrategias empleadas por uno u otro (según sus fichas de distintos colores), y con ello variar su posición social, aunque esto también dependa de la evolución que experimente en el tiempo, el volumen y la estructura de los capitales que se posee.

En este orden, conforme a Criado (2004), entendemos que el campo de nuestro estudio está compuesto por un corpus de conocimientos común a todos los sujetos inmersos en este “juego social”, que se compone de categorías y teorías heterogéneas, cambiantes y en ocasiones contradictorias. El campo de nuestro estudio está compuesto por consejos sobre actividades de la vida diaria, mensajes nutricionales y dietéticos promovidos por instituciones sanitarias y expertos del

campo biomédico, por la influencia de los consejos culinarios de agentes sociales de autoridad como los chefs y expertos en cocina, por las industrias alimentarias y laboratorios que financian investigaciones y publicitan sus productos, desprestigiando a otros de la competencia, como ha sucedido en España con el anuncio publicitario del zumo Don Simón en 1995 (Pardo, 2004). Y también se compone de los medios de comunicación que difunden estudios de dudoso prestigio científico, de profesores que transmiten conocimientos nutricionales en los colegios, de abuelos que cuidan de sus nietos y les transfieren sus conocimientos y prácticas, y de los padres como responsables directos del cuidado y alimentación de sus hijos.

3.1.2.2. *Transferencias y concepciones: los capitales*

Para Bourdieu (2001) es necesario utilizar el concepto de capital para comprender la estructura y el funcionamiento del mundo social en todas sus manifestaciones, no solo la reconocida por la ciencia económica. Dicho capital puede manifestarse de tres formas distintas: como capital cultural, capital económico o capital social. También se puede encontrar el capital simbólico, que es la forma en que los tres tipos anteriores se transforman cuando son interpretados mediante categorías de percepción que reconocen su lógica específica o desconocen la arbitrariedad de su posesión y acumulación (Bourdieu, 2005).

Entendemos que reinterpretar este concepto como un tipo de *capital alimentario* puede servir para explicar diferentes aspectos objetivos de las circunstancias sociales, así como las subjetividades involucradas en la alimentación de niños y adolescentes como, por ejemplo, la conformación del gusto, las relaciones de dominación entre hombres y mujeres, o el valor que los sujetos otorgan a la forma corporal y a la salud en función de su identidad

cultural y social. Además, podemos explorar los elementos objetivos y subjetivos que dificultan o favorecen la transmisión de saberes y prácticas culinarias entre generaciones, tras la exposición de los sujetos a nuevos conocimientos científicos ya los cambios de orden social, económico y cultural, se consideran como un proceso de transferencia de capitales y de transformación.

3.1.2.3. Capital cultural

Es un término que Bourdieu y Passeron, consolidan en la obra *La Reproducción* con el objetivo de enmarcar las competencias (lingüísticas, actitudinales y culturales) que son moldeadas y modificadas, dando lugar a un proceso de aculturación, por medio de la acción pedagógica y en favor de mantener un sistema jerárquico y circular de relaciones que garanticen una perpetuidad de las clases dominantes. Aunque el capital cultural se puede convertir en capital económico, según estos autores, el gusto se explica por la influencia de quien tiene mayor capital cultural frente al que tiene más capital económico, siendo la educación y la cultura los activos sociales que permiten determinar qué es el buen gusto.

El capital cultural se puede manifestar de tres formas: el incorporado, que es aquel que consiste en propiedades del “yo”, que son conscientemente adquiridas o heredadas a través de la socialización con la familia u otro tipo de redes sociales. El capital cultural objetivado, el cual está representado por materiales físicos en forma de bienes culturales, como libros, cuadros e instrumentos musicales. Finalmente, el institucionalizado que, siendo una forma objetivada, debe considerarse de forma separada porque, como sucede con los títulos académicos, es un tipo de capital especial que avala al propio capital cultural. Este consiste en el reconocimiento de las personas en función de sus

credenciales académicas, sus calificaciones y sus honores (Bourdieu y Passeron, 2008).

La capacidad de estos conceptos para analizar la forma en que las ideas, valores u objetos intervienen en las relaciones sociales ha sido demostrada en un gran número de estudios, aunque son pocos los que los utilizan de forma explícita para analizar la alimentación. Por ejemplo, Ulijaszek (2012) sostiene que el capital cultural incorporado podría ayudarnos a interpretar las diferencias de valoración del tamaño corporal en diferentes grupos sociales. Según este autor, el cuerpo no es solo una máquina para vivir, sino que es la herramienta con la que el individuo negocia un rol dentro de su matriz social. Por ejemplo, en las clases sociales bajas y determinados grupos étnicos, un tamaño corporal grande puede otorgar una posición social destacada dentro de su propio grupo, por lo que los mensajes sobre las repercusiones que un cuerpo grande tiene para la salud pueden quedar en un segundo plano. Además, para las personas con un nivel socioeconómico bajo, el poder seleccionar, comprar y consumir comida rápida puede ser el único capital cultural alcanzable. Otro tipo de capital cultural incorporado sería la forma en que las nuevas generaciones de inmigrantes adquieren los nuevos ideales de delgadez, reflejando un realineamiento con los jóvenes de su matriz social, con la finalidad de evitar el rechazo y el aislamiento en la Escuela o en su futuro lugar de trabajo.

El capital cultural objetivado puede explicar en nuestro estudio el gusto por la comida exótica, el consumo de platos minimalistas en restaurantes caros, el saber apreciar un vino caro, el seguir un protocolo durante las comidas o el rechazo de determinados alimentos por su carácter simbólico, como sucedía en el estudio de Duhart (2002), en el cual los ancianos del suroeste de Francia reconocían el maíz como comida de animales impropia para las personas.

Por otra parte, también puede explicar la capacidad de los individuos para aceptar visiones alternativas del fenómeno de la obesidad y sobrepeso. El capital cultural objetivado realmente adquiere un papel simbólico, ya que las clases sociales altas consumen alimentos que podríamos entender como indicadores de clase, por representar características como la originalidad, la exclusividad o el exotismo. En las clases sociales bajas los precios de los alimentos exóticos se convierten en algo prohibitivo, por lo que este simbolismo es suplantado con la comida rápida.

Según Ulijaszek (2012), entre finales de los años setenta y finales de los noventa, los adolescentes estadounidenses triplicaron el consumo de comida rápida, de un 6,5% a un 19,3%. Para el autor los mensajes de originalidad, éxito y exotismo que van ligados a los productos industriales y la comida rápida alcanzan un valor como capital cultural a través de la marca y la publicidad masiva. Este estado objetivado es acumulado por los individuos hasta que se identifican con la comida rápida, seleccionan una marca y después la consumen, con el agravante de que la comida rápida es más atractiva para los adolescentes. Esto demuestra también el carácter simbólico de la alimentación.

Al respecto, Bourdieu (1988) sugiere que las relaciones de distinción de clase marcan las preferencias en las elecciones alimenticias cotidianas. Los niños son capaces de identificar el valor simbólico de los alimentos a una edad muy temprana. Tal es el caso de los niños en edad preescolar en EE.UU, los cuales son capaces de identificar las marcas de alimentos anunciadas, y a los siete años de edad pueden llegar a comprar, mostrando preferencia por las marcas conocidas. Pampel, Krueger y Denney (2010) observan un consumo de alimentos saludable entre los grupos sociales de un nivel socioeconómico elevado, mientras que

estratos sociales bajos se distinguen por comportamientos que se identifican con una sensación de “libertad de elección” como el consumir comida rápida.

Kamhuis, Jansen y Van Lenthe (2015) identifican una gran variedad de indicadores de capital cultural a través de un cuestionario en el que se constató que este condicionante influye significativamente en la elección de los alimentos, ya que mientras que las personas de clase social alta eligen alimentos más saludables, acorde con sus conocimientos sobre nutrición y su capacidad de síntesis de las etiquetas de los alimentos industriales, las personas de clase social baja eligen los alimentos que ingieren en función de las ideas y creencias que han adquirido a través de experiencias de vida y los valores que le otorgan a los procesos de socialización, relacionándose con menores conocimientos nutricionales y un nivel educativo más bajo de los padres. Igualmente, Fagerheim (2016) exploró mediante entrevistas a profundidad, la importancia de la “alfabetización nutricional” y las habilidades para cocinar como un tipo de capital cultural que condiciona la selección de los alimentos. Como dato característico de su estudio, observa que la percepción y el valor que las personas dan a la salud y la enfermedad también influyen en la elección, tal como se desprende de las declaraciones de un informante cuando se refiere a la dieta en términos de “beneficios para la salud” u otro participante que presenta diabetes muestra interés por aquellas prácticas que reducen los niveles de azúcar en sangre.

3.1.2.4. Capital económico

Este capital da la posibilidad de adquirir bienes y derechos de propiedad. Según Bourdieu (2001), el poder de la clase dominante reside en su capital económico con el que tienden a imponer la legitimidad de su dominio mediante su propia producción simbólica o con la ayuda de ideólogos que sirven a los intereses de los dominantes, aprovechando el poder de persuasión que albergan

por delegación. La influencia del capital económico en las elecciones y prácticas relacionadas con la alimentación es obvia. Se ha descrito en diferentes estudios la relación entre el poder adquisitivo familiar y la obesidad infantil y juvenil, debido a que el mayor precio de frutas y verduras frente a los bajos precios de comida rápida, hidratos de carbono y grasas, condiciona la elección de los alimentos que compran los padres o los adolescentes (Mercado y Vilchis, 2013; Bonilla, 2012; Rodríguez y González, 2009).

Pese a que existe cierta controversia respecto a la relación entre el peso en la infancia y los bajos ingresos familiares, como se observa en el estudio de Shackleton (2017); en España el estudio Aladino (2015) muestra una tendencia al alza en las cifras de obesidad infantil en familias que tienen dificultades para llegar a final de mes, mientras que entre los niños y adolescentes de familias con mayor poder adquisitivo se reducen las cifras de sobrepeso y se estanca la obesidad. Estos resultados coinciden con lo expuesto por Frederick, Snellman y Putnam (2014) quienes, analizando los datos de dos encuestas nacionales de salud en Estados Unidos, observan que la prevalencia de obesidad sigue aumentando entre los jóvenes de 12 a 17 años de familias de un nivel socioeconómico bajo, encontrando diferencias tanto en la actividad física como en la ingesta de calorías. No obstante, aunque el gusto y la capacidad de elección está estrechamente ligado al capital cultural, el capital económico permite una cierta estabilidad que a la larga se traduce en normas y valores culturales (Kamphuis, Jansen, Mackenbach y Lenthe, 2015).

El capital económico puede influir en la alimentación de otras formas que pasan desapercibidas. Ulijaszek (2012) emplea el término “condicionalidad” para explicar cómo el capital cultural puede transformarse en una necesidad de gastar el capital económico para conseguir un objetivo en el que la salud se vea

implicada. Este autor observa actitudes como comprar una aplicación móvil para escanear etiquetas y así saber con mejor detalle la conveniencia de los alimentos. Según este autor en el extremo opuesto encontramos que el aumento de ingresos para determinados grupos sociales marcados por una historia de pobreza puede derivar en prácticas alimenticias poco saludables, como el caso en el que se coma diariamente en un restaurante o que se le dé a un niño dinero para que se compre el almuerzo, sin tener en cuenta que éste puede terminar comprando bollería en la cafetería del colegio o el instituto. Este último caso lo observamos en el siguiente relato de una abuela perteneciente al grupo “Centro Cívico”:

Abuela 1: mis nietos más grandes van ya solos a merendar, (...) ellos se apañan bien, se traen del quiosquillo unas cañas de chocolate y unas bolsas hasta arriba que se sientan aquí y se tiran toda la tarde comiéndoselas. Ellos en cuanto tienen algo de dinero, porque les da su tía Rosa que les da de vez en cuando dineros cuando viene a verlos, que la Rosa ha hecho muchos dineros en estos años porque le ha ido bien, y es verdad que en el Burguer con 12 euros comen “tos”.

(Grupo padres Centro Cívico, 2018)

3.1.2.5. *Capital social*

El capital social se caracteriza por la cohesión grupal y la cooperación mutua a través de relaciones sociales que proporcionan un beneficio a sus integrantes (Baron, Field y Schuller, 2000). Según Bourdieu (2005) el capital social otorga al que lo posee determinados privilegios y beneficios, pues éste es la suma de recursos, materiales o ficticios, que un individuo o grupo posee, y que le permite un reconocimiento a nivel más o menos institucional. El capital social puede servir en un momento dado para ganar una posición destacada en la sociedad, como cuando se le otorga un título nobiliario a alguien, por ello, lo

define como “la totalidad de los recursos potenciales y actuales asociados a la posesión de una red duradera de relaciones más o menos institucionalizadas de conocimiento y reconocimiento mutuo”. En otras palabras, se trata de “la totalidad de recursos basados en la pertenencia a un grupo” (Bourdieu, 2000, p. 148).

Para Bourdieu (2000) lo que diferencia una mera red de amigos y conocidos de la pertenencia a un grupo que genere capital social, es que esta red de personas tenga la capacidad de movilizar recursos para sus miembros. Se podría entender como una red de intercambio que va a conceder beneficios a sus miembros bien en forma de bienes materiales o simbólicos. Este sería el caso de aquella situación en la que resultas beneficiado si conoces a alguien que te puede recomendar un médico privado de prestigio para tratar la obesidad de tu hijo y aún más determinante es que una vez que conoces a este médico mejore la calidad de la atención que recibes, incluso dentro del sistema sanitario público. Christakis y Fowler (2007) observan que la posibilidad de que una persona sea obesa aumenta si las personas de su entorno familiar (un hermano o un cónyuge), presentan obesidad, e incluso entre personas del mismo sexo, luego este tipo de capital puede explicar la obesidad por la formación de redes de clase. Este capital explicaría el uso de figuras de éxito social para vender comida a través de los medios de comunicación por su capacidad de persuasión sobre el público infantil (Morales, 2006).

En cierto modo, la publicidad oculta el capital económico y juega con el capital social y cultural de las personas para crear este tipo de mecanismos de identificación simbólicos. Esta estrategia fue analizada también por Baudrillard (1974), quien considera que el cuerpo es utilizado como un objeto publicitario al servicio de una “economía política del signo”, en referencia a la forma en que el

cuerpo es exhibido como un símbolo social. Por otro lado, el capital social nos ayudará a analizar cómo los sujetos utilizan su red de relaciones sociales para aprender a alimentarse mejor o incluso manejar una enfermedad relacionada con la obesidad. Al respecto, encontramos estudios como el de Holtgrave y Crosby (2006), en el que se observa que un mayor nivel de capital social protege contra la obesidad y la diabetes.

3.1.2.6. *La estructura estructurante*

El habitus es un esquema colectivo de experiencia y percepción que da sentido a la práctica social. Se genera por un conjunto de condiciones materiales internalizadas durante la infancia. De esta manera, los diferentes gustos y prácticas culturales en las sociedades contemporáneas, se atribuyen a las diferentes experiencias de clase y a visiones específicas del mundo. Como resultado de una posición social objetiva, el habitus toma cuerpo en el individuo, da forma a sus gustos, a su manera de comer o beber, a sus gestos. El concepto de habitus permite a P. Bourdieu relacionar lo objetivo (la posición en la estructura social) y lo subjetivo (la interiorización de ese mundo objetivo). Esta aclaración es importante en P. Bourdieu, porque a pesar de que explica los aspectos objetivos-subjetivos, deja sentado que ambos están intrínsecamente relacionados. En este caso, cabría decir que el sujeto obeso tiene pensamientos e ideas clasificadas que conducen a su propia obesidad o, seguramente, puede ser que los preconceptos existentes en la sociedad acerca de la obesidad lo hagan calzar en esa idea. En el ámbito de los gustos y las prácticas alimentarias, el habitus también comprendería:

(...) un sistema de disposiciones durables y transferibles -estructuras estructuradas predispuestas a funcionar como estructuras estructurantes- que integran todas las experiencias pasadas y funciona en cada momento

como matriz estructurante de las percepciones, las apreciaciones y las acciones de los agentes de cara a una coyuntura o acontecimiento y que él contribuye a producir. (Bourdieu, 1988, p. 53)

Condiciones de vida diferentes producen habitus distintos entre uno y otro grupo social, ya que las condiciones de existencia de cada clase imponen maneras de clasificar, desear, gustar y sentir determinadas cosas. Como “estructura estructurante”, el habitus se constituye en el origen de las prácticas culturales y su eficacia se percibe cuando ingresos iguales se asocian a consumos distintos, que sólo pueden entenderse si se suponen principios de elección diferentes. De este modo, los gustos “de lujo” o gustos “de libertad” de las clases altas se oponen a los “gustos de necesidad” de las clases bajas. Los primeros son los propios de las personas cuyo mayor capital económico les permite elegir libremente los alimentos que consumen, los segundos se caracterizan por todo lo contrario, imponiéndose las comidas más económicas y nutritivas. Estas prácticas alimentarias permiten reconocer la existencia de información nutricional y una educación preventiva a la hora de alimentarse, no obstante, cabe destacar que la información más mediática, cubre a todos los sectores por igual, lo que aquí actúa es el capital cultural y el social.

El habitus distingue a los agentes que comparten un conjunto de conductas y juicios aprendidos, de ahí que los miembros de una misma clase social compartan las mismas afinidades electivas (gustos, lenguaje o aficiones). Para este autor el discurso simplista de la diferenciación social en base a jerarquizaciones no explica que se produzcan, por ejemplo, diferentes prácticas en personas que ocupan idénticas posiciones en la sociedad o, al contrario, que se produzcan regularidades al margen de las voluntades individuales. Por ello, el habitus nos

permite poner de relieve y explicar los gustos que son compartidos por personas con diferentes percepciones sobre la alimentación (Bourdieu, 2000).

Con este concepto, P. Bourdieu trata de superar la tradicional dicotomía entre el objetivismo y subjetivismo de las ciencias sociales, pues, según este autor, ambas visiones constituyen formas parciales de generar conocimiento sobre el mundo social. En el primer caso porque el objetivismo tiende a reducir las acciones y las interacciones a la estructura, y en el segundo, porque se inclina por reducir estructuras a las interacciones (Bourdieu, 2007). En su teoría del estructuralismo constructivista, Bourdieu (1988) sostiene que estas estructuras se articulan dialécticamente entendiendo que existen de forma objetiva e independientemente de la conciencia y la voluntad de los agentes mostrando capacidad para condicionar sus prácticas y representaciones. Y también existe un constructivismo, una estabilidad o trayectoria que mantienen a los sujetos en una determinada posición dentro del campo social y que se sustenta en los esquemas de percepción, pensamiento y acción, que constituyen el habitus y que determinan los gustos, las prácticas y los estilos de vida.

La puesta en práctica de las creencias y percepciones culturales, es la representación objetiva de dos circunstancias: por un lado, las relaciones entre los sujetos históricos situados en un espacio social y, por otro, las estructuras que los conforman como tales (Bourdieu, 2001). Esto explica la doble historicidad que abarca la noción del habitus que auto-determina la posición social de las personas mediante la comida y los tipos de capitales implicados en sus prácticas alimenticias, observando cómo se temporalizan y contribuyen a definir el tiempo del mundo, aunque a veces lo experimenten con incertidumbre e impaciencia como una realidad trascendente sobre la que carecen de influencia. Así, el habitus, como estructura estructurante o estructurada, introduce en las prácticas y

pensamientos los esquemas prácticos derivados de la incorporación (mediante el proceso histórico de la socialización, la ontogénesis) de estructuras sociales resultantes del trabajo histórico de las generaciones sucesivas (la filogénesis) (Bourdieu y Wacquant, 1995).

De las reflexiones y conceptos de estos autores se desprende que las prácticas habituales y repetitivas en torno a la alimentación, determinan una subjetividad que va a objetivarse doblemente en el acto de comer y en las actuaciones frente a condicionantes de salud como la obesidad.

3.1.2.7. El habitus como herramienta de análisis

El habitus nos permite explorar aquellas prácticas alimenticias cuya explicación puede ser limitada cuando se analizan en base a regularidades universales generadas por estructuras globales externas pues, como apuntan Bourdieu y Wacquant (1995), la pragmática universal no tiene en cuenta la historicidad, es decir, que los agentes no son "partículas" mecánicamente empujadas y tironeadas de aquí para allá por fuerzas externas" (p. 165). Tampoco seres aislados que se mueven únicamente por motivos internos, sino que son producto de su historia y su experiencia acumulada en el campo social. En este sentido, el habitus constituye una buena herramienta para explorar cómo las ideas sobre salud y enfermedad influyen en las prácticas alimenticias de los sujetos debido a la forma en que los distintos grupos sociales lo perciben en base a experiencias personales e ideas-percepciones incorporadas con las cuales los sujetos se identifican. En relación con esta circunstancia observamos estudios en los que los sujetos obesos que provienen de experiencias de pobreza y escasez de alimentos no perciben la obesidad como un estado que pueda ser peligroso para su salud, sino que más bien lo perciben como algo beneficioso (Sobal, 2004).

Esta distorsión entre la autopercepción de la imagen corporal y el estado nutricional real es observada en diferentes estudios tanto en la población adulta como joven (Cachelin, Rebeck, Chung y Pelayo, 2002; Madrigal et al., 2000). En Martín y Moreno (2005) se observa que el discurso médico sobre salud-enfermedad y alimentación no penetra de igual modo en los distintos segmentos sociales sino que se mueve entre dos polos. Uno cercano al discurso científico, que denominan legítimo, representado por aquellas personas con mayor capacidad para apropiarse del discurso médico, que por su mayor capital cultural se alimentan de forma saludable para prevenir las enfermedades. El otro polo es el tradicional, en cuyo marco encontraríamos a aquellas personas que solo prestan atención al discurso médico en el caso de que aparezca una enfermedad y que, es más flexible en tanto se aleja de las categorías médicas.

Gross y Rosenberg, (2010) observan que las elecciones alimenticias responden más a los valores sociales atribuidos a los alimentos que a los valores nutricionales. Por ello, en su estudio las personas criadas en un estilo de vida propio de la clase media encontraron dificultades para adaptarse a un modo de vida más modesto. Ono, Kennedy, Reeves y Cronin (2012) observaron las dificultades que presentaron un grupo de futbolistas para cumplir con los requisitos dietéticos que se les exigía para el desempeño de su profesión, como consecuencia de los gustos adquiridos durante la infancia.

Ferzacca (2004) observó cómo había cambiado el valor de los alimentos cuando las personas deben seguir una dieta por necesidad al presentar diabetes. En este caso, la terapia nutricional promovió un sabor por “necesidad” frente a la libertad en la elección que simbolizaban los alimentos que se consumían en la infancia como la carne, la mantequilla, los almidones y el aceite, entre otros. Warin et al. (2008) utilizan el habitus para explorar como las experiencias de vida

influyen en la alimentación y la génesis de la obesidad, observando que son un factor determinante en la alimentación familiar. Mellor, Blake y Crane (2010) lo utilizan para analizar la influencia de los vínculos de amistad en el consumo de alimentos, Counihan (1999) para investigar la forma en que la alimentación se codifica como algo femenino debido a la asociación entre la mujer y su capacidad de producir alimentos (leche materna), De Vault (1991) y Warde y Hetherington (1994), observan la relación entre alimentación familiar y los significados de la madre y la feminidad, Tomlinson (2003) utiliza el habitus para explorar los diferentes gustos por la comida en función de la clase social, el género y la educación, y Regnier (2009) para llegar a un mayor nivel de concreción sobre qué se entiende por comida saludable y qué adaptaciones se llevan a cabo en los gustos para conseguir el objetivo de la salud en función de la clase social.

3.1.2.8. La producción cultural del gusto representada por los habitus

Según Bourdieu (2002) el habitus está vinculado a la alimentación por los significados y la relación que guardan las personas con la comida en función de su clase social. Así mismo, para unos la alimentación está vinculada a la belleza, la salud o la fuerza, para otros es un instrumento que les permite mantener un determinado estatus social. pero también, el gusto puede llegar a ser una elección forzada cuando las condiciones socioeconómicas lo requieren, como cuando los obreros de las clases populares comen alubias, dejando de lado el gusto por el lujo frente a la necesidad.

Diferentes estudios han explorado las relaciones entre el gusto por la necesidad y el sabor del lujo-libertad, observándose similitudes entre personas de las mismas clases como una insignia de identidad (Atkins y Bowler, 2001). Murrieta (2001) y Gross y Rosenberger (2010), apoyan esta idea del gusto aprendido de P. Bourdieu. Regnier (2009) entiende que el gusto por los alimentos

saludables de las clases altas, se debe a un mejor cumplimiento de las normas dietéticas, correspondiente a su mayor capital cultural, produciéndose una adaptación del gusto a la norma médica. Por lo que las prácticas alimenticias ligadas a experiencias de vida, son intercambiadas por una concepción moral de la alimentación que supone una antítesis de la libertad que precisamente las personas de clase baja quieren representar con el consumo de comida rápida.

Øygard (2000) refiere que la elección de la comida no está solo relacionada con cuestiones económicas, sino también con el capital cultural, sobre todo a la hora de elegir determinados alimentos. Así, mientras que en los grupos de nivel socioeconómico bajo se observó un gusto por la necesidad como representa el consumo de determinados alimentos que “sacian” o “llenen”, coincidiendo con P. Bourdieu, el consumo de alimentos saludables estaba vinculado a un capital cultural más rico.

Por otro lado, el estudio de Kraaykamp (2002) pone de relieve que el capital económico o social no determina tanto como el capital cultural pues, aunque dentro de las clases también se dan diferencias, en general, las personas con mayor capital económico y cultural suelen mostrar gustos alimenticios más cercanos a las élites.

Respecto a la influencia del capital cultural en la alimentación de los niños, encontramos los estudios de Fismen, Samdal y Torsheim (2012) y Bugge (2005), los cuales resaltan que la familia ejerce un enlace entre el individuo y la sociedad mediante la transmisión de valores, normas y consideraciones que preparan al niño para formar parte de la comunidad. Igualmente, Abel (2008) refiere que cuando las personas se encuentran dentro de un marco de seguridad alimentaria y económica, las elecciones alimenticias son guiadas por el capital cultural que interviene en la gestión de los recursos económicos que se disponen y permite

elegir entre la amplia gama de productos disponibles. Incluso la propia OMS, (1998) reconoce implícitamente la influencia del capital cultural en las elecciones de salud, pues señala que la alfabetización en salud resulta crucial para adquirir las habilidades cognitivas y sociales necesarias para que los individuos tengan la capacidad de acceder, comprender y utilizar información que promueva y mantenga una buena salud.

Otra circunstancia que denota la relación entre comida y cultura son las inversiones de los gustos alimenticios. En el capítulo “Estado de la cuestión” señalábamos que la obesidad ha pasado de ser en otras épocas una condición predominante en las clases altas, a estar vinculada a personas pertenecientes a clases más desfavorecidas en la actualidad (Sobal y Stunkard 1989; Kirchengast et al., 2004; Rennie y Jebb, 2005; Stamatakis et al., 2005; Monteiro, D’A-Benicio, Conde y Popkin, 2000; Aladino 2015). En estudios epidemiológicos se ha observado que la obesidad es hasta seis veces más prevalente en mujeres de grupos sociales con bajo nivel socioeconómico (Sobal y Stunkard, 1989; Stunkard y Sorenson, 1993). Estas inversiones también encuentran explicación en las teorías de P. Bourdieu. Según el ilustre sociólogo una clase social aspira a alcanzar los valores de la clase social más alta cercana a ellos. En este marco, una determinada práctica social inalcanzable para las clases sociales medias y bajas en un momento determinado, puede empezar a ser adoptada por éstos y dejar de ser exclusiva e incluso, ser abandonada por las clases altas. Luego la alimentación cumple una función de distinción social para determinados grupos sociales. Como ejemplo:

(...) deportes aristocráticos, como la equitación o la esgrima (o, en Japón, las artes marciales), ya no son ahora algo tan privativo de los aristócratas como lo fueron en sus inicios (...) Una práctica inicialmente aristocrática puede ser abandonada por los aristócratas —y eso es lo que sucede las más de las

veces— cuando empieza a ser adoptada por una fracción creciente de los burgueses y de los pequeñoburgueses, incluso de las clases populares (así ocurrió con el boxeo en Francia, que los aristócratas de las postrimerías del siglo XIX solían practicar); inversamente, una práctica inicialmente popular puede ser recuperada en un momento concreto por los aristócratas. (Bourdieu, 1997, p. 15).

Montanari (2006) en su libro *La comida como cultura*, nos habla de algunas inversiones alimenticias que, en conexión con las representaciones culturales y sociales, intervienen en la formación del gusto y la elección de los alimentos. Como ejemplo de este aspecto nos habla del consumo, por parte de los campesinos europeos, de un pan elaborado con cereales considerados inferiores en épocas no muy remotas como el centeno, la espelta o la cebada; llegando a forjarse con el paso del tiempo una cohesión y pertinencia que trasciende de lo psicológico y lo fisiológico, lo que no significa que, en un principio, estos campesinos no desearan comer el pan blanco y refinado de los ciudadanos y señores.

Curiosamente hoy en día se da la circunstancia de que aquel “pan de pobres” (pan oscuro) se ha convertido en un pan de élites encontrándose en herboristerías y tiendas especializadas como símbolo de una ruralidad incorrupta, por lo que el consumo se torna más ideológico que placentero (desigualdad, 2006). Podemos añadir más inversiones del gusto motivadas por cambios históricos, económicos e ideológicos como el consumo de especias en la Edad Media por las clases dominantes que decayó entre las élites conforme aumentó la oferta y disminuyó el precio pasando a ser un artículo asequible para un mayor abanico de consumidores. Otra inversión observada por Montanari (2006) es el cambio del gusto en un contexto de riqueza, pasando de la preferencia por una ingesta abundante a la búsqueda de consumo de comida “rara”, por tratarse de

un cambio de preferencias encaminado a comer una comida llamativa que invite a comer más.

Wills, Backett, Roberts y Lawton (2011) observan que un mayor capital cultural de los padres en las clases medias no solo les permite comprar y ofrecer una gama más amplia de alimentos a sus hijos, sino que sus prácticas tienen una proyección hacia el futuro, es decir, que toman conciencia de los efectos que a largo plazo puede tener el consumo de determinados alimentos. Por otro lado, las clases trabajadoras están orientadas al presente, transmitiéndoles a sus hijos determinadas prácticas cuya máxima es el “hoy”. En el estudio de Coveney (2010) se observa cómo las experiencias personales marcan la forma de enfocar la alimentación. En esta investigación los autores sostienen que existe una “racionalidad de clase”. Así, mientras que en las clases medias el discurso científico suele estar presente para expresar la comprensión de la comida, en las clases trabajadoras los padres ven la alimentación desde el punto de vista funcional, para abastecer el cuerpo de la energía que necesitan los niños para desempeñar sus actividades diarias, también se aprecia como un elemento relacionado con el comportamiento o el crecimiento, entre otros.

Los esquemas señalados son sólo algunos de los ejemplos que dan, si cabe, mayor validez al habitus como herramienta analítica, y ponen de relieve la importancia de los aspectos culturales y relacionales involucrados en la alimentación. Por ello, diferentes autores reconocen, conforme a Marcel Mauss, que la alimentación es un “hecho social total” (Herrera, 2010; Criado y Pestaña, 2005; Contreras y Gracia, 2005, 2006). Montanari (2004), por su parte, refiere que:

La comida es cultura cuando se produce, porque el hombre no utiliza solo lo que se encuentra en la naturaleza (como lo hacen todas las demás especies animales), sino que ambiciona crear su propia comida, superponiendo la

actividad de producción a la de captura. La comida es cultura cuando se prepara, porque, una vez adquiridos los productos básicos de su alimentación, el hombre los transforma mediante el uso de fuego y una elaborada tecnología que se expresa en la práctica de la cocina (p. 9).

Este autor concluye que el hecho de recolectar, preparar, añadir especias, aromas, gusto, a la comida, es un arte en el sentido de la creación, claro está que éste se produce conforme a las posibilidades económicas y al propio capital cultural.

Menell (1995) fue uno de los pioneros en explorar cómo el gusto está controlado y estructurado por la cultura. En su libro *All Manners of Food* refleja cómo en cada grupo social existen unas normas que regulan la forma de alimentarse que suelen estar muy vinculadas a la forma en que se distribuye la comida, conformando una cultura gastronómica. Para Levi-Strauss (1968) el simple paso de lo crudo a lo cocido ya supone un hecho cultural, afirmando que la utilización del fuego para la tarea del cocinado se puede interpretar como una forma de manipular culturalmente la comida.

Fischler (1995) profundiza en este enfoque cultural observándolo como algo inherente a la sociedad, entendiendo que la alimentación posee dimensiones simbólicas, individuales y colectivas que denotan que el hecho alimentario va más allá de la función biológica de nutrir el cuerpo.

Convergencias y divergencias en los gustos.

Existen visiones que refutan en cierto grado los planteamientos de P. Bourdieu respecto a las diferencias de gusto entre clases sociales, como por ejemplo, Sato et al. (2014), los cuales sostienen que existen gustos compartidos por diferentes clases sociales. Aunque el caso del “gusto por el lujo”, presenta algunos matices pues, mientras que el refinamiento y el buen gusto en las clases sociales

altas lo simbolizan en el consumo de alimentos exóticos, en los grupos de nivel socioeconómico más bajo el buen gusto supone salir a comer fuera de casa en restaurantes de sierra, lo que supone un gasto mucho mayor que comer en casa o en restaurante de barrio.

Otro ejemplo de este gusto compartido se observa en el estudio de Morais, Gittelsohn, Unsain, Roble y Scagliusi (2016), en cual, a pesar de las diferencias entre clases, cada grupo social posee cierta aspiración a los gustos de otro grupo mejor posicionado. Así, mientras existe una predilección por los alimentos étnicos y saludables como símbolo de exclusividad en las clases altas, o un gusto por la carne y los restaurantes como un símbolo de refinamiento en las clases bajas; en las clases medias se observan gustos correspondientes tanto a clases bajas como a clases altas (comer en restaurantes y el consumo de comida étnica). En otros estudios de grupos sociales del mismo nivel socioeconómico se observan diferentes percepciones sobre lo que significa el “gusto por el lujo”. Estos cambios pueden estar motivados por el fenómeno de la globalización que según Contreras (2005), ha permitido a los actores moverse entre campos, al diluirse las barreras que tradicionalmente impedían que las personas con menos ingresos económicos pudieran acceder a productos consumidos por las clases altas. , los desarrollos tecnológicos e industriales han borrado las referencias culturales de la alimentación, dando lugar a nuevos productos que pueden ser identificados con el lujo como el producto alimenticio denominado “gula”, un sucedáneo de la angula pero de precio más bajo y, por lo tanto, asequible a personas con menor poder adquisitivo.

3.1.2.9. *El cuerpo simbólico: la distinción*

Bourdieu (2005) plantea que el cuerpo es una dimensión de lo social, es decir, la corporeidad humana que expresa la clase social, la producción cultural y

la ideología del grupo al que se pertenece. De esta manera la apariencia de los individuos es la imagen objetiva de los gustos adquiridos a través de su cultura. La forma del cuerpo expresa simbólicamente en las dimensiones (volumen, estatura, peso, las formas redondas, cuadradas, rectas o curvas), la manera en que aquél ha sido tratado, nutrido, mantenido, cuidado y, en definitiva, las construcciones más profundas del *habitus*. Para Bourdieu (2002) los gustos culinarios dependen de la idea que cada clase social tiene sobre el cuerpo y de los efectos que cada comida tiene sobre éste.

Mintz (1996), asevera: “lo que la gente come expresa quién es y qué es” (p. 40). Según este autor, las transformaciones en la dieta implican alteraciones profundas de la autoimagen de la gente, de sus ideas acerca de los valores contrastantes de la tradición y el cambio, y de la trama de su vida cotidiana. Por otro lado, conforme a Mauss (1971), el cuerpo es la herramienta básica a través de la cual los humanos ordenamos culturalmente nuestra experiencia en el mundo, alega que la alimentación es un “hecho social total”, pues con ella se expresan al mismo tiempo todo tipo de instituciones (religiosas, jurídicas y morales) que adoptan formas especiales de consumo, producción, distribución y prestación; que dan lugar a la producción y expresión de fenómenos estéticos.

En relación con esto, Serra (2007-2008) estudió los rituales de engorde de los habitantes de las islas del Pacífico, analizando las transformaciones que estas ceremonias han experimentado con el paso de los años. Advierte que para muchos tahitianos comer bien es sinónimo de comer mucho, como representación de la transferencia de un gusto tradicional por un tamaño corporal grande, encontrándose esta apreciación sobre todo en las clases bajas.

Vardi (2010) realiza un análisis histórico en el que se pone de manifiesto cómo se utiliza el tamaño corporal como un objeto de distinción, pues las clases

dominantes americanas (blancos) del siglo XX, organizaban competiciones de comida con personas afroamericanas pobres, contribuyendo a estereotipar a un grupo social y reforzando formas simbólicas de dominación por medio del cuerpo. Baudrillard (1983) refiere que el cuerpo obeso simboliza un exceso de alimentación cuyo origen es una carencia atávica; es decir, es la expresión del miedo a una experiencia reciente de escasez. Por ello, sostiene que la obesidad es el primer escalón del nuevo rico, cuyo cuerpo representa la primera expresión de abundancia como un modo de acumular ahorros en su propio cuerpo.

La distinción y simbolismo de la alimentación van de la mano, pues estos conceptos forman parte de un engranaje que explica cómo las prácticas alimenticias y los alimentos funcionan como un marcador de identidad y distinción en diferentes grupos sociales y en diferentes regiones (Saglio, 2006). Coveney (2005) afirma que las clases trabajadoras veían la comida como el combustible para abastecer de energía a la máquina del cuerpo, mientras que las personas de nivel social alto se distinguieron por un gusto refinado decantándose por alimentos “ligeros y delicados”. En esta línea, Pulici (2012) plantea recientemente, que la distinción sigue estando presente en la mesa de las clases sociales altas de Brasil, manifestándose no solo por cuestiones como la cantidad o el tipo de comida, sino por la forma en que se presentan los alimentos en la mesa y la forma de comportarse (los modales).

En este juego social, la carne era un alimento que distinguía a las personas de un nivel social mayor, mientras que el consumo de harina de yuca o mandioca, era un marcador de clase baja. No obstante, aunque la harina de mandioca representaba el “gusto por la necesidad”, por ser el símbolo de las limitaciones económicas de las clases bajas, también representaba un signo de identidad local y de oposición a la dominación.

Hetzel (2004) escudriña en las prácticas y rituales de los restaurantes de alta cocina, y afirma que pertenecen a un campo que los distingue por sus propias reglas y normas para elaborar la comida. Carvalho y Luz (2011) observan cómo los restaurantes de “comida rápida” utilizan el argumento de lo “natural” para captar clientes, debido al carácter simbólico de este tipo de alimentación, creando un nuevo orden alimentario más abierto a nuevas mezclas de estilos de alimentación.

Por otro lado, Costa, Zepeda y Sirieix (2014) refieren que las personas adquieren artículos orgánicos como un símbolo de identidad y distinción. Para los sujetos entrevistados que compraban comida orgánica, el valor simbólico de la misma estaba ligado al lugar donde se había comprado o al compromiso de los productores con la sostenibilidad. Bezerra (2009) investiga los significados de la comida servida en un centro escolar, observando un *habitus* que estructura y a su vez, es estructurado por las prácticas alimenticias. En este *habitus* la imagen de un estudiante con pocos recursos, que necesita un plato de comida y que come cualquier cosa, es representada implícitamente por el tipo de alimentos ofrecidos (alimentos pesados), por la organización del horario lectivo (teniendo en cuenta el horario del comedor escolar).

En Martín y Moreno (2005) la distinción se conjuga con aspectos prácticos cargados de simbolismo que representan el esquema de la “buena madre” cuyo entorno (hijos, marido, familiares y vecinos), con sus juicios y valoraciones retroalimentan este esquema y fomentan la perpetuidad de sus prácticas. Al respecto, Warin et al. (2008) observan una jerarquía de prioridades en la que la madre se sitúa siempre en segundo plano, ya que el cuidado de sí misma no entra dentro de este esquema de la “buena madre” Estos autores, al igual que Martín y Moreno (2005), identifican este *habitus* como un símbolo de distinción en el que la

entrega a los hijos es un principio fundamental en el esquema de la “buena madre”. Este *habitus* ya fue descrito por Mauss (1971) como el “obsequio”, y se detecta en otros estudios (Murcott, 1983; De Vault, 1991). Martín y Moreno (2005) profundizan en las implicaciones prácticas, afectivas y valorativas que categorizan el oficio del ama de casa, remarcando los constreñimientos a los que está sometido este desempeño y su influencia en la alimentación de los hijos y marido.

3.1.2.10. *Habitus de género: la violencia simbólica*

Las prácticas alimenticias de niños y adolescentes, además de estar moduladas por el *habitus* en los que quedan expuestas las relaciones de clase, el simbolismo de los alimentos o la distinción, también están mediadas por el *habitus de género*. El concepto de *habitus de género* fue acuñado por primera vez por Ashall (2004), proponiéndolo como una herramienta teórica útil en el análisis de las relaciones de poder que se dan entre el hombre y la mujer. La motivación para tenerlo en cuenta en nuestro estudio es que ha sido ampliamente reseñado que las mujeres son las que asumen las tareas del hogar, siendo las responsables de la alimentación familiar (hijos y marido) (Beagan, Chapman, D'Sylva y Bassett, 2008; Lupton, 2000; Criado 2004; Contreras y Gracia, 2005; Lahoz, 2006; Gil y Coria, 2007; Ballara, Damianovi, y Valenzuela, 2012; Gatley, Caraher y Lang, 2014; Yang, Buys, Judd, Grower y Locher, 2013).

La perspectiva del género ha sido empleada en diferentes estudios en los que se ha investigado el consumo de alimentos (Tivadar y Luthar, 2005; Øygaard, 2000; Cardona, López, Acevedo y García, 2008; Gloria, Soto y Oscar, 2005; Morales, 2016). Sin embargo, las relaciones de dominación implicadas no han cobrado el protagonismo necesario, o han quedado en un segundo plano, encontrándose pocos estudios que, como en Martín y Moreno (2005), o Contreras

y Gracia (2005), se analice la influencia de la dominación del hombre sobre la mujer en las prácticas alimenticias de los hijos.

Estos *habitus de género* se revelan como una violencia simbólica, es decir, la violencia se ejerce por desconocimiento, por no reconocerla como violencia, cuando los agentes sociales aceptan un conjunto de premisas como evidentes, considerándolas como naturales: “la violencia simbólica se instituye a través de la adhesión en la cual el dominado se siente obligado a conceder al dominador (por consiguiente, a la dominación)” (Bourdieu, 2000, p. 28). Según este autor, los agentes sociales son agentes conscientes, que contribuyen a estructurar y a otorgar cierta eficacia a aquello que los determina, pues la dominación surge de un ajuste entre los determinantes y las categorías de percepción que los posibilita.

Estas estructuras cognoscitivas se transmiten a través de la educación, los medios de comunicación, prácticas sociales y culturales, discursos médicos, entre otros; constituyendo verdaderas formas de dominación silentes que no son cuestionadas, y que permiten eternizar la posición de dominante frente al dominado como ocurre, por ejemplo, con la dominación masculina:

Y siempre he visto en la dominación masculina y en la manera como se ha impuesto y soportado, el mejor ejemplo de aquella sumisión paradójica, consecuencia de lo que llamo la violencia simbólica, violencia amortiguada, insensible e invisible para sus propias víctimas, que se ejerce esencialmente a través de los caminos puramente simbólicos de la comunicación y del conocimiento o, más exactamente, del desconocimiento, del reconocimiento o, en último término, del sentimiento (Bourdieu, 2000, p. 5).

De este mismo modo se generaliza la dominación de la mujer, que alimenta a sus hijos y lleva las riendas de su hogar, además de trabajar fuera. La asunción por parte de la mujer de su papel como cuidadora y responsable de la

alimentación de la familia, conlleva la interiorización de ideales de feminidad o masculinidad (Bourdieu, 1998). En este caso de la obesidad, importa enfatizar que violencia simbólica no solo contribuye a la estigmatización del niño y adolescente obesos, sino a la internalización de ideales perfeccionistas que puede derivar en problemas psicológicos, distorsión de la autopercepción de la imagen corporal y obsesión por la delgadez (Buddeberg, Klaghofer y Ree, 1999; Bernárdez, De la Montaña, Isasi, González y González 2009; Barker y Galambos, 2003). Paradójicamente, los dominados aplican categorías de pensamiento que favorecen a los dominadores, haciéndolas parecer como algo natural. Esto es lo que este autor entiende por autodepreciación o denigración sistémica, ligada a una imagen desvalorizada (Bourdieu, 2000), que es precisamente la que los niños y adolescentes piensan y sienten sobre sí mismos debido a la constante estigmatización de la que son objeto, y que puede devenir de la que socialmente existe entre sus mayores: hombres y mujeres.

La violencia simbólica enmascarada, repercute en la forma en que se organiza la alimentación familiar y, por tanto, la alimentación de los más jóvenes. Al respecto, una de las abuelas entrevistadas nos explica:

Entrevistador: estas diferencias que comenta entre hombres y mujeres ¿pueden influir en la alimentación de los niños y adolescentes? Por ejemplo, ¿colabora el hombre en casa a la hora de cocinar? ¿Se reparten las tareas de manera equitativa?

Emilia: eso no ha sido nunca, ni será,

Entrevistador: ¿por qué es así?

Emilia: pues, por lo que yo te digo, por el instinto de la persona, para que salga un crío que quiera arrimarse a la cocina, vuelvo a poner a mis nietos, por ejemplo, la cría viene, “¡abuela! ¿qué estás haciendo?, ¿te ayudo?, ¿cómo haces esto?, trae que pele yo la patata”, le sale a ella decirme “trae que te pelo

la patata” y el crío es totalmente diferente... cuando te dice “déjame, déjame que te ayude” y se pone, coge el cuchillo y le digo “bueno, na, ¡cuidado que te cortas al pelarla!” y él hace dos veces con el cuchillo encima de la patata así, ¡zas zas! y de seguido dice “¡vá!, esto no me gusta” y se ladea, entonces yo creo que es inercia de por sí, ya es la diferencia de ser crío a ser mujer.

(Emilia, 67 años, abuela, 2018)

En este relato se corrobora que la violencia simbólica está presente en nuestra cotidianeidad y pasa desapercibida en forma de esquemas de pensamiento que perduran con el paso del tiempo porque se perciben como formas de pensar y actuar que “siempre han sido así” o que están condicionadas por nuestra genética. La violencia simbólica es interiorizada y naturalizada calando en nuestros valores que se perciben como incuestionables e inmutables, conformando una violencia que podríamos tildar de estructural.

En la actualidad muchas de estas ideas se suman a los mensajes biomédicos culpabilizadores, que favorecen más la discriminación de las personas obesas (Carry, 2005; Sobal, 1991), el rechazo social y los problemas psicológicos que sufren, siendo especialmente significativo cuando se trata de adolescentes niñas, debido a que se encuentran en una etapa crucial de su vida en la que se está desarrollando su sexualidad y su personalidad (Velásquez y Alvarenga, 2001; Villaseñor, Ontiveros y Cárdenas, 2006; Striegel, Wilson, Wilfley, Elder y Brownwell, 1998). En estas etapas de la vida, como la infancia y adolescencia, las personas sienten una mayor necesidad de ser aceptados. Por lo que si a esto le sumamos la presión de los cánones de belleza imperantes en la sociedad, basados en la delgadez (Germov y Williams, 2001) y los estereotipos establecidos por la industria de la moda y por los propios expertos de la salud, observamos un clima en el que las personas obesas devienen con problemas de depresión y baja

autoestima (Martínez et al., 2008; Gil, Vega y Romero, 2007). No solo eso, sino que esa violencia que suponen los juicios populares y expertos vivenciada y percibida por las personas obesas, de forma tácita o explícita, genera en ellos un rechazo hacia los propios mensajes expertos y de no aceptación a colaborar en los estudios (Ramírez, 2016), haciendo de “oídos sordos” a consejos expertos (Warin et al., 2008).

3.1.3. La fragmentación del cuerpo en un modelo biopolítico

3.1.3.1. El cuerpo como mercancía

La mayor dificultad que se nos presenta para explorar el fenómeno de la obesidad infantil y adolescente desde un modelo biopsicosocial integrador, es la hegemonía de los planteamientos biomédicos y la minusvaloración de los enfoques psicosociales (Conrad, 1992). Esta reducción de la vida y los problemas de salud de los sujetos a las lógicas médicas, va ligada a una fragmentación de la persona en cuerpo y espíritu. Aun cuando la parte corporal o biológica sea el argumento fundamental para un disciplinamiento de los cuerpos y las conciencias individuales. En palabras de Illich (1974):

El lenguaje de las ciencias naturales que actualmente se aplica a todas las afecciones que estudian los médicos en realidad sólo corresponde a la enfermedad física. Esta se confina en el cuerpo, y se halla en un contexto anatómico, fisiológico y genético. La existencia real de esas afecciones puede confirmarse mediante mediciones y experimentos. (p. 150)

Entre tanto, Martínez (2009) sostiene que el discurso médico representa un “yo” que ha sido disuelto, desposeído de su parte física. El paciente es reducido a un objeto roto mientras su enfermedad se personifica. El autor lo explica:

En el intermedio de la medicina de finales del siglo XVIII y principios del XIX, se produjo una transformación tal de la ciencia médica que el modelo clasificatorio, externalista y neohipocrático de las enfermedades fue sustituido por una incursión sistemática en el espacio de los órganos. Como consecuencia de esta nueva articulación o episteme, el conocimiento médico se desplazó de una botánica de los síntomas a una gramática de los signos, de una visión holística de la enfermedad y del cuerpo a una perspectiva fragmentada de un “¿qué tiene usted?” a un “¿dónde le duele a usted? (p. 231)

La cosificación del ser humano a sus componentes biológicos tiene sus precedentes en el positivismo que surge en el siglo XIX y cuya figura más destacada fue Augusto Comte (1798-1857). Esta corriente defiende el monismo metodológico, es decir, que solo existe un método aplicable a las ciencias: el método de estudio de las ciencias físico-naturales (Comte y Reyes, 1979). El momento más álgido del positivismo fue en 1907, cuando se conformó el círculo de Viena, representado principalmente por el físico Philipp Frank, el matemático Hans Hahn, y el economista Otto Neurath. Sus reuniones tenían el objetivo de discutir temas de filosofía de la ciencia, originando un nuevo movimiento denominado: positivismo lógico.

El positivismo goza de gran relevancia en el ámbito científico en la actualidad, siendo el paradigma más empleado para generar conocimiento (Ramírez, 2009). Sin embargo, desde la epistemología médica, como ocurre con el fenómeno de la obesidad infantil y adolescente, no aclara la naturaleza social de las enfermedades, centrandó su interés en los aspectos individuales, biológicos o comportamentales.

3.1.3.2. Relaciones estables dentro de la modernidad líquida

Sirviéndose de los conceptos y teorías de Z. Bauman y M. Foucault, Martínez (2009) sugiere que el énfasis en el cuerpo es la proyección de la única relación que se mantiene estable en una sociedad, donde el cambio continuo es el referente de lo estructural. Según este autor, este vínculo dibuja las relaciones sociales del hombre de la urbe global convirtiéndose en un factor de cohesión económica, política y cultural, que organiza la experiencia de vida de los sujetos a partir de un sistema de valores y de representaciones caracterizadas por: ductilidad, la hibridación cultural, la complejidad, la innovación, la provisionalidad y también la incertidumbre. Ante la idiosincrasia de una sociedad sumida en una modernidad líquida, los ciudadanos se ven abocados a una reinención continua de sus vidas donde se arroja a los actores sociales “a un yo permanentemente impermanente, completamente incompleto, definitivamente indefinido y auténticamente inauténtico (p. 224)”. Y, si esto es lo que está sucediendo con los continuos y cambiantes mensajes nutricionales que se vierten a la sociedad y que, antes de que lleguen a asimilarse e incorporarse a las prácticas alimenticias, son sustituidos por otros mensajes nutricionales que desmienten los anteriores, generando probablemente desconfianza en las personas y por lo tanto rechazo de los consejos expertos.

Por otro lado, advertimos que la estabilidad de las relaciones mercantilistas a las que alude este autor, puede explicar no sólo la centralidad de los abordajes biomédicos en el cuerpo, sino otro tipo de relaciones contradictorias que denotan intereses gubernamentales y de empresas privadas que bloquean la solución de este problema, lo cual se observa en la reticencia de los gobiernos a aplicar medidas estructurales que ya se han puesto en marcha en otros países, como el etiquetado por semáforos de los envases de alimentos industriales, la estabilidad

horaria, económica y laboral de las familias o las limitaciones legislativas que eviten la expansión de la comida hipercalórica por centros escolares, centros de salud, hospitales o espacios donde los niños y adolescentes pasan su tiempo libre.

El discurso acusador de la medicina hacia los sujetos obesos ayuda a crear la percepción de que los Estados no forman parte de esta encrucijada, eludiendo su parte de responsabilidad. Como apunta Martínez (2009), se enmascara una relación que en parte es construida y que empuja al individuo a un hedonismo consumidor de tecnologías como el fitness, la cirugía estética o las videoconsolas, al igual que se consume felicidad a través de la comida, la moda o la cosmética; mientras que se le acusa de epicureísta y desobediente, por no seguir los consejos nutri-dietéticos y no realizar deporte regularmente. Según este autor, el cuerpo tiene un doble acometido en este sistema capitalista, por un lado se convierte en un artículo de consumo (el cuerpo-mercancía) cuando se utiliza en los slogans publicitarios para crear insatisfacciones y deseos; por otro lado, funciona como un agente activo de consumo (cuerpo-consumidor), que consume comida hipercalórica, dietas de adelgazamiento y horas de gimnasio. Este autor destaca que la ansiada libertad del hombre moderno por despojarse del capitalismo de la producción, que encorsetaba el cuerpo como un medio, ha pasado a una centralidad del cuerpo como medio para redefinirlo como un fin.

Se advierte que mientras que el cuerpo se objetiviza y se utiliza para tentadores anuncios publicitarios de comida industrial, a menudo hipercalórica y poco saludable, las autoridades sanitarias y los gobiernos dan respuesta al problema de una forma incompleta, naturalizando al hombre y personificando a la enfermedad. Es decir, considerando la obesidad como algo ligado a la naturaleza de los sujetos por ser estos hedonistas y genéticamente programados para acumular grasa; mientras que se resignifica la obesidad infantil como una

epidemia que se puede tratar con campañas educativas que, a modo de vacunas, combaten estos genes peligrosos para la salud.

De esta forma se construye una objetividad ficticia que desliga la enfermedad del sujeto, obviando la importancia de sus relaciones sociales, el papel de la pobreza, las dificultades para conciliar la vida laboral y familiar, entre otros, como el acceso a la educación de determinados grupos sociales. Puede que esta objetividad construida y ficticia sea la motivación para que algunos autores defiendan la idea de que la epidemia de obesidad infantil puede ser una alarma que encierra intereses cuya finalidad es conseguir la dependencia de los sujetos respecto a las instancias médicas (Saguy, Gruys y Gong, 2010; Ryan y Carryer, 2000; Boero, 2007). No obstante, más allá del debate que suscitan estas reflexiones, la metáfora de la epidemia ha consolidado el biologicismo tanto en las explicaciones oficiales como en las populares, ubicando el cuerpo en el foco de la vida social y subjetiva actual. Lo cual también se ha relacionado con discutidos problemas y trastornos de índole psicológica.

3.1.3.3. Las reglas del juego en las estructuras del poder

Para explicar esta objetivización del hombre por parte de la medicina, nos servimos de las teorías de Foucault (2002a), quien nos plantea la necesidad de tomar conciencia de las relaciones de poder dentro de las cuestiones corporales y morales que atraviesan las relaciones como, por ejemplo, la forma en que la medicina occidental ha abordado los problemas de salud, regulando los comportamientos alimenticios mediante la imposición de normas sobre el tipo de alimentos a consumir, cantidades o formas de cocinarlos (Gracia, 2007).

Se requiere un abordaje que permita explorar las particularidades que entran en juego, tales como, acontecimientos de tipo económico, político, social y tecnológico y, el desarrollo mismo de la medicina social moderna; la forma en que

ésta ha llegado a abarcar los problemas biológicos de las poblaciones más avanzadas, situándose como un estandarte de bienestar social.

Foucault (1996) analiza en *La vida de los hombres infames*, cómo la medicina actual tiene cada vez mayor autoridad para intervenir en cuestiones de tipo biológico-social, caracterizándose por una función normalizadora que va más allá de la mera atención al enfermo y las enfermedades. Se puede afirmar que la salud se convirtió en un objeto de intervención médica. Todo lo que garantiza la salud del individuo, ya sea el saneamiento del agua, las condiciones de vivienda o el régimen urbanístico es hoy un campo de intervención médica que, en consecuencia, ya no está vinculado exclusivamente con las enfermedades.

La norma médica parece haber desplazado a los tradicionales sistemas de leyes desarrollados en los siglos XVII y XVIII, pues vemos que las sociedades actuales se rigen por una constante distinción entre lo normal y lo anormal, siendo esto estipulado por la Medicina y el Estado. Esta característica de la medicina moderna no se puede considerar algo nuevo, su despegue se puede situar en el siglo XVIII, cuando la actividad de los médicos sobrepasó otros aspectos distintos a los de atender las enfermedades y a los enfermos, dejando de ser clínica para ser social (Foucault, 1996).

Según Foucault (1996), el modelo médico medieval centrado en la enfermedad y supeditado a un poder soberano que se limitaba a provocar la muerte, dio paso a un modelo gubernamental interesado en una medicina que pudiera ejercer control sobre otros aspectos que no fueran exclusivamente las enfermedades, comenzando a interesarse por lo social, aunque de un modo utilitario. Esta circunstancia se manifiesta tras los esfuerzos por mejorar la salud del proletariado a mediados del siglo XVIII, época en la que el cuerpo humano se

entendía como un instrumento laboral y como una fuerza productiva, en el marco de una economía capitalista.

Sostengo la hipótesis de que con el capitalismo no se pasó de una medicina colectiva a una medicina privada, sino precisamente lo contrario; el capitalismo, que se desenvuelve a fines del siglo XVIII y comienzos del XIX, socializó un primer objeto, que fue el cuerpo, en función de la fuerza productiva, de la fuerza laboral. El control de la sociedad sobre los individuos no se opera simplemente por la conciencia o por la ideología sino que se ejerce en el cuerpo, con el cuerpo. Para la sociedad capitalista lo importante era lo biológico, lo somático, lo corporal antes que nada. El cuerpo es una realidad *biopolítica*; la medicina es una estrategia *biopolítica* (Foucault, 1996, p. 56).

La medicina moderna centrada en el cuerpo surge en base a cuatro sucesos: (1) en Alemania se produce la irrupción de una autoridad médica con capacidad de tomar decisiones referentes a la ciudad, un barrio o una normativa comunitaria, lo que se denomina: “Medicina de Estado”; (2) en Francia emerge un nuevo ámbito de intervención médica, la “Medicina Urbana”, que no está relacionado directamente con las enfermedades sino con ámbitos como el aire, el agua, las edificaciones, los saneamientos y los terrenos; (3) la aparición de los hospitales como instrumentos de *medicalización*, más allá de la tarea asistencial que prestaba a los moribundos; y (4) el empleo de nuevos métodos de control, medición y administración médica como la estadística, los registros de datos o las comparativas (Foucault, 1996), y todos se corresponden con el desarrollo de la denominada “Medicina de la Fuerza Laboral”, desarrollada en la Inglaterra del siglo XVIII. Este nuevo marco normativo buscaba incluir al individuo en el modelo productivo, instruyéndolo e intentando incrementar su fuerza productiva mediante el crecimiento del número de sujetos y la prolongación de su vida

laboral. Al respecto, Foucault (1996) refiere que en algunos países de Europa “la única preocupación sanitaria del Estado fue el establecimiento de (...) índices de salud de la población y el crecimiento de la propia población, sin ninguna intervención eficaz y organizada para elevar el nivel de salud” (p. 58).

Esta medicina intervenía medicalizando a las clases pobres, para evitar la expansión de epidemias, debido a que las clases populares se encontraban integradas dentro de la vida de las grandes urbes desempeñando los trabajos que las clases burguesas habían delegado en ellos, como el reparto del correo, las tareas de limpieza o la recogida de basura y de muebles viejos. Se podría interpretar que el control social de los procesos biológicos tuvo la función segregacionista de evitar expandir las enfermedades a las clases sociales altas, como se refleja en el desarrollo de una “Ley de pobres”:

La Ley de pobres (...) convierte a la medicina inglesa en medicina social, en la medida en que las disposiciones de esa ley implicaban un control médico del indigente. A partir del momento en el que el pobre se beneficia del sistema de asistencia, queda obligado a someterse a varios controles médicos. Con la Ley de pobres surge, de manera ambigua, un importante factor en la historia de la medicina social: la idea de una asistencia fiscalizada, de una intervención médica que constituya un medio de ayudar a los más pobres a satisfacer unas necesidades de salud que por su pobreza no podrían atender y que al mismo tiempo permitiría mantener un control por el cual las clases adineradas, o sus representantes en el gobierno, garantizaban la salud (...). Así se establece un cordón sanitario autoritario en el interior de las ciudades entre los ricos y los pobres. (Foucault, 1965, p. 67)

Este texto evidencia el empleo de estrategias intervencionistas del poder sobre las personas, que Foucault denomina *biopoder* y es el que se usa desde el discurso médico para controlar y estigmatizar a los niños y adolescentes obesos.

De este modo nace el Plan Beveridge, como un intento de impulsar a la sociedad europea hacia el bienestar, en un momento en el que estaba atravesando condiciones de salud nefastas debido a la Segunda Guerra Mundial. El objetivo era consolidar un modelo político que garantizara el derecho a la vida y a un buen estado de salud. El Plan Beveridge promueve un Estado que gestione la salud, transformando el anterior propósito de garantizar una fuerza de trabajo y de producción, así como el de ejercer la defensa y ataque militar, en un nuevo Estado que se hace cargo del cuidado de la salud de los individuos, abarcando todos los ámbitos de la vida social. Es decir, que se pasa de un modelo que pretende conseguir cuerpos saludables y productivos para el Estado, a un Estado proveedor de salud para el individuo. En este marco se crea una nueva moral del cuerpo que se extiende a todos los países del mundo occidental a través de la literatura médica, proponiendo normas y conceptos como la higiene, para garantizar la salud de las familias.

En el caso de España, el control institucional de la salud y la alimentación de los niños, se hace visible por primera vez con la creación e implementación de las normas y recomendaciones a través de organizaciones como FAO y UNICEF, en el primer franquismo, pasando por las políticas sanitarias y educativas de la segunda República, la Ley de Educación Primaria de 1945, o las intervenciones directas sobre la alimentación de la población escolar a través del Servicio Escolar de Alimentación en 1954 (Trescastro, Bernabeu y Galiana, 2013).

A mediados del siglo XX, se empieza a reivindicar la necesidad de causar baja laboral cuando se está enfermo, lo que impulsa la relación moral con el cuerpo. Estos nuevos acontecimientos contribuyen a que la salud tenga cabida entre en los cálculos de las macroeconomías, ya sea a través de partidas del presupuesto estatal, o bien, resuelto mediante seguros privados.

Estas circunstancias llevaron a plantear una política presupuestaria en términos de igualdad de ingresos, con una cobertura de las enfermedades lo más equitativa posible. Sin embargo, el hecho de dar descanso y cobertura económica durante la enfermedad, introdujo el sistema sanitario en el escenario político, depositando en el Estado la responsabilidad moral de dar una cobertura sanitaria razonable y equitativa para todos, a la par de prevenir y reponer a los individuos de las enfermedades que causan gasto, pérdida de productividad y bajas laborales (Foucault, 1996).

3.1.3.4. *Biopolítica y biopoder*

El enfoque foucaultiano no sólo explica la forma en que a partir del siglo XIX las racionalidades religiosas han ido cediendo terreno progresivamente a los nuevos criterios estatales y científicos de control de la salud (Foucault, 2001), dando lugar a “las nuevas pastorales de la salud” (Férez, 1986), sino que nos invita a profundizar en los efectos de aplicar concepciones científico-estatales a temas como la salud, que ilustra lo determinante del discurso experto en la obesidad infantil y adolescente.

Aunque el término *biopolítica* no es exclusivo de Foucault, pues fue acuñado por primera vez por el sueco Rudolf Kyellen en 1905 (Castro, 2008), nos interesa la visión foucaultiana por el énfasis que hace en el papel del Estado, la política y la dominación. Cabruja (1998) refiere que el control de los sujetos se ha trasladado de la vigilancia externa a la obligación interna; es decir, produciendo el lenguaje y el conocimiento que terminará dirigiendo las relaciones sociales, haciéndole creer al sujeto en su propia capacidad de maniobra.

Estas caras de la *biopolítica*, pueden ayudarnos a explorar, por un lado, las consecuencias que se producen a nivel institucional al abordar la obesidad infantil y juvenil, entendiéndola como una enfermedad en términos epidemiológicos, de

gasto sanitario y de sobrecarga para la colectividad mediante análisis estadísticos y por otro lado, contribuir a analizar los efectos subjetivos que producen en las personas las definiciones en torno a la salud, la enfermedad o las formas corporales, ya que estas concepciones son condicionantes de la forma en que los niños y adolescentes tratan su cuerpo, sometiéndolo a dietas, ejercicio o comiendo en exceso, etcétera.

Molina (2015) estudió la motivación de las personas para perder peso como un combate a la enfermedad, en la medida que deben preservarse como capital humano, conservando su capacidad productiva y, por otro lado, evaluó cómo se expresan las subjetividades mediante las descripciones que hacen de esta enfermedad: “se me va el aire, me mareo demasiado, el dolor de cabeza es más constante y los pies, ya no aguanto el peso”, que han modificado la percepción de sí mismos. Por su parte, Guthman (2009) analiza las reflexiones de sus alumnos, quienes perciben la gordura como una debilidad corporal y como resultado de una responsabilidad individual que los conllevó a realizar ejercicio físico y a llevar a cabo una dieta.

Las instituciones como herramientas de *biopoder*

Los gobiernos y organizaciones políticas de las naciones más desarrolladas tienen presente la importancia del control que se ejerce sobre las poblaciones por medio de la salud, la enfermedad y el cuerpo, y representa un eje fundamental de la lucha política:

La salud es objeto de una verdadera lucha política. A partir del fin de la guerra y de la elección triunfante de los laboristas en Inglaterra en 1945, no hay partido político ni campaña política, en cualquier país desarrollado, que no plantee el problema de la salud y cómo el Estado garantizará y financiará los gastos de los individuos en ese campo. Las elecciones británicas de 1945, al igual

que las relativas a las cajas de pensiones en Francia en 1947, con la victoria mayoritaria de los representantes de la Confederación General de Trabajadores, señalan la importancia de la lucha política por la salud (Foucault, 1996, p. 44).

Este discurso se materializa en las Escuelas, instituciones sanitarias y hospitales. Organismos que se convierten en herramientas para la distribución del orden, y sientan las bases del control disciplinario de la población. Un control que más allá de preservar la vida de las personas, trata de administrarlas, concibiendo a los individuos como sujetos biológicos o sujetos vivos.

La medicina aplica una serie de regulaciones sobre el ámbito socio-sanitario, ejerce acciones clasificatorias y normalizadoras, concretadas en las escalas, percentiles, el IMC, el pliegue cutáneo, entre otros, con los que define la obesidad en niños y adolescentes. De este modo se legitima la necesidad de aplicarles, en clave de mensajes expertos, conceptos e ideas sobre lo que significa estar sano o tener un cuerpo sano. La Escuela controla demográficamente, natalidad, mortalidad, morbilidad; ahí se aprende de esperanza de vida, de fecundidad, de frecuencia de enfermedades, formas de alimentación y tipo de vivienda: “Es el poder de la individualización cuyo instrumento fundamental estriba en el examen. El examen es la vigilancia permanente, clasificadora, que permite distribuir a los individuos, juzgarlos, medirlos, localizarlos y, por lo tanto, utilizarlos al máximo” (Foucault, 1996, p. 75).

Illich (1975) apunta que las mediciones que emplea el modelo industrial, tienden a descuidar el valor autónomo; en este mismo sentido, nos advierte acerca del papel de las estadísticas de alfabetización: “señalan la cantidad de personas que han recibido enseñanzas en serie en la Escuela, no el número de los que han aprendido a leer con maestros o por sí mismos (...) menos los que en realidad leen por placer” (p. 81). Illich (1974) hace notar la existencia de un “currículum

oculto”, donde se infunde la creencia contradictoria de que a mayor producción se obtiene una vida mejor.

3.2. MARCO CONCEPTUAL INTEGRADOR

3.2.1. Necesidad de una perspectiva integradora

Nuestro enfoque trata de colocar en la balanza del conocimiento, lo que muestra la realidad sociocultural y el determinismo biológico contra el cual parece que no se puede hacer nada, excepto luchar contra nuestros genes mediante un comportamiento a favor del bienestar. Por otro lado, el relativismo del construccionismo social que sostiene que todo es construido, que nada es real, que impide explicar el problema en términos de gustos, funcionalidad y utilidad de los alimentos. Por ello planteamos una perspectiva holística e integradora que navega entre los aspectos visibles del problema como los condicionantes biológicos, los ambientes obesogénicos, los intereses comerciales de la industria alimentaria y las condiciones sociales y materiales que envuelven las familias. Pero sobre todo, nos centramos en explorar los aspectos subjetivos implicados: las ideas que condicionan las elecciones y prácticas alimenticias.

Los aspectos culturales juegan un papel fundamental en esta tarea, pues niños y adolescentes se retroalimentan a la par que adquieren una preferencia por los gustos y recetas que sus familias han ido confeccionando en casa, en base a su experiencia, sus posibilidades materiales y su sentido común, en interacción con la sociedad.

3.2.1.1. Ambiente Obesogénico

Hace alusión a aquellos contextos en los que la gran disponibilidad de alimentos hipercalóricos y la limitación de la posibilidad de practicar ejercicio físico, favorecen el aumento de peso corporal (Lake y Townshend, 2006). Tanto

las Ciencias Médicas, como las Ciencias Sociales admiten la existencia de dicho ambiente, sin embargo, según Gracia (2009), desde el enfoque biomédico se responsabiliza al sujeto de sus actos, y la solución del exceso de peso pasa principalmente por establecer pautas de comportamiento y normas nutricionales. Desde una perspectiva sociocultural se concibe que los niños y adolescentes adquieren sus hábitos alimenticios al ser condicionados por el entramado social en el que viven, proponiendo una *desmedicalización* de los mensajes preventivos.

Nuestro enfoque comparte el punto de vista de Navas, Palacios y Muñoz (2014), referido a la causalidad del *ambiente obesogénico*, no es tanto la búsqueda de causas de la obesidad infantil en el entorno, o las responsabilidades del individuo, sino la forma cómo la organización de las sociedades favorece su aparición y desarrollo, aunado a la abundancia de alimentos muy apetecibles e hipercalóricos.

Según Ulijaszek (2002), la conducta alimentaria del ser humano ha ido evolucionando de forma muy diferente a otras especies de mamíferos, pues a medida que se ha ido controlando la disponibilidad de alimentos, las normas culturales y sociales respecto a la dieta y la alimentación, han ido ganando en complejidad, al tiempo que se han ido cargado de simbolismo (Henshilwood, d'Errico, Vanhaeren, Van Niekerk y Jacobs, 2004). Desde el campo de la antropología se considera que la elevada influencia de lo social en la alimentación no ha ido de la mano de una adaptación de la genética humana, al menos, por ahora. El concepto tan en boga en la actualidad de dieta paleolítica (Jönsson, et al., 2009; Frassetto et al., 2009), surge ante la necesidad de corregir el desequilibrio energético de una especie, la nuestra, cuyos genes no han cambiado en los últimos 150.000 años, genes que siguen sin estar preparados para ingestas diarias repetidas y copiosas (Doval, 2005; Neel, 1999).

Algunos autores consideran que la obesidad es consecuencia de un exceso de alimentación durante el período prenatal y de lactancia, de la malnutrición materna durante el embarazo, del tipo de estructura familiar (hijo único, adoptado, padres separados, entre otros), del nivel socioeconómico (desempleo, vivienda insalubre, pobreza, inseguridad), sin olvidarnos de la falta de ejercicio físico, el acceso fácil a la comida rápida, muchas horas frente al televisor o el consumo de comida hipercalórica (Gormaker et al. 1996; Bowman, Gortmaker, Ebbeling, Pereira y Ludwig, 2004; Chueca, Azcona y Oyarzábal, 2009).

Ahora bien, el enfoque biomédico explica la obesidad en la infancia y adolescencia como consecuencia de factores que responden a múltiples relaciones causa-efecto y que además pueden ser sumativas en determinados momentos, señalando en la mayoría de los casos a la persona como responsable de sucumbir a las tentaciones ambientales. Según Palacios y Navas (2016), a pesar de que las perspectivas biomédicas han cedido terreno en sus explicaciones a las perspectivas socioculturales e incluso psicológicas, su noción de la influencia ambiental sigue “imaginando” que se trata de un problema de determinaciones, decisiones y consecuencias individuales, obviando el peso de los componentes colectivos, económicos y culturales involucrados.

Una peculiaridad de este enfoque es que no parece encontrar un consenso sobre los efectos del *ambiente obesogénico*, por ello observamos estudios que contradicen la idea de que los ambientes donde existe una abundancia de alimentos hipercalóricos, favorecen la obesidad infantil o adolescente. Así, Bandini, Must, Goldberg y Dietz (2001), en un estudio realizado en Estados Unidos, encontraron adolescentes obesos que no habían consumido más comida rápida que adolescentes no obesos, por lo que dedujeron que el exceso de energía podría provenir del consumo de una gran variedad de alimentos.

La perspectiva sociocultural defiende la idea de que la aparición de entornos obesogénicos se relaciona con la transición que ha sufrido la nutrición debido a los procesos de urbanización, occidentalización y globalización de la alimentación (Popkin, 2004). Si bien es cierto que estos acontecimientos han cambiado la forma de alimentarse a nivel global (Drewnowski y Popkin, 1997; Griffiths y Bentley, 2001; Contaldo y Pasanisi, 2004), nuestra dieta ha consolidado un aumento del consumo de alimentos ricos en grasas y un descenso en la actividad física (Erlichman et al., 2002). También observamos que estos cambios globales no afectan a todas las personas por igual, no todas deciden ingerir grasas y azúcares, no todas llevan una vida sedentaria a pesar de vivir en entornos urbanos y no en todos los casos rigen sus vidas según las normas nutricionales. En España los estudios Aladino (2015) y Aranceta, Pérez, Alberdi, Ramos y Lázaro (2016), lo confirman al encontrar una distribución desigual de la obesidad infantil en función del nivel socioeconómico familiar y el lugar donde se reside.

No obstante, la globalización y los avances tecnológicos han propiciado una seguridad alimentaria que garantiza el suministro de alimentos a nivel mundial, generando un mayor volumen de alimentos a precios competitivos (Nielsen, Siega-riz y Popkin, 2002; Drewnowski y Darmon, 2005). Lo que contribuye a reducir los problemas de acceso a alimentos que se han sufrido en otras épocas por los grupos sociales más desfavorecidos, aunque queda mucho por hacer en cuestiones de acceso a los alimentos, pues aún existen muchas naciones pertenecientes al denominado “tercer mundo”, con serios problemas de desnutrición en su población infantil y adolescente. Situación que se ha relacionado con problemas de especulación y falta de soberanía alimentaria (Cuéllar, Calle y Gallar, 2013).

Frente a la seguridad alimentaria que propicia el nuevo modelo socioeconómico de las sociedades más avanzadas, cabe destacar el particular análisis de la influencia ambiental sobre las costumbres alimenticias que aporta Contreras (2011) mediante el concepto crisis de cultura, el cual considera que la salud y longevidad parecen ser anuladas o sustituidas por la especie de “locura de la cultura”, motivada por un descontrol normativo que ha propiciado la pérdida de las prácticas culinarias tradicionales, como sucede con la cada vez más abandonada dieta mediterránea, y la desaparición de las normas sociales que regían el buen comer.

En este marco de crisis de cultura alimenticia, los avances tecnológicos han jugado en contra, pues aunque los alimentos industriales se comenzaron a elaborar de forma parecida a los naturales, una vez que se consiguió que la población olvidara el producto original, evolucionaron de manera inverosímil. Tal es el caso de las barritas de surimi, el entrecot de Lucerna o las colas de langosta. Lo que este autor quiere señalar con el concepto de crisis de cultura, no es tanto el cambio que han experimentado los alimentos, que a su entender no se parecen en nada a los de hace 30 años, sino el cambio de ideas sobre lo que se considera comida, tras una transformación tan atacada como la que ha experimentado el producto final que llevamos a la mesa.

Otra postura está asociada al concepto de violencia estructural mencionado con anterioridad, definiendo como ambiente tóxico a aquel en el que se están desarrollando los niños, debido a la gran oferta de productos hiper-apetecibles que ofrece la industria alimentaria y que favorece el consumo de alimentos con alto contenido calórico y bajos en nutrientes. Aunque estos factores afectan más o menos en función del tipo de recursos o capitales de los que se dispone o del tipo de atención-ayuda que se recibe. Otro factor que favorece el “ambiente tóxico” es

el desarrollo del transporte en las grandes urbes, propiciando un menor nivel de ejercicio físico entre la población (Brownell y Battle, 2004; Nestle y Jacobson, 2000). No obstante, para autores como Saguy y Riley (2005) el ambiente tóxico no puede contaminar a las personas sin su consentimiento.

Después de todo, los comportamientos van a estar influidos, según el enfoque hackingniano, por las ideas que se generan del fenómeno (idea de niño obeso, idea de comida sana, idea de vida activa, idea de vida sana) o, por las prácticas reales en torno al mismo.

3.2.1.2. El papel de la Escuela

Desde un enfoque bourdieano, podemos considerar que la Escuela forma parte de nuestro campo de estudio, ya que para numerosos autores constituye una pieza clave dentro de la obesidad infantil y adolescente, por ser el motor de la transmisión de conocimientos nutricionales y comportamentales, asignándole una función preventiva, ya sea como parte de una intervención individual (Brown y Summerbell, 2009) o como parte de una intervención conjunta entre Escuela, familia y comunidad (Van Sluijs, McMinn y Griffin, 2007). Lo cierto es que en España los centros escolares han estado vinculados a la organización y control de la alimentación infantil, desde que los movimientos “higienistas” de finales del siglo XIX, acrecentándose el interés médico por cuestiones relativas a la alimentación de la población.

Este interés promovió iniciativas como la creación de cantinas escolares por “instituciones circunescolares” como la Caridad Escolar, el Desayuno Escolar o el Niño Descalzo, cuyo potencial educativo trascendía la alimentación sana y abundante, abarcando aspectos de tipo higiénico y moral, como los “buenos modales” o los hábitos de orden y limpieza.

Tras la guerra fue necesario el manejo de la alimentación a través de los centros escolares, debido a las carencias que presentaba la población infantil. Desde este período, en nuestro país se producen diferentes acontecimientos que en resumen pasan por la administración de las Ayudas Sociales Americanas, la promulgación de la Ley de Educación primaria de 1945, que se plantea la necesidad de proteger a aquellos escolares que por su situación de pobreza no pudieran cubrir sus necesidades alimenticias o de vestimenta, la creación del Servicio Escolar de Alimentación y Nutrición (SAEN) o la creación en 1954 de la Comisión Interministerial para el Auxilio Internacional a la Infancia (CIAII), a través de la cual se fue coordinando la implantación de diversos programas como el de productos lácteos, el de educación en alimentación y nutrición, el de sanidad (prematuros, rehabilitados, tracoma), así como proyectos relacionados con los convenios alcanzados con asociaciones como UNICEF, FAO y la National Catholic Welfare Conference.

Curiosamente se produce un salto cualitativo entre las décadas de los 60, 70, 80 y 90, y el año 2005 en el cual se pone en marcha una política de control de la alimentación infantil con la Estrategia NAOS, ya analizada en nuestro estado de la cuestión (Trescastro, Bernabeu y Galiana, 2013). Este renovado interés de las políticas alimenticias orientadas a la población infantil, obviamente tiene un nuevo objetivo, marcado por el contexto de exceso de peso en la infancia y adolescencia. Por lo que conviene realizar un análisis del nuevo papel de instituciones como la Escuela, que antaño fueron claves en el control de la alimentación.

Seguidamente, vamos a examinar las posiciones más críticas respecto a la labor educativa de la Escuela en este fenómeno y los enfoques que pueden conectar con nuestro punto de vista integrador, explorando la función preventiva

de esta organización en el fenómeno de la obesidad infantil. Bajo nuestro punto de vista, Illich (1974) en *La sociedad desescolarizada*, sostiene que la Escuela limita la libertad de los individuos para aprender y desarrollarse libremente, pues hace a las personas incapaces de organizar sus vidas en base a sus propias experiencias y recursos disponibles dentro de sus comunidades. Además, sugiere que las instituciones educacionales no deberían responder a las metas de un director o un rector ni preguntarse qué se debe aprender, sino con qué tipo de personas o cosas se debe poner en contacto a los alumnos para aprender, ya que la información puede almacenarse tanto en las personas como en las cosas. Para este autor es necesario poner al alcance del que desea aprender, los objetos o las cosas necesarias para su aprendizaje sin etiquetarlas como objetos educativos.

De igual modo, en el siglo XIX y principios del XX surgen las corrientes pedagógicas activas, enmarcadas en la corriente epistemológica constructivista de ese momento, cuyos máximos representantes son G. Brousseau, J. Piaget, L. Vigostky o M. Montessori. Esta última autora fue creadora de la metodología Montessori, y defensora de una pedagogía basada en potenciar los períodos sensitivos. Junto con Rudolf Steiner, promotor de la metodología Waldorf, y al igual que Illich, de ideología antiestatalista, fueron promotores de una pedagogía activa. Rudolf Steiner sostuvo la idea de que no podemos alimentarnos con alimentos de suelos envenenados. Ambos apostaron por mejorar la sociedad, ayudando a que los niños desarrollaran todo su potencial como personas creativas, inteligentes e íntegras.

En concreto, Montessori (1928) entendía a los niños como agentes activos en su propio desarrollo, a los que hay que abrir el camino hacia el crecimiento y el aprendizaje: “al igual que la célula tiende a su plenitud, el niño, como conjunto celular diferenciado, aspira a su madurez mediante el aprendizaje activo” (p. 15).

Esta autora centra su investigación en la observación de las funciones vitales del niño y cree en la libre evolución de la conciencia: “Si en la educación se tienen en cuenta los períodos sensitivos, se llega a resultados sorprendentes” (p. 15).

Otras posturas críticas respecto al papel de la Escuela que conectan con el concepto de violencia simbólica, es la relativa a la forma en que la misma puede tener relevancia en la transmisión de marcos conceptuales relacionados con el cuerpo, el género, la infancia y la salud (Tomassini, 2010). No obstante, son pocos los expertos que han hecho una reflexión crítica sobre los beneficios de transmitir normas nutricionales desde los colegios para mejorar la alimentación infantil y adolescente. Hernández y Arnaiz (2012) han observado que no existe correspondencia entre tener más conocimientos nutricionales y mejorar los hábitos alimenticios. Así, los niños son capaces de recitar con mucha precisión una lista de alimentos ricos en vitaminas y minerales y no por ello, siguen una dieta equilibrada y saludable como recomiendan los expertos. Bajo el punto de vista de estos autores el argumento científico de la funcionalidad de los alimentos parece no ser el criterio de mayor peso a la hora de elegir los alimentos que se consumen, pues la alimentación se encuentra atravesada por circunstancias imprevistas como celebraciones, festividades y acontecimientos en los que los niños aprenden a comer lo que ven en los mayores. Paradójicamente, los padres delegan cada vez más en la Escuela la tarea de enseñar una alimentación saludable, mientras que se observa que en su esquema de prioridades se encuentra en primer lugar los gustos de los niños. Como ejemplo de esta especie de “negociación” en la que la tarea educativa parece más compleja que el mero hecho de transmitir conocimientos nutricionales, en su estudio se obtienen expresiones como: “hay que ser tolerantes y respetar las preferencias individuales” o “no se puede estar todos los días de pelea”. Expresiones que

representan un significativo 39,1% de los casos y reflejan la flexibilidad y la enajenación de los padres ante los gustos de los hijos (Hernández y Arnaiz, 2012).

La falta de conexión entre conocimientos nutricionales y mejora de hábitos alimenticios motiva a pensar que debemos explorar las mencionadas pedagogías activas como recurso educativo que puede producir un cambio efectivo en las prácticas alimenticias de los más jóvenes. En este orden, el aprendizaje debe ser significativo, los niños y adolescentes deben manipular los alimentos, observar su procedencia y experimentar con la naturaleza y así comprender el concepto de alimentación saludable. Montessori (1922) sostiene:

El niño puede desarrollar su vida, no sufrir una educación en el sentido que se entiende ordinariamente (...) El niño pequeño tiene un armario verdadero con sus propios vestiditos, verdaderos aparadores, mesas de comedor, platos y vasos con los cuales puede preparar la mesa. Se viste, se desnuda, ordena los efectos, sacude, cepilla, pone y quita la mesa, y realiza, no por juego, sino verdadera y útilmente, las acciones necesarias para la vida (pp. 201-204).

Cosificar la alimentación a la asimilación de conocimientos nutricionales y pautas de comportamiento encerrados en libros puede conducir a una interpretación errónea de lo que es la alimentación, de lo que son los alimentos y de las relaciones que se establecen entre alimentación y salud. Una buena propuesta para fomentar un aprendizaje significativo en el que los niños puedan aprender de forma libre y espontánea, pueden ser los “Huertos escolares” y el cuidado de los animales propuestos por Montessori. En un grupo de discusión de padres en Las Caras, una de las madres apuntó:

Madre 6: pues mira, se come peor, porque yo no concibo que una cría hoy en día no sepa ni qué es un huevo frito.

Moderador: ¿Qué quiere decir?

Madre 6: pues eso, que mi hija la apunté al comedor porque yo salía del hospital a las 3 y un día me dijo: “mamá la Carlota no sabe lo que es un huevo frito”. Y yo le dije ¿qué dices? “Si porque le han puesto un huevo frito con patatas y me ha dicho que si lo blanco se come y yo le he dicho: ¡pues claro! Y ella me ha dicho Ah ¿sí? Yo me pensaba que era de plástico”. O sea, hasta qué punto la comida de esa familia está tan, tan artificial que no reconoce ni un huevo frito, ¿es que no le ha hecho su madre nunca un huevo frito?

(Grupo padres Las Claras, 2018)

Olcoz (2015) recoge la opinión de 30 docentes para valorar el “Huerto escolar” como herramienta de trabajo en la Escuela, observando que es un recurso interdisciplinar y polivalente que permite la enseñanza de diferentes áreas del currículo. Especialmente útil para la enseñanza de educación ambiental así como la enseñanza de valores y conductas como el trabajo en equipo o la alimentación saludable.

La Asociación italiana *Slow Food* ha implementado durante más de una década, en Europa y Estados Unidos, los “Huertos escolares” ecológicos junto a la cocina, para que los niños aprendan a transformar los alimentos cultivados y fomenten una alimentación “buena, limpia y justa” (Larrosa, 2013). Los “Huertos escolares” en España datan de la segunda mitad del siglo XIX y, aunque ha pasado por épocas de escasa relevancia a lo largo del siglo XX, pues su presencia se redujo a unos pocos centros comprometidos con las pedagogías activas, pero en los 80, han ido ganando terreno pasando de ser iniciativas particulares de algunos profesores, a contar con programas de ámbito local y regional que proporcionan recursos y asesoramiento para la puesta en marcha de los mismos (Eugenio y Aragón, 2016). En la Región de Murcia, la Consejería de Educación,

Juventud y Deporte cuenta con el Programa educativo: “Huertos escolares ecológicos”.

Conforme a Piaget (1968), coetáneo de Montessori, los niños aprenden experimentando, comportándose como “pequeños científicos”, lo cual justificaría la implantación de los “Huertos escolares”. Piaget (1968) fue el primer constructivista en Psicología, planteó que los niños pasan por cuatro etapas de desarrollo cognoscitivo: la sensorio-motora, pre-operacional, operaciones concretas y operaciones formales. Como veremos en nuestro capítulo de metodología, tenemos en cuenta estas etapas para la selección de la muestra de niños que participan en nuestro estudio, por la necesidad de establecer a partir de qué edad podemos obtener respuestas reflexivas.

Sin embargo, la teoría de Piaget (1973) propone los conceptos de “asimilación” y “acomodación” para explicar el aprendizaje de un modo lineal e individual, por lo cual no abunda en las interacciones de los niños con sus compañeros en el colegio y con su matriz social, tampoco contempla el efecto bucle y las diferentes formas en que afectan los mensajes que transmiten los profesores o expertos.

L. Vygotsky propone en su teoría del desarrollo cognitivo, que para comprender cómo aprenden los niños, hay que tener en cuenta la influencia tanto de los acontecimientos históricos del momento en que viven los sujetos, como de las relaciones de los propios individuos con la sociedad. Este autor acuñó la idea de que no es posible entender el desarrollo cognoscitivo del niño sin conocer la cultura en la que se desenvuelve (Chaves Salas, 2001).

Esta teoría es más cercana a la perspectiva biocultural integradora que proponemos pues, al igual que estos autores, entendemos que el pensamiento del niño no se debe sólo a factores innatos y tampoco procede del ambiente sin una

interacción de por medio, sino que surge de un contexto social y cultural determinado. Lo que plantea L. Vygotsky, coincidiendo en cierto grado con sus coetáneos, es que los niños nacen con esquemas mentales innatos como la percepción, la memoria o la atención, lo que ocurre es que estos esquemas se van complejizando por interacción con los adultos y con los compañeros hasta alcanzar esquemas de orden superior (Ávila y Alfonzo, 2012). Dichos esquemas son los que hemos tratado de captar con nuestros *habitus alimentarios: tradicional, legítimo y posmoderno*.

En este camino hacia la obtención de esquemas de orden superior, es en el que entendemos que la información que se transmite desde la Escuela en cuestiones de alimentación, debe ser especialmente cuidadosa, evitando, por ejemplo, dar la impresión de que la alimentación es solo una cuestión de equilibrio de calorías y de aportes nutricionales, o que el estado corporal ideal es la delgadez, medicalizando las concepciones en torno a la misma (Arnaiz, 2010).

Probablemente también se debería tener en cuenta en mayor medida el contexto cultural de los niños, tanto por el tipo de información que se da como a la hora de utilizar herramientas como el “Huerto escolar” que propone M. Montessori, ya que puede que no sea igual de significativo para niños de un colegio ubicado en una zona rural-agrícola, donde los padres se dedican precisamente a oficios relacionados con el sector agrícola (como es nuestro caso), que implementar un “Huerto escolar” en una zona urbana donde los niños no tienen un contacto tan frecuente con el medio agrícola.

No obstante, independientemente de que el niño esté pasando por la etapa en la que desarrolla el pensamiento abstracto, que según Piaget (1968), es entre los 11 y 12 años, los “Huertos escolares” puede que sean útiles para alcanzar los esquemas de orden superior acuñados por L. Vygotsky. Cuando el niño es capaz

de razonar correctamente, según Montessori (1949), entre los 6 y 12 años, ya dispone de una mente que le permite explorar el mundo con su imaginación y pensamiento abstracto:

(...) el niño tiene un tipo de mente que va más allá de los límites de lo concreto: tiene el poder de imaginar muchas cosas. Este poder de ver cosas que no están presentes ante sus ojos muestra un tipo superior de mente; si la mente del hombre se limitara a lo que puede ver sería muy restringida. El hombre no solo ve con los ojos, y la cultura no está hecha de lo que se ve: un ejemplo de ello es la geografía. (p. 160)

Esta capacidad de crear objetos abstractos a partir de la imaginación es necesaria para el aprendizaje de determinadas palabras, las cuales designan cosas que quizá no se pueden ver inmediatamente, cómo “el mundo”, “un lago” o “la nieve”, para lo que es necesario utilizar nuestra imaginación. No obstante, los objetos ayudan a fijar las ideas abstractas. Por ejemplo, en lugar de hablar vagamente de América, se podría ayudar a la imaginación del niño con un globo terráqueo donde se pueda localizar este continente. (Montessori, 1949)

Conforme a las pedagogías activas, entendemos que se debería explorar cuál es el momento más adecuado para hablar a los niños y adolescentes sobre alimentación, y qué tipo de información se les debería dar, teniendo en cuenta su etapa de desarrollo cognoscitivo y el contexto sociocultural del niño o adolescente.

3.3. HABITUS Y CAPITALES EN NUESTRO ANÁLISIS

Por todo lo expuesto hasta el momento buscamos analizar el fenómeno de la obesidad infantil y juvenil contemplándolo como un objeto de estudio complejo que propone múltiples interrogantes y plantea la reflexión sobre las

contradicciones que caracterizan a la alimentación actual. Ejemplo de esta complejidad es la implicación o apuesta por unas identidades culturales tradicionales en evidente proceso de extinción por la globalización, el incremento de las restricciones alimentarias paralelamente a una mayor disponibilidad y posibilidad de elección, la cacofonía informativa nutricional contradictoria que confunde a las personas, las normas y subjetividades que ejercen un tipo de control somático sobre el cuerpo y la vida de los sujetos, o las condiciones sociales, organización laboral y familiar, que limitan la capacidad de agencia de las personas implicadas. A nivel general, lo que se pone en valor en este estudio es la necesidad de utilizar herramientas analíticas que permitan abarcar dimensiones valorativas/morales, afectivas y perceptuales que nos permitan explicar cómo la construcción de ideas en torno a la salud, la alimentación y la obesidad ejercen de entidades clasificatorias e identitarias en las que los sujetos tratan de encajar, aunque para ello se contradigan en sus planteamientos y formas de actuar, utilizando múltiples estrategias para adaptarse al mundo ecléctico y multireferencial en el que se encuentran inmersos .

Como hemos señalado la herramienta analítica de los *habitus* posee la cualidad de analizar tanto la parte objetiva como subjetiva que caracteriza al problema de la obesidad infantil/juvenil, frente a unos planteamientos biologicistas que sugieren cambios en los hábitos alimenticios de los niños y adolescentes y sus familias, conjeturando con la posibilidad de un cambio de tipo moral, pero sin profundizar o reflexionar sobre el efecto bucle de los discursos expertos, sobre las experiencias y criterios personales que varían en función de la pertenencia a un determinado grupo social o sobre la influencia de formas veladas de autocontrol y dominio (*biopoder*) de los cuerpos que experimentan los sujetos implicados. O bien, las perspectivas constructivistas que acotan el objeto

de estudio a la influencia de las estructuras y la limitación de la capacidad de decisión de los sujetos en un ambiente social que moldea las mentes y los cuerpos, obviando la capacidad de adaptación y las diferentes formas de resistencia de los sujetos a los modelos agroalimentarios actuales cada día más cuestionados.

Se revela necesario, por lo tanto, el empleo de una herramienta conceptual que permita captar esquemas de pensamiento globales que agrupen los múltiples factores, objetivos y subjetivos, que intervienen en este problema, ya que dichos esquemas suelen ser estables y difíciles de modificar si no se entienden en profundidad. De forma transversal, conforme a M. Montanari (2006), entendemos que debemos tener en cuenta que lo que entendemos por cultura se encuentra actualmente en un momento histórico de inflexión o interfaz entre los esquemas tradicionales y modernos, o quizá posmodernos, que explicaremos más adelante. Por lo que consideramos de gran relevancia explorar qué creencias y pensamientos corresponden a cada modelo cultural, así como los solapamientos y repliegues que han experimentado dichos esquemas para adaptarse a las innovaciones tecnológicas, los modelos explicativos científicos en constante renovación e incluso la capacidad de los padres y sus hijos para experimentar con la nueva cotidianeidad incompatible con los modelos de vida tradicionales que paradójicamente, y en un proceso de inversión, se han convertido en modelos de referencia.

Para tal finalidad, proponemos categorizar los pensamientos, prácticas y acciones de los participantes de nuestro estudio en tres *habitus* que sirvan de referencia para categorizar la posición en la que se encuentran los discursos: el *habitus tradicional*, el *habitus legítimo* y el *habitus posmoderno*. Antes de ampliar la explicación sobre cada uno de ellos queremos puntualizar que esta clasificación tiene más un sentido analítico, no significa que las personas se puedan encasillar

en cada uno de estos patrones, sería demasiado pretencioso por nuestra parte, además de irreal. No obstante, tomando de referencia a P. Bourdieu, observamos que los comportamientos alimenticios están sujetos a mecanismos de elección que dependen de múltiples determinantes de tipo práctico y simbólico. Así, dichos patrones se pueden clasificar en esquemas de tipo perceptual, es decir, categorías con las que se percibe el mundo. Esquemas de apreciación, en forma de gustos y preferencias, tanto corporales como culinarias, o esquemas de valoración, es decir, juicios con los que los sujetos evalúan las acciones de sí mismos o las de los sujetos de su entorno, pues entendemos que estos esquemas constituyen formas de distinción que categorizan a las personas dentro de la matriz social y delimitan cuando una práctica o un pensamiento se considera bueno o malo.

Como parte indisoluble en estos habitus defendemos el concepto de *capital alimentario* (*tradicional, legítimo y posmoderno*) con el que, a grandes rasgos, pretendemos englobar el acúmulo de ideas, convenciones, conocimientos y comportamientos alimenticios que constituyen un patrimonio cultural, social y simbólico con el que los sujetos interactúan en el campo social, determinando la disposición de los mismos en función de la cantidad y el tipo de *capital alimentario* que se posea. El *capital alimentario* se puede reconocer como la incorporación de conocimientos relativos a la alimentación (composición, tipo, procedencia, funcionalidad). Es decir, que se puede entender como el repositorio de conocimientos que permite distinguir o definir lo que se considera como una comida de buen o mal gusto o una comida saludable o insana. También se puede interpretar como la acumulación de conocimientos culinarios, por ejemplo, de recetas tradicionales o modernas, o la adaptación de las recetas tradicionales a las categorías modernas/posmodernas. El *capital alimentario* es un tipo de capital

cultural que caracteriza a cada *habitus alimentarios* y que se puede rastrear en la forma en que, por ejemplo, se concibe un cuerpo sano o alimentación sana.

3.3.1. *Habitus alimentario tradicional*

Bajo esta etiqueta enmarcamos aquellas ideas, creencias y prácticas que se conjugan bajo la legitimidad tradicional alimentaria, es decir, que la concepción de lo “tradicional” marca las elecciones y prácticas alimenticias, provocando que los individuos acepten o rechacen los alimentos en función de dichos esquemas tradicionales. El aspecto más destacable de este *habitus* es la importancia que adquiere la comensalidad, es decir, el compartir los alimentos en familia. Comer a la misma hora toda la familia y en la misma mesa va más allá de la mera faceta de nutrirse, adquiere un carácter simbólico en el que entran en juego un complejo entramado de esquemas valorativos, afectivos y juicios familiares entre niños, adolescentes y sus madres, padres o abuelos. La comida puede llegar a adquirir diferentes significados como el afecto de una madre hacia sus hijos, por el sacrificio y la entrega que le ha supuesto estar varias horas en la cocina preparando varios platos al gusto de todos o el cuidado. Otro aspecto simbólico es el que supone conservar determinadas recetas tradicionales heredadas de generaciones anteriores como un capital de habilidades culinarias y conocimientos nutricionales que identifican a la familia con sus raíces y que los ancla a su lugar de procedencia aunque se encuentren en un país diferente a su país natal. Tal es el caso en nuestro estudio de la elaboración y consumo de platos típicos marroquíes como el tajín que nos comenta una niña.

No obstante, antes de proseguir conviene aclarar que por esquema tradicional se puede entender como aquel que defiende el consumo de alimentos y recetas cargados de una autenticidad cultural que identifica a una población o grupo social específico. Según Prats y Martín (2003) lo que se conoce actualmente

como “cocina tradicional” se constituye básicamente en dos momentos históricos. El primero viene marcado por la influencia de las costumbres árabes sobre sus vecinos cristianos del sur de Europa a partir del siglo XV, incorporando alimentos y recetas a un patrón alimentario romano. Así en España, por ejemplo, el azúcar, el arroz, los cítricos, las espinacas o las berenjenas pasaron a formar parte de la alimentación de los españoles. Como se puede observar en la elaboración tradicional de turrónes en el sudeste peninsular, como en el sur de Italia, la utilización de cítricos para la elaboración de salsas en la cocina medieval o la elaboración de múltiples platos con arroz en todo el sur del occidente. El segundo gran momento en la conformación de la cocina tradicional europea fue la incorporación de productos provenientes del continente americano, como el maíz o la patata, coincidiendo con la escasez de cereales que en el siglo XVII-XVIII constituían el principal sustento de la población europea. Las hambrunas se sucedieron a lo largo de todo el siglo XVIII, por el gran aumento de la población. En este contexto, a pesar de ciertas reticencias iniciales, se terminaron incorporando nuevas plantas más rentables y productivas. En concreto el maíz, los cereales americanos y la patata permitieron alimentar a millones de europeos.

Estas incorporaciones de alimentos y recetas de otros continentes y culturas entre las diferentes regiones europeas, dan a entender lo difícil que resulta delimitar qué se entiende por comida tradicional. En este sentido Gracia, et al. (2008) refiere que el hombre marca su identidad y su sentido de pertenencia a un grupo por medio de su particularidad alimentaria, en contraste con la de otros. Es decir que la comida adquiere un carácter simbólico que vincula al hombre con los alimentos que consume “de la tierra”, “del mar”, a través de platos que considera propios. Por ello, bajo nuestro punto de vista, el sentido la comida tradicional, a pesar de las circunstancias históricas (incorporación de recetas y alimentos árabes

o americanos) o actuales (globalización), se puede entender como un lazo identitario que prevalece frente a los modelos alimentarios modernos que estandarizan el recetario de todos los hogares.

Otro aspecto que debemos delimitar respecto a este esquema tradicional es la forma en que se concibe la salud, que sería opuesta a la que se define desde las entidades médicas, caracterizándose por una gran distancia entre lo que se considera como estar sano o enfermo. Según Martín y Moreno (2005, p. 46-50) la relación salud-enfermedad se puede describir a través de 4 conceptos: accidente, debilidad, fortaleza y remedio. Así, la enfermedad se presenta como algo repentino e imprevisto, como un “accidente” que irrumpe en el normal desarrollo de la cotidianidad incapacitando para desarrollar el trabajo o para realizar las tareas ordinarias. Estas ideas de cambio brusco en el estado de la salud se observan en relación con la obesidad, por ejemplo, cuando se utilizan conceptos como “cambio de metabolismo” para referir que se engorda de forma súbita por una cuestión ajena al control del individuo. En algunas ocasiones la enfermedad también se concibe como resultado de conductas repetidas que llevan a un estado de “debilidad” frente a la “fortaleza” que habitualmente acompaña a un sujeto que se posiciona en este esquema y que simboliza ese distanciamiento entre salud y enfermedad. Otro concepto simbólico observado por estos autores, y también en nuestro estudio, es el del “envenenamiento”, con el que se da a entender que los alimentos cuyo consumo constante puede llevarte a enfermar, lo hacen de forma progresiva y por la vía del envenenamiento como puede suceder con los aditivos, los colorantes o las carnes contaminadas.

Los gustos suelen ocupar el primer lugar en las elecciones alimenticias excepto cuando se cae enfermo, entonces es el momento de poner remedio y cuidar la alimentación. En este momento pasan a un segundo plano y se ingieren

alimentos o combinaciones de ellos que ayudan a combatir la enfermedad. Cabe destacar que en el polo tradicional la concepción de alimentos sanos y naturales está íntimamente ligada al esquema de la “buena madre”, que sería aquella que se ocupa de que la alimentación sea elaborada en casa con productos tradicionales y naturales, frente a las amenazas de los alimentos industriales y precocinados. El valor de la entrega de la “buena madre” del polo tradicional está directamente relacionado con el tiempo invertido en la elaboración de los platos, así como el servirlos según el gusto de sus hijos y marido (Martín y Moreno, 2005).

En el plano educativo este esquema tradicional se encontraría en serias dificultades para subsistir, ya que como apunta (Herrera, 2010) las nuevas tecnologías y la expansión de la información nutricional por diferentes redes sociales juegan en contra de la defensa de una tradicional transmisión oral de conocimientos culinarios de generación en generación que caracteriza a este *habitus*. Otro aspecto educativo de este esquema es la enseñanza a los hijos de que debe tener “buena boca”, es decir, comer de todo, hacer todas las comidas y no ser delicado (Martín y Moreno, 2005)

3.3.2. *Habitus alimentario legítimo*

Nuestro *habitus alimentario legítimo* está muy relacionado con un modelo de pensamiento modernista, por la forma en los sujetos dejan conducir sus prácticas alimenticias por la razón y el conocimiento científico. Resulta complejo describir qué es el modernismo, ya que tanto sus metas como sus efectos, e incluso el momento en que surge, han sido refutados por diferentes pensadores como: Touraine, Habermas, Bauman o Foucault, entre otros. En general se acepta que se trata de una corriente de pensamiento que se caracteriza por defender que la razón es el mejor medio para alcanzar la plenitud del hombre. Su inicio se puede situar en el Renacimiento, entre el siglo XVII –XVIII, momento en el que se

produce la ruptura con una organización social feudal, para dar paso a una sociedad industrializada y tecnologizada, cuyo proyecto más ambicioso es que el hombre se construya a sí mismo (Alejandre 2007; Touraine y Bixio 1994).

Los principios del modernismo se fundamentan en las ideas de Descartes y Bacon, los cuales abren la posibilidad de que hombre se constituya a sí mismo, liberándose de cualquier sanción exterior divina y abriendo un camino autónomo para la razón y la ciencia. Por lo tanto, la ruptura con el modelo medieval no solo afecta al plano económico sino que también implica cambios en las formas de saber, produciéndose una ruptura con las tradicionales formas de conocimiento medieval, es decir, con el conocimiento basado en la experiencia sensible, para dar lugar a una representación del mundo en el plano de los objetos. Estas ideas han marcado la existencia del hombre dando lugar al surgimiento de grandes cambios sociales, políticos, tecnológicos, económicos, culturales, éticos y morales que propician grandes proyectos de liberación del hombre (Iriart y Spinelli 1994; Reyes-Rivas 2017). La razón se consideró como el gran descubrimiento de la época moderna estableciéndose como un paradigma que debía explicar todas las acciones del hombre. Tras la Revolución Francesa todos los pensadores centran sus reflexiones en explorar las posibilidades de esta razón, así Hegel refiere que la existencia del hombre se percibe en su cabeza o Kant enjuició la rigidez de la razón en su *Crítica de la razón pura* y *Crítica de la razón práctica* (Alejandre, 2007)

Las ideas y prácticas que caracterizan a este esquema están sujetas a lo que Gracia (2007) denomina como “normalización de la dieta”. Es decir que los usos y actitudes frente a la alimentación estarían motivados por el seguimiento estricto de las normas dietéticas, legitimando los discursos médicos en torno a la restricción de determinados alimentos perjudiciales para la salud, la promoción

de aquellos que aportan nutrientes beneficiosos y el equilibrio entre el consumo y el gasto energético. Como hemos señalado anteriormente esta autora critica que estas pautas no solo desatienden los aspectos de carácter simbólico y/o pragmático que intervienen en la alimentación, sino que constituyen normas en torno al cuerpo y la salud cuyos objetivos son promover un cierto orden social y ético.

En relación con este argumento entendemos que nuestro *habitus legítimo* comparte los esquemas que estén próximos al polo legítimo que describen Martín y Moreno (2005), es decir, que los aspectos valorativos y afectivos de este esquema establecen vínculos familiares en los que se antepone la salud y las prácticas que sugiere la ciencia, a aspectos afectivo-emocionales como el disfrute o los gustos familiares.

En este *habitus* el concepto de lo sano, se observa como una delgada línea que separa la salud de la enfermedad, pues el no cumplimiento de alguna de las normas nutricionales o comportamentales supondría un paso hacia la alteración del normal funcionamiento del organismo. Esta idealización de la salud supone un control estricto de la alimentación, lo que en la vida cotidiana se traduce en una especie de posición ascética y de autocontrol caracterizada por un rechazo a los placeres culinarios, con el objetivo de conseguir la salud en el futuro. Por lo tanto, las elecciones y prácticas alimenticias en este polo están consistentemente influenciadas por su relación con la salud y, en consecuencia, los gustos culinarios de los niños, la preparación de alimentos, el tiempo que se emplea para dárselos u otros aspectos relativos a la comensalidad quedan en un segundo plano.

El *capital alimentario legítimo* que posee este esquema lo conforma un patrimonio de conocimientos y prácticas que tanto padres como hijos han asimilado desde su entorno (expertos, colegio, familia, amigos, televisión), que

proviene del ámbito biomédico y contribuyen a “normalizar” sus prácticas alimenticias.

Los discursos de los padres, abuelos, niños y adolescentes que representan este esquema muestran en mayor medida el dominio social a través de la palabra del que nos hablan Bourdieu y Wacquant, revelando las disposiciones más profundas de nuestra sociedad, en las que, médicos, pediatras, nutricionistas o psicólogos, entre otros, por su legitimación, definen lo que es la obesidad y dan las recomendaciones para prevenirla o combatirla, constituyendo lo que Bourdieu y Wacquant (1995) definen como:

Una red de fuerzas simbólicas que se imponen a través de un sistema de sanciones y censuras específicas y que, de esta manera, contribuyen a moldear la producción lingüística al determinar el precio de los productos lingüísticos. (...) Entre más oficial o “tenso” sea el mercado, esto es, más próximo a las normas del lenguaje dominante (...), mayor será la censura y mayor la dominación del mercado por los dominantes, poseedores de la competencia lingüística legítima. (pp. 211-212)

El lenguaje dominante al que se refieren estos autores, se observa en la reproducción de las definiciones y el lenguaje biomédico de los más jóvenes de nuestro estudio, asumiendo que la obesidad es una enfermedad que se debe tratar con dieta y ejercicio. Señal del calado del lenguaje experto. En definitiva, este *habitus* representa la complejidad de una “modernidad alimentaria” que, entre otras cosas, según Le Breton (2006) ha supuesto rupturas con las prácticas alimenticias familiares tradicionales como el comer en familia, elaborar la comida en casa o el autoabastecimiento. Sustituyendo la comensalidad por una práctica alimenticia en la que prima el comer rápido y obtener un producto saludable pero desprovisto de historia y simbolismo. Se podría decir, que se deja de compartir

alimentos para, simplemente “proveer al cuerpo de nutrientes” (Le Breton, 2006, p. 308). Además, según este autor se evidencia que en este proceso de “modernización alimentaria” también ha cambiado el significado que adquiere el cuerpo como un modo de proyectar nuestras orientaciones socioculturales. Lo que conectaría tanto con lo expuesto por Bourdieu sobre la forma en que el cuerpo expresa nuestros gustos adquiridos en nuestro entorno sociocultural, como con las formas de *biopoder* referidas por Foucault y que se ejercen a través del control del cuerpo.

3.3.3. *Habitus alimentario posmoderno*

Para comenzar con la descripción de nuestra propuesta de *habitus posmoderno* entendemos que es necesario describir qué es el posmodernismo, ya que este momento histórico está interconectado con la forma en que el hombre ve el mundo, se relaciona (también mediante la comida) y se piensa. No obstante, al igual que sucedía con la tradicionalidad o el modernismo, nos enfrentamos a una empresa difícil. En general se acepta que su inicio puede situarse tras la Primera Guerra Mundial, desarrollándose a nivel literario y filosófico en los años 70 del siglo XX, coincidiendo con el derrumbe del socialismo y el inicio del proyecto de reestructuración económica y política que se conoce como globalización. Aunque existen muchas corrientes posmodernistas todas comparten el mismo desencanto con el proyecto modernista al que consideran agotado, criticando sus fundamentos como la confianza en la ciencia como estrategia de conocimiento o como método para organizar la vida social, la creencia de que el sujeto se erige como la encarnación de las metas trascendentales o la asunción de que la historia tiende al progreso material (Osorio, 2009).

La figura que mejor representa ese desencanto es Jean-François Lyotard. Este autor describe la corriente posmoderna como una incredulidad frente a los

grandes relatos del modernismo a los que considera acabados. Estos grandes relatos se corresponden con la cosmovisión de los ideales modernistas respecto a la posibilidad de alcanzar conocimiento sobre todo lo que nos rodea mediante la ciencia, la emancipación del hombre o el progreso continuo de la historia hacia la civilización del hombre y el bienestar moral. El discurso posmodernista acoge todas las perspectivas sobre el mundo, de ahí que hable de la multiplicidad de comunidades de significado o “juegos de lenguaje” y de la existencia de múltiples micronarrativas (Lyotard, 1987). Sin embargo, según Bensaïd (2004) este rechazo a los grandes relatos no implica únicamente una crítica a los sueños progresistas y el despotismo de la razón instrumental, o una posición escéptica frente a los discursos sobre la libertad del hombre o la transformación social; sino que se acompaña de un culto a lo inmediato, a lo descartable y un rechazo a los proyectos a medio plazo.

En relación con esta visión, observamos que mientras algunos autores describen el periodo posmoderno como una ruptura con el periodo anterior, otros lo describen como una continuidad de la modernidad, utilizando diferentes conceptos para sostener sus ideas. Así, Magda (2004) señala que esta ambigüedad empaña el cambio de paradigma que precisa de nuevos conceptos para definir la contemporaneidad a la que nos enfrentamos y defiende que frente al desencanto de los grandes relatos, se genera un nuevo gran relato, el de la globalización. Que ya no precisa tanto de esfuerzo emancipador de las teorías modernas, sino que se apoya en las nuevas tecnologías de la comunicación, el papel de los nuevos mercados en la vida social y la geopolítica. Esta autora prefiere utilizar el término Transmodernidad porque refleja cómo se ha sobrepasado los límites de la Modernidad entrando en un proceso irreversible. Bajo su punto de vista este

nuevo mundo se caracteriza por la constante transformación y una transmisión de información en tiempo real atravesado de transculturalidad.

Respecto a este nuevo gran relato de la globalización Magda (2004) refiere:

La globalidad es irreversible precisamente porque responde a profundos procesos, aunque no todos al mismo nivel de globalización económica, política, social, cultural, ecológica... Así, globalización aglutina, responde y da nombre a todos aquellos procesos en virtud de los cuales los Estados nacionales soberanos se entremezclan e imbrican mediante actores transnacionales [...] Todo ello configura un horizonte no ciertamente nuevo, pero sí cada vez estructurado de manera más coherente y consolidada, que apuntaría las siguientes líneas generales: mercado global, cultura globalizada, desarrollo constante de las tecnologías de la comunicación, sociedad de la información, política mundial postinternacional y policéntrica, implicación global de los conflictos bélicos, transculturales, los atentados ecológicos y el problema de la pobreza. (p.29)

Bauman (2013) entiende que el momento actual es una continuidad caótica de la modernidad. Este autor utiliza el término “modernidad líquida” y lo describe como un momento histórico en el que las personas pueden cambiar de una posición social a otra de manera fluida y en el que la duración deja de ser un valor y se convierte en un defecto. La consecuencia de este nomadismo sobre el hombre moderno sería un aumento de los sentimientos de incertidumbre y una privatización de la ambivalencia. El hombre moderno fluye a través de su propia vida como un turista en continuo cambio, de trabajo, de casa, de cónyuge, de valores e incluso, a veces de condición sexual, escapando de las normas tradicionales.

Un aspecto del pensamiento de este autor que conecta con nuestro estudio es la forma en que el modernismo líquido descarga la responsabilidad en el

individuo, y cómo los patrones tradicionales son sustituidos por otros autoelegidos. Además, la modernidad liquida marca la era de nuevos valores e ideas cuya mentalidad normativa pone énfasis en el cambio, la era en la que nadie está dispuesto a morir por una causa, la era del fin del compromiso, donde la individualidad arrincona al concepto de ciudadanía. Y que en definitiva encierra a las personas en la prisión de su propio proyecto existencial. Incluso el cuerpo refleja este modelo social de continuo cambio. En palabras de Bauman (2013):

Ha terminado la época de las gigantescas plantas industriales y los cuerpos voluminosos: antes, daban prueba del poder de sus dueños; hoy presagian la derrota en el próximo round de aceleración, de modo que son una marca de impotencia. Cuerpos delgados y con capacidad de movimiento, ropas livianas y zapatillas, teléfonos celulares (inventados para el uso de nómada que necesita estar “permanentemente en contacto”), pertenencias portátiles y desechables, son los símbolos principales de la época de la instantaneidad. El peso y el tamaño, y especialmente lo gordo (literal o metafórico), culpable de la expansión de los dos anteriores, comparten el destino de la durabilidad. Son los peligros que hay que combatir o, mejor aún, evitar. (p.137)

El posmodernismo refleja la situación en la que se encuentra la mayoría de los participantes de nuestro estudio e incluso, nos atreveríamos a decir que toda la sociedad. Por lo que conviene tener en cuenta las transformaciones y los cambios que implica, para explorar los motivos de los ajustes y los repliegues que han experimentado las prácticas alimenticias de las familias actuales.

La idea más representativa de este esquema es la del “equilibrio o moderación”, que evoca al tradicional concepto hipocrático de la temperancia. La asimilación de este esquema permite a las madres establecer excepciones a la norma médica y permitir a sus hijos un número limitado de ingestas de alimentos

“prohibidos”, que se pueden clasificar en diferentes grados de flexibilidad difícilmente encuadrables en un polo cercano a la norma médica, pero tampoco se identifica con un polo tradicional puro. En este esquema la preparación de alimentos y el consumo de los mismos también se encuentran atravesados por aspectos valorativos, afectivos y perceptivos como en los anteriores casos. A pesar de la eclecticidad de las prácticas e ideas, que en ocasiones pueden resultar contradictorias, podemos observar que la máxima de estos aspectos valorativos o juicios es, al igual que en los anteriores *habitus*, demostrar que se es “buena madre, padre o abuela” intentando encontrar un equilibrio entre satisfacer los gustos de los hijos y alimentarlos de forma saludable. Como ejemplo observamos en nuestro estudio que un niño refiere que su abuela le prepara “hamburguesa verde” hecha con espinacas.

El *capital alimentario posmoderno* que posee este *habitus* puede estar compuesto tanto por un recetario tradicional heredado al que se han incorporado nuevos conocimientos y técnicas para cocinar sano, como por la incorporación de nuevas recetas y conocimientos que se obtienen de diferentes fuentes (internet, expertos, escuela, cocineros de la televisión, vecinos) y que conforman una red social de gran influencia. A este conglomerado de posibilidades hay que añadir múltiples factores y condicionantes prácticos tales como:

- la exigencia de un nuevo modelo socio-laboral que exige ahorrar tiempo.
- La incorporación de nuevas tecnologías a la cocina que permiten cocinar rápido.
- La incorporación de nuevos alimentos que antes no se conocían o no se consumían tanto, recomendados ahora por los expertos o facilitados por la globalización.

En el plano ideológico o subjetivo se observa la influencia de un cluster disciplinario en el que podemos encontrar entre otros:

- ideas científicas sobre la obesidad, la enfermedad, la salud, el cuerpo o la alimentación transmitidas por expertos en nutrición, psicólogos, médicos, entre otros.
- La legitimación de la figura del chef como un nuevo referente de la cocina que reclama que se coma comida rica y saludable.
- Estrategias publicitarias de la industria alimentaria que juega con el capital simbólico para vender sus productos.
- Los consejos de las abuelas que ayudan a cuidar de los nietos mientras los padres trabajan, que quieren evitar la pérdida de la comida tradicional y que transmiten sus conocimientos a los nietos
- La transmisión de conceptos nutricionales y normas desde la escuela.
- Las limitaciones materiales para acceder a alimentos de calidad en determinadas familias y grupos sociales.
- Y todo un maremágnum de noticias alarmistas transmitidas desde diversas fuentes de información (internet, televisión, redes sociales) que advierten de los perjuicios de los aditivos de los alimentos industriales, de la forma en que afecta la contaminación ambiental a la producción de alimentos o del problema de la insostenibilidad del sistema agroalimentario actual con el encarecimiento de alimentos básicos fruto de la especulación, entre otros.

El análisis de este *habitus posmoderno* trata de explicar en nuestro estudio la influencia de este maremágnum de ideas, prácticas y esquemas de pensamiento relativos a la alimentación que en cierto modo entran en conflictos entre sí, pues

al tiempo que se ejerce un control sobre el cuerpo y una idealización de las formas corporales delgadas, asistimos a un ambiente denominado “obesogénico” que incita al consumo y a la sedentarización. Otro fenómeno emergente que se observa en nuestros participantes, como consecuencia de la rápida expansión de la información que ha propiciado el contexto Posmoderno, es el cuestionamiento de los saberes médicos o la desconfianza en la producción industrial de alimentos, que ha propiciado una confusión ideológica.

Esta eclecticidad se observa en la encrucijada en la que se encuentra el comensal moderno, cuyo nuevo orden alimentario, según Fishler (2010) se caracteriza por una “desestructuración” o “gastro-anomia” que afecta tanto a las prácticas como a los saberes. No obstante, se ve envuelto en una especie de “cacofonía” de criterios culturales compuestos por mensajes o consejos sanitarios sobre alimentación saludable, mensajes publicitarios respaldados por conocimientos científicos y multitud de opciones que, en muchas ocasiones, entran en conflicto con un legado de conocimientos alimenticios tradicionales que van perdiendo legitimidad paulatinamente. Según este autor, esto ha derivado en una pérdida de capacidad de las personas para decidir lo que se debe o no se debe comer, que se podría entender como una crisis de las normas y valores que guían el buen comer. Lo que, a su vez, está relacionado con la forma en que, según Illich, los procesos de *medicalización* de la vida van inhabilitando a las personas para su autocuidado. Pudiendo explicarse esta cacofonía alimentaria con su concepto de Yatrogénesis Cultural, por la forma en que en cierto modo se transforman las percepciones sobre la salud y la enfermedad y las singularidades y simbolismos que envuelven a la alimentación; dando la impresión de que los individuos no son capaces de poner remedio a los problemas de salud por sí mismos (Illich, 1975, p.73-74). Nuestro *habitus posmoderno* trata de captar el

proceso adaptativo que ha experimentado la alimentación de niños y adolescentes, caracterizado por una relación entre aquellas prácticas alimenticias que generan costes, en términos de obesidad, diabetes y colesterol. Y aquellas otras que siguen las reglas de ese “nuevo orden alimentario”, que se traducen en restricciones y equilibrios que en su trasfondo implican un reajuste biocultural (Contreras, 1993)

En un fragmento de nuestras entrevistas se observa el desconcierto del comensal moderno al que alude Fischer (1995), más dependiente que nunca de una información ajena a unos saberes aprendidos por contacto directo con el producto o por transferencia cultural, pues parece que más allá de los consejos y pautas que un médico pueda dar para llevar una alimentación saludable, hoy en día se necesitan conocimientos específicos (químicos) para poder elegir “bien”:

Moderador: ha comentado anteriormente que solía mirar el etiquetado de los alimentos,

Madre 5: bueno, no siempre, a veces sí y a veces no,

Moderador: y las demás ¿miráis el etiquetado?,

Madre 2: sí,

Madre 4: yo sí,

Moderador: ¿qué os parece? ¿Viene la información lo suficientemente clara?

Madre 1: a ver, la información que está, se ve, pero otra cosa es que se pueda leer, porque yo con estas gafas...El tema de la confianza y todo eso depende de los conocimientos que uno tenga, porque yo hay muchos “E-...”, “E-... no sé qué”, que no sé ni lo que es, y cuando te ponen el “ácido de no sé qué...” tampoco sé a lo que se corresponde, si me ponen ácido cítrico sí que sé lo que es, pero no lo sé si me ponen el “E-124...”, pues no tengo ni idea y me quedo tan pancha...

Madre 5: es que cada uno sabe lo que sabe, es que no tenemos que saber de todo.

(Grupo padres Mar Menor, 2018)

PARTE 3ª

CAPÍTULO 4. METODOLOGÍA

“Preguntarse qué es hacer ciencia o, más precisamente, tratar de saber qué hace el científico, sepa éste o no lo que hace, no es sólo interrogarse sobre la eficacia y el rigor formal de las teorías y de los métodos, es examinar a las teorías y los métodos en su aplicación para determinar qué hacen con los objetos y qué objetos hacen”

(Bourdieu, Chamboredon y Passeron, 2002, p. 25)

4.1. JUSTIFICACIÓN

El estudio de un fenómeno tan complejo como el de la obesidad en la infancia y adolescencia, que involucra relaciones de poder, saberes y costumbres, tan cambiantes como inalterables, individuales y colectivas, necesita de una metodología holística que nos permita ir más allá de una mera descripción arbitraria de comportamientos sociales fragmentados o de los condicionantes estructurales y materiales involucrados. Desde esta perspectiva se abre la posibilidad de explorar los sistemas o campos de relaciones que organizan nuestro objeto de estudio, abordando las experiencias, subjetividades y relaciones de dominación implicadas. En este sentido, necesitamos descubrir la forma en que calan las ideas y discursos científicos, y también los juicios sociales, en interacción con las creencias previas culturales/tradicionales respecto a la alimentación, la salud y el cuerpo, modificando y/o transformando las estrategias que siguen las familias, niños y adolescentes para alimentarse y manejar su peso. De igual modo observamos la necesidad de cubrir la ambigüedad y la distancia que solemos encontrar en los estudios oficiales que abordan la obesidad infantil y adolescente realizando descripciones de la realidad sin explicar, interpretar y comprender cómo la viven los sujetos inmersos en ella.

En respuesta a estas necesidades, y en consonancia con las características y objetivos de nuestro estudio en el que pretendemos dar voz a las personas implicadas, creemos que la mejor estrategia metodológica es la cualitativa ya que como indican Bourdieu, Chamboredon y Passeron (2002) respaldándose en Von Hayek, el carácter subjetivo de los hechos sociales hace que éstos no sean reductibles a los métodos de las ciencias exactas, dado que las creencias u opiniones individuales no se pueden definir de antemano, sino esperar a que sea la propia persona que actúa la que aporte su punto de vista.

En nuestro caso, el enfoque cualitativo nos permite ahondar, por un lado, en la parte objetiva/producida del fenómeno, que se puede observar, como: las estrategias que adoptan los sujetos implicados para manejar su peso, los alimentos que se consumen, industriales/frescos, la forma de cocinarlos adaptando los saberes culinarios tradicionales y/o expertos a sus condiciones materiales, o la confianza/desconfianza que guían sus elecciones. En relación con esto, y en su vertiente más estructural, también nos ofrecerá un punto de vista crítico sobre el conocimiento científico, y sus efectos sobre la salud y la alimentación de las personas, o la implicación de las nuevas formas de *biopoder* descritas por M. Foucault o el *efecto biobucle* acuñado por I. Hacking. Para ello, analizamos sus repercusiones en las relaciones sociales como un instrumento de identidad y distinción, para crear ideas y subjetividades que posibilitan estructuras *biopolíticas* hegemónicas.

Nuestra estrategia metodológica nos permite repensar el fenómeno prestando atención a los aspectos subjetivos/percibidos, para poder llegar a comprender a un nivel personal las experiencias, motivos y creencias que hay detrás de las prácticas alimenticias de las familias, niños y adolescentes; los cuales se hallan inmersos en una vorágine de discursos, conceptos y consejos expertos, así como en interacción con una matriz social de ideas sobre el cuerpo, la salud y la alimentación, que calan de una forma inconsciente y se interiorizan, representándose posteriormente en el gusto por un alimento o una actitud frente a la alimentación que en ocasiones puede ser antagónica de las ideas que se expresan. Un ejemplo de las subjetividades implicadas serían los significados que los padres, abuelos, niños/adolescentes y su entorno atribuyen a las formas corporales como sinónimo de salud o enfermedad y la lucha sociológica que

implica en términos de distinción mostrarse como una “buena madre”, repercutiendo en la alimentación familiar.

A su vez, esta faceta de nuestra estrategia metodológica nos puede ayudar a desvelar el origen de los estereotipos y los ideales corporales, y su relación con los problemas psicológicos y/o los problemas de alimentación que presentan los niños y adolescentes; debido al estigma y la carga que supone ser obeso en nuestra sociedad, por estar relacionado con la pereza, la falta de voluntad y el ser un lastre para la colectividad.

4.2. CLAVES EPISTEMOLÓGICAS

En la actualidad, el enfoque holístico nos permite esclarecer las relaciones e ideas contradictorias que envuelven la alimentación, puesto que es una de sus características más importantes, la cual se centra en los objetivos como logros sucesivos de un proceso continuo, más que como un resultado final. Al centrar la atención en los objetivos, las pugnas entre los diversos paradigmas desaparecen, porque el uso de determinados métodos ya no constituye criterio suficiente para diferenciar o caracterizar los tipos de investigación, ni los modelos epistémicos. Según Hurtado de Barrera (1998) cada evento refleja y contiene a la vez las dimensiones de la totalidad que lo comprenden. Cada modo u holotipo de investigación comprende de un modo trascendente, estadios investigativos anteriores (acción integradora) y posibles desarrollos futuros (acción proyectiva), desplegando de esta forma el modelo de Ciclo Holístico como circuito global, continuo, concatenado e integrado, que ofrece soporte metodológico y epistémico al investigador.

Uno de los conceptos a tener en cuenta en nuestra investigación será el de objetivación. Entendiéndose como la visión espacial del trabajo en la que entran en juego la forma en que se construye el objeto de estudio, las categorías de

pensamiento y los instrumentos de análisis. Según (Bourdieu, Chamboredon, Passeron, 2002) el investigador social debe tener presente que se encuentra ante un hecho inexplorado que no puede abordarse ni por las preconiciones de la “sociología espontánea”, basadas en el análisis de las ideas de supuesto sentido común; ni por las ideas filosóficas sobre el mundo social, ya que estas solo pueden aportarnos un conocimiento que opera como una reducción “sociologista”. Por ello, la objetivación es la primera advertencia metodológica de toda investigación social.

4.2.1. ¿Cómo construimos nuestro objeto de estudio?

El rechazo inicial de las preconcepciones expertas es, por lo tanto, nuestro punto de partida para adentrarnos en el trabajo de campo, pues nos ayuda a plantearnos una problemática teórica que, como indican Bourdieu, Chamboredon y Passeron (2002) permitirá examinar los aspectos de la cotidianeidad, sin adherirnos a convencionalismos. La construcción de nuestro objeto de estudio es por tanto resultado de una actitud inconformista, crítica y reflexiva que conduce a la aplicación de un marco teórico compuesto por las teorías y conceptos de P. Bourdieu, M. Foucault e I. Hacking; pues consideramos, al igual que estos autores, que no es posible un diálogo entre las hipótesis y la experiencia, dado que lo real no tiene nunca iniciativa y solo responde cuando se le interroga.

En esta investigación la construcción teórica de la obesidad infantil y adolescente nos distancia de las concepciones expertas que lo definen, implícita y explícitamente, como una enfermedad biológica o psicológica, presuponiendo a los sujetos implicados plena capacidad de agencia. En esta investigación lo abordamos como un objeto complejo en el que se encuentran implicadas subjetividades vinculadas al escenario social en el que los sujetos se hallan inmersos, y en el que también se producen manifiestas formas de colonización de

los cuerpos y las formas de pensar a través de la interiorización de mensajes sobre la salud y la idealización del cuerpo.

La teoría se amolda al trabajo de campo en función de cómo se concibe el objeto de estudio, permaneciendo este vínculo hasta el final de la investigación. Es decir, que los datos obtenidos sólo cobran sentido para la teoría que los confiere, ya que perderían su sentido en el caso de que se quieran analizar con otra teoría. La construcción del objeto a partir de un marco teórico confeccionado durante el mismo proceso de investigación resulta necesaria para evitar que las nociones de nuestros participantes sean sustituidas por las propias, cayendo en una explicación cuestionablemente objetiva. Una investigación social no puede limitarse a escuchar a los sujetos y registrar fielmente sus palabras y razonamientos, para posteriormente explicar su conducta. Bourdieu, Chamboredon y Passeron (2002) señalan que buscar en los discursos de los participantes los elementos a preguntar, “conducen a una falsa neutralidad compuesta por análisis de juicios que o bien no se sabe clasificar y/o analizar, o derivan en explicaciones superficiales forzadas por la necesidad de responder a preguntas innecesarias” (p.57).

4.2.2. La ciencia que estamos haciendo

En la línea de lo expuesto, no tratamos de seguir un método basado en una lógica preestablecida, pues, paradójicamente, la búsqueda incondicional de un rigor tecnológico y científico, basado en la creencia de que éste debe ser definido de antemano y permanecer inamovible para siempre, puede llevar al camino opuesto al deseado, es decir, a bloquear la obtención de particularidades y no adquirir conocimiento de nuestros informantes. Teniendo en cuenta estas pautas en nuestro estudio el proceso de investigación sufre algunos cambios y rectificaciones lo que, de paso, muestra la reflexividad a la que está sometida

nuestra estrategia metodológica. Para constatar los cambios experimentados, en el apartado de metodología mostramos la evolución de los focos de interés, en forma de preguntas de investigación, desde las primeras entrevistas y grupos de discusión de pilotaje hasta los guiones definitivos de nuestro estudio.

No nos circunscribimos, por tanto, a unas recomendaciones metodológicas preestablecidas como, por ejemplo, la idoneidad de los lugares donde se deben realizar las entrevistas, ya que nos adaptamos a las particularidades de los informantes. Tal es el caso de la entrevista realizada a Emilia, una abuela al cuidado de sus nietos, cuyo final de la entrevista es interrumpida por el llanto de su nieto de siete meses al que está cuidando esa mañana. Tampoco nos obsesionamos con la obtención de una muestra heterogénea o que esté dentro de una cifra preestablecida por un manual, sino que se quiso evitar aplicar un método excesivamente controlado por unas lógicas formales, y que éste terminara volviéndose contra sí mismo, avocándonos a unos resultados que no cumplen con las condiciones previstas. Esta investigación no quiere defender una estrategia metodológica que busque analizarlo todo, no solo porque un análisis de la totalidad es inabordable sino porque en determinadas situaciones la práctica científica solo puede construir problemáticas nuevas cuando se renuncia a la ambición de querer explicarlo todo de forma ordenada. Además, resulta más interesante describir los procesos mediante los cuales se ha llegado a un concepto o a una proposición que dejar el desarrollo entre bastidores, para llevar a la escena únicamente los desenlaces. Frente a aquellas investigaciones que se diseñan en base a un método, Bourdieu, Chamboredon y Passeron, (2002) citan el ejemplo de “Abraham Kaplan, de la conducta del borracho que pierde la llave ante la puerta de su casa y no cesa en su empeño de buscarla sólo bajo la luz de la farola porque sostiene que allí se ve mejor” (p.21).

Entendemos que nuestra estrategia metodológica no puede enmarcarse dentro de un orden preestablecido, por ello intentamos adaptarnos a la dinámica social actual, conforme a la idea de modernidad líquida de Bauman (2013). Para tal cometido es necesario tener en cuenta que, según Bourdieu y Wacquant (1995) la ciencia llega a ser una verdadera ciencia, no cuando se rige por unas normas éticas de razón práctica o unas reglas técnicas metodológicas, sino cuando se adapta y llega a formar parte del mismo campo social que investiga, cuando participa en su campo de actuación, ya que lo que posibilita la razón científica es la lógica misma de su funcionamiento. Bajo estas premisas, queremos apuntar que también tuvimos en cuenta que los expertos consultados en nuestra revisión literaria y en nuestras entrevistas coincidieran en su perspectiva sobre la importancia que tiene el contexto histórico en el desarrollo del fenómeno de la obesidad infantil/juvenil.

Para alcanzar este nivel de comprensión sobre el fenómeno social que estamos estudiando, tenemos en cuenta las recomendaciones de Bourdieu, Chamboredon y Passeron (2002) para elaborar una estrategia metodológica que se aleje de la actitud ingenua de una sociología que pretende explicar la verdad desde la experiencia del sujeto, entendiéndolo como dueño absoluto de su pensamiento y no queriendo conocer otro determinismo que el de su propia verdad. Nuestra comprensión sociológica del fenómeno de la obesidad infantil y adolescente, no renuncia de antemano a otras ciencias del hombre, pero va más allá de una mera confrontación del sentido común de los sujetos implicados y el sentido común experto. Abordamos los mecanismos sociales de competición que posibilitan disposiciones inmutables en el tiempo así como una organización social aparentemente anárquica (Bourdieu y Wacquant, 1995), en la que la

alimentación y el manejo del peso, como herramientas simbólicas, veladas o palpables, forman parte de la lucha por mantener o mejorar una posición social.

Desde un marco teórico social reconocido científicamente, vamos desgranando la práctica científica misma, explorando las técnicas y procedimientos más adecuados para progresar en un método que permita ir descubriendo de lo menos verdadero a lo más verdadero, en lugar de quedarnos atrapados en una “ilusión de transparencia” que nos diferencie lo verdadero de lo falso al instante. Nuestra estrategia metodológica nos permite captar la lógica objetiva de la organización social del modo que sugieren Bourdieu, Chamboredon y Passeron (2002), mediante el ejercicio de la “no-conciencia” pues como refieren estos autores: “ninguna ciencia puede renegar sin renegarse como tal” (p.31). Esta actitud autocrítica y reflexiva no solo permite descubrir nuevos hechos a investigar o acceder a aquellos sujetos que más pueden contribuir a las explicaciones que buscamos, sino que nos facilita el “hacernos” con el objeto de estudio comprendiendo en profundidad las relaciones de distinción/dominación implicadas y analizando el trasfondo del sistema de relaciones que observamos objetivamente. El principio de “no conciencia” supone en nuestro estudio no limitarnos a un análisis de las ideas y conceptos de supuesto sentido común práctico sobre la obesidad, cuyo origen pueden ser ideas populares o las ideas científicas sobre la misma, o quizá, la proyección de las concepciones científicas plasmadas en una matriz social de ideas sobre la gordura.

4.2.3. Semejanzas y diferencias con la hermenéutica/fenomenología

Aunque nuestra estrategia metodológica no es puramente hermenéutica, se podría entender que en ciertos aspectos coincide con este método por la forma en que se pretenden interpretar los acontecimientos sociales a través del lenguaje simbólico y de la contextualización de los sujetos implicados. Según Amezcua y

Gálvez (2002) el análisis hermenéutico acuñado por Habermas y Gadamer, es especialmente eficaz en investigaciones cuyo objeto es analizar los procesos salud/enfermedad desde la perspectiva de las representaciones sociales y el análisis de las relaciones implicadas. Sin embargo, nuestro análisis no se queda solo en la interpretación de los discursos de nuestros participantes pues tratamos de profundizar más allá, no nos circunscribimos únicamente al método hermenéutico, sino que buscamos un método elástico y dinámico que nos permita explorar las relaciones de saber/poder/subjetividad implicadas en el fenómeno de la obesidad infantil y adolescente. Al apoyarnos en las teorías y conceptos de autores como Bourdieu, Foucault y Hacking, buscamos profundizar en el entendimiento de cómo se hace el sujeto obeso en su contexto social, y los efectos que los mensajes biomédicos tienen en la creación de ideas y subjetividades en torno a la alimentación y el cuerpo.

Nuestro método permite superar algunos de los problemas que presenta la hermenéutica que se plantean en la dialéctica que surge entre Gadamer y Habermas. Así, mientras que Gadamer (como se citó en Navarro, 2012) concibe el lenguaje como el vehículo de interacción con el mundo, cuyo entendimiento puede arrojar información sobre las experiencias de las personas, incluyendo las relaciones de dominación. Habermas descarta una conexión completa entre las ideas y el lenguaje, acusando a la hermenéutica de Gadamer de falta de profundidad y reflexividad. Aunque Gadamer defiende que todo entendimiento es un ejercicio de interpretación en el que no podemos comprender una situación en su totalidad, para Habermas el lenguaje puede esconder una conciencia alejada de la realidad en aquellos casos en los que existan intereses por legitimar una relación de explotación sistemáticamente organizada. En síntesis, de la hermenéutica nos quedamos con su capacidad de hacer partícipes a las personas

de sus circunstancias, dejando aflorar sus inquietudes mediante la palabra y admitiendo que, conforme a Gadamer, existe cierto grado de finitud en el lenguaje e infinitud en el discurso (Navarro, 2012).

Por ello, nuestra estrategia metodológica puede entenderse como una introspección fenomenológica ya que, en la línea de Taylor y Bogdan (1978), tratamos de comprender los hechos sociales desde el análisis de la experiencia humana dando protagonismo a los sujetos implicados para comprender a un nivel personal las experiencias, motivos y creencias que hay detrás de sus comportamientos. Conecta, a través de sus ramificaciones con la fenomenología que Husserl (1995) describió como: "la intuición esencial ejecutada sobre la base de intuiciones singulares ejemplares de vivencias (...) y la fijación descriptiva en conceptos puros de la esencia intuida"(p. 227). En este sentido la fenomenología no parte de ningún supuesto sentido previo, ni de proposiciones científicas, es decir el investigador está libre en su interpretación de conceptos y se coloca en actitud de explorar simplemente lo dado y para ello debe dejar de lado las creencias y los juicios. La fenomenología tiene como propósito alcanzar el saber con base en la percepción pura del evento de estudio, libre en su interpretación de conceptos, preconcepciones o precogniciones a fin de que éste sea descrito tal como se manifiesta a la conciencia (Barrera, 2010).

No obstante, dos de los autores empleados en nuestro marco teórico, M. Foucault y P. Bourdieu, también presentan influencias de la fenomenología. En el caso de Foucault se observa por su centralidad en el cuerpo y en P. Bourdieu en su idea de *habitus*, que proviene del mismo interaccionismo simbólico que influyó de manera importante en la denominada Escuela de Chicago, cuyas raíces se pueden reconocer en el pragmatismo de Dewey y los aportes de otros investigadores como William James y Pierce. Encontramos entre sus principales

representantes a G.H. Mead y H. Blumer. Según los autores Monferrer, González y Díaz (2009) los aportes indiscutibles de G. H. Mead se realizaron a través de sus cursos en la Universidad de Chicago, ya que nunca llegó a publicar un libro en vida, todas las publicaciones editadas bajo su nombre son obras póstumas, y señalan:

(...)Mead aporta en sus trabajos una de las más acabadas propuestas del pragmatismo norteamericano, con su señera comprensión del carácter intersubjetivo y creador de la acción humana. Mead se constituye en autor clave para esta corriente, caracterizada por su profundo interés en la comprensión de la acción social desde el punto de vista del actor, y la naturaleza simbólica de la vida social (...) Tras la muerte de Mead el interaccionismo simbólico se expande por las universidades norteamericanas donde ejercen su magisterio sus seguidores directos. (p.243)

Blumer (1969), reconoce en su libro *El interaccionismo simbólico: perspectiva y método*, su fundamentación teórica basada en la obra de G. H. Mead. Para los autores Monferrer, González y Díaz (2009) el punto de partida de H. Blumer se sostiene en tres sencillas premisas:

(...) el ser humano orienta sus actos hacia las cosas en función de lo que estas significan para él; el significado de estas cosas surge como consecuencia de la interacción social; y los significados se manipulan y modifican mediante un proceso interpretativo desarrollado por la persona al enfrentarse con las cosas que va hallando a su paso. Blumer subrayará, además, que la objetividad social no debe dissociarse nunca de la subjetividad de los actores. (p.243)

El interaccionismo simbólico de la Escuela de Chicago enlaza con nuestro estudio sobre la obesidad infantil/adolescente a través de la figura de E. Goffman, por su interpretación del rol del entorno social para generar etiquetas que dan

origen a estigmas. Estos diagnósticos o etiquetas se pueden entender como un tipo de juicio moral que lleva implícita la culpabilización del sujeto, que en nuestro caso serían los niños y adolescentes obesos. La reacción social frente a este estigma puede ser de compasión y el deseo de ayuda. Desde la perspectiva del sujeto que la padece también pasa por una autovaloración o juicio propio que puede derivar en una mayor o menor búsqueda de ayuda, dependiendo de si se considera culpable de su situación o no. Según este autor el estigma no significa que los individuos se puedan separar en normales y estigmatizados, sino que ambos participan de este rol. Podríamos entender que se trata de un proceso subjetivo de interiorización de dichos roles, al menos en determinadas situaciones y en algunos momentos de la vida de los sujetos. Por ello, este autor habla del desacreditado y el desacreditable.

En el caso de la obesidad infantil/juvenil, se dan los tres casos de estigma que describe E. Goffman (1989): el que marca una abominación física o defecto del cuerpo, el que resalta el carácter cuestionable del sujeto con “falta de voluntad, pasiones tiránicas o antinaturales, creencias rígidas y falsas, deshonestidad” (p.16). Un tercer caso sería el de los estigmas tribales transmitidos por la familia como las clases sociales, la nación y la religión, que en nuestro caso se traduce en una culpabilización de los padres por alimentar mal a sus hijos e implícitamente por transmitir ideas en torno al cuerpo y la alimentación que se salen de las convenciones sociales.

Esta idea del estigma de E. Goffman no solo engrana con la idea de las categorías interactivas propuesta por I. Hacking, por la expectativa que genera una norma social en los individuos, ya sea expuesta por las entidades médicas o por agentes sociales, generando ajustes y adaptaciones; sino que también guarda relación con la interiorización de las subjetividades que describe P. Bourdieu,

cómo se puede rastrear en la justificación que esgrimen aquellos individuos que se salen de los alineamientos sociales protegiéndose en creencias propias sobre su identidad. Igualmente conecta con la idea del control que se ejerce a través del cuerpo descrito M. Foucault al concienciar a las personas, por medio de las estructuras, de la necesidad de encajar en las categorías de lo que se considera normal.

En resumen, con nuestra estrategia metodológica queremos ir más allá del ejercicio de la hermenéutica y la fenomenología pues, no solo damos cabida a las experiencias personales de nuestros protagonistas, sino que además, tratamos de entender las subjetividades implicadas, en torno a la salud y el cuerpo, y cómo éstas transforman las prácticas alimenticias de los niños y adolescentes. En este sentido, I. Hacking nos ayudará a explorar el despliegue histórico de las categorías científicas y sus efectos, M. Foucault dará respuesta a las relaciones saber/poder/subjetividad y P. Bourdieu nos explicará cómo cambian los campos y el *habitus* mostrando por contraste el no cambio (continuidades, regularidades, las relaciones de dominación o las distinciones de clase, entre otros).

4.2.4. Matices etnográficos

Según Martínez (2011) el término etnografía se compone de los términos griegos “Ethnos”, que significa pueblo, y “gráphein” que significa describir, identificándose como la ciencia que tiene como finalidad el estudio y descripción de las etnias. Malinowski (1993) fue pionero en utilizar esta metodología para el estudio de la vida de un grupo de individuos o una raza, mediante la convivencia con la comunidad humana estudiada. Aunque no convivimos con los padres, niños, y adolescentes que participan en nuestro estudio, sí que nos servimos de las técnicas etnográficas en el sentido que apuntan Comaroff y Comaroff (1992), para triangular diferentes puntos de vista sobre un mismo problema, debido a su

efectividad para facilitar la descripción de determinados aspectos de la vida social y su posterior comprensión. Nos quedamos, por lo tanto, con la capacidad del método etnográfico para describir el sentido de vida de las personas que se estudian así como su percepción particular o global del mundo que les rodea, construido históricamente a través de una interacción dialéctica; pues como apunta Martínez (2011): “La etnografía estudia los fenómenos sociales, fruto de la interacción de las personas que hacen parte de una determinada comunidad, cultura o grupo humano” (p.21).

En esta investigación se empleó la etnografía como una estrategia metodológica que nos facilitara explorar en profundidad las motivaciones, los pensamientos, las ideas que subyacen a las formas de actuar de las personas implicadas, y así poder detectar los significados e interpretaciones que se entretejen acerca de la alimentación de niños y adolescentes. Además el enfoque etnográfico nos ayuda a interpretar la realidad del niño y el adolescente en su entorno (familia, amigos y educadores) con un interés práctico, ofreciéndonos la posibilidad de estudiar los fenómenos sociales desde la perspectiva del actor y la red de determinaciones y mediaciones que actúan sobre él. Según los autores Murillo y Martínez (2010) con esta metodología, el investigador puede lograr un conocimiento profundo de la estructura social, ya que se obtiene una descripción de los fenómenos sociales desde la perspectiva de los participantes del contexto social, lo cual está acorde con el análisis de los *habitus* que proponemos. Así mismo, las técnicas etnográficas nos facilitan desvelar las ideas y significados que hay detrás de los comportamientos, las palabras y gestos, pese a la poca relevancia que puedan manifestar *a priori*.

En nuestro proceder aceptamos la tarea de un traductor que gestiona y genera conocimiento, proponiéndonos como sugiere Dietz (2011), una doble

hermenéutica que permita alternar una dialógica entre los participantes del estudio y la teoría, alejándonos del afán de colonizar nuestro objeto de estudio con una metodología y conocimientos teóricos preestablecidos. Esta perspectiva etnográfica se puede entender como una visión *emic-etic*, que acompaña a los protagonistas del estudio sin contraponer un “yo” como investigador con un “ellos” como objeto de estudio. La etnografía doblemente reflexiva de Dietz (2011) requiere de una contextualización de las identidades observadas respecto a las relaciones de poder asimétricas del campo social, contrastándolas entre sí con el objetivo de sacar a la luz las tensiones y las relaciones de distinción involucradas. Por este motivo, creemos imprescindible explorar en primera instancia cómo definen/entienden los expertos el fenómeno de la obesidad infantil/juvenil y cómo identifican al sujeto obeso, si como una persona enferma que carece de voluntad o como el producto de los propios discursos expertos dentro de un campo social en el que entran en juego relaciones de dominio y poder, y en el que también se han involucrado el cuerpo y la salud.

En definitiva empleamos la etnografía como herramienta metodológica para construir una perspectiva etnosociológica del modo que sostiene Bertaux (2005), como herramienta para estudiar un fragmento de la sociedad, abordándola en su contexto histórico-social, para entender cómo se articula y comprender cómo funciona desde el análisis de las relaciones sociales, los mecanismos, los procesos y la acción lógica que la caracteriza. En palabras de este autor:

La hipótesis central de la perspectiva etnosociológica es que las lógicas que rigen el conjunto de un mundo social o mesocosmos se dan igualmente en cada uno de los microcosmos que lo componen: observando con atención uno solo, o mejor varios de estos microcosmos, y por poco que se logre identificar las lógicas de acción, los mecanismos sociales, los procesos de

reproducción y de transformación, se deberían poder captar al menos algunas de las lógicas sociales del mesocosmos mismo. (pág. 18)

4.2.5. Una estrategia interpretativa-explicativa

Este paradigma ofrece la posibilidad de establecer conexiones, que podemos interpretar como múltiples, entre causa y efecto, debido al continuo proceso de interacción que se da entre los acontecimientos sociales y la gran variedad de condiciones materiales e ideológicas a las que se ven sometidos los informantes. En relación con este enfoque entendemos que la comprensión del fenómeno de la obesidad en la infancia y adolescencia también requiere de un cierto grado de interpretación del significado que las personas atribuyen a sus prácticas alimenticias y a las de otros, ya que, según Blumer (1969) los seres humanos logran entender sus experiencias y las de los demás mediante el interaccionismo simbólico, es decir, a través de un proceso en el cual las personas construyen sus significados a partir de su interacción con las concepciones y las formas de obrar que en la sociedad representan simbólicamente las ideas. Por ello, no solo analizamos cómo afectan los significados que los expertos atribuyen a los objetos que se encuentran en sus ámbitos de convivencia, sino que atendemos a las determinaciones y marcos socio-históricos de conocimientos e instituciones que, en coherencia con nuestro estudio, actúan sobre los mismos. No obstante, entendemos que para esta tarea interpretativa es necesario un marco teórico que permita esclarecer y profundizar en las relaciones implicadas.

Entendemos que una interpretación que opere en sentido contrario, es decir, de la realidad a la racionalidad, puede abocarnos a identificar erróneamente determinados estados y pensamientos como la causa del problema, cuando realmente son los efectos. Como por ejemplo cuando los expertos proponen cambios de hábitos alimenticios y, por lo tanto, cambios a nivel comportamental

dando por sentado que las personas engordan por una simple cuestión de glotonería o de falta de voluntad. Un análisis psico-biológico de este tipo aleja al investigador de los condicionantes sociales que explican el fenómeno sobre el que centramos nuestra atención, al asignar al hombre ciertos comportamientos inherentes cuando, según Bourdieu, Chamboredon y Passeron (2002), ni siquiera la sociabilidad se ha demostrado que sea un instinto congénito del ser humano. En nuestro caso tratamos de describir e interpretar el problema de la obesidad infantil y adolescente desde el punto de vista conceptual de los protagonistas, apoyándonos en la certeza de que las personas, a modo de categorías interactivas, se relacionan con las normas, tradiciones y valores puestos en juego dentro del escenario social en el que se desenvuelven, generando patrones de comportamiento que facilitan la comprensión del sentido de las prácticas alimenticias tanto individuales como grupales.

Aunque resulta muy difícil sintetizar y esquematizar todas corrientes y fundamentaciones teóricas que guían nuestra estrategia metodológica presentamos el siguiente esquema para tratar de generar una idea global de la influencia de todas ellas (Figura 7).

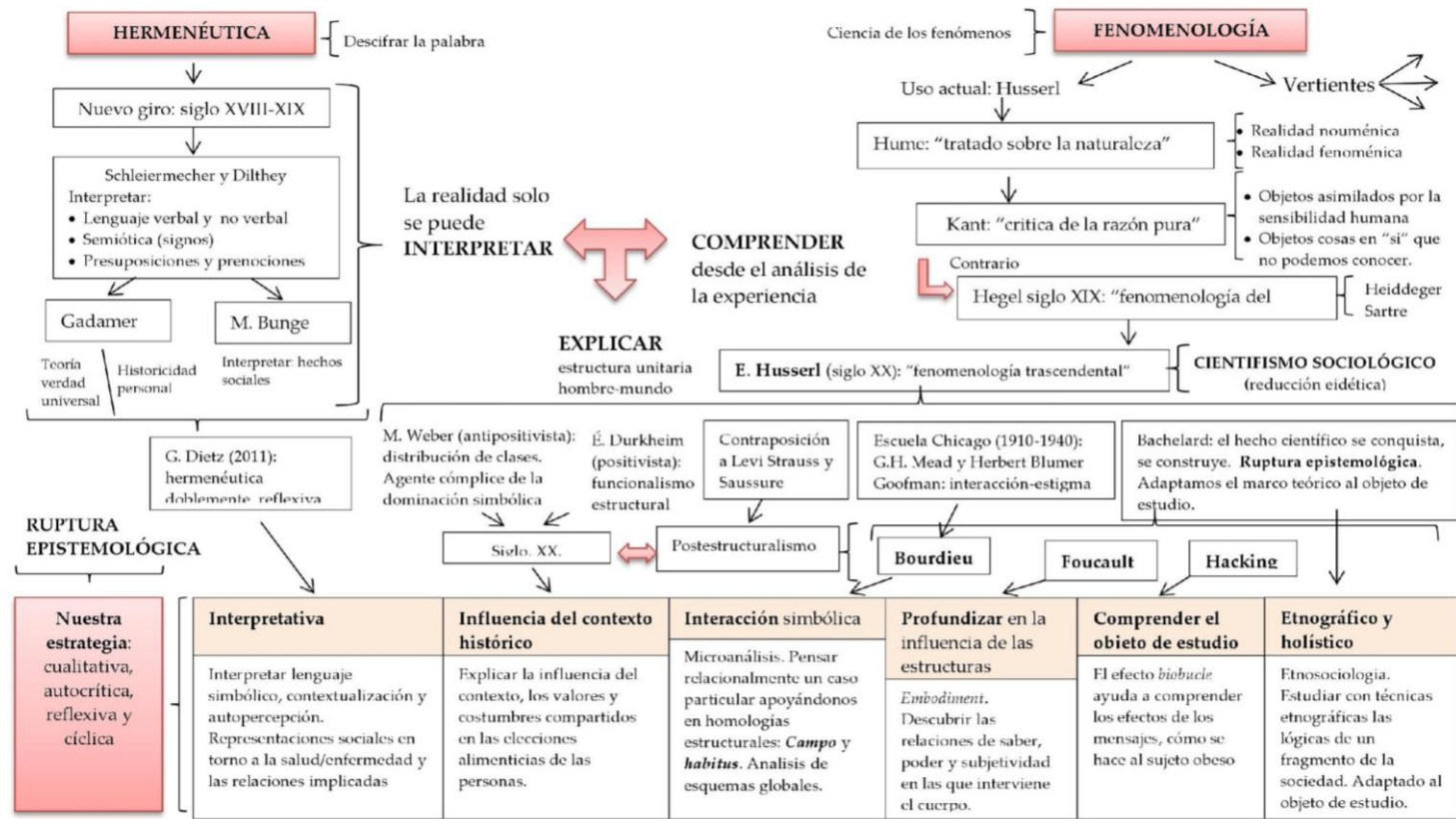


Figura 1. Corrientes y fundamentaciones teóricas de la estrategia metodológica. Creación propia

4.3. DESCRIPCIÓN METODOLÓGICA

4.3.1. Características metodológicas

Nuestra estrategia metodológica posee algunas de las características comunes a otros estudios cualitativos. Conforme a Taylor y Bogdan (1978) posee la particularidad de generar flujos inductivos-deductivos, es decir, que a partir del análisis de las observaciones individuales, realizamos generalizaciones que pueden servir de referencia para aplicar medidas a otros grupos sociales similares, pues cualquier grupo estudiado es susceptible de aportar procesos sociales de tipo general (Salas, 2003). La idoneidad del método inductivo guarda relación con el carácter global de los problemas de salud derivados de una alimentación inadecuada, como se manifiesta por la presencia de elevadas cifras de obesidad infantil y adolescente en todos aquellos países y regiones que se hallan inmersos en el fenómeno de la globalización. En este sentido, ofrecemos una descripción analítica de los efectos generales que producen las categorizaciones y conceptos que emplean los expertos para definir y abordar el problema de la obesidad infantil/juvenil.

Planteamos una estrategia metodológica holística, ya que estudia a los sujetos como los verdaderos protagonistas aprehendiendo el sentido de sus acciones y las ideas que hay tras ellas. El carácter holístico de este estudio hace referencia a una actitud integradora orientada a la comprensión del problema, estudiando a los protagonistas en el contexto donde viven y se relacionan. Es por esta razón que realizamos el trabajo de campo en los espacios de convivencia cotidianos de los informantes como son: sus hogares, centros escolares, trabajos, asociaciones y otros lugares de socialización donde desarrollan su actividades cotidianas.

Los datos de nuestro estudio provienen de diferentes fuentes y escenarios de los que el investigador trata de aprehender, por lo que necesitamos de una estrategia dinámica y creativa que nos permita recomponer una visión en su conjunto (Amezcuca, Gálvez y Toro, 2002). La metodología con enfoque holístico se refiere a una manera de ver las cosas en su conjunto, como un “todo”, con su complejidad y subjetividad, pues ésta es la mejor forma de captar las particularidades y relaciones que por separado no se podrían estudiar (Mihailovich 2006; Smuts, 1926).

El carácter etnográfico de esta investigación nos motiva a desarrollar una estrategia metodológica flexible, del modo en que lo describen Hammersley y Atkinson (1994) dado que un estudio como el nuestro presenta una gran riqueza de matices y una gran variedad de ideas, percepciones, creencias y prácticas puestas en escena que en ocasiones pueden resultar impredecibles y que nos llevan a giros inesperados como, por ejemplo, la búsqueda de un informante relevante en ámbitos que no se habían planteado de antemano. La flexibilidad de nuestra estrategia metodológica nos permite una gran creatividad y ahorro de recursos, permitiendo cambiar la orientación de la investigación en un momento dado si los resultados obtenidos, los sujetos de estudio o las circunstancias lo requieren. La flexibilidad también se manifiesta por la posibilidad de que las técnicas de investigación se adapten a las personas del estudio y no éstas a la propia técnica, esto nos permite profundizar en el fenómeno estudiado.

Los criterios de rigor y validez se plantean en este estudio como un reto, al igual que sucede en otras investigaciones de corte social, por los elementos de subjetividad y emocionalidad que entran en juego. Según Cornejo y Salas (2011) los autores postmodernos recelan de la posibilidad de que en este tipo de investigaciones se pueda conseguir mostrar el rigor que se precisa para llegar a

conocer la verdad misma. Admitimos que no existe una forma completamente transparente de explicar el mundo social, y particularmente nos encontramos con diferentes limitaciones, como preservar el anonimato de los informantes, que los discursos se vean influidos por la presencia del entrevistador o que el proceso de análisis de datos se vea influido por las creencias, el contexto histórico y cultural del mismo. Sin embargo, entendemos que solo desde la intersubjetividad podemos aproximarnos a los sujetos, pues como afirma Legrand (1999) el investigador se convierte en sujeto y objeto, pero siempre al servicio del objeto de estudio. Entonces, ¿cómo conseguimos rigor y validez en nuestra estrategia metodológica? Conforme a Morse, Barret, Mayan, Olson y Spiers (2002) el rigor de una investigación reside en la transparencia con la que el investigador muestra de forma tangible el registro tomado en el desarrollo de la investigación, favoreciendo así a su audiencia el reconocimiento y la evaluación de la calidad y el rigor de la misma. Es decir, que el autor de la investigación debe mantener una actitud responsable, en términos de los propios autores, mostrando evidencia no solo en los datos recopilados, sino en la descripción del proceso de selección y obtención de los mismos. Por ello, en este capítulo llevamos a cabo una descripción lo más detallada posible de la selección de los participantes así como el procedimiento de recogida de datos, mostrando cómo se han tratado y analizado mediante la aportación de las transcripciones de las entrevistas y nuestras anotaciones (ver anexos adjuntos a esta tesis).

El propósito de mostrar rigor y transparencia nos incita a incorporar otro concepto clave de la obra de P. Bourdieu y es la objetivación participante. Según este autor el investigador no deja de ser un sujeto con un pasado, influido por las instituciones educativas en las cuales se ha formado, las experiencias laborales vividas, inmerso en un mundo social del cual ha incorporado gustos, ideas,

creencias y concepciones que pueden estar presentes en la investigación. Somos conscientes de que, a pesar de que tratamos de investigar la realidad ajena, los resultados dependen de la motivación del investigador y de su capacidad de prestar atención a aquellos detalles que, por insignificantes que parezcan, puedan dar respuesta a los objetivos del estudio. Esto no quiere decir que no podamos ser objetivos solo que, como apunta Bourdieu y Passeron (2006), estas subjetividades deben ser movilizadas bajo la condición de que sean sometidas a un riguroso examen científico. Es decir, que debemos reconocer nuestra posición dentro del espacio social y realizar un autoanálisis que nos permita objetivar de manera reflexiva nuestra relación con el objeto de estudio.

Bourdieu y Wacquant (1995) ya en su libro “Una invitación a la sociología reflexiva” señalaba que la objetivación participante supone reconocer las categorizaciones y representaciones socialmente constituidas que asumimos inconscientemente y que pueden afectar a nuestra forma de enfocar el fenómeno de estudio. Esperamos haber conseguido este propósito y que nuestras subjetividades no hayan resultado decisivas. Reconocemos que, al igual que existe una pluralidad de percepciones respecto a determinados aspectos relacionados con la obesidad infantil y juvenil, como por ejemplo la corporalidad o las diferentes concepciones sobre lo sano; pertenecemos a la misma cultura y/o entorno de las personas que entrevistamos y por ello no negamos nuestra inevitable influencia en todo el proceso (Sanmartín, 2003). Reconociendo que en algunas ocasiones hemos visto nuestras subjetividades reflejadas en las de otros (Cornejo, 2008).

Nuestra objetivación pasa por utilizar un marco teórico que no se circunscribe a una teoría o concepto estático así como por escapar de un “artificialismo” basado en las meras reflexiones e interpretaciones personales del

investigador, por lo que hemos tratado de apoyarnos en un sistema coherente de teorías y conceptos sociales que, como apunta Bourdieu (1984a), no se nutren de una epistemología exacta sino que se adaptan al objeto de estudio penetrando en el mundo social, del modo que lo describió Durkheim, como un mundo desconocido en el que el investigador debe aflorar las causas más profundas que escapan a la conciencia. Otra particularidad que nos objetiva como investigadores es el reconocimiento de la influencia de nuestra presencia en el trabajo de campo, especialmente en los grupos de discusión realizados con padres y niños, cuando se observa que éstos tratan de dar respuestas “correctas” sobre todo cercanas a la norma médica. Este ejercicio de objetivación nos conduce a adoptar una disposición a escuchar y mirar el punto de vista del otro, manteniendo una actitud reflexiva y autocrítica, sin aferrarnos a una teoría que cree conocer al individuo de antemano y que lo aborda desde una posición de superioridad. En palabras de Bourdieu y L. Wacquant (1995):

(...) el sociólogo es el que sale a la calle para entrevistar al Señor o la Señora cualquiera, los escucha e intenta aprender de ellos. Es lo que Sócrates solía hacer, pero los mismos que celebran hoy a Sócrates son los últimos en entender y aceptar esta especie de renuncia al papel del rey filósofo a favor de lo vulgar que la sociología demanda. (p.287)

La reflexividad es otra característica de nuestra estrategia metodológica, dicha cualidad como señala Bourdieu (1984 b) en su obra “Homo Academicus” nos ayuda a comprender cuál es nuestra propia posición en el estudio, es decir, a desarrollar una conciencia crítica sobre nuestro rol como investigador, tanto de nuestra influencia en el proceso de investigación, como la forma en que la investigación ha ido influyendo en el proceso de investigación en nuestra forma de entender el mundo que nos rodea. Conforme a Dietz (2011) la reflexividad

también supone el reconocimiento de otras relaciones que se establecen en la investigación como:

- La audiencia a la que va dirigida la investigación, que en nuestro caso es muy amplia pues abarcan desde expertos del ámbito biomédico, hasta expertos del ámbito de la sociología de la alimentación, y todos aquellos investigadores de diferentes disciplinas (nutrición, psicología, educación, entre otros) interesados en esta forma de estudiar el fenómeno de la obesidad infantil y juvenil, desde una perspectiva social, que quieran ampliar conocimientos con nuevos estudios de mundos locales.
- Además, también se establece una relación entre el sujeto que investiga, el sujeto investigado y las condiciones que se establecen en el campo social y que influyen las relaciones intersubjetivas.
- La penetración de saberes científicos en los mundos modernos obliga a reconocer la relación que se establece entre una visión de la investigación social hegemónica centrada en el sujeto como protagonista y una forma de conocimiento, que Dietz (2011) denomina contra-hegemónico centrado en los sujetos de investigación. Es decir que atenderemos la visión *emic*, visión particular del sujeto o significado que éste le atribuye a las prácticas alimenticias, frente a la visión *etic*, visión que los agentes externos dan a las prácticas alimenticias (Romo y Castillo, 2002).

4.4. DISEÑO DEL ESTUDIO

Velasco y Díaz de Rada (1997) describen a la perfección lo que sucede en los primeros compases de nuestro estudio pues comenzamos con la intención de sistematizar nuestro proyecto, sin cerrarnos a la posibilidad de remodelaciones o a la incorporación de nuevos puntos de vista relevantes. Como proponen estos autores, la recopilación de información tiene un enfoque transcultural que nos

permite practicar lo que ellos denominan *entrañamiento*, que en nuestro caso se traduce en la curiosidad por descubrir la diversidad de pareceres respecto a lo que se considera un cuerpo saludable o una alimentación saludable, así como la diversidad en las prácticas alimenticias y en las formas de vida de nuestros participantes. Este interés se hace especialmente necesario en un entorno globalizado y homogeneizado como el nuestro en el que las formas de entender la realidad y ponerla en práctica obedece más que nunca a esquemas globales de pensamiento, y en menor medida a formas particulares de entender la alimentación y la salud.

En este intento sistemático inicial se comienza, como sugieren Huberman y Miles (2000), con un muestreo teórico basado en la recolección, análisis bibliográfico y categorización de datos empíricos obtenidos de tesis y publicaciones de carácter científico relacionadas con la obesidad en la infancia y adolescencia. Este proceso inicial de recopilación de datos se realizó de manera exhaustiva. La búsqueda de bibliográfica se realizó a través de internet en las bases de datos: Isi, Cinahl, Medline, Embase, Dialnet, Latindex, Scielo, Lilacs, Cuiden, Pubmed, Cochrane Database, Bandolera, Recolecta, Google Académico, Dialnet, Scielo y Elsevier, así como en los repositorios de diferentes Universidades como UCAM o UMU. Además esta documentación se complementa con la lectura de diferentes monográficos en formato impreso, en algunas ocasiones primeras ediciones, adquiridos al inicio y durante el transcurso de la investigación según las necesidades surgidas. Para la indagación “online” se introducen las palabras clave: obesidad, infancia, adolescencia, alimentación, cultura, belleza, publicidad y *ambiente obesogénico*. Conceptos que son consultados en tesauros como: Tesauros de CER.es, Tesauro de la Unesco, EuroVoc, Index Medicus y MeSH. En esta fase se emplea un proceso ordenado y metódico en el que se clasifican y dividen las

ideas más relevantes mediante la técnica de embudo que guía nuestro análisis histórico, de la antigüedad a la actualidad, y nuestro análisis de prevalencia, de lo global a lo local. Además, siguiendo las directrices de diferentes estudios los datos obtenidos se estructuran según el eje biopsicosocial. Este esquema nos permite encontrar categorías comunes a las diferentes corrientes analizadas y orientar nuestras pesquisas hacia aquellos aspectos que nos pueden aportar una mayor cantidad y calidad de información, hasta llegar a una situación en la que los datos resultan redundantes.

El planteamiento de una pregunta de investigación inicial, la sistematización y categorización preliminar es el punto de partida para ir incorporando a nuestro marco teórico nuevos autores y estudios durante el proceso de investigación, así como plantear nuestros objetivos, preguntas de investigación y decidir el tipo de informantes que incorporar. Por lo tanto, no conocemos de antemano el número o el tipo de sujetos que vamos a abordar en el trabajo de campo, tampoco dónde o cómo obtener la muestra necesaria, o al menos no con absoluta certeza. Estas cuestiones se van resolviendo mediante la “estrategia sucesiva” acuñada por Glaser y Strauss (1967). La heterogeneidad e imprevisibilidad de los datos recogidos en este estudio requiere de un diseño dinámico, creativo y flexible, que esté siempre abierto a incorporar nuevos conceptos y teorías de análisis, a cambios en las técnicas de recogida de datos (preguntas de investigación o tipo de técnica), a la búsqueda de nuevos informantes cuando los hallados no aporten una información relevante o a replantear los escenarios de dónde llevar a cabo el trabajo de campo. Por lo tanto el diseño global no responde a un proceso secuencial en el que sobrevienen unas etapas programadas de antemano, sino que se produce lo que se denomina un “esquema en espiral”, que obliga a retroceder reiteradamente para incorporar

datos nuevos que ayuden a explicar y comprender mejor el fenómeno de la obesidad en la infancia y la adolescencia.

4.4.1. Relaciones de campo

4.4.1.1. Nuestro objeto de estudio

Queremos puntualizar que nuestro objeto de estudio no solo se compone de grupos sociales que presentan problemas de obesidad sino también de aquellos que no los tienen, pues se tiene en cuenta todos los pareceres con la finalidad de detectar tanto aquellas prácticas que previenen o protegen a los niños/adolescentes de padecer problemas de sobrepeso, como aquellas acciones que lo desencadenan. Además, para completar la composición de la muestra se buscan informantes que compartan un mismo contexto (misma área geográfica) y circunstancia social (niños/adolescentes escolarizados) sin que tengan por ello que estar relacionados o compartir las mismas formas de vida, con el objetivo de obtener discursos ricos en matices (Martínez, 2011). A pesar de la particularidad de los individuos que estudiamos, entendemos que los hallazgos se pueden extrapolar a otros grupos de la población por representar una gran variedad de perfiles como sugiere Patton (1990), siendo posible gracias a la selección intencionada de los participantes. Dicha selección se realiza mediante una “estrategia sucesiva”, pues tras una profunda contextualización y organización de la información se llevan a cabo unas entrevistas iniciales que permiten reconsiderar los temas sobre los que queremos preguntar; a partir de los cuales hemos elegido finalmente a aquellas personas que pudieran representar todas las partes implicadas en el fenómeno de la obesidad infantil y juvenil. Motivo por el que contamos con expertos de múltiples campos y perspectivas que tratan de dar solución a este fenómeno. Padres o abuelos, con hijos/nietos obesos y no obesos, y

niños/adolescentes de edades entre 10 y 17 años, cuyos motivos de inclusión vamos a detallar a continuación.

4.4.1.2. Expertos

Respecto a la muestra de expertos no sabíamos de antemano el número o el tipo que íbamos a incluir, se comienza con la idea de seguir el eje biopsicosocial, como sugieren Navas, Palacios y Muñoz (2014), por lo que procuramos contactar con figuras representativas de cada una de estas esferas. No obstante, por el carácter multidisciplinar de este estudio y siendo fieles a nuestra estrategia metodológica en espiral, flexible y dinámica, se acaban incorporando expertos de otras disciplinas como la pedagogía, la historia o la cocina hasta llegar a un total de 22 incluyendo las entrevistas de pilotaje. Ampliamos el campo de expertos a otros ámbitos diferentes al eje biopsicosocial porque entendemos que sus aportaciones pueden enriquecer el estudio y, de paso, servirnos para contrastar las reflexiones extraídas de los autores consultados. Como sucede con la apropiación que las figuras de alta cocina han alcanzado respecto a los saberes populares y tradicionales de elaboración de alimentos desplazando la transmisión oral entre generaciones o la declinación de responsabilidades educativas sobre los docentes. En definitiva se ha procurado ponderar todos los puntos de vista que tratan de dar explicación a la alimentación inadecuada y la obesidad en niños y adolescentes. De este modo, al incorporar los juicios de un panel de expertos tan amplio, también hemos conseguido alcanzar nuestro objetivo de comprender cómo se articulan todas las posturas y de qué forma pueden llegar a complementarse e integrarse a la hora de abordar el problema de la obesidad infantil y juvenil.

La inclusión de expertos es una particularidad de nuestra investigación frente a otros estudios cualitativos que también han abordado el fenómeno de la

obesidad infantil y juvenil. Pero solo una buena selección de los mismos puede responder a nuestros objetivos. Por ello, consideramos muy importante contar con personas que, bajo unos criterios de selección resulten ser unos legítimos expertos en el fenómeno estudiado y que, aunque en algunos casos no lo sean abiertamente, se encuentren interconectados con este fenómeno y contribuyan a su explicación. No obstante, reconocemos que seleccionar el número y el tipo de expertos con el que contamos es uno de los ejercicios más cuestionables de nuestro estudio. En respuesta a la legitimidad de los mismos Escobar y Cuervo (2008) refieren que algunos autores proponen como criterio fundamental para incluir expertos en una investigación, que éstos tengan experiencia o un gran número de publicaciones. Sin embargo, otros consideran expertos a aquellos sujetos que reúnen los siguientes criterios:

- a) La experiencia: grados, publicaciones, investigaciones, premios, posición.
- b) Reputación en la comunidad.
- c) Disponibilidad y motivación para participar.
- d) Imparcialidad, confianza en sí mismo y adaptabilidad.

Reconocemos que no todos los expertos entrevistados cumplen la totalidad de estos criterios, sin embargo creemos que la disponibilidad y motivación a participar así como la reputación y la experiencia en su campo ha sido común a todos ellos, lo que compensa con creces que en algunos casos un participante no tenga una gran divulgación científica o premios de investigación.

Finalmente se consiguió una muestra muy heterogénea, lo cual nos da la ventaja de obtener una visión amplia del problema, a nuestro juicio, necesaria cuando se estudia un problema tan complejo como el que nos concierne, a pesar de presentar la desventaja de complejizar el proceso de análisis y organización de los datos, por las características individuales de los informantes y las diferentes

técnicas de investigación empleadas. En el anexo IV mostramos un cuadro que resume las características que acreditan a cada participante como un experto legítimo que nos puede aportar información relevante para nuestro estudio. En dicho cuadro exponemos la labor investigadora, publicaciones, experiencia entre otras cuestiones como la forma de contactar con ellos.

4.4.1.3. Padres y abuelos

Los padres son una de las piezas más importantes de este puzzle. Habitualmente son acusados, bien por los expertos o entre ellos mismos, de no alimentar adecuadamente a sus hijos. Esta creencia se reproduce en los discursos en múltiples ocasiones como ya lo expondremos en el capítulo de análisis. Por este motivo creemos imprescindible darles voz en este estudio para explorar cuáles son las creencias y condiciones sociales que moldean sus prácticas alimenticias y, por defecto, las de sus hijos. Igualmente, conforme ha avanzado la investigación, hemos observado que las abuelas y abuelos, aunque de una forma transversal, también se ven implicados en la cotidianeidad de los niños y adolescentes siendo ellos los que en muchas ocasiones los llevan y recogen del colegio y les hacen la comida. Por ello, también consideramos importante su aportación, por la transmisión de saberes tradicionales que pueden aportar. Los criterios que han guiado la selección de padres y abuelos que participan en nuestro estudio han sido:

- Personas que acepten participar en nuestro estudio de forma desinteresada y tengan hijos y/o nietos con edades comprendidas entre los 9 y 17 años.
- Personas cuyos hijos hayan participado también en el estudio, permitiendo así la triangulación de datos.

- Además, nos proponemos conseguir la participación de padres y abuelos que tuvieran hijos/nietos obesos, para obtener todos los puntos de vista del problema.
- Por último queremos destacar que también hemos tratado de obtener una muestra heterogénea, con la participación de hombres y mujeres por igual, para poder contrastar con aquellos estudios que sostienen que todavía existe una segregación en el cuidado de los hijos y las tareas del hogar. Sin embargo, la realidad es que los hombres se han mostrado reacios a participar y las mujeres siempre han sido mayoría en las convocatorias de los grupos de discusión. En el Anexo II se muestran algunas características de las madres-padres y abuelos que han participado en nuestro estudio.

4.4.1.4. Niños y adolescentes

Un argumento a favor para culminar nuestra recogida de información con los niños/adolescentes es que ellos son el núcleo de este entramado y nexo común de todo el proceso de investigación. Por ello centramos nuestras pesquisas en averiguar el calado de los discursos expertos y sociales sobre la alimentación adecuada, las subjetividades que envuelven a la idealización de las formas corporales o las creencias de su entorno familiar/social sobre la salud y la enfermedad o sobre alimentación sana. También tratamos de analizar la forma en que les afectan los condicionantes sociales como las rutinas familiares, los horarios escolares o el lugar y el momento socio-histórico en el que viven. No obstante, entendemos que la inclusión de este tipo de informante en nuestro estudio puede suscitar ciertas limitaciones científicas o dudas que procedemos a despejar.

En primer lugar nos encontramos con la limitación de la edad de los sujetos, pues la capacidad de estos para convertir sus percepciones, creencias y

motivaciones en discursos comunicativos, va a depender de su madurez intelectual y ésta, a su vez, de su edad cronológica. Greene y Hill (2005) refieren que la capacidad de un sujeto para interpretar su experiencia depende de que sea consciente de su disposición social y de su capacidad para entender cómo es afectado por un evento. Al respecto podemos argumentar que en el periodo comprendido entre los 6 y 12 años, el desarrollo intelectual humano se caracteriza por una acelerada adquisición de habilidades para interactuar con el medio que le rodea (Mansilla, 2000). Según Piaget (1964) entre los 7 y los 11 años los niños se encuentran en el estadio de las operaciones concretas, en el cual adquieren diversas competencias como la descentralización del pensamiento, la capacidad de conservación, el uso de un lenguaje simbólico, la comprensión de la jerarquía de las clasificaciones o la capacidad para llegar a formular generalizaciones certeras, entre otros. La importancia de incluir en nuestro estudio a niños en este intervalo de edad está relacionado con estas nuevas destrezas adquiridas, que les hacen ser más sensibles que en etapas anteriores a los mensajes referentes al peso, volumen o la forma corporal, así como a las clasificaciones y simbolismos en torno a la obesidad que entran en juego en su ámbito de relaciones sociales.

Según Piaget (1972) a partir de los 12 años los niños entran en un periodo de madurez intelectual que denominó estadio de las operaciones formales, caracterizado por el razonamiento hipotético-deductivo y la capacidad de emitir juicios abstractos. A partir de esta edad los niños son capaces de reflexionar sobre las consecuencias de sus actos, por lo que adquieren autonomía en sus decisiones. Esto significa que pueden empatizar con un niño obeso, pensando hipotéticamente cómo se sentiría él de encontrarse en su situación, lo cual implica que el niño puede tener un papel activo en la formulación y aplicación de soluciones frente al problema de la estigmatización del niño/adolescente obeso.

No obstante, Marín (2002) afirma que entre los 13 y los 20 años es cuando se detectan los primeros conflictos en torno a la alimentación y los niños tienen más definidas sus creencias y percepciones sobre el fenómeno de la obesidad infantil, pues el 85% de los sujetos que padecen anorexia se encuentran en esta franja de edad.

Entre los 12 y 17 años los adolescentes viven un periodo de cambios abruptos caracterizados por un acusado desarrollo músculo-esquelético y un desarrollo de los sistemas circulatorio, respiratorio y reproductor. Estas transformaciones repercuten no solo a nivel biológico, permitiendo un mejor manejo del espacio físico, sino en el plano psicológico repercutiendo en un cambio en la autopercepción de su imagen que experimentan y que les induce a buscar una identidad social. Además, en este periodo se presentan frecuentemente momentos de frustración como consecuencia de la creencia de que se puede cambiar el mundo que les rodea (Mansilla, 2000). Necesitamos por lo tanto incluir a los adolescentes en nuestro estudio por la importancia de explorar cómo influyen los mensajes expertos en su autoimagen y sus prácticas alimenticias, así como extraer sus apreciaciones sobre las posibles soluciones, explotando este nuevo deseo o necesidad de renovar su entorno. Además, en nuestro proceso de análisis de los discursos de niños y adolescentes tendremos en cuenta, por un lado, el proceso de enculturación o endoculturación que experimenta el individuo en los primeros años de vida. Este concepto hace alusión a la forma en que los individuos adoptan en las etapas iniciales de su desarrollo, de forma consciente e inconsciente, los modos de pensar y comportarse de la generación que le precede. Este mecanismo ayuda al sujeto a obtener un equilibrio en sus prácticas y creencias culturales que facilitará sus relaciones sociales futuras (Rico y Ruiz, 2013). Este proceso explica la

reproducción que los niños y adolescentes hacen de los discursos que reciben de sus referentes sociales: educadores, amigos, profesionales sanitarios y sobre todo sus padres. Sin embargo, a pesar de que la endoculturación puede explicar la transferencia cultural, también es cierto que no puede esclarecer la evolución de la misma. Por ello, también anotamos y analizamos aquellas afirmaciones que se alejan de las pautas marcadas por las generaciones anteriores, denotando una brecha o abismo generacional. Respecto a esta circunstancia M. Mead (1990) sostenía ya en sus comparaciones de los años 50 respecto a la sociedad norteamericana, que al contrario que ocurría en un pasado en el que los ancianos enseñaban a las nuevas generaciones en base a sus experiencias, hoy en día se da el hecho de que los ancianos saben menos que los niños. Esta antropóloga acuña tres formas de aprendizaje intergeneracional:

- El post-figurativo, caracterizado por una transmisión de conocimientos de mayores a niños.
- El configurativo, en el que tanto los niños como los adultos aprenden de sus coetáneos.
- El pre-figurativo, en la que los adultos también aprenden de los niños.

Con la finalidad de analizar este complejo engranaje en el que los niños adquieren conocimientos fuera y dentro de su entorno familiar, en el que podemos encontrar proyecciones de ideas familiares entremezcladas con concepciones adoptadas de sus referentes en la Escuela o en los medios de comunicación. Nos proponemos como criterio de inclusión contar con los discursos de niños y adolescentes cuyos padres participen en los grupos de discusión, favoreciendo la triangulación de datos y un análisis de la transmisión cultural intergeneracional. Además, tras lo expuesto en este apartado, nos planteamos incluir niños y adolescentes con edades comprendidas entre los 9 y 17

años que estén escolarizados y sean residentes del área geográfica objeto de estudio, el sureste de la Región de Murcia.

En las siguientes tablas se muestran el número de participantes y su clasificación (Tablas 1 a 5):

22 PARTICIPANTES EXPERTOS	
Nutricionistas	Nutricionista 1 (pilotaje)
	Juan Revenga
	Pablo Ojeda
	Dietista-nutricionista 2
Médico de familia	Médico de familia-investigador
Pediatras	Carlos González
	Carlos Casabona
Docentes /investigadores	Nutricionista docente-universitario
	Juan José Gascón
Docentes escolares	Pedagoga-psicóloga 1
	Pedagoga 2
	Mariano (organizador Huerto escolar)
Chef estrella Michelin	Alfonso Egea
Sociólogos	Cecilia Díaz
	Socióloga 1
Antropólogos	Ángel Martínez
	Jesús Contreras
Historiador	Historiador experto en alimentación

Psicólogas	Psicóloga 1 experta en TCA
	Psicóloga 2 experta en TCA
	Psicóloga 3 experta en TCA
	Psiquiatra 1 experta en TCA

Tabla 2. Expertos participantes. Creación propia.

5 ENTREVISTAS A ABUELAS	
Con nietos obesos	Emilia
	Concha
	Raimundo
Sin nietos obesos	Santi
	Josefa

Tabla 3. Abuelas participantes. Creación propia.

10 ENTREVISTAS A MADRES	
Madres con hijos obesos	Julia
	María
	Paco
	Marta
	Carmen
	Lucía
	Olga
	Isabel

Madres sin hijos obesos	Victoria
	Marisol

Tabla 4. Madres participantes. Creación propia.

5 GRUPOS DISCUSIÓN PADRES	
Realizado en colegio privado	Grupo padres "Las Claras"
	Grupo padres pilotaje "Las Claras"
Realizado en un espacio sociocultural público	Grupo padres "Centro Cívico"
Realizado en colegio público	Grupo padres "Mar Menor"
Realizado en colegio público	Grupo padres "Carrión"

Tabla 5. Grupos de padres participantes. Creación propia.

13 GRUPOS DE DISCUSIÓN CON NIÑOS/ADOLESCENTES	
4º A Primaria	Grupo discusión 1. (9-10 años) Centro Carrión (público)
4º B Primaria	Grupo discusión 2. (9-10 años) Centro Carrión (público)
5º B Primaria	Grupo discusión 3. (10-11 años) Centro Las Claras (privado)
6º Primaria	Grupo discusión 4. (11-12 años) Centro Las CLaras (privado)
6º A Primaria	Grupo discusión 5. (11-12 años) Centro Carrión

	(público)
6º B Primaria	Grupo discusión 6. (11-12 años) Centro Carrión (público)
1º ESO	Grupo discusión 7. (12-13 años) Centro Mar Menor (público)
1º ESO	Grupo discusión pilotaje 8. (12-13 años) Centro Las Claras (privado)
1º ESO	Grupo discusión pilotaje 9. (12-13 años) Centro Las Claras (privado)
2º ESO	Grupo discusión 10. (13-14 años) Centro Las Claras (privado)
3º ESO	Grupo discusión 11. (14-15 años) Centro Mar Menor (público)
4º ESO	Grupo discusión 12. (15-16 años) Centro Mar Menor (público)
1º bachillerato	Grupo de discusión 13. (16-17 años) Centro Las Claras (privado)

Tabla 6. Grupos de discusión de jóvenes. Creación propia.

4.4.2. Aproximación al campo

Según Velasco y Díaz de Rada (1997) la aproximación al campo suele ser un asunto que no depende en su totalidad del investigador, pues se precisa de permisos, en el caso de que se acceda a instituciones, de la buena predisposición de los informantes y de la habilidad del investigador para penetrar en la cotidianidad y en los contextos de acción. Podemos sintetizar que la captación de informantes en nuestro estudio se apoya en la red de relaciones sociales del

propio investigador, en las nuevas tecnologías o en la técnica de muestreo en “bola de nieve” acuñada por Goodman (1961). Este último patrón fue de gran relevancia para captar participantes expertos o padres para los grupos de discusión, por lo que queremos destacar que sin la colaboración de aquellas personas que de forma desinteresada nos pusieron en contacto con otros informantes, nuestro estudio no habría llegado a alcanzar el nivel de relevancia deseado. A continuación explicamos de forma más detallada cómo se consiguieron captar nuestros participantes.

4.4.2.1. Expertos

Como indican Blanco y Castro (2007), el muestreo al igual que el diseño de una investigación cualitativa es emergente, es decir que evoluciona conforme avanza la investigación, por ello en muchas ocasiones, y con motivo de buscar una muestra representativa de expertos se utilizan diferentes vías. Afortunadamente las nuevas tecnologías jugaron a nuestro favor para obtener teléfonos o bien direcciones de correo electrónico a través de las cuales nos pusimos en contacto con la mayoría de ellos, especialmente con expertos como Carlos González o Juan Revenga que tienen páginas “web” o “blogs” donde ofrecen tal posibilidad. Otros expertos del ámbito académico como Jesús Contreras o Cecilia Diaz accedieron a ser entrevistados tras ponernos en contacto a través de los correos que figuran en las páginas web de las Universidades donde trabajan. En otras ocasiones, como sucede con el cocinero Alfonso Egea nos ponemos en contacto con él a través de un número de teléfono que se encuentra “on-line” en una web donde se recomiendan restaurantes. La socióloga y nutricionista que se entrevistan como prueba de la funcionalidad de las preguntas de investigación se incorporan en nuestro ámbito laboral. Igualmente, la

colaboración del médico de familia e investigador se obtiene a través de una relación laboral.

Para conseguir informantes del ámbito psicológico que estuvieran relacionados activamente con los problemas de alimentación en la infancia y adolescencia, nos aproximamos a la asociación ADANER donde trata los trastornos de la conducta alimentaria mediante apoyo psicológico, psiquiátrico y nutricional con terapias de grupo, charlas y reuniones con padres, entre otras técnicas. Por otro lado, también se consigue la participación de psicólogas y psicopedagogas en algunos de los centros escolares donde realizamos los grupos de discusión a través de la dirección del centro o de los directores/as y jefas de estudios, consiguiendo, no solo el relato de expertos del área de la psicología, sino el punto de vista de las personas encargadas directamente de la alimentación de los niños y adolescentes en horario escolar, pues contamos con el testimonio de una docente (pedagoga) encargada de la organización del menú y el comedor escolar. Otro método de captación de expertos empleado es la técnica de muestreo en "bola de nieve" acuñado por Goodman (1961) con el que se obtuvo la participación de expertos como Carlos Casabona, Juan José Gascón, Juan Revenga, Pablo Ojeda, el historiador o el docente encargado de la coordinación de un "Huerto escolar": Mariano.

4.4.2.2. Padres y abuelos

Nuestra perspectiva holística e integradora del fenómeno de la obesidad infantil y juvenil requiere de una aproximación a la cotidianeidad en la que los jóvenes se desenvuelven. Por ello, necesitamos incorporar la perspectiva de padres, ya que habitualmente son responsabilizados, directa o indirectamente, de la gordura de sus hijos. Igualmente, tras las primeras entrevistas y grupos de discusión, observamos la relevancia del fenómeno de la "feminización de la

vejez” a la que se refiere Díaz (2003), como los cambios en la distribución de la población entre las diferentes edades que, derivados de las nuevas dinámicas sociales de aumento de personas en edad madura o avanzada, está resultando en una serie de transformaciones sociales como la reasignación de roles en cada sexo. Esto está produciendo un cambio en la organización social y familiar en el que los roles reproductivos y productivos ya no giran en torno al sexo sino a la edad. Es decir, que a edades maduras y avanzadas las personas tienden a desempeñar roles que antes eran considerados “femeninos”, las personas de edades jóvenes y adultas van a desarrollar comportamientos considerados “masculinos”.

Dado que los abuelos también cuidan de los niños y adolescentes y ello implica cierta transferencia cultural respecto a múltiples aspectos, entre los que se encuentran la alimentación. Hemos considerado necesario incluirlos para darles visibilidad en la realidad de este complejo entramado de creencias, percepciones, gustos y rutinas diarias, resultando clave su aportación para analizar la proyección de sus ideas en las prácticas y concepciones adoptadas por sus nietos.

La captación tanto de padres como de abuelos se acoge a la estrategia de muestreo intencional, y siempre teniendo en cuenta la heterogeneidad del contexto en el que se lleva a cabo el estudio, con la finalidad de obtener la mayor variedad de pareceres. Por ello se buscan padres con y sin hijos/adolescentes obesos y abuelos con y sin nietos obesos. El número de este grupo de participantes se selecciona siguiendo el criterio de saturación propuesto por Taylor y Bogdan (1978), es decir, llegado el momento en que las narrativas no generan mayor conocimiento del problema, cesamos nuestra búsqueda.

4.4.2.3. Niños y adolescentes

Con la finalidad de captar una mayor heterogeneidad de pareceres en el grupo de niños y adolescentes, nos aproximamos a diferentes contextos escolares,

seleccionando tanto centros públicos como privados. Además, en la selección de dichos centros se tiene en cuenta el trabajo activo desarrollado por los mismos para solucionar el problema de la obesidad infantil. La aproximación a los centros escolares se realiza de dos formas:

- En unos centros, previa cita, acudimos personalmente para hablar con el director, jefe de estudios y/o el representante de la asociación de padres, explicando nuestras pretensiones y solicitando colaboración tanto para reunir padres que participen en nuestro grupo de discusión como para llevar a cabo la encuesta de preguntas abiertas a niños y adolescentes.
- En otras ocasiones establecemos contacto por correo electrónico enviando una carta de presentación (Anexo VI) en la cual se explican nuestras pretensiones junto a un documento de compromiso de confidencialidad. Las direcciones de correo son consultadas en la página web del centro.

Esta fase de aproximación a centros escolares resulta crucial para coordinar la participación simultánea de padres, niños y adolescentes. Aunque este objetivo supone un trabajo añadido en el proceso de recolección de datos y una probable pérdida de información de aquellos informantes que no cumplen los criterios de inclusión, lo creemos necesario para facilitar posteriormente la triangulación de los datos obtenidos. En la mayoría de los casos encontramos buena disposición por parte de los representantes escolares, para ayudar a reunir los integrantes de los grupos de discusión y a coordinar la ejecución de las encuestas por parte de niños y adolescentes. En un principio fueron bastantes padres que se ofrecieron a asistir a un grupo de discusión y después se retractaron, pero no por ello dejamos de realizar la actividad con los informantes que fueron dispuestos a entregarnos parte de su tiempo, por ello creemos incoherente que por ceñirnos a unas reglas estrictas de inclusión mínima de participantes perdamos dichas aportaciones. En

algunas ocasiones se presentaron mujeres (madres) acompañadas de sus madres (abuelas) que quizá estaban pasando una habitual tarde con los hijos y nietos.

Criterios de exclusión generales

Se excluyen aquellos individuos que no acepten participar en el estudio, bien por negación directa o por no mostrar algún interés particular, evitando en este último caso obtener una información sesgada.

4.4.3. Técnicas de investigación

Siguiendo las reflexiones de Bourdieu, Chamboredon y Passeron (2002), nos marcamos el objetivo de aplicar unas técnicas de investigación lastradas por el deseo de cumplir con un rigor científico. Estos autores insisten en que tal como recuerda A. D. Richtie, "realizar una medición más precisa que lo necesario no es menos absurdo que hacer una medición insuficientemente precisa" (p.22). Gaston Bachelard, (como se citó en Bourdieu, Chamboredon y Passeron, 2002) piensa que el conocer debe evolucionar junto a lo conocido, para referirse a lo estéril que supone para una investigación social buscar un método anterior y exterior a la historia de la ciencia que se está haciendo. Para tal cometido analizaremos cómo operan los procedimientos para poder rectificar y abordar la investigación de la mejor forma posible sin ataduras a un decálogo de procedimientos predefinidos, pues establecer la verdad en base a la rigidez de unas normas impuestas de antemano, es como querer interpretar los hechos sociales, tan cambiantes, diversos y heterogéneos, del mismo modo que se investiga en matemáticas en base a unos axiomas preestablecidos, limitando el conocimiento de las variantes, las excepciones y los matices que caracterizan a la experiencia humana.

La elección del tipo de herramientas de recogida de datos que íbamos a emplear en nuestra investigación ha sufrido cambios a lo largo de la misma, hasta decantarnos definitivamente por la entrevista semi-estructurada y el grupo de discusión. Una de las ventajas que declinó la balanza por estas técnicas es que como afirma Álvarez (2008) la triangulación y combinación de estas técnicas facilita la confrontación de ideas entre las distintas partes implicadas: expertos, madres, padres, abuelas, abuelos, niños y adolescentes. Igualmente, las pruebas iniciales con técnicas como la encuesta de pregunta abierta o el grupo focal nos ha ayudado a decidirnos finalmente por unas herramientas metodológicas que nos han permitido controlar la ambigüedad y falta de reflexividad de la que se acusa al método cualitativo. Los datos recopilados desde diversas fuentes independientes, han permitido contrastar los discursos de los participantes con los conceptos y teorías estudiadas desde la experiencia palpable (Cerdá, Rodríguez, García y Gaspar, 1999). Además, nos ha facilitado una evaluación continua y una reorientación durante todo el proceso, apartando el análisis de datos de las interpretaciones subjetivas del investigador.

4.4.3.1. Entrevista semiestructurada

Según Benney y Hughes (1956) la entrevista es la mejor forma de explorar y estudiar a una sociedad, ya que nos permite adquirir conocimientos sobre la matriz social en la que las personas se desenvuelven. Gómez Pellón (2012) realiza un análisis epistemológico de la importancia de su utilización en el estudio de la sociedad, destacando la memoria oral como fuente imprescindible para la obtención de conocimiento de la tradición e historia del grupo. Con la entrevista semiestructurada se elaboran y plantean preguntas abiertas en las que el entrevistado puede dar un relato rico en matices e ir entrelazando temas nuevos que nos conduzcan a explorar nuevas vías, sin salirnos de nuestro plan inicial.

Dado que los hábitos alimenticios tienen un componente estructural y están supeditados a lógicas históricas y económicas que van moldeando los entornos en los que el hombre vive y se relaciona (Luque, 2008). El análisis de los discursos de los individuos nos permitirá explorar, en consonancia con la teoría del *biobucle* de Hacking; los procesos de adaptación de los sujetos en interacción con el entorno en el que viven, así como el complejo entramado de relaciones sociales y culturales en las que se ven inmersos influyen en su alimentación.

Según Callejo (2002) la entrevista nos puede ayudar a aproximarnos a las experiencias de los sujetos, pero cuando se trata de estudiar el ámbito de la salud, tan lleno de normas dominantes, referenciales y restricciones, los sujetos pueden tender a reproducir los discursos habitualmente legitimados y nos podemos encontrar con el inconveniente de escuchar “lo que hay que decir”. Para evitarlo, reivindicaremos la confesión del entrevistado bajo un marco de desigualdad entre entrevistador y entrevistado. Esta técnica requiere de un entrenamiento previo para aprender a reconducir las conversaciones o encauzar el tema de conversación a las respuestas que teníamos previamente en nuestro guión. Por ello, como indica Anguita, Labrador y Campos (2003) en las fases iniciales de nuestro estudio realizamos entrevistas piloto o pre-test que nos ayudaron a adquirir la habilidad necesaria para realizar las entrevistas definitivas y, a su vez, a comprobar el calado de nuestro marco teórico. Este entrenamiento previo nos puede ayudar a solucionar los posibles problemas con los que un investigador puede encontrarse a la hora de analizar el habla, como por ejemplo:

- El efecto halo que se produce cuando las primeras preguntas condicionan las que se presentan con posterioridad. Para solucionar este problema utilizamos la técnica de embudo, es decir, ordenamos las preguntas de lo

general a lo particular. Por ello, comenzamos con cuestiones como: ¿Cómo definiría usted la obesidad? O ¿Qué significa para usted la alimentación?

- La desmotivación o pérdida de interés del entrevistado que se produce cuando no hay un equilibrio entre aquellas preguntas que requieren de una mayor concentración, frente a aquellas de respuesta distendida. Para prevenir esta complicación comenzamos la entrevista con preguntas sencillas y motivadoras, reservando la posición central para aquellas que abordan cuestiones de mayor calado en la investigación, finalizando de nuevo con planteamientos más sencillos que generen un clima cordial previo al cierre de la misma.
- El desconcierto del informante que se produce cuando se va fluctuando entre varios asuntos. Para evitar este aspecto se agrupan las preguntas por temáticas, comenzando cada tema con cuestiones introductorias de carácter general como marca nuestra técnica de embudo.
- No cubrir todos los contenidos de la entrevista. Para ello, establecemos un número óptimo de preguntas, sin establecer un tiempo predeterminado para responderlas. Por lo que se procura acordar las citas con la antelación suficiente para que no se solape con otros asuntos personales del informante. Además, se tiene en cuenta que el tiempo necesario para la realizar esta técnica viene determinado por el tipo de informante (experto, padre, abuelo o niño/adolescente) y por características como la edad, la formación académica o su implicación con el tema estudiado.
- Finalmente, podemos encontrarnos con el problema de que el entrevistado no aporte la información requerida o nos aporte una información poco veraz. Para solucionar este conflicto se evitan preguntas que requieran una respuesta mediada por la memoria, reclamando una única sentencia

lógica. Por ello, se formulan preguntas que reclaman una apreciación general como: ¿Qué entiende usted por un cuerpo ideal? O Bajo su punto de vista: ¿en qué consiste una alimentación sana?

4.4.3.2. *Entrevista en profundidad o abierta*

También hemos realizado entrevistas en profundidad o abiertas con la intención de dejar a nuestros informantes expresar las experiencias con sus propias palabras y, de paso, abrir la posibilidad a que pudieran aflorar nuevos esquemas o aspectos no observados en nuestro marco teórico. Se entrevistó de una forma abierta a expertos como Carlos González, Carlos Casabona o Juan Revenga, autores de libros relacionados con la alimentación y cuyos saberes entendemos que no se puede encerrar un guión preconcebido. Según Valles (2002) las preguntas adecuadas a veces son aquellas que se refieren a los comportamientos pasados, presentes y futuros, a la forma en que el informante actuó en relación con el tema que se está tratando, por ello hemos considerado necesario dejar hablar también de una forma más distendida a abuelos o padres cuyas experiencias y puntos de vista nos resultaban más interesantes y provechosos para nuestro estudio, como es el caso de una abuela que trabajaba como cocinera en un centro escolar.

No obstante, según Taylor y Bogdan (1978) la elección de una técnica de investigación debe estar delimitada por circunstancias como el escenario, las personas que participan, las limitaciones prácticas como tiempo del que se dispone para realizar una entrevista o los instrumentos de recogida de datos. Si en algunas ocasiones se dispone de mayor tiempo para realizar la entrevista o el ambiente lo ha permitido se ha dejado hablar al informante sin restricciones de tiempo u otra índole; como ha sucedido con nuestro informante Alfonso (chef) al

que entrevistamos en su restaurante en un día no laboral sin interrupciones y en un ambiente muy apacible.

4.4.3.3. Procedimiento

De forma muy resumida, podemos sintetizar que las entrevistas se comienzan con la identificación del investigador y una explicación breve de las pretensiones del estudio. Así mismo, se declara previamente por correo, o antes de comenzar la entrevista, el compromiso de tratar los datos de forma confidencial si el informante lo desea. Para crear un clima de confianza y así obtener el mayor número de percepciones posible. Otro aspecto que se ha tenido en cuenta es el obtener la información que nos interesaba. El tener unas preguntas preestablecidas nunca entorpeció el desarrollo de un diálogo abierto, siempre que éste no se desviara demasiado de los temas que nos interesaba tratar, se intentó dar libertad al informante a la hora de expresar sus ideas. La destreza para reconducir la conversación al tema central de nuestro estudio se fue adquiriendo con las entrevistas de pilotaje y durante el proceso de estudio. No obstante, admitimos que el margen de mejora aún es amplio pues supone una actividad que requiere de una gran experiencia.

4.4.3.4. Escenarios

En cuanto al lugar donde se realizan las entrevistas, procuramos que sea un entorno en el que el informante se sienta cómodo, donde pueda crearse un clima de confianza en el que se abra a nosotros. Para conseguir tal objetivo, en unas ocasiones se realizan en una consulta médica, tras finalizar la jornada laboral y en otras ocasiones se realiza en el domicilio de los informantes. Como sucede con las entrevistas que realizamos a los abuelos, pues en la mayoría de las ocasiones era complicado su desplazamiento a un lugar neutral, bien por falta de medios para

desplazarse, por una movilidad reducida o por estar cuidando de sus nietos. Lo que también nos dice mucho de su cotidianeidad.

Gran parte de las entrevistas de los expertos se realizaron por vía telefónica (Juan Revenga, Carlos González, Carlos Casabona, Pablo Ojeda, Juan José Gascón, Jesús Contreras y Ángel Martínez) y en una ocasión por videoconferencia (Cecilia Díaz). Admitimos que esta vía no es la más idónea por la cantidad de información que se puede perder al no tener un contacto visual directo, pero creemos que merece la pena contar con este medio para recoger datos por el calado y el tipo de expertos con el que pudimos contar. Además, esta estrategia nos permite reducir costes y conseguir un panel de expertos cuyas trayectorias personales, sintetizadas en el Anexo IV, demuestran que son informantes que nos pueden aportar información relevante. De intentar concertar una cita para realizar una entrevista personal quizá no hubiéramos contado con muchos de ellos por lo apretado de sus agendas y la distancia a cubrir. Cecilia Díaz, por ejemplo, se encontraba realizando una estancia internacional en Reino Unido.

A continuación en el siguiente esquema se representan las diferentes técnicas de investigación empleadas y los sujetos con los que se utilizan.

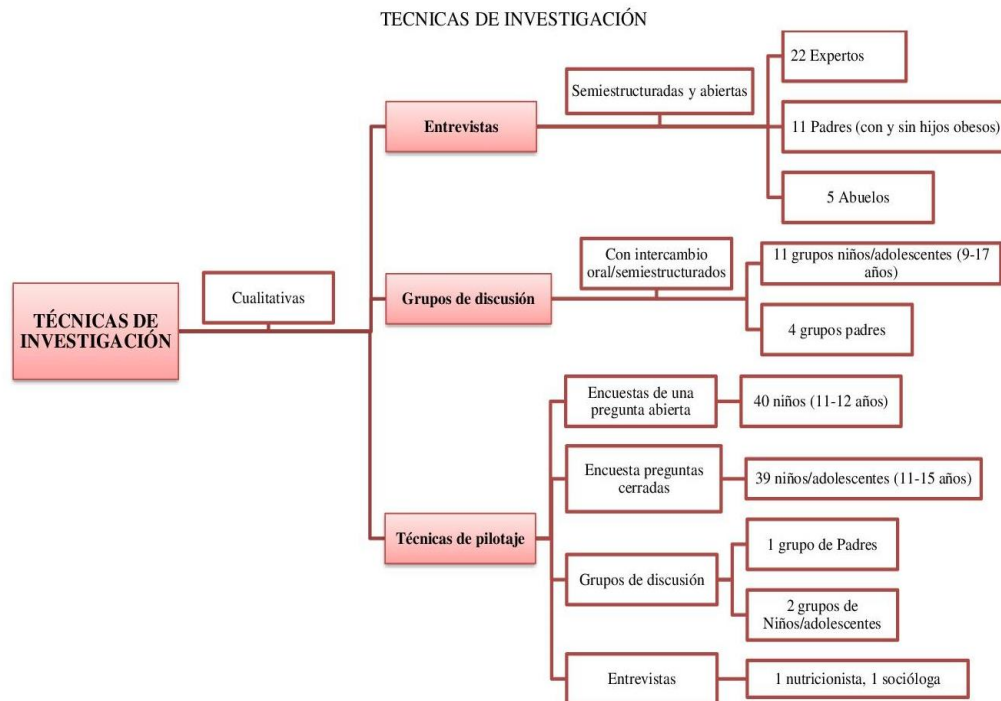


Figura 2. Técnicas de investigación. Creación propia.

4.4.3.5. Grupos de discusión

Tras las aportaciones de los expertos necesitamos conocer cuál es la cotidianidad de las familias, las ideas y creencias que hay detrás del consumo de alimentos o las limitaciones que presentan a la hora de alimentarse. Para acceder a esta información necesitaríamos convivir con cada familia y con cada sujeto, lo que resultaría muy complejo. Por ello, elegimos los grupos de discusión por ser una técnica que facilita acceder a esta información sin tener que infiltrarnos en las vidas de nuestros informantes durante extensos periodos de tiempo, poniendo en peligro la viabilidad de esta investigación. La elección de esta técnica no solo es la más adecuada por la dificultad de acceder a los espacios en los que los adolescentes y sus familias se alimentan y se relacionan, sino que es considerado por algunos autores como un aceptable sustituto de la observación participante

(Callejo, 1998). En nuestro caso no es tan importante la observación de un comportamiento que ponga de relieve un conflicto entre la norma y la práctica, sino el significado que los individuos asignan a la alimentación y las formas corporales, la narrativa de su modo de vida o la comprensión particular de los problemas que genera una inadecuada alimentación (Arboleda, 2008).

Conforme a Alonso (1997) el grupo de discusión posee dos cualidades deseables para nuestro análisis. La primera es su capacidad para sacar a la luz perspectivas olvidadas o silenciadas, lo cual puede ayudarnos a aflorar aquellas actuaciones que podrían solucionar el problema y no se habían tenido en cuenta con anterioridad. “La segunda propiedad es que constituye un instrumento excelente para plasmar cómo intervienen los aspectos sociales en la construcción de los discursos ideológicos, observando las influencias o discrepancias ideológicas que surgen durante el proceso interactivo de la discusión” (p.267).

4.4.3.6. Procedimiento

Según Ibáñez (1979), a diferencia de otras técnicas, en el grupo de discusión hay una provocación intencionada de un discurso por parte del moderador, ya que éste es el que propone un tema y dispone todos los elementos que intervienen en el debate como: “el espacio donde se desarrolla, el tiempo de reunión o el tipo de informantes que participan” (p 266). Uno de los motivos por los que hemos realizado grupos de pilotaje tanto de padres como de niños/adolescentes, ha sido precisamente el entrenar la dinámica de esta técnica. En ambos casos se comienza proponiendo un tema general para que los participantes nos aporten su percepción del fenómeno de la obesidad infantil y juvenil. La pregunta planteada es: bajo su punto de vista: ¿qué factores intervienen en el desarrollo de la obesidad infantil y juvenil? Tras la cual se deja un tiempo para reflexionar sobre ella. Posteriormente se van anotando las respuestas en una pizarra y se hace una

puesta en común de ideas sintetizando las respuestas y discutiéndolas. En los grupos definitivos se procede de diferente forma, por motivos teóricos y de eficiencia que ya hemos explicado. Se comienza con una breve explicación del propósito de nuestra reunión, aclarando las dudas sobre la confidencialidad tanto de la identidad de las personas que participan como de los contenidos grabados. Seguidamente se plantean preguntas por bloques temáticos referentes a la obesidad infantil y juvenil, motivando una conversación que dé respuesta a los temas que previamente nos hemos planteado abordar. A pesar de llevar unas preguntas prediseñadas se deja a los participantes generar su propia estructura, y siempre en función del grupo, para dar la oportunidad de que afloren nuevas categorías. Solo una vez que el debate va perdiendo fluidez o se desvía demasiado de nuestro guión intervenimos para reconducirlo planteando aquellas cuestiones que no han sido abordadas, de este modo no interferimos en las ideas que puedan ir surgiendo espontáneamente.

4.4.3.7. Escenarios de las reuniones

Los grupos de discusión de niños/adolescentes y padres se realizan en las salas que nos facilitan en los centros escolares, pues nos posibilita establecer una conversación dentro de un escenario formal al tiempo que recrear las discusiones que no se podrían dar en otros espacios naturales (Canales y Peinado, 1994). Además, la elección de este entorno como lugar para desarrollar la labor investigadora con padres, niños y adolescentes, se atiene a varios motivos. En primer lugar por la accesibilidad pues no se nos ocurre mejor forma de captar padres y niños a los que investigar simultáneamente que hacerlo en un centro escolar, favoreciendo el proceso de triangulación. Otro aspecto a favor de elegir este ámbito, es que podemos seleccionar entre un gran volumen de candidatos aquellos cuyos perfiles nos pueden aportar la variedad de discursos que

necesitamos. Como caso excepcional uno de los grupos de discusión se realiza en una sala que nos cede el ayuntamiento cercana a un centro de salud y que habitualmente se usa para múltiples actividades como talleres de teatro, charlas sobre salud, cursos para personas desempleadas o reuniones de asociaciones sin ánimo de lucro.

4.4.3.8. El moderador

Según Kreuger (1991) “el moderador no solo debe dejar hablar sino que debe escuchar a los participantes del grupo de discusión” (p.24). Esta estrategia es la que se sigue en nuestra investigación, pues tratamos de no interferir en las respuestas de los participantes al tiempo que estamos dispuestos a aprehender de ellos. Tras las diferentes dificultades que ya hemos expuesto, se decide por un tipo de moderación semi-dirigida en la que se van planteando las cuestiones centrales y se deja que los sujetos desarrollen su discurso siguiendo sus razonamientos libremente, favoreciendo así que construyan sus significados en interacción con los demás miembros del grupo. En resumen, intervenimos solo para plantear nuevas preguntas, moderar el turno de la palabra o reconducir la conversación en momentos puntuales, cuando el tema se desvía de nuestros objetivos por cuestiones evidentes de eficiencia y equidad (Lezaun, 2007; Ibáñez, 1990).

4.4.3.9. Composición

Desde los primeros grupos de pilotaje la heterogeneidad y homogeneidad ha estado presente como un criterio fundamental. Somos conscientes de que es importante encontrar un equilibrio que permita contar con grupos de informantes que representen la diversidad de la población a estudio sin que los participantes sean excesivamente heterogéneos, pues esto puede llevar a que entren en conflicto

continuamente, con la consiguiente pérdida de productividad y diversidad (Fern, 1983). Según Ibáñez (1986) “los grupos demasiado homogéneos pueden producir discursos redundantes y poco relevantes” (p.276). Sin embargo, como ya hemos apuntado anteriormente, siendo fieles a nuestra estrategia metodológica flexible, no queremos realizar unos grupos de discusión acotados por las directrices de unos manuales teóricos, sino que los confeccionamos según la naturalidad del momento. Por ello, realizamos grupos conformado solo por mujeres, pues a pesar de difundir a través de diferentes medios (web de los centros escolares, correos electrónicos masivos enviados por la dirección del mismo). La respuesta a las convocatorias no fue la esperada, se presentaban únicamente madres. Como ya hemos explicado, este ha sido uno de los motivos por los que se ha decidido contar con entrevistas individuales a madres, padres, abuelas y abuelos, con y sin hijos/nietos obesos, captándolos mediante la estrategia en “bola de nieve”. Creemos necesaria su aportación, no solo para conseguir la heterogeneidad que no habíamos conseguido con los grupos confeccionados mayoritariamente con madres, sino para explorar otros aspectos interesantes como la forma en que les afecta las concepciones expertas, los consejos nutri-dietéticos de los expertos o cuáles son sus prácticas alimenticias, sus creencias y sobre todo su cotidianidad.

Otro criterio discutido por diversos autores, referente a la conformación de grupos de discusión, es que los participantes no se conozcan entre sí y que accedan a ser entrevistados de forma desinteresada. Al respecto Ibáñez (1979) indica que no se debe ofrecer algo a cambio de participar en los grupos de discusión pues esto podría interferir en las respuestas de los informantes. Sin embargo, excepto a la hora de captar expertos directamente a través de un mensaje de correo electrónico, la propia técnica de “bola de nieve” que nos facilita contactar con algunos participantes lleva implícito que los individuos tengan

algún tipo de vínculo entre ellos. Lo cierto es que en la práctica resulta poco habitual la colaboración puramente altruista y quizá que los intereses sean aún mayores cuando los integrantes presentan algún tipo de relación con el investigador, que cuando hay una contraprestación económica de por medio. Criado (1997) sostiene que, de prescindir de una remuneración económica, para que exista un grupo de discusión es necesario algún tipo de correspondencia con los integrantes del grupo, siendo más adecuado hablar de una inversión de tiempo gratuita, no altruista. Por ello, adoptamos esta definición pues entendemos que la inversión de tiempo de nuestros participantes fue siempre del todo gratuita, obteniéndose como única ganancia el aprender de ellos o entre ellos mismos. Al menos esta es la sensación que nos quedó tras los grupos realizados con los niños/adolescentes.

Por otro lado, observamos que existe una gran divergencia de opiniones respecto al número de participantes que deben formar parte de un grupo de discusión, En nuestro caso no se nos presentan limitaciones como el espacio donde se llevan a cabo las reuniones, pues contamos con salas lo suficientemente amplias. Autores como Ibáñez (1979) y Krueger (1991), advierten sobre las dificultades que presentan grupos superiores a 12 integrantes, por la pérdida de intervenciones. Según Ibáñez (1990) por otro lado, recomiendan que: “el grupo se componga de al menos cuatro participantes, pues un número inferior no arrojaría gran variedad en los discursos” (p.570). Nuestros grupos de discusión con niños/adolescentes han rebasado con creces el número recomendado por cualquier manual de metodología, pues contamos con una media de 20 niños o adolescentes por grupo. Las reuniones se realizaron en una época cercana a las vacaciones y por ello faltaron algunos niños/adolescentes por lo que los grupos fueron reducidos, oscilando entre los 12-15 participantes. Este es un ejemplo de

que la realidad no debe empaquetarse artificialmente según unas normas metodológicas preestablecidas, pues preferimos la naturalidad que supone introducimos en la cotidianeidad de un día normal de clase o contar con la presencia del tutor, que también ayuda a calmar los ánimos cuando los niños/adolescentes hablan a la vez. Obteniendo así testimonios variados y un mayor número de percepciones que si hubiéramos forzado el número de participantes o si se hubieran seleccionado únicamente aquellos cuyos padres participaron en los grupos de discusión, pues corríamos el riesgo de obtener una visión parcial del conjunto social o mesocosmos del que nos habla Bertaux (2005).

En el caso de los padres, entendemos que aunque se presentaran solamente cinco participantes, estos grupos han sido muy provechosos y han intervenido todos los participantes aportando información muy valiosa para el estudio. De igual forma la participación femenina estuvo más destacada, y se notó la total ausencia de interés por parte de los hombres. No fue posible encontrar un número más amplio de participación, pero como hemos repetido ya anteriormente nos amoldamos a la realidad encontrada.

4.5. ANÁLISIS GENERAL Y CODIFICACIÓN DE DATOS

4.5.1. Esquema de investigación

Nuestra investigación ha exigido giros metodológicos y teóricos que se han reflejado en un continuo “ir y venir” del trabajo de campo a la mesa de estudio. No obstante, este ejercicio solo es posible trazándonos un camino abierto y sin ataduras como hemos argumentado. Por ello, hemos decidido representar nuestro esquema de investigación (Figura 10) con un formato sin flechas porque como afirman Velasco y Rada (1997) no puede haber una subordinación de las etapas, pues el investigador que lleve a cabo una investigación de características

etnográficas no puede abandonar nunca el momento del proyecto sino que su diseño debe estar abierto a futuras reformulaciones y a repensar en nuevos escenarios. En efecto, en nuestro estudio los desplazamientos inesperados se han sucedido, volviendo hacia atrás en cualquier momento de la investigación para ampliar o reformular nuevas preguntas de investigación, completar el marco teórico, buscar nuevos informantes o incluso resolver el tipo de técnicas de investigación a emplear.

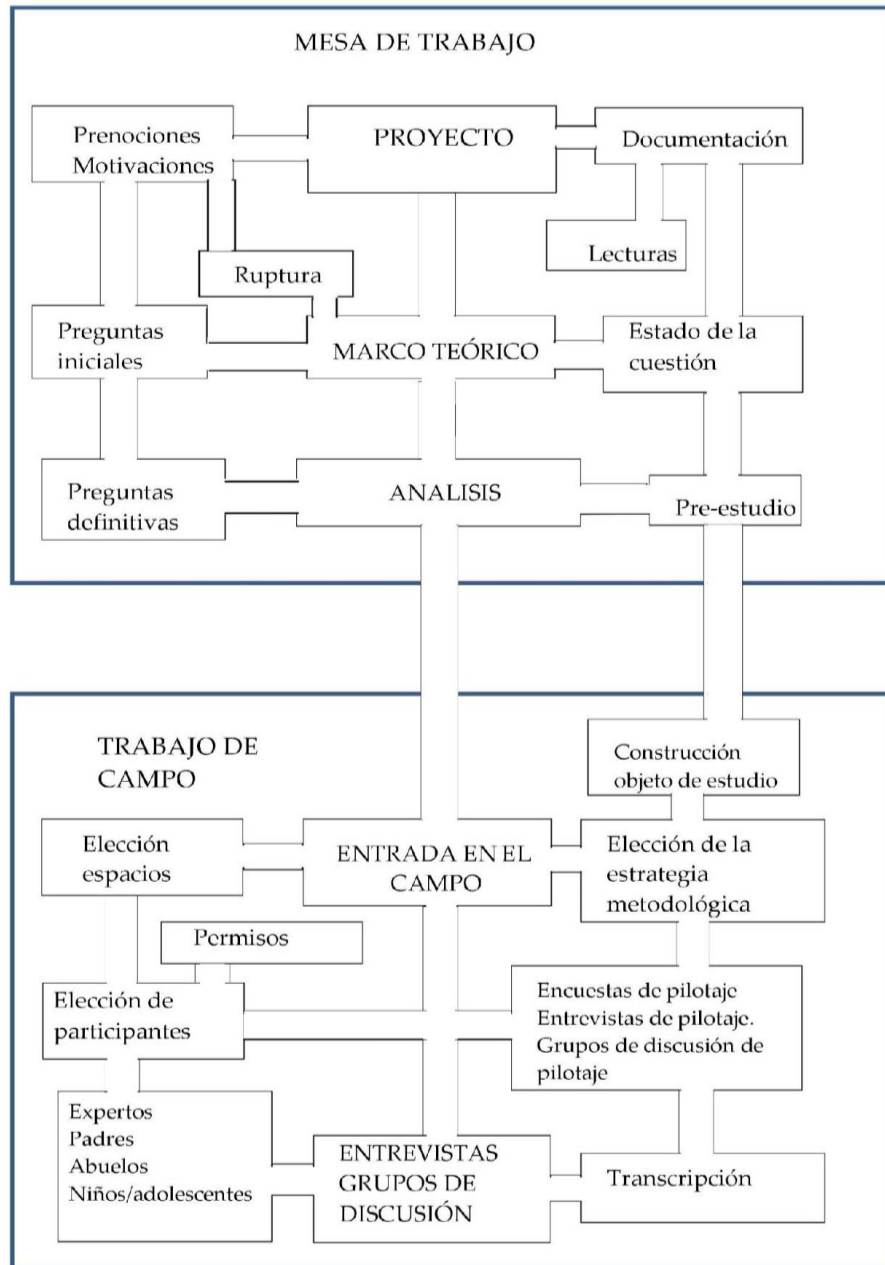


Figura 3. Esquema de investigación. Creación propia

En líneas generales la secuencia de dicho esquema se puede resumir de la siguiente manera: nuestra motivación por investigar la obesidad infantil y adolescente y los conflictos ideológicos abordados en estudios de máster previos

convergen en el planteamiento de un proyecto de tesis. En este proyecto se le da cabida, mediante una extensa documentación, a estudios de diferentes disciplinas que conformarán nuestro estado de la cuestión y un marco teórico inicial. Tras el planteamiento inicial de unas preguntas de investigación y la elección de la estrategia metodológica a emplear se realizan unas entrevistas, grupos de discusión y encuestas de pilotaje que nos servirán de análisis preparatorio para afrontar el estudio con garantías de extraer una información rica en detalles.

Esta incursión inicial tiene diferentes efectos que nos motiva a retroceder en nuestro esquema en diferentes direcciones. En primer lugar nos ayuda a configurar unas categorías que, como apunta Krause (1995), a modo de paquetes de información relevantes que contienen palabras claves, conceptos simbólicos o temas trascendentales, sirven de criterios para la incorporación de nuevos informantes. Además, reflexionamos sobre la forma en que construimos el objeto de estudio, cuestionando las formas cotidianas y normalizadoras de definir y abordar el fenómeno de la obesidad infantil y adolescente. Tras las transcripciones, lecturas de categorización y análisis de los primeros datos recopilados, se produce una vuelta atrás para ampliar nuestro marco teórico e incluso plantear nuevas preguntas de investigación. A su vez, este paso nos conduce a la elección de nuevos escenarios donde abordar a nuestros participantes y a plantear nuevas esferas de estudio, pues como apunta Martínez (2006) “las variables de un estudio cualitativo no se establecen previamente sino que emergen a lo largo del mismo conforme se van analizando los discursos de los entrevistados” (p.132).

El tipo de estrategia metodológica concede al análisis cierta imprevisibilidad y complejidad. Así del mismo modo en que un espeleólogo se interna en una cavidad desconocida para explorar por primera vez sus salas y

formaciones, tenemos claro nuestro objeto de estudio y el lugar donde comenzar con nuestras pesquisas, pero no sabemos la cantidad de recovecos y detalles que nos vamos a encontrar o el tipo de técnicas, de descenso o escalada, que vamos a necesitar para explorar lo desconocido, Pues como ya hemos avanzado, tanto la estrategia metodológica como la teoría se van construyendo conforme avanza la investigación (Creswell, 1994). Esta circunstancia hace que nuestra propuesta teórica inicial funcione a modo de guía interpretativa más que como un decálogo de prerrequisitos conceptuales, sobre todo en los primeros compases del estudio tras la elaboración de las primeras entrevistas de pilotaje. Al respecto, Blumer, (1954) y Hammersley y Atkinson (1994) refieren que inicialmente se trabaja con conceptos sensitivos que sugieren direcciones a donde dirigir la mirada, siendo los conceptos definitivos, más precisos en la descripción de las observaciones finales. En esta línea inicialmente realizamos un análisis de datos dividido en unidades significativas o bloques temáticos interconectados entre sí, a los que se les van añadiendo subgrupos derivados de ellos conforme avanza la investigación.

El carácter flexible de la estrategia metodológica y la amplitud de los datos a los que nos enfrentamos requieren de un proceso de análisis sistemático en el que a pesar de que los datos se fragmenten y se dividan en unidades significativas siempre se organicen en base a un sistema coherente de conceptos que surgen de ellos mismos (Coffey y Atkinson, 2003). Esto lleva implícito lo que hemos apuntado en muchas ocasiones, que la teoría emana de los datos y no al contrario. Dentro de este complejo ejercicio planteamos la codificación de datos como un continuo ir y venir de la teoría al análisis para finalmente utilizar las teorías y conceptos, así como la estrategia metodológica adecuada para analizar los discursos que se extraen de nuestros participantes.

De modo esquemático, podemos resumir que conforme avanza el proceso de investigación, y ya metidos de lleno en el trabajo de campo, vamos realizando un análisis preliminar de las transcripciones que consiste en añadir comentarios a aquellos fragmentos del discurso que guardan relación con las teorías y conceptos del marco teórico. Para la elaboración de los comentarios hemos utilizado las herramientas que nos ofrece el programa Microsoft office. Dicho análisis consiste en la revisión y análisis manual de todas las transcripciones, realizando el trabajo de clasificación, organización y etiquetado. Se puede afirmar que conforme a Leech y Onwuegbuzie (2007) utilizamos la estrategia de detección de palabras clave en contexto para delimitar nuestras unidades de análisis, y realizar el análisis propiamente dicho en base a nuestro marco teórico. Este análisis nos sirve a su vez para volver de nuevo al trabajo de campo a explorar los nuevos hallazgos y la teoría que las explica, y de nuevo regresar a la mesa de trabajo para ampliar el capítulo de análisis, y así sucesivamente hasta que los participantes no aporten más datos nuevos.

Este procedimiento nos ayuda encontrar interrelaciones, y a apuntalar el análisis con los conceptos y teorías sociales que hemos seleccionado, permitiendo un cierto grado de inducción analítica y explorando la funcionalidad de nuestro concepto: *capital alimentario*. Como apunta Creswell (1994) el análisis de datos nos permite establecer una relación recíproca entre teoría y datos en la que parte de los conceptos teóricos se van incluyendo conforme avanza el proceso de análisis. Merece una mención aparte aclarar que en este proceso de análisis no creemos que sea productivo emplear un software informático aplicado al análisis cualitativo, tipo AtlasTi o MaxQda, porque entendemos que su análisis probabilístico de la palabra no sirve para elaborar nuestro análisis reflexivo y no aportaría nada a nuestro estudio, pues lo que buscamos en muchas ocasiones es

explorar los significados y subjetividades que encierran los discursos, y hasta el momento no disponemos de un programa informático que facilite esta tarea. Por ello, solo nos podemos valer de la habilidad propia adquirida tras el estudio de los autores que empleamos en nuestro análisis.

4.5.2. Sobre el trabajo de campo y el análisis

Tras una profunda y exhaustiva revisión bibliográfica, organizada según el eje biopsicosocial, en la que vamos desgranando todos los factores que, según los autores consultados, intervienen en el desarrollo de la obesidad infantil y juvenil, nos planteamos una toma de contacto inicial con el trabajo de campo en la que pretendemos dar a los participantes seleccionados la oportunidad de explicar su punto de vista sobre el problema. En esta primera andadura nos aproximamos a un centro escolar público de gestión privada (concertado), en el que se realiza una encuesta escrita con una única pregunta de respuesta abierta y de carácter general a 41 niños/adolescentes de entre 10-13 años (Anexo I), pues en un principio se considera que es una buena opción dejar a los participantes exponer todo lo que saben sobre el tema a tratar sin influir en sus respuestas.

Tras un análisis manual de dichas encuestas en el que se extraen diferentes categorías de estudio, se plantea una nueva encuesta con nueve preguntas de respuesta abierta a 39 niños de un centro escolar público situado en una zona de la serranía de Jaén (Anexo I). El objetivo de esta maniobra fue ampliar los discursos y buscar comparativas entre niños de una zona rural y una zona urbana y así explorar los *habitus* que caracterizan a cada zona. Sin embargo, observamos las siguientes desventajas que nos hicieron desestimar este análisis:

- En primer lugar la pérdida de tiempo en la realización de la actividad en sí, pues tuvimos que parar repetidamente para explicar el objetivo de la actividad en innumerables ocasiones.

- En segundo lugar, no obtener respuestas reflexivas y no poder profundizar en las percepciones de los niños/adolescentes sobre temas como la salud o los ideales corporales.
- En tercer lugar, las respuestas entre niños del medio rural y urbano son similares, si no iguales, y aunque esto también ofrece una lectura sobre el efecto de la globalización o las formas de expansión de los discursos expertos, se puede observar que un gran número de respuestas son las mismas entre los diferentes alumnos, lo cual denota que se pueden haber copiado. No obstante, no podemos tener esta certeza porque no se nos permitió estar presentes durante la elaboración de dicha encuesta. Esto unido a que los padres se mostraron reacios a participar en los grupos de discusión hizo fracasar esta vía.
- En último lugar, se desestimó la técnica de la encuesta escrita porque no ofrece la posibilidad de obtener información sobre las inquietudes de los niños/adolescentes respecto a la alimentación, así como tampoco el poder profundizar en los efectos de los mensajes médico-nutricionales sobre sus prácticas alimenticias y sus relaciones sociales.

A pesar de las desventajas explicadas, tenemos que reconocer que los datos recogidos en estas encuestas fueron de mucha utilidad, no sólo para evaluar la efectividad del procedimiento sino porque nos sirvieron para elaborar una relación de preguntas sobre aquellas cuestiones en las que no se había profundizado, tales como: la importancia que los niños otorgan a la imagen corporal, las ideas de salud, lo que ellos consideran como alimentación saludable o los condicionantes sociales que marcan su alimentación, entre otros.

En estas primeras encuestas, como nota destacable, se observó una gran influencia del discurso médico-nutricional en las prácticas alimenticias, además

de una importante preocupación por una imagen corporal idealizada. Ya contábamos en nuestro marco teórico con conceptos y teorías de P. Bourdieu para explicar la influencia en la alimentación de formas subjetivas de negociar el mundo y la identidad social de un individuo a través de su capital social, cultural, económico y/o simbólico que, en el caso de niños y adolescentes, viene condicionado en gran medida por su entorno familiar.

No obstante, tras esta primera incursión en el trabajo de campo sentíamos la necesidad de incorporar un concepto o teoría que permitiera explicar de una forma más profunda cómo el cuerpo es disciplinado, a través de la legitimación de los discursos biomédicos (nutri-dietéticos) y la influencia de la industria *mass media*, lo cual entra en relación directa con la estigmatización que sufre el niño o adolescente obeso en su entorno social. Esta necesidad surge de respuestas como la que nos aporta un niño que cursa 1º de ESO (12-13 años) ante la pregunta: ¿Te preocupan las grasas o calorías de los alimentos que comes? Ante la que nuestro informante responde: “Sí, porque yo antes de pequeño estaba bastante gordo y se metían conmigo por eso”. Bajo nuestro punto de vista, el concepto que mejor explica las relaciones entre poder, medicina y control de cuerpo que participan en este complejo problema biocultural es el concepto de *biopoder*. Especialmente la forma que acuñó Foucault (1976) para explicar cómo los Estados modernos ejercen el poder a través del cuerpo y con el cuerpo, por lo que a partir de este momento lo incorporamos a nuestro marco teórico.

En un principio pensamos que la técnica de la encuesta era la más idónea porque, aunque se pierde la enriquecedora posibilidad de la interrelación que sucede en una entrevista “cara a cara” o en un grupo de discusión, el informante sigue teniendo la posibilidad de expresar sin limitaciones sus creencias y percepciones (Rodríguez, 2011). Sin embargo, tras reflexionar sobre los resultados

y el desarrollo de esta técnica, y dado que fuera del tiempo en el que los niños estuvieron escribiendo sobre el papel mostraron una gran capacidad para generar debate sobre el tema, nos replanteamos la posibilidad de realizar grupos de discusión con los niños y adolescentes descartando también la entrevista individual, ya que estudios previos nos revelan que éstos no son capaces de prestar atención durante una larga entrevista, por lo que sería difícil obtener respuestas reflexivas y meditadas (López, Ramírez y Gea, 2015).

Tras esta primera fase, nos embarcamos en la realización de un grupo de discusión con niños de 11-12 años, sobre el que proponemos una relación de preguntas confeccionadas con base en las respuestas y las experiencias obtenidas de las encuestas anteriormente citadas, como se muestra a continuación:

Fase de pilotaje: pregunta general en una encuesta abierta a 41 niños/adolescentes 10-13 años
1. ¿Qué factores influyen en el desarrollo de la obesidad infantil y juvenil?

Tabla 7. Fase de pilotaje: pregunta general en una encuesta abierta a 41 niños y adolescentes 10-13 años. Creación propia.

Fase de pilotaje: preguntas abiertas en una encuesta a 39 adolescentes de 10-13 años
1. ¿Qué factores, situaciones, actitudes o comportamientos crees que influyen en el desarrollo de la obesidad?
2. ¿Qué características debe tener una alimentación saludable?
3. ¿Qué es estar sano?
4. ¿Crees que los jóvenes de hoy en día no practican suficiente ejercicio físico? Explica por qué.

5. ¿Qué es para ti la belleza? ¿Cuál es tu cuerpo ideal?
6. ¿Qué importancia tiene para ti la imagen que proyectas en los demás? ¿Te preocupa lo que los demás puedan decir sobre tu aspecto físico?
7. ¿Qué opinas de un niño con unos kilos demás?
8. ¿Te preocupan las calorías o grasas de los alimentos que tomas?
9. Los jóvenes de hoy en día. ¿Comen mejor o peor que hace años?

Tabla 8. Fase de pilotaje: preguntas abiertas en una encuesta a 39 adolescentes de 10-13 años. Creación propia.

Fase de pilotaje: grupo de discusión con padres
<p>Bajo su punto de vista:</p> <p>¿Qué factores intervienen en el desarrollo de la obesidad infantil?</p>

Tabla 9. Fase de pilotaje: grupo de discusión con padres. Creación propia.

Última fase: preguntas por bloques temáticos para grupos de discusión con niños	
1. Concepciones sobre obesidad	
	¿Cómo definiría la obesidad en la infancia y adolescencia? ¿Cree que es una enfermedad?
2. Concepciones sobre belleza y estereotipos sociales	
	¿Qué entiende usted por un cuerpo ideal? ¿Comemos para alimentarnos o por cuestiones estéticas? ¿Afecta de igual modo a chicos que a chicas?
3. Roles familiares	
	¿Quién cocina en casa? ¿Quién se encarga de la cesta de la compra? En días laborales, ¿comes en casa o en el colegio? ¿Sales a comer fuera de casa? ¿Por qué? ¿Tienes un horario fijo para comer?
4. Concepciones sobre lo sano y simbolismo de la alimentación	
	Bajo su punto de vista:

<p>¿Qué significa para usted la alimentación?</p> <p>¿En qué consiste una alimentación sana?</p> <p>¿Qué ventajas o desventajas ofrece una alimentación tradicional frente a la moderna?</p> <p>¿Cómo cree que se alimentan las familias de hoy en día?</p> <p>¿Crees que tu alimentación es la adecuada? ¿Por qué?</p>
5. Concepciones expertas, gustos y entorno social
<p>¿Qué consejos sigues para alimentarte?</p> <p>¿Crees que los productos industriales son de confianza? ¿Lees las etiquetas de los alimentos industriales?</p> <p>¿Qué influye más en la elección de un alimento para comerlo, el sabor o sus propiedades saludables?</p> <p>¿Influyen los medios de comunicación en la alimentación de niños y adolescentes?</p>
6. Propuestas para atajar el problema
<p>¿Qué medidas considera usted que son necesarias para prevenir o solucionar el problema de la obesidad infantil y adolescente?</p> <p>¿Cree que las estrategias educativas son efectivas? ¿Qué papel le corresponde a los padres, a los profesionales sanitarios y/o a la Escuela en la prevención de este fenómeno?</p>

Tabla 10. Última fase: preguntas por bloques temáticos para grupos de discusión con niños. Creación propia.

Como se puede observar, en los grupos de discusión comenzamos explorando la percepción de nuestros informantes más jóvenes sobre la obesidad, para seguir extrayendo su percepción sobre los aspectos estéticos. Con la pretensión de explorar precisamente el disciplinamiento del cuerpo del que estábamos hablando, mediante la interiorización de los ideales corporales por parte de los más jóvenes. En la versión definitiva planteamos preguntas por bloques temáticos incluyendo, entre otros temas, los factores que habíamos obtenido de los datos de las encuestas anteriores.

El grupo de pilotaje de niños se plantea como un grupo focal. Con esta técnica se intenta que los participantes desarrollen sus respuestas de forma individual con la pretensión de recoger el mayor número de ideas posible, debido a que el grupo es muy numeroso. Una vez registradas, se llevó a cabo una puesta en común para discutir los diferentes puntos de vista y reflexionar sobre las respuestas dadas. Sin embargo, este procedimiento no resultó muy fluido y no se generó un debate como esperábamos sino que los niños se limitaron a leer lo que habían redactado, incluso replicando en algunas ocasiones las respuestas del compañero. Por ello, nos quedó claro que en los grupos de discusión definitivos con niños/adolescentes las preguntas se plantearían directamente y se dejaría discutir las abiertamente. Con tal objetivo, tomamos la determinación de contar con grupos menos numerosos y por ello nos pusimos de acuerdo con los tutores y los jefes de estudios para realizar los grupos de discusión en una época en la que hubiera menos asistencia, como puede ser tras finalizar el curso lectivo en la época previa a las vacaciones, sin que ello conllevara perder el punto de vista de aquellos alumnos cuyos padres habían participado también en los grupos de discusión.

Paralelamente, en uno de los centros escolares en los que habíamos realizado el grupo de pilotaje a niños/adolescentes conseguimos reunir un grupo suficiente de padres para realizar un grupo de discusión de pilotaje que planteamos, igual que con los niños, como un grupo focal (Anexo X), con el objetivo de extraer todas las perspectivas de los participantes sin que estos se vieran influidos por las propuestas del investigador. Este grupo fue muy fructífero en cuanto a riqueza de discursos, pero nos hizo reconducir la investigación nuevamente en dos aspectos. En cuanto a la técnica de investigación decidimos no volver a emplear el grupo focal con padres pues, aunque la organización, desarrollo y obtención de resultados cumplió con las expectativas, encontramos problemas con la duración de la actividad, ya que transcurrida una hora desde el comienzo de la tarea algunas madres y padres tuvieron que ausentarse para recoger a sus hijos que terminaban el horario escolar, lo cual también tiene una lectura para el propio análisis, pero nos hizo perder testimonios y puntos de vista importantes.

No todo fue negativo, pues se obtuvieron discursos cargados de simbolismo como: la idea de alimentación sana como la alimentación “tradicional”, “natural”, “pura”, ideas sobre la salud-enfermedad y frases que ejemplifican los juicios a los que son sometidas las prácticas alimenticias, como se puede observar por la acusación de falta de interés hacia otros padres de este relato:

“Sí, si... También influye el no saber cocinar determinados alimentos para llamar la atención, porque muchas no saben hacerlos más apetecibles para que los críos se lo coman (...)”

(Madre 4. Grupo padres pilotaje, 2017)

Dichos discursos precisaban de un marco teórico que permitiera explorar los esquemas de pensamiento y las subjetividades representadas mediante la palabra. Además, observamos que coincidiendo con (Martín y Moreno, 2005) la forma en que se define la obesidad infantil y la acusación de irresponsabilidad era un esquema valorativo que se repetía tanto en los discursos de niños como de los adultos (padres y abuelos). Por ello, nos replanteamos una nueva ampliación del marco teórico, explorando la aplicabilidad de los conceptos de *habitus tradicional*, *legítimo* y *posmoderno*, conceptos que finalmente conformarían las unidades de análisis de nuestro estudio y que precisaron de una planificación de preguntas por bloques temáticos para ser abordados en las entrevistas.

En este punto surgió la necesidad de incluir una perspectiva experta que explicara el origen de la forma de concebir la obesidad como una enfermedad (implícita o explícitamente) por la mayoría de los participantes. Por ello, fuimos contactando con expertos siguiendo el esquema biopsicosocial. Se realizó una entrevista de pilotaje a una nutricionista para explorar la funcionalidad de las mismas preguntas que se habían empleado con los grupos de discusión. Sin embargo, decidimos no realizar más entrevistas de pilotaje a expertos porque entendemos que a este tipo de informante hay que dejarle hablar de una forma más libre, aunque en algunas ocasiones se tuviera que guiar más la conversación y en todos los casos se trataran los bloques temáticos que nos interesan. De estos informantes nos interesaba sobre todo explorar cómo definen el problema, cómo influyen sus concepciones en las prácticas alimenticias de la personas, de qué forma se pueden integrar las diferentes perspectivas para dar solución este problema y porqué se le da más importancia a los enfoques biologicistas frente a los enfoques de corte más social. Para analizar estas cuestiones tuvimos que incluir en nuestro marco teórico, algunas nociones acuñadas por Hacking (2001)

como la de “clases interactivas” (p.103), así como sus reflexiones sobre la forma en que se construyen o se producen los fenómenos sociales desde las propias ciencias. La inclusión de este último autor en nuestro marco teórico ha resultado clave para comprender cómo interactúan las ideas de las personas, con las ideas expertas o de su matriz social. Estos conceptos nos ayudaron a explicar algunas de las contradicciones que encontramos en los discursos de los progenitores, abuelos y niños cuando defendiendo una idea próxima a la norma nutri-dietética, a la vez comparten esquemas de pensamiento que van en contra de una alimentación cercana al polo legítimo.

Hacking (2001) y su crítica al construccionismo también nos sirvió para desmarcarnos de las visiones construccionistas del fenómeno. El segundo reto que nos planteamos tras este parón reflexivo, una vez que ya tuvimos más claro nuestro objeto de estudio, fue el incluir otro tipo de informantes que estuvieran directamente implicados en este fenómeno, para explorar la influencia de las concepciones expertas y para dar sentido al marco de nuestro objeto de estudio. Por ello se decidió incluir a madres y padres con hijos obesos y por otro lado abuelos con y sin nietos obesos. En el primer caso, porque es necesario analizar cómo afecta la forma en que se define y se maneja el problema de la obesidad desde la perspectiva de un grupo de participantes implicado directamente. En el segundo caso, necesitábamos dar voz a una parte de los integrantes de la familia que, en muchas ocasiones, intervienen directamente en la alimentación y el cuidado de los niños y adolescentes. Además, los abuelos son una parte fundamental en el eslabón de la transmisión del capital cultural. En este punto, de manera tangencial tendremos en cuenta el concepto de “feminización de la vejez”, desarrollado por autores como Díaz (2003) y Borge (2008). Este concepto nos sirve para explicar cómo los cambios demográficos y en especial la preponderancia de

las mujeres de edad avanzada, abren nuevas posibilidades de organización social y familiar, ya que en su mayoría se tienen que ocupar del cuidado de los niños, adquiriendo un rol muy importante en la sociedad actual.

Tras esta fase reflexiva y una vez incluidas las preguntas necesarias para abordar las influencias expertas señaladas, continuamos con la realización de grupos de discusión de padres y niños paralelamente a la realización de algunas entrevistas a expertos. El análisis de estas nuevas transcripciones confirma, como ya se había notado en anteriores grupos, que la organización familiar es una de las mayores preocupaciones de los padres. Pero sobre esta cuestión queremos profundizar más allá de quedarnos en una mera descripción de la situación, pues no aportaríamos conocimientos nuevos.

Por ello, quisimos analizar las ideas y creencias que envuelven las relaciones familiares entre hombres y mujeres, que permiten perpetuar la dominación del hombre sobre la mujer. Para abordar este esquema de pensamiento ampliamos nuestro marco teórico de nuevo con el concepto de violencia simbólica. En palabras de Bourdieu y Passeron (1996):

Todo poder de violencia simbólica, o sea, todo poder que logra imponer significados e imponerlas como legítimas disimulando las relaciones de fuerza en que se funda su propia fuerza, añade su fuerza propia, es decir, propiamente simbólica, a esas relaciones de fuerza (p.44).

En relación con este tema, aunque ya contábamos con preguntas relacionadas incluimos una serie de preguntas enfocadas concretamente a extraer las percepciones de los participantes sobre qué papel le corresponde al hombre y a la mujer en la organización familiar, y cuál es la realidad de lo que sucede al respecto. Con esta última incorporación completamos unos bloques de preguntas que nos servirán de guión para concluir nuestro trabajo de campo tanto con

expertos como con niños/adolescentes y adultos. Como última anotación queremos reseñar que aunque el grupo de expertos se buscó en un principio siguiendo el eje biopsicosocial, el carácter multidisciplinar de este fenómeno y las propias aportaciones de los expertos nos hicieron reflexionar sobre la necesidad de dar protagonismo a otro tipo de expertos implicados, por ello contamos con un historiador, investigadores universitarios, educadores y un cocinero, entre otros.

4.5.3. Instrumentos de recogida de datos

Los datos producidos por las entrevistas semiestructuradas y los grupos de discusión consisten en discursos orales que se recogen en una grabadora de voz y se transcriben mecanográficamente a posteriori. Nos decidimos por este instrumento de recogida de datos porque como indica Gil (2009) “resulta menos intrusivo que otros métodos audiovisuales” (p.208). En las entrevistas telefónicas, se utiliza una aplicación para teléfonos inteligentes que permite no perder calidad en la grabación. Queremos puntualizar que en las entrevistas “cara a cara” la grabadora de mano se oculta a la vista del informante, pues hemos podido comprobar que con este procedimiento el informante se relaja transcurridos los primeros minutos de entrevista y parece olvidar que se le está grabando, obteniendo discursos más distendidos.

4.6. ASPECTOS ÉTICOS

Según Botto (2011) los estudios cualitativos tienen características especiales que hace que deba ponerse, si cabe, mayor atención a los aspectos éticos, pues el investigador se enfrenta a un doble desafío ético, el de proceder de forma ética (enfrentándose a grandes problemas éticos y bioéticos), y los códigos y valores del propio investigador que se ponen en juego. Además, esta complejidad se ve acentuada por el propio objeto de estudio: individuos con percepciones, creencias

e intereses. Por este motivo, los aspectos éticos no pueden articularse en función de un único criterio ético, del mismo modo que posicionarnos de antemano con un enfoque teleológico fundamentado en el deber de asumir un determinado decálogo de normas éticas supone un planteamiento reduccionista que limitaría la riqueza de los diálogos. Por ello, este autor propone una ética dialógica que de libertad para abordar un abanico amplio de discursos y así argumentar la fundamentación teórica. Siguiendo estas premisas y basándonos en algunos de los requerimientos básicos que propone Emanuel, Wendler y Grady (2000) planteamos los siguientes criterios éticos:

- Proponemos una investigación con valor social, es decir, cuyos resultados o averiguaciones sirvan para mejorar las condiciones de vida de las personas y generar un bien para la sociedad.
- La rigurosidad científica. Este punto se consigue como ya hemos explicado en este capítulo con una descripción detallada de todo el proceso de investigación, incluyendo forma en que se captan los informantes, cómo se analizan los datos y la evolución del estudio.
- Una selección de sujetos de estudio en coherencia con los objetivos de la investigación y sin prejuicios. Para ello explicamos cuales han sido los motivos de su elección y los criterios de exclusión.
- Buscaremos siempre un mayor beneficio para el sujeto que participa. Por ello, se lleva especial cuidado en la difusión de los datos, no revelando la identidad de aquellos participantes que lo solicitaron expresamente. El respeto es uno de los criterios más importantes dentro de nuestro marco ético. De este se derivan multitud de formas de proceder por lo que debemos tenerlo presente en diferentes ocasiones, por ejemplo:

- para respetar los ritmos y cotidianidad de las personas. No debemos tratar a las personas que participan como meros objetos de estudio, sino que queremos aprehender sus posicionamientos sin juzgarlos, negarlos, ni afirmarlos. Para no condicionar las respuestas con la promesa de un beneficio personal, más allá de la satisfacción de contribuir a generar conocimiento sobre el problema que se investiga.
- Debemos respetar las creencias, valores e intereses de los participantes es otro de los criterios indiscutibles en nuestra investigación y esto solo se consigue otorgando al sujeto la capacidad de decidir. Por ello, previamente a la realización de la tarea (entrevista, grupo de discusión), explicamos el tipo de estudio que estamos llevando a cabo y la finalidad que buscamos con el análisis de sus narraciones.
- Buscaremos ocultar nuestras pretensiones o contar solo unos mínimos detalles sería una actitud irresponsable y deshonesto que restaría veracidad y calidad a nuestro estudio.

No obstante, el compromiso con nuestro informante no finaliza una vez que se ha firmado un documento o nos da su consentimiento, sino que se mantiene siempre, incluso una vez finalizado, pues en cualquier momento puede abandonar el estudio y que su aportación no sea tenida en cuenta, independientemente de que éste nos haya dado su autorización por escrito.

También se tuvo en cuenta para no vulnerar ninguno de los derechos fundamentales de las personas, como se recoge en la Constitución española en su art. 18.1 Título I, sobre la obligación de respetar la esfera íntima de la persona: “Se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen”. Igualmente, obedeciendo a la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE Nº 298, 14 de diciembre de

1999), se evita la divulgación de datos sin el consentimiento del sujeto, sustituyendo los nombres originales por otros ficticios o simplemente nombrando al informante por su profesión o su condición como madre, padre, niño o adolescente seguido de un código numérico. Podríamos haber utilizado en todos los casos códigos alfanuméricos como sugieren algunos manuales, pero finalmente se optó por este sistema, ya que el estudio gana en claridad y favorece la gestión de datos quedando garantizada igualmente la confidencialidad. Este acuerdo queda plasmado en nuestro documento de compromiso de confidencialidad así como en los consentimientos informados que hemos pasado a los padres cuyos formularios se muestran en el Anexo VI.

Podemos concluir que, como indica Restrepo (2015) la ética es una cuestión transversal a lo largo del estudio a modo de principios que guían la buena práctica del investigador durante todo el proceso. En este sentido, el desde una perspectiva ética, en este estudio se busca un bien común para la población en general, aproximándonos a las personas implicadas para aprehender de ellos.

PARTE 4ª

CAPÍTULO 5. ANÁLISIS

“Nunca podemos aprehender tal o cual substrato supuesto de conciencia en cuanto tal, sino sólo la conciencia de esto o aquello. Esto es lo que ocurre, ya sea que el objeto de la conciencia se experimente como parte de un mundo físico exterior, o se aprehenda como elemento de una realidad subjetiva interior”

(Berger y Luckman, 1966, p.36)

HABLAN LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES

Los niños son los verdaderos protagonistas de este estudio, consecuentemente, creemos que la mejor manera de comenzar la primera parte de este análisis es dedicándonos a explorar en profundidad la trabazón de ideas, prácticas, creencias, percepciones, gustos, simbolismos y convenciones que giran en torno a su alimentación. Para comprender esta amalgama de racionalidades prácticas y subjetividades, desde nuestro prisma biocultural, se establecen 2 fases principales, a través de las cuales encaramos este análisis con la idea de explorar, describir y considerar las racionalidades propias del entramado de elementos con los que se constituye el *capital alimentario* y los *habitus* de los niños y adolescentes.

En la primera parte, analizamos el asentamiento de los discursos expertos en dicho *habitus*, explorando su *capital alimentario* y prácticas alimenticias, no como un hecho sino como una acción progresiva y dinámica de su interacción con el entorno. Aprovechando la posibilidad que nos ofrece el rango de edades entre el cual se ve constituida la muestra (9-17 años), exploramos el desarrollo del *capital alimentario* y prácticas alimenticias conforme la niñez da paso a la adolescencia, de tal modo que se pueda distinguir la acción de los elementos del entorno sobre este. Daremos cuenta de la procedencia y la proliferación de las normas sobre el buen comer, aflorando las adaptaciones, resignificaciones y resistencias, que se derivan de los conflictos entre los discursos biomédicos y los discursos aprendidos en la familia y el entorno social. Otra cuestión es la asunción de la intervención de los aspectos biológicos en los procesos alimenticios humanos, fácilmente reconocible en los discursos de los niños y adolescentes.

Apareciendo divergencias entre los que consideran la obesidad como enfermedad o como un proceso que conduce a la misma, o aquellos que lo entienden como un acto de responsabilidad moral frente a un estado inevitable programado por la genética. Conflictos que a menudo se resuelven con el apoyo de ideas y convenciones aprendidas en la familia, a edades más tempranas, o adquiridas de medios de comunicación o amigos, a edades más avanzadas. Por lo que entra en juego el bagaje de conocimientos y acciones aprendidas en el entorno social, que provee a las apreciaciones, creencias y percepciones de los jóvenes de ingredientes subjetivos y subyacentes que dan sentido a sus prácticas alimenticias. En la segunda parte, se evalúan los efectos que producen los discursos científicos a través de la construcción de ideas y categorizaciones en torno al cuerpo, así como los mensajes difundidos por los medios de comunicación, observando los resultados de su internalización en el sentido que apuntan Berger y Luckman (1966). Es decir, que desde una perspectiva fenomenológica se analiza en los discursos de los partícipes del estudio (niños entre 9-12 años y adolescentes entre 16 y 17 años) la forma en que estos construyen sus realidades al interactuar con las ideas que operan en su entorno social.

Estos discursos procedentes de los discursos expertos, de amigos o familiares, así como de los medios de comunicación y la escuela. En este sentido observaremos, cuando se pregunta sobre qué se entiende por un cuerpo ideal, cómo se han internalizado los criterios sociales imperantes de belleza vinculados a la salud, mientras que prolifera la idea de que el cuerpo obeso supone una transgresión de la norma. Aunque, existan excepciones en las que se trate de adecuar las respuestas a criterios morales de aceptación a la diversidad de formas corporales y todos aquellos comportamientos que se mueven en los límites de las

normas médico-nutricionales y corporales asumidas como correctas. Lo que implícitamente conlleva a la asimilación de lo que se considera “normal”.

En este punto resulta interesante destacar que este complejo entramado de racionalidades, límites y normalidades, se encuentra muy vinculado a las ideas sobre la masculinidad y la femineidad interiorizadas por los jóvenes, y que suponen ciertas violencias simbólicas que en su trasfondo interfieren de una forma determinante en la forma en que se cuida el cuerpo y la alimentación.

No debemos pasar por alto que los jóvenes de nuestro estudio se hallan inmersos en un contexto escolar que ha sustituido, en gran medida, la tradicional transferencia oral de saberes y actitudes, con las que los sujetos generaban interacciones sociales. La alimentación no escapa a este cambio tanto en las formas de transmisión como en el contenido de los conocimientos teórico-prácticos puestos en juego, en los que destaca el reconocimiento de una racionalidad científica como “piedra filosofal” para alcanzar la salud mediante el manejo adecuado de la alimentación y la práctica de ejercicio físico. En relación con esta reflexión, la elección del entorno escolar como lugar para recabar información, no es solo porque se trata de un lugar en el que los niños aprenden del profesor, bajo la legitimación de sus saberes por parte de la sociedad y las instituciones, sino que se erige como un campo de socialización y de confrontación de saberes que pueden ser aceptados o rechazados mediante procesos interactivos. En el que los discursos científicos se ven proyectados en los propios discursos de nuestros participantes, pero con algunos matices que resultan interesantes.

No obstante, como en cualquier otro contexto del “mundo occidentalizado”, los niños y adolescentes también se ven expuestos a las normas médico-nutricionales que se transmiten desde los medios de comunicación, las redes sociales o los centros sanitarios a los que los llevan sus padres. Confrontándose

con las ideas y prácticas que éstos aprenden en su entorno familiar mediante un proceso de enculturación. Observándose un amplio abanico de percepciones que oscilan entre esquemas tradicionales, modernos, posmodernos, frecuentemente entremezclados.

5.1. ASENTAMIENTO DE LOS PRECEPTOS MÉDICO-NUTRICIONALES

Lo más destacable de este primer bloque analítico es que a edades muy tempranas las ideas del entorno familiar ocupan un lugar relevante en los esquemas de pensamiento y las prácticas en torno a la alimentación, la salud y la gordura. Coincidiendo con el estudio de Bourcier et al. (2003) hemos observado que la familia, y en concreto las madres, continúan ejerciendo una influencia determinante en los gustos y prácticas alimenticias de sus hijos, transmitiéndoles ideas y actitudes que perdurarán hasta la etapa adulta y que vemos expuestas en las discusiones que les hemos planteado.

Quizá no presentan suficiente fuerza como para ganar terreno a las lógicas médico-nutricionales, que a muy tempranas edades se encuentran muy asentadas en las conciencias de los niños. Pero sí que ejercen una importante influencia para modularlas y canalizarlas según las distintas proporciones que se posean, de los diversos *capitales* (*económico, social y cultural*) que son generales, pero que obviamente ellos ponen en juego. Todo esto dentro de un campo social, que en este caso sería la alimentación. En nuestro caso particular nos referimos a la cantidad de capital en especial alimentario, del entorno familiar y social con todos sus saberes, prácticas, culturas, instituciones y obviamente todas sus implicaciones, sobre la salud. Esto sin desdeñar la forma en que interactúan con otras fuentes informativas como internet, los amigos o la escuela.

Uno de los aspectos más interesante es la forma en que se interiorizan y se defienden las ideas dándole un valor de verdad absoluta cuando la información

proviene de una figura respetada por el niño, dando lugar a diferentes formas de vivenciar y de procesar la información a la que son expuestos, con resultados potencialmente infinitos. Así nos encontramos con diferentes casos.

a) El primero sería aquel en el que los esquemas de pensamiento aprendidos de los padres, sobre todo de la madre, sirven para dar mayor credibilidad o apuntalar una idea o creencia respecto a la salud/enfermedad. Esto se observa en el siguiente fragmento:

Moderador: ¿Creéis que es una enfermedad o no es una enfermedad?

Levantad la mano los que piensan que es una enfermedad (levantan la mano 3 alumnos)

Moderador: ¿Por qué?

Alumno 4: es una enfermedad porque no cuidas tu cuerpo y estás enfermo,

Alumno 5: porque de no cuidarte tienes sobrepeso y puedes tener diabetes, colesterol y de todo eso...

Alumno 6: yo creo que no porque aunque esté muy gordo y eso si te pones a hacer deporte te puedes quitar los kilos,

Alumno 7: la obesidad es una obsesión de comer muchas cosas, como un problema de la cabeza, lo dice mi madre que es profesora y sabe mucho de todo eso (...)

(Grupo 3, 5^ºB primaria, 10-11 años, 2017)

Queremos destacar los juicios emitidos por los alumnos 4 y 5, por la culpabilización que destilan sus mensajes hacia los sujetos obesos. Aunque ampliaremos este dato, podemos adelantar que esta percepción está muy extendida entre todos los participantes de nuestro estudio, pudiendo ser el resultado del calado tanto de los mensajes expertos como de los propios padres que han asumido estos preceptos. Como muestra de ello el alumno 7 del grupo 3

de 5º de primaria parece sentenciar utilizando el argumento legítimo de una madre que además es docente por lo que la idea expuesta cobra aún más valor.

En esta línea una alumna de 4º de primaria (9-10 años) comienza un grupo de discusión esbozando las ideas generales sobre lo que considera que es la obesidad, reflejando un diálogo entre los discursos científicos y profanos, que señalan a los sujetos obesos como personas incapacitadas para desarrollar actividades que se consideran saludables, como la práctica del deporte. Así, se señala implícitamente a los sujetos obesos como personas irracionales que practican un consumo pobre en alimentos recomendados por los expertos (frutas y verduras) y un consumo habitual de comida rápida, que simboliza la comida insana: “si estás obeso sueles tener problemas para hacer deporte, no comes mucha fruta ni verdura y comes en exceso comida del Burguer King (...)” (Grupo 1, alumna 4º A primaria, 9-10 años, 2017).

En otras ocasiones las creencias y vivencias que provienen de los padres o de su entorno social, permiten matizar las explicaciones predominantes:

“(...) y además no solo estás obeso por eso, yo tengo una amiga de mi madre que es obesa y no es obesa porque coma así de mal, sino porque tuvo un problema de nacimiento de hormonas”

(Grupo 1, 4º A primaria, 9-10 años, 2017)

Esta explicación, aunque parte de una justificación “biologicista” que parece tener un peso específico dentro de este problema, se emplea como argumento para descargar de culpa a los sujetos obesos. No obstante, esta asunción otorga a la obesidad, no se sabe si de forma consciente o inconsciente, de cierto cariz estigmatizador que convierte a los sujetos que la padecen en víctimas de su genética. En esta línea un niño apunta que su abuela no pierde peso por culpa de unos medicamentos:

“Alumno 4: pues mi abuela está gordita pero es porque toma medicamentos y con los medicamentos engorda más aunque se coma una mandarina, a ella le engorda más todo”

(Grupo 2, 4^ºB primaria, 9-10 años, 2017)

b) Otro dato reseñable es la forma en que las creencias e ideas adquiridas en el entorno familiar se utilizan para posicionarse dentro del grupo. Así, cuando se pide una opinión sobre lo que se entiende por comida saludable en este grupo nos encontramos con la siguiente respuesta:

Moderador: ¿qué pensáis que es más saludable la comida tradicional o la moderna?

Alumna 9: la tradicional porque no lleva tantas grasas y es más buena,

Alumno 3: la tradicional suele ser más sana porque antes yo creo que se comían menos dulces y yo como casi siempre la comida de las recetas que le dio mi abuela a mi madre, pero cuando cocina mi padre las suele sacar de internet,

Moderador: ¿Y las recetas de internet son buenas para la salud?

Alumno 3: pues a veces están buenas pero depende, a veces no son muy saludables, tenemos que ver lo que va a hacer porque nos podemos quedar sin comer,

(Grupo 1, 4^ºA primaria, 9-10 años, 2017)

Podemos observar la distinción que supone para el alumno 3 de este grupo, el poder decir a sus compañeros que come siempre comida de recetas legadas de su abuela, configurando un *capital alimentario tradicional* con cierto grado de exclusividad. Esto le permite posicionarse dentro del grupo poniendo en juego los valores familiares que guían sus prácticas alimenticias, lo que rememora la concepción *nietzscheana* de los valores superiores.

La madre se erige como el estandarte de estos valores familiares, adquiriendo el papel de albacea del legado culinario tradicional, frente al padre que parece utilizar recursos culinarios “sospechosos”, no solo por cuestiones de salud, sino por cuestiones de gusto. Paradójicamente, el tránsito hacia una alimentación moderna caracterizada por los mayores conocimientos de los comensales respecto a cuestiones nutricionales, va acompañada de un ensalzamiento de la comida tradicional ligada en otras épocas al disfrute y la cocina de escasez, siendo considerada por todos, expertos y profanos, como la comida más saludable. Lo que confiere a aquellas familias que pueden mantener prácticas culinarias tradicionales la categoría de modelo a seguir.

c) La salud es un criterio de gran peso en las decisiones culinarias de nuestros informantes más jóvenes y a muy tempranas edades tienen asimilada la importancia de comer sano para no llegar a padecer enfermedades en el futuro. Como se observa en las siguientes respuestas que, de forma somera, podemos adelantar que muestran un *habitus legitimo*, por la preocupación de los efectos nocivos del exceso de peso en el futuro:

Moderador: me interesa mucho saber qué entendéis por obesidad infantil y adolescente. ¿Creéis que es una enfermedad?, ¿quién quiere hablar primero?

Alumna 1: pues que si estás obeso es por comer muchas grasas y dulces.

Alumno 2: yo creo que es cuando tú comes demasiado y engordas, y también sé que si te pasas con la obesidad puedes llegar a tener un problema que primero por comer muchos dulces luego no puedas comer chocolate por enfermedades y eso,

Alumna 3: y si no te pasas también te puede llevar a tener enfermedades muy graves, y lo dicen mucho los médicos y yo me sé muchas cosas de esas, la enfermedad celíaca, que yo soy celíaca, la enfermedad del sueño, problemas de digestión y muchas cosas más,

(Grupo 2, 4ºB primaria, 9-10 años, 2017)

Dentro de este grupo de niños, provistos de fundamentos racionales, existen diferentes motivaciones que resultan interesantes de analizar. Como es el caso de la alumna 3 que padece un problema de intolerancia alimentaria, y que muestra mayor preocupación por la salud que el resto de sus compañeros. En relación con estas particularidades observamos que las experiencias vividas en la propia persona o por familiares cercanos, marcan las prácticas alimenticias, introduciendo a los niños en el mundo de la alimentación racional, observándose un culto institucionalizado a las normas médico-nutricionales y una aceptación de la “religión invisible” de la que habla Berger (1991), que se pone de manifiesto en la necesidad interna de auto-gestionar la alimentación y mantenerse bien informados sobre las enfermedades que puede causar un mal manejo de la misma. Así el alumno 4 del grupo de 4ºB de primaria refiere:

Alumno 4: mi madre como antes comía muchos dulces y cosas de esas pues le salió una enfermedad que se llama diabetes y es tipo 1 y entonces ella no puede comer muchas cosas, (Algunos alumnos preguntan qué es la diabetes)

Moderador: ¿Alguien quiere explicar qué es la diabetes?

Alumna 4: la diabetes es porque el páncreas no hace insulina para el cuerpo y entonces tienes que comer más sano porque si no puedes tener grandes problemas porque te sube el azúcar, y te puedes quedar ciego,

Moderador: ¿Cómo sabes todo eso?

Alumno 4: porque me he informado para saber qué se tiene que comer y todo eso

(Grupo 2, 4ºB primaria, 9-10 años, 2017)

Este alumno 4 podría representar la conversión a la que aluden Martín y Moreno (2005). Ya que tras la experiencia cercana de su madre al adquirir una

enfermedad relacionada con la “mala” alimentación, se manifiesta un gran dominio de términos biomédicos. El niño se ve inmerso en la conversión de un núcleo familiar caracterizado por un *habitus tradicional* despreocupado por la alimentación: “mi madre como antes comía muchos dulces y cosas de esas”. Llegado al extremo en el que al aparecer la enfermedad se adopta una actitud propia de un *habitus legítimo*, cuya descripción ampliaremos más adelante. Esta transformación conlleva la adquisición de un nuevo *capital alimentario* conformado por alimentos permitidos y, sobre todo, alimentos tabúes, entre los que destaca el azúcar que, junto a las grasas, se han convertido en los mayores enemigos.

Otro caso de conversión se observa en un alumno de 6º de primaria (11-12 años) que al preguntar sobre la práctica de comer fuera de casa, narra una experiencia que le llevó a “creer” en los expertos, como si se tratara de un acto de iluminación intelectual y espiritual:

Moderador: ¿soléis salir a comer fuera de casa?

Alumna 4: yo sí, la verdad es que la comida del Mc Donalds está muy rica...

Alumno 6: yo como fuera dos veces al mes, y yo quiero decir que empecé a hacer caso a lo que dicen los expertos y me va mejor, me entró una gastroenteritis por una hamburguesa que hasta me tuvieron que ingresar, y después vi que hacían las hamburguesas del Mc Donalds con cosas súper raras y en ese momento me di cuenta de que llevan razón los expertos en todo lo que dicen.

(Grupo 4, 6ºprimaria, 11-12 años, 2017)

d) Estas nuevas formas de culto a lo racional o “nuevas pastorales”, en palabras de Foucault, pero también de otros autores como: Comte, Durkheim, Gil Calvo o Bloor, que percibieron en las ciencias una nueva forma de religión moderna, se pueden rastrear no solo en el despliegue de conocimientos sobre

normas médico-nutricionales que presentan los niños a edades muy tempranas; sino también en el sacrificio del gusto frente a la razón y en esta tarea los padres, y en concreto las madres, vuelven a tener un papel crucial en los grupos más jóvenes. En el siguiente fragmento el alumno 7 representa esta particularidad:

Alumno 10: pues cuando yo como intento comer lo máximo posible de ensalada y de patatas lo mínimo posible, aunque quiera comer más, pero me tengo que mentalizar de que no puedo, no es bueno...

Alumna 4: yo cuando me tengo que comer alguna verdura o alguna cosa que no me gusta pienso en que es sana y buena para mí y es mejor comer eso que comerme una hamburguesa por ejemplo,

Alumno 7: yo cuando estoy comiendo intento comer de todo, me guste más o me guste menos, es lo que me dice mi madre, y además es que los refrescos no me gustan porque luego me sientan mal y por eso siempre bebo agua,

Alumno 7: y cuando estoy en una fiesta aprovecho y como de todo lo poco saludable porque sé que luego no me van a dejar comer casi nada, (...)

(Grupo 4, 6º primaria, 11-12 años, 2017)

En este caso se observa el dilema que presentan los niños entre el gusto alimenticio y las normas médico-nutricionales que les son impuestas por los padres. No obstante, muestran una gran fuerza de voluntad como se requiere desde las instancias médicas, aunque con algunos deslices que delatan las verdaderas preferencias culinarias. Este distanciamiento entre el placer y el buen comer es característico del *habitus legítimo*, sobre todo a partir de la irrupción de la ciencia en el ámbito de la alimentación (Fischler, 1995). Pero no siempre los alimentos que provocan placer se perciben como algo antagónico a la salud, forzando a los niños/adolescentes a optar por uno u otro. En esta encrucijada, algunas creencias e ideas transmitidas por los padres o figuras legítimas como los

profesores, quizá basadas en conocimientos científicos desfasados, permiten cruzar la barrera de los alimentos “prohibidos”, cuando la excepción está científicamente justificada. Siendo esta práctica característica de un *habitus posmoderno*, como analizaremos con mayor detalle en los siguientes apartados. Así, esta alumna señala:

Alumna 1: (...) las chuches creo que en algunos casos son buenas, por ejemplo mi padre corre carreras y él siempre se lleva una bolsa de chuches para que le de energía, no come muchas pero algunas sí, y así tiene más energía y puede correr más (...)

(Grupo 1, 4º A primaria, 9 años, 2017)

En otras ocasiones esta excepción provoca el enfrentamiento con las posiciones más puras de un *habitus legítimo*. Lo podemos observar a raíz del planteamiento de una pregunta sobre el ideal corporal, la cual provoca la siguiente discusión:

Alumna 5: un cuerpo ideal es no ser muy obesa ni muy flaca, es decir si tienes por ejemplo once años y pesas treinta y pico eso es estar muy flaco, pero si pesas cuarenta o cuarenta y cinco eso es un cuerpo ideal. Otra cosa, nuestro profesor nos dijo antes de las pruebas de matemáticas que nos comiéramos algo dulce tipo donut porque eran muy intensas,

Alumno 4: yo no estoy de acuerdo, lo ideal es beber mucha agua y comer cosas saludables, (...)

Alumna 8: es que el azúcar es bueno para la memoria, como las nueces, el azúcar es que para unas cosas es bueno y para otras es malo, por un poquito no pasa nada, por ejemplo el chocolate hace que el cerebro se ponga más activo y trabaje mejor, pero si comes mucho, mucho azúcar puedes tener problemas como no tener insulina y ser diabético,

Alumno 9: yo cuando voy al campeonato de atletismo el entrenador me dice que me coma un donut o un chocolate porque cuando estás en competición necesitas eso,

Alumno 2: pues yo prefiero comer otro tipo de grasas como los cacahuets, las almendras... y no comerme un donut, yo creo que lo del donut aunque estés en competición no es bueno, es mejor si necesitas grasas comer grasas pero grasas que sean buenas y no las saturadas del donut, (...)

(Grupo 2, 4^ºB primaria 9-10 años, 2017)

A veces está justificado el consumo de alimentos tabú, especialmente si los argumentos provienen de adultos con cierta autoridad y reconocimiento social, (profesores, entrenadores, pediatras etc.). Pero se debe justificar, como decíamos, bien con argumentos científicos o bien con la idea del equilibrio energético, extraída de los propios discursos biomédicos y cuya consigna es: “poco es bueno”, “mucho es malo”, como se muestra en el siguiente fragmento:

Alumna 8: es que el azúcar es bueno para la memoria, como las nueces, el azúcar es que para unas cosas es bueno y para otras es malo, por un poquito no pasa nada, por ejemplo el chocolate hace que el cerebro se ponga más activo y trabaje mejor, pero si comes mucho, mucho azúcar puedes tener problemas como no tener insulina y ser diabético (...)

(Grupo 2, 4^ºB primaria 9-10 años, 2017)

Esta idea del equilibrio es secundada por un amplio número de participantes, siendo otra de las características del *habitus posmoderno* que proponemos. Entendiendo este patrón del equilibrio como aquel en el que a pesar de aceptar en gran medida las normas médico-nutricionales se producen ciertas licencias en las prácticas alimenticias, frente a las posturas más ascéticas que restringen por completo el consumo de alimentos considerados tabú y que se

categorizan como insanos, como pueden ser las “chuches”, el aceite de palma o los aditivos de los alimentos industriales. Otro ejemplo de esta idea del equilibrio que justifica ciertas prácticas alimenticias es el siguiente:

Moderador: ¿qué medidas propondrías para atajar la obesidad y que los niños y adolescentes?

Alumno 1: que prohibieran las chuches [...],

Alumno 2: que no existiera comida basura, comer saludable y hacer deporte,

Alumno 5: intentar comer más sano y no comer tanta comida basura, mentalizarte en que no es bueno,

Alumno 6: yo creo que comer puede comer pero no mucha comida basura, hay que comer con orden

Alumno 7: que no existieran tantas chuches y comida rápida ni tanto chocolate,

Alumno 9: hace millones de años, en la antigüedad no había tantas cosas y eran carne, pescado, verdura., y ya está, ahora hay muchas cosas, chocolate, bollería, yo creo que la mayoría de las personas no estarían obesos como ahora...

Alumna 4: a ver el chocolate es bueno si es puro, yo como chocolate en mi casa y cuando mi madre hace chocolate lo hace con chocolate puro que no está tan rico como ese que venden con leche y demás pero es mucho más sano el que usa mi madre, por eso no creo que haya que eliminar el chocolate, porque tú en tu cuerpo necesitas azúcar (...)

(Grupo 2, 4^ºB primaria 9-10 años, 2017)

La alumna 4 defiende el consumo de chocolate, un alimento que estaría prohibido desde una postura legítimo-estricta, basándose en los criterios simbólicos de pureza que su madre le ha transmitido, al entender que este producto alimenticio no lleva ingredientes artificiales añadidos. Aunque esta

opción conlleva una pérdida de sabor, permite seguir consumiéndolo porque ha entrado en la categoría de los alimentos sanos, al pasar por una especie de proceso de “racionalización”.

Este criterio racionalizador conecta con otro criterio de categorización de los alimentos, el de los aditivos. Siendo estos elementos un foco de discordia y rechazo de los alimentos considerados “modernos” frente a los alimentos tradicionales que mantendrían esta característica de la pureza. En el siguiente fragmento se observa que los padres también suponen una influencia importante a tempranas edades para adquirir esta creencia. Lo cual le da mayor credibilidad:

Alumno 3: es que las E esas que ponen son cancerígenas, yo compraba unas magdalenas de bolsa pero ya no, porque ponen que llevan aceite de palma y un montón de E y mi padre dice que no es bueno,

Alumno 6: es que yo creo que la gente no se fía mucho,

Alumno 5: sí, pero es que esa comida está muy buena,

Alumno 4: sí, pero si luego te pones enfermo ¿qué?, yo lo le mirado en internet y lo que pone de E y to eso es cancerígeno,

Alumno 7: sí, porque yo lo he oído de mi madre, mi abuela y mi tía (...)

(Grupo 5, 6ªA primaria, 11-12 años, 2017)

Aquí observamos la posición “irracional” del alumno 5 que defiende la idea del placer, más cercana a un *habitus tradicional*, generando la indignación de sus compañeros que perciben el riesgo que supone para la salud el consumo de los alimentos que contienen aditivos con “E”, categorizados como insanos, y que entienden que pueden llevar a la muerte. Debemos destacar nuevamente la utilización tanto del alumno 3 como del alumno 7, de los argumentos familiares (padre, madre, abuela y tía) para dar mayor credibilidad a su discurso,

circunstancia que en edades más avanzadas no se observa o se produce de forma aislada. No obstante, ampliaremos en un apartado específico estos esquemas de pensamiento y prácticas que caracterizan los *habitus* que observamos en nuestro estudio, detallando las características de los posicionamientos más puros y otros más flexibles.

e) El *habitus* que se adquiere en la familia también contribuye a establecer criterios para determinar qué prácticas alimenticias son saludables y cuáles no. Como, por ejemplo, sentarse a comer en familia o leer las etiquetas de los alimentos que se compran en el supermercado. Generalmente los niños que pueden comer en familia no dudan en exponerlo abiertamente, como una señal de distinción, al cumplir con una norma comúnmente aceptada. Esto se observa en los siguientes relatos:

Alumna 1: yo siempre como en familia, nunca he comido sola,

Alumno 6: yo normalmente como en familia pero si mi madre está trabajando y mi hermano aún no ha llegado del instituto pues no comemos todos a la vez,

(Grupo 1, 4º A primaria, 9-10 años, 2017)

Cuando se pregunta por la hora a la que se suele comer, algunos participantes manifiestan el esfuerzo familiar para ajustarse a la norma de comer en familia, a pesar de la incompatibilidad de horarios, lo que supone también cierta distinción:

Alumno 5: yo como sobre las dos y cuarto y dos y media porque como mis padres trabajan en el campo y a mi madre la recogen tenemos que comer siempre a esa hora, pero cuando no trabaja comemos más tarde, a las tres menos cuarto o a las tres,

Alumno 4: yo como mi padre llega del campo sobre las tres y media o cuatro pues tenemos que comer a esa hora todos, pero si no tiene que trabajar no comemos tan tarde,

Alumno 3: yo es que mi madre no puede llegar tarde a trabajar por la tarde durante la semana entonces comemos siempre entre las dos y media y las tres, pero los fines de semana comemos más tarde porque mi madre está más relajada porque no tiene que ir a trabajar por la tarde,

Alumno 1: nosotros comemos a las 3 porque mi hermano sale del instituto entonces comemos todos a las 3,

Alumno 2: yo es que mi madre como trabaja tenemos que comer más tarde

Alumno 8: pues mi madre sale a las 2 y cuarto, viene a casa y comemos rápido para que ella se pueda ir a trabajar, (...)

(Grupo 5, 6ªA, primaria, 11-12 años, 2017)

En otras ocasiones, bien por una incompatibilidad laboral-escolar, bien por un criterio más laxo de los padres frente a la norma de comer en casa, los niños se esfuerzan en justificar el incumplimiento de dicha convención, alegando que se come fuera en pocas ocasiones, que se come en casa de familiares (lo que parece estar acreditado casi al mismo nivel que comer en casa), que es para compartir un tiempo distendido con los padres o que se come en un restaurante considerado “mejor” por el padre:

Alumno 5: yo es que tengo que comer en lo de mi abuela porque los dos trabajan durante la semana y no están en casa cuando termino en el cole,

Alumno 4: yo como en mi casa y los sábados en casa de un familiar,

Alumno 3: yo algunas veces como en casa de mis tíos y en la de mis primos, pero pocas veces,

Moderador: ¿alguna vez coméis fuera de casa?

Alumno 2: yo sí, voy al Dos Mares, normalmente los sábados y los domingos, ahí hay Burguer King, Ñam, Ñam...

Alumno 1: yo si algún día venimos cansados nos vamos a comer al centro comercial,

Alumno 3: pues yo me voy con mi madre al “Espacio Mediterráneo” (Centro Comercial) para pasar tiempo con ella y ya comemos ahí,

Alumno 5: yo en los fines de semana siempre nos vamos a cenar a un bar o a un restaurante,

Alumno 4: pues yo voy con mis padres los fines de semana a Torrevieja y comemos ahí porque dice mi padre que es mejor,

Alumno 6: yo algunas veces voy a la Zenia, al Burguer King o al Mc Donals (...)

(Grupo 5, 6ªA primaria, 11-12 años, 2017)

Este extracto muestra de nuevo el peso de las opiniones de los padres que aparecen en los discursos de estos grupos más jóvenes para justificar sus prácticas alimenticias, bajo criterios morales legítimos de mayor valor que los preceptos nutricionales, como es el compartir un tiempo entre madre e hija. O bien para justificar la práctica de comer en un restaurante, bajo el criterio del padre. En general, tanto este fragmento de los discursos como los anteriores muestran la presión social que soportan tanto los niños como los padres, en este marco de condiciones y responsabilidades.

Por otro lado, respecto al interés por el etiquetado de los alimentos encontramos diferentes actitudes, que reflejan la tenencia de cierto *capital alimentario* característico de un *habitus legítimo*. En esta ocasión también aparecen alusiones a los padres como referentes de estos conocimientos y como germen de este interés por vigilar los ingredientes prohibidos y perjudiciales para la salud:

Moderador: ¿alguna vez os habéis fijado en las etiquetas de los alimentos?

Alumno 4: yo sí, porque sí me preocupan los componentes de los alimentos, por ejemplo, hay muchos que llevan aceite de palma y mi madre no compra nada que lleve ese aceite, además, como mi hermano es alérgico a algunas cosas pues también lo miramos por él,

Alumno 2: yo también, porque hay muchas cosas que pueden ser cancerígenas, mi madre me lo ha dicho,

Alumno 1: es que en muchos alimentos empiezan a poner un montón de E-330 y muchos más, no sé qué y mis padres dicen que eso es un químico malo,

Alumno 3: es que las E esas que ponen son cancerígenas, yo compraba unas magdalenas de bolsa pero ya no, porque ponen que llevan aceite de palma y un montón de E y mi padre dice que no es bueno, (...)

(Grupo 5, 6ªA primaria, 11-12 años, 2017)

En otros casos son los profesores los que dentro de la institución escolar cumplen la tarea de concienciar a los niños de la importancia de leer las etiquetas de los alimentos para discernir cuáles se pueden categorizar como sanos y cuáles no:

Moderador: ¿os preocupa más la alimentación a raíz de conocer cosas sobre alimentos que no son beneficiosos para la salud?

Alumno 8: a mí sí, por eso muchas veces leo las etiquetas de los alimentos,

Alumno 2: yo si lleva muchas cosas químicas lo dejo y cojo algo más natural, como algo hecho casero, algo que no lleva conservantes, cosas químicas, que está hecho natural,

Alumno 7: yo leo las etiquetas algunas veces, porque por ejemplo el otro día nos dijo la maestra un ejemplo de la leche de almendras, nos explicó que si leyéramos bien los ingredientes nos daríamos cuenta de que solamente lleva un 2% de almendras, el resto son agua, azúcar y colorantes,

Alumno 6: es que todos los alimentos llevan azúcar, hasta las hamburguesas (...)

(Grupo 6, 6ºB primaria, 11-12 años, 2017)

Esta parte representa la traslación de la legitimación de los padres respecto a la transmisión de ideas sobre alimentación, (aunque no se llegue a perder del todo su influencia), hacia la licitación de otras fuentes de reconocido prestigio social como los expertos en medicina, nutrición o los docentes. Para apoyar esta idea vamos a exponer el fragmento de un grupo de discusión en el que una madre que se queja de la pérdida de autoridad sobre sus hijos para enseñar normas respecto a la alimentación:

Moderador: ¿A quién le corresponde la labor educativa, a los padres, a los profesores, a los médicos (...)?

Madre 3: yo creo que a todos

Madre 1: (...) a los médicos no y al gobierno indiscutiblemente tampoco, la educación yo creo que es una cosa de tu casa, o sea, ¿quién tiene la culpa el colegio o los papás?, pues yo creo que los papás, eso no quita para que en colegio y tal todos llevemos una línea de trabajo parecida, pero lo que es educación yo creo que es cuestión de los padres,

Madre 2: es que a los profesores les hace más caso que a las madres porque el otro día me dijo mi hija “mamá me ha dicho la seño(...)”y yo le dije “menos mal que te lo ha dicho la seño... porque si te lo dice tu madre no me haces ni caso”, entonces claro, en ese momento yo tengo que apoyarla, a las madres no la escuchan porque como tú estás todo el día “bla, bla, bla...”, pues claro, mi hija cuando se lo dice la profesora pues tiene como más autoridad (...)

(Grupo padres Mar Menor, 2018)

No obstante, los docentes del centro escolar no son los únicos referentes a la hora de adquirir conocimientos y normas sobre alimentación. La televisión ejerce una influencia muy potente, y su legitimación se refuerza cuando ésta se ve acompañada de los padres como se observa en el siguiente fragmento:

Alumna 10: en la televisión hay un programa en la Discovery Kids en la que cogen a una persona que es obesa y una que está muy delgada, y hay un capítulo en el que el que está muy flaco tiene que comer lo que come el obeso y el obeso tiene que comer lo que come el flaco y había una chica que llegó a pesar menos incluso de lo que tenía que pesar,

Alumna 8: en la Neox hay un programa que se llama “mi vida con 300 kilos” que mi madre y yo los sábados y domingos algunas veces los vemos y salen personas que pesan más de 300 kilos y les tienen que ayudar a todo, a levantarse, a acostarse, y se ve que aunque el médico los pone a dieta ellos siguen comiendo lo mismo,

Moderador: el ver ese programa televisivo ¿influye en tu forma de alimentarte?

Alumna 8: no porque yo como siempre bien, no me salgo de lo que hay que comer, a las personas les dicen que hagan un montón de deporte y en un capítulo el médico se lo dijo a un hombre y llegó a morir por no hacerle caso,

Moderador: ¿y por qué crees que esa persona no hacía caso de los consejos que le daban?

Alumna 8: pues porque le gusta ser así y no hace caso,

Alumna 10: pues en el programa de Discovery Kids yo vi a una chica que era muy flaquita y otra obesa y cuando se intercambiaron el desayuno, la comida y la cena la gordita decía que le daba asco la comida que comía la chica flaca y la flaca no podía comerse la cantidad de comida que comía la chica gordita, solo fue capaz de comerse un trocito de hamburguesa porque era enorme y además con patatas,

Alumna 8: pues yo un día vi en youtube que las personas obesas no pueden correr porque tienen problemas en la espalda,

Alumna 1: yo creo que las personas obesas no siguen los consejos porque creen que no van a funcionar y porque también pasan ya de todo,

Alumna 3: yo creo que las personas obesas no hacen caso porque ya están acostumbradas a comer esas grasas y esos dulces y demás entonces les cuesta mucho dejar de comérselos, por eso a la gordita del programa que tenía que comer la comida de la chica flaca le daba asco, porque no sabía a la comida que ella come siempre,

Alumno 2: hay personas que como no pueden con las dietas pues si quieren quitarse grasa tienen que ir a una operación y si sale mal pueden llegar a tener aún más problemas, (...)

(Grupo 2, 4ºB primaria, 9-10 años, 2017)

En los grupos de discusión realizados con los padres se confirma que estos programas televisivos ejercen una gran influencia en el núcleo familiar:

Moderador: además de en casa o en el colegio, ¿de dónde obtienen la información de alimentación los niños?

Madre 1: de la televisión la verdad obtienen mucha información pero eso es de lo peor,

Madre 5: sí yo mi hija ve de vez en cuando el programa ese de “mi vida con 300 kg” y el otro día me dijo, “mira mamá hay ahí una mujer muy gruesa...” porque ¿os habéis dado cuenta de que todos son programas americanos? Y es que todos los casos han tenido un problema psicológico, o eran víctima de algún abuso sexual, o bulling (...)

(Grupo padres Mar Menor, 2018)

En el siguiente grupo de discusión se confirma la popularidad del mencionado programa “mi vida con 300 kilos”:

Alumno 6: es que hay un programa en la tele que se llama “mi vida con 300 kilos” y les intentan ayudar, les dicen que bajen de peso y están un año ayudándolo para que baje peso y luego el entrenador se va para que el obeso coma él por su cuenta y luego vuelve para ver cómo está. Yo creo que eso es bueno, porque ayuda a esas personas, les da atención a las personas que tengan problema de obeso (...)

(Grupo 5, 6ªA primaria, 11-12 años, 2017)

Aunque, los niños reciben mucha información sobre obesidad y alimentación, a través de la televisión, los padres ejercen un importante filtro, al menos en las edades más tempranas, lo que contradice las acusaciones de los expertos y de los propios padres sobre la falta de implicación de los mismos, como se observa en lo expuesto por el alumno 2:

Moderador: ¿y en todos los programas se enseña de forma adecuada a alimentarse bien?

Alumna 8: yo creo que se han puesto todos esos programas porque ha habido ya muchos casos de problemas con gente obesa y para que no hayan más casos los ponen para que la gente que los ve piensen que si están un poco gorditos pueden mejorar y verse bien, que pueden cambiar,

Alumna 6: yo creo que depende el programa, puede que sea un programa bueno o un programa malo, no todos los programas dicen las cosas bien,

Alumno 2: pues en Clan por las noches hay un programa que se llama “100 cosas que hacer antes de irte al instituto” y muchas veces en ese programa comen helados y comida basura, entonces algunas personas pueden copiar a esas personas y comer y seguir comiendo hasta que se ponen obesas, y es que los programas de la Clan se supone que son para niños pequeños,

entonces si ves eso te lo crees y empiezas a comer así pues luego puedes tener un problema,

Moderador: ¿Cómo has llegado a esa conclusión?

Alumno 2: mi madre me lo dice que no te puedes creer todo lo que ves en la tele (...)

(Grupo 5, 6ªA primaria, 11-12 años, 2017)

Los programas televisivos cuya temática es el manejo del peso y la obesidad tienen una gran popularidad entre los niños y adolescentes, observándose que de éstos extraen ideas sobre el control del peso corporal, la alimentación y, lo que es más preocupante, sobre la categoría de persona que es un sujeto obeso. Como se aprecia en el siguiente discurso de una madre, que sugiere que los individuos obesos suelen ser personas que han tenido algún:

(...) problema psicológico, o eran víctima de algún abuso sexual, o bulling

(...)

(Madre 5, Grupo Mar Menor, 2018)

Así mismo, nuestros participantes más jóvenes aprecian que las personas obesas son un tipo de sujetos desprovistos de moral que “pasan de todo”, como refiere la alumna 1 del grupo 2 de 4º de primaria: “(...) las personas obesas no siguen los consejos porque creen que no van a funcionar y porque también pasan ya de todo (...)”. Al mismo tiempo que personas carentes de voluntad que al final deben someterse a una operación, con el riesgo añadido que supone, como refiere el alumno 2 del mismo grupo: “(...) hay personas que como no pueden con las dietas pues si quieren quitarse grasa tienen que ir a una operación y si sale mal pueden llegar a tener aún más problemas (...)” (Grupo 2, 4ªB primaria, 9-10 años, 2017).

Nuestros participantes muestran el convencimiento de que además de la familia y amigos, son los médicos los que deben dar información sobre los aspectos relativos a la alimentación y el exceso de peso. Admitiendo que la televisión ejerce una gran influencia (no en todos los casos positiva), desde un punto de vista saludable:

Moderador: ¿quién creéis que tienen que dar la información sobre la alimentación?

Alumno 2: pues las personas más cercanas a nosotros, nuestros, familia, profesores...

Alumno 5: y los médicos también deberían dar información que ellos son los que saben de todo eso y deben ayudarnos,

Alumno 3: yo creo que los amigos también y la televisión, porque hoy en día hay mucha gente que ve la televisión, internet etcétera, pues por ejemplo en las noticias deben hablar de comer bien y de los alimentos que no son buenos, que digan las propiedades de los alimentos,

Alumna 9: yo es que creo que los anuncios de la tele ayudan a las personas pero a que coman mal, por ejemplo el anuncio del Burger King,

Alumno 8: y el Mc Donals también no ayuda a que se coma sano, hacen que nos guste comer eso,

Alumno 4: es que el Burger King y todo eso te dan regalos y demás, y te empuja a ir ahí y comer, porque además es barato comer ahí y hay muchos sitios (...)

(Grupo 5, 6ªA primaria, 11-12 años, 2017)

5.1.1. Idiosincrasia de los adolescentes

Como apuntábamos al principio, los discursos de los adolescentes muestran un asentamiento de los mensajes expertos, con la particularidad de que estos ya no hacen referencias a los padres, o si lo hacen es de forma puntual. Sus discursos

muestran mayor autonomía y seguridad por la racionalidad de la que hacen gala, observándose una clara aceptación de los discursos culpabilizadores expertos y una mayor cantidad de capital legítimo, como demuestran los conocimientos sobre las enfermedades que se relacionan con la obesidad:

Moderador: ¿alguien quiere explicar por qué cree que es una enfermedad?

Alumna 4: es una enfermedad cuando estás tan gordo que no puedes correr como las personas que están delgadas,

Alumno 5: a ver, pero no es una enfermedad porque tú la creas, porque si tú comes sano pues no es una enfermedad

Alumno 6: sí, porque si no te cuidas y comes lo que te da la gana pues puedes llegar a ello,

Moderador: ¿alguien más quiere dar su opinión?

Alumna 7: yo diría que sí es una enfermedad porque perjudica a la persona que la tiene, entonces pues si la beneficiara sería otra cosa, pero como la perjudica pues sí que es una enfermedad,

Alumno 8: Yo creo que es un inicio a lo mejor no es una enfermedad, porque físicamente no estás mal, pero tu alimentación no es buena... no sé, al final da lugar a enfermedades,

Moderador: ¿conocéis alguna enfermedad a la que dé lugar la obesidad?

Alumno 2: asma,

Alumna 4: ataques cardiacos de esos,

Alumno 5: ansiedad,

Alumno 6: problemas respiratorios,

Alumno 3: problemas hasta para andar,

(Grupo 10, 2º ESO, 13-14 años, 2017)

Moderador: Bien, podemos comenzar contestando a la pregunta de qué es para vosotros la obesidad, ¿creéis que es una enfermedad, o no es una enfermedad?

Alumno 1: sí,

Alumno 2: yo creo que sí,

Alumno 3: yo creo que es un estadio previo que se deriva en una enfermedad, Moderador: Entonces, cómo se debe entender a una persona obesa ¿Creéis que es una persona enferma?

Alumna 4: hombre no, no todas las personas obesas son enfermas,

Alumno 5: yo diría que es un problema mental, porque es un estado en el que tú te obligas a comer y necesitas comida para poder mejorar tu estado de ánimo, y sí que eso deriva en otras enfermedades como problemas cardiovasculares, pero más que nada yo creo que es un problema mental,

Moderador: entonces, ¿quieres decir que la obesidad es resultado de un problema de tipo psicológico?

Alumno 5: sí,

Moderador: ¡Dime!

Alumno 6: yo creo que la obesidad puede causarse por diversos factores, no siempre son mentales ni por otras enfermedades, y yo sí la considero como una enfermedad porque si la anorexia está considerada como una enfermedad y la obesidad es lo contrario, pues debería considerarse también igual (...)

(Grupo 13, 1º Bachillerato, 16-17 años, 2017)

A las puertas de la adolescencia tardía (16-17 años) los participantes no necesitan apuntalar sus reflexiones con las ideas de sus padres o personas de su entorno familiar. En algunas ocasiones, como se puede observar en el discurso del alumno 6, son capaces de emitir un juicio propio sobre la consideración de la obesidad como enfermedad, a partir de definiciones que emiten documentos de referencia para los psicólogos como el manual DSM 5, -no sabemos si siendo consciente de la existencia de este manual -.

Podemos resaltar otros discursos de los adolescentes, que como cabe esperar por su madurez intelectual, muestran una actitud crítica con las ideas que imperan en la sociedad, que someten a presiones a aquellos individuos que se salen de lo establecido como normal. El siguiente fragmento podría ser un ejemplo de los efectos de la asimilación de ciertas normalidades:

Moderador: ¿qué factores crees que llevan a desarrollar trastornos de la conducta alimentaria como la anorexia, bulimia o los atracones?

Alumna 4: yo creo que las principales causas son sociales,

Moderador: ¿sociales? ¿Por qué?

Alumna 4: pues porque la sociedad te empuja a comer, te meten en los anuncios la comida por los ojos y luego cuando engordas te miran mal y te da vergüenza que te vean en la playa y te pones a hacer dietas y a vomitar o cosas de esas para no engordar y eso son los trastornos esos de bulimia y anorexia

(Grupo 13, 1º Bachillerato, 16-17 años, 2017)

La traslación de las fuentes de información paternas a otras fuentes como los expertos, la televisión o internet se afianza, como se observa en el siguiente fragmento:

Moderador: ¿y que sería comer bien?

Alumno 2: pues eso, comer sano, comer verduras, frutas, vitaminas,

Alumno 3: comer bien es comer comida casera, comida de cuchara

Moderador: ¿y qué sería comer mal?

Alumno 8: la alimentación puede ser comer bien o comer mal, comer mal sería comer chuches, helados, cosas que tengan mucha grasa,

Alumno 2: comer mal es comer en exceso, pero también comer cosas que contengan muchos azúcares, no tienen por qué ser solo chuches, porque los azúcares están en todo, en cualquier cosa.

Moderador: ¿cómo sabéis estas cosas?

Alumno 1: en la escuela, en la tele

Alumno 2: porque lo han dicho en la tele,

Alumno 8: en internet hay un tío que dice que todo lleva azúcar,

Alumno 2: si dice que esto lleva “azucaca”, lo otro lleva “azucaca”,

Alumno 5: es para estar sano, depende de cómo te alimentes, estarás más sano o menos sano y para tener mejor cuerpo (...)

(Grupo 13, 1º Bachillerato, 16-17 años, 2017)

5.1.2. Aspectos de género en el habitus alimentario

El cuidado del cuerpo y su idealización no es algo reciente ni exclusivo de la sociedad occidental. Podemos remitirnos a los aforismos hipocráticos cuyos mensajes instructivos sobre la alimentación y el manejo del cuerpo se han perpetuado durante siglos llegando hasta nuestro tiempo, mientras que en el arte encontramos diferentes ejemplos de los cambios del imaginario social respecto al cuerpo a lo largo de la historia. Es muy conocida la pieza artística prehistórica llamada Venus de Wilendorf, figura humana similar a otras halladas pertenecientes al Paleolítico Superior, cuyas interpretaciones la identifican como un símbolo de fertilidad femenina y un estatus social elevado, en la Grecia clásica destaca el canon de Policleto en el que se propone la altura perfecta del cuerpo humano, estimada por este escultor en siete cabezas. Y no nos podemos olvidar del hombre de Vitruvio de Leonardo Da Vinci que representa las proporciones perfectas del cuerpo del hombre.

Sin embargo, lo que sí es nuevo y característico de nuestro tiempo es el afán por salvar la distancia entre lo imaginario y lo visible, hasta tal punto que el ideal se internaliza y se normaliza, conformando los esquemas de pensamiento más profundos del hombre actual. Además, también es característico de la etapa

posmoderna que atravesamos, la racionalidad que se le atribuye a la forma corporal delgada de la mujer o el cuerpo musculado del hombre, que establece una dialéctica entre lo racional y civilizado y lo irracional e incivilizado, como vamos a observar en las declaraciones de nuestros participantes jóvenes. Finalmente, en conexión con esta última reflexión, queremos señalar que la imagen corporal no escapa a procesos culturales de entendimiento que determinan las disposiciones sociales y los *habitus* más profundos, a través del reconocimiento colectivo de modelos de comportamiento, que se revisten de cierta distinción.

Para explorar estos aspectos vamos a analizar en los discursos de los niños y adolescentes cómo proyectan las ideas en torno al cuerpo que han internalizado, bien procedentes de su entorno familiar por transmisión de un capital cultural, bien a través de redes sociales como la publicidad, los medios de comunicación, los amigos o los mensajes de expertos en alimentación. No obstante, explorar la forma en que los niños y adolescentes interiorizan ciertas ideas en torno al cuerpo y la belleza permitirá conocer también las ideas sobre la feminidad o la masculinidad que articulan las relaciones sociales y el manejo del cuerpo. Es decir, que vamos a revelar los *habitus* de género más profundos que marcará la gestión que probablemente hagan los niños y adolescentes de su cuerpo en el futuro.

Para comenzar queremos exponer un fragmento de los discursos de los alumnos de 5º curso de primaria entrevistados, que sirve de introducción y ejemplo de las ideas que, en líneas generales, nos hemos encontrado:

Moderador: ¿quién se preocupa más por su cuerpo, los chicos o las chicas?

Alumno 8: yo creo que las chicas porque las chicas se creen que siempre tienen que estar guapas,

Alumno 7: yo creo que no, porque tanto las chicas como los chicos pueden coger ellas obsesión por estar delgadas,

Alumno 5: es que a las chicas les gusta maquillarse, pintarse los labios y arreglarse mucho,

Alumno 4: yo creo que las chicas porque a la más mínima molla que vean ya están diciendo que están gordas, y los chicos pasamos más,

Alumna 3: pues yo soy chica y es verdad que no me gusta verme mollas, pero a los chicos también les gusta verse bien en el espejo (...)

(Grupo 3, 5ºB primaria, 10-11 años, 2017)

Como podemos observar se asume que las mujeres se preocupan más por su imagen corporal, acusándolas implícitamente de ser ellas las que se auto-exigen estar dentro de unos cánones de belleza que destilan criterios de feminidad. Y que el hombre se muestra menos preocupado por las cuestiones estéticas, siendo más importante para éste la representación de una apariencia determinada, a menudo vinculada a la fortaleza, y que le otorga una determinada posición dentro de la estructura social. Dentro de este enjambre de esquemas sociales y culturales en los que la conformación visible del cuerpo (formas redondeadas o cuadradas, texturas blandas o fibrosas,) parece expresar los cientos de maneras de establecer una relación con el cuerpo. Queremos señalar que su idealización contribuye a las formas de violencia simbólica silentes que estigmatizan tanto a los niños como a los adolescentes obesos y que genera un tipo de exclusión del grupo social, a través de dos mecanismos interconectados:

1. El primero sería sometiéndolo a los juicios y valoraciones externos que provienen de su entorno social (amigos, familiares, publicidad), que se asientan en la construcción de ideas comúnmente aceptadas en torno a la feminidad, la masculinidad y su expresión a través del cuerpo. Estas ideas se pueden rastrear en el siguiente fragmento:

Moderador: ¿alguien más quiere explicar cómo sería su cuerpo ideal?

Alumna 7: pues que estén ni muy fuerte ni muy seco, que se cuide,

Alumno 1: que tenga marcados sus bíceps, sus tríceps, como yo, vamos... (Se ríen todos)

Moderador: ¿podéis poner algún ejemplo real en concreto?

Alumno 5: Pues Cristiano Ronaldo, porque ese aunque me caiga mal, tiene un cuerpo perfecto, pero es que ese tiene perras "pató", tiene máquinas de esas que le condensa el frío y lo demás,

Alumno 3: pues si yo tuviera el dinero que él tiene yo estaría mejor que él (...)

(Grupo discusión 10, 2º ESO, 13-14 años, 2017)

Aunque hemos registrado un gran volumen de comentarios que tratan de mostrar aceptación de la diversidad de las formas corporales, como si las respuestas trataran de ajustarse a unos criterios éticos socialmente aceptados. En los momentos más distendidos afloran ideas sobre la belleza y el ideal corporal que parecen más propios de las comunidades de los más antiguos grupos humanos. Por descarte, los niños y adolescentes obesos serían personas descuidadas y de clase social baja. Estas ideas no son aisladas, sino que representan esquemas globales de pensamiento que ostentan los niños acerca del papel que le corresponde al hombre por ser hombre, y a la mujer por ser mujer. No obstante, la alumna 4 de este grupo percibe esta particular diferenciación entre el hombre y la mujer en función de su fortaleza o su preocupación por la belleza:

Moderador: ¿a quién le afecta más los estereotipos de belleza? ¿A los chicos o a las chicas?

Alumna 7: yo creo que a las chicas, aunque es verdad que ahora se está dando más el que los chicos vayan al gimnasio y se cuiden más de lo que hacían anteriormente,

Alumno 8: yo creo que a las chicas, ellas piensan más en si las van a criticar por no combinar bien la ropa, y los chicos también les afecta pero en plan de ser más fuerte, no tanto en estar delgado como las chicas, es más el ser un poco el líder,

Moderador: ¿se os ocurre qué tipo de ideas puede haber detrás de estos comportamientos?

Alumno 5: las ideas de la sociedad,

Alumna 4: (...) a ver, lo que ha comentado antes el compañero de ser el más fuerte suena un poco al "Rey León", a ser el dominante de la camada, a un instinto animal, suena un poco a que hemos retornado al origen del hombre cuando el macho debía ser el dominante y la mujer la dominada,

Moderador: ¿Crees que existe todavía esa percepción?

Alumna 4: sí,

Moderador: ¿creéis que las diferentes percepciones del cuerpo ideal pueden tener un trasfondo cultural?

Alumna 7: sí, porque los cánones de belleza han ido cambiando de una forma a otra pero siempre se ha marcado el ideal según la cultura o el lugar en el que estés (...)

(Grupo 13, 1º Bachiller, 16-17 años, 2017)

La edad de estos participantes nos permite hacer preguntas que requieren reflexiones más profundas que las que se podrían extraer de grupos de menor edad. En sus comentarios se observa cómo la sociedad aún pivota sobre formas encubiertas de dominación entre el hombre y la mujer, en las que se ve implicado el cuerpo. Y los esquemas que sustentan estas formas de dominación son aprendidos a edades muy tempranas.

2. Aunque la apreciación de las diferencias entre la forma corporal del hombre y la mujer denota cierto cambio hacia la igualdad de posiciones dentro de

la estructura social, se puede observar que el gusto corporal supone un factor de diferenciación ligado al estatus y al prestigio social. Por ello, no es extraño que nuestros participantes aprecien que las clases sociales con mayor capital económico pueden alcanzar los ideales corporales con mayor facilidad por diferentes motivos:

Moderador: ¿Por qué? ¿Se puede comer bien aunque no se tenga mucho dinero?

Alumno 1: hombre, si tienes dinero pero no sabes qué tienes que comer, pues comes mal

Alumno 2: sí, sí, por supuesto

Alumno 3: sí pero si tienes “perras” es más fácil, un mendigo que se ponga a estar fuerte no es lo mismo que Cristiano,

Alumno 5: sí, claro que influyen, no es lo mismo ir a comprar con la cartera llena de billetes que con poco dinero,

Alumna 7: si tienes más dinero puedes comprar cosas naturales, frescas que son más caras pero son más sanas,

Alumno 2: comer sano cuesta más, porque por ejemplo hay una empresa que se llama “protic” que hace comida del día a día, pero para gente que quiere comer sano, por ejemplo, nocilla, pues protic hace nocilla con menos calorías, menos azúcar, emplea cacao en estado puro, o sea no le meten todos los ingredientes que hacen que aumenten las calorías, los azúcares, las grasas y todo eso... y hombre, eso cuesta mucho más caro (...)

(Grupo 10, 2º ESO, 13-14 años, 2017)

En este sentido, la forma corporal delgada en la mujer o musculada en el hombre convergen hacia una categoría de persona que puede enmarcarse dentro de las clases sociales altas, porque el mayor capital económico permite el acceso a los alimentos de calidad y porque con dinero se pueden acceder a una

organización del tiempo y se puede adquirir tecnología que permita moldear el cuerpo según los estereotipos sociales. Es decir, que para estos alumnos el cuerpo pone de manifiesto la riqueza y el poder de una clase social privilegiada que podrían permitirse incluso satisfacer su gusto pagando un alto precio por alimentos tabú, como la Nocilla, si estos son elaborados por una empresa especializada que prepara comida más saludables, pero más cara, según el alumno 2.

Queremos resaltar también las manifestaciones de violencia simbólica que se ejerce por la incorporación de los ideales de perfección del cuerpo, que pueden suscitar problemas psicológicos derivados de la auto-depreciación del cuerpo de la mujer, como advierte Bourdieu. Los siguientes discursos convergen, implícita y explícitamente, en la idea de que la mujer es así de presumida “porque sí”, como si de una cuestión de programación genética se tratara:

Moderador: ¿quién pensáis que se preocupa más por su aspecto físico las chicas o los chicos? (todos coinciden en que con las chicas)

Alumno 3: yo creo que las chicas se interesan más porque al hacerse más mayores les van creciendo más las cosas y cambian, avanzan antes que los chicos y se empiezan a preocupar más que los chicos en si están gordas o están bien, y en verdad hay que estar como siempre, normal,

Alumna 4: yo es que creo que siempre se ven gordas, eso es por nuestra propia forma de pensar, yo creo que las chicas siempre están buscando estar perfectas y nunca se aprecian a ellas mismas, y están pensando o es que no confían en su propio ser en su propia idiosincrasia de ellas mismas, supongo que nosotras tenemos más... no sé, los chicos son más pasotas y a nosotras nos importa todo mucho y a rajatabla siempre y pensamos que tenemos que tener el cuerpo así, así y así porque si no soy fea,

Alumno 7: yo creo que es que se preocupan mucho por ligar con los chicos,

Alumno 5: es que los chicos son muy superficiales y solo miran el físico,

Alumna 4: yo creo que es que las chicas tienen más cremas y todo eso, es que se cuidan más que los chicos, porque quieren verse siempre mejor, (...)

(Grupo 4, 6º primaria, 11-12 años, 2017)

Los jóvenes pasan por alto la influencia de los intereses socioeconómicos o las relaciones de poder entre el hombre y la mujer, en la alimentación. Tampoco pretendemos que a estas edades puedan llegar a ese nivel de concreción, pero sí que se detecta cierta aceptación de los ideales procedentes del entorno social y de los medios de comunicación, sin apenas juicio crítico. Como un guiño a esta actitud crítica, observamos algunos discursos en los que se manifiesta el malestar por la aceptación de determinados estereotipos como el de la delgadez o a la normalización de que la mujer debe cuidar su aspecto en mayor medida que el hombre:

Alumna 10: para mí el cuerpo ideal es no estar ni muy gordo ni muy delgado, porque yo estoy muy flaca y luego me cuesta tener que comer, las personas que creen que es muy fácil comer pues no lo es, te lo digo yo, que ser tan flaca no es mejor, es mentira, porque por ser flaca me duele un montón la espalda y se me clavan huesos,

Moderador: ¿dónde habéis aprendido todas estas cosas?

Alumna 1: en la asignatura de ciencias

Alumna 3: yo mi madre,

Alumna 6: yo mis padres,

Moderador: ¿creéis que las chicas se preocupan más que los chicos?

Alumno 7: pues yo creo que sí porque los chicos no se cuidan mucho, por ejemplo si les sale un grano no se echan maquillaje para quitárselo, por ejemplo si a la profe le sale un grano ella se lo tapa con colorete para que no se le vea, es que los chicos no cuidan su aspecto,

Alumna 5: yo soy un poco masculina por mi forma y tal, y yo no veo bien que las chicas tengamos que cuidarnos más que los chicos, no es justo,

Alumna 3: las chicas no tenemos que cuidarnos más que los chicos pero parece que tenemos que hacerlo, (...)

(Grupo 13, 1º Bachiller, 16-17 años, 2017)

No obstante, a pesar de sentir la necesidad de sacudirse el control estético de las vidas, se observa un lenguaje que reproduce las ideas que generan las diferencias entre hombres y mujeres. Así la alumna 5 asume que su forma corporal y su imagen no se encuentran dentro de los estereotipos de lo que se considera la feminidad a nivel colectivo. Tanto ella como la alumna 3, expresan su desacuerdo con la presión social a la que es sometida la mujer para encuadrarse dentro de estos estereotipos. Podemos observar que conforme a Hacking, las ideas sobre la feminidad se construyen en la sociedad, al igual que las ideas sobre la obesidad, transforman las prácticas alimenticias y los pensamientos, produciendo cambios, aceptación o rechazo en un proceso interactivo en el que lo que realmente importa son los valores puestos en juego, que son compartidos por los demás. En el siguiente fragmento, se observa un discurso en contra de los estereotipos de belleza imperantes, defendiéndose una idea al inicio de la conversación que se va compartiendo por todos los integrantes del grupo, y que en la práctica conllevaría un estado “idílico” de igualdad y aceptación de la diversidad corporal:

Moderador: Bueno, la primera pregunta es ¿qué es para mí la belleza? ¿Qué características debe tener una persona para ser guapa? ¿Cuál es vuestro ideal corporal?

Moderador: a ver, empezamos por aquí por orden ¿Qué es para ti la belleza?

Alumna 1: yo creo que la belleza es lo de dentro, lo que se expresa a través de los sentimientos. Lo que en realidad nos gusta de una persona, su forma de ser. Un cuerpo perfecto es lo de menos en una persona.

Moderador: muy bien, se ha entendido perfectamente. ¿Quieres ser tú el siguiente?

Alumno 2: yo creo que una persona la cual no solamente es bella físicamente sino que también es bella en su interior. El cuerpo perfecto es aquel que se trabaja día a día.

Alumna 3: eso está muy bien, pero tú no te vas fijando siempre en la belleza interior.

Moderador: ¿Estáis todos de acuerdo?

Alumna 4: ¡no!

Moderador: ¿por qué dices que no?

Alumna 4: porque la belleza para mí no es el físico, es como es la persona en general, su personalidad, sus actos. Hoy en día las personas solo se fijan en el físico, juzgan las apariencias sin conocer antes. Para mí todos somos bellos por dentro, cada persona es un mundo con su personalidad, sus características físicas, pueden ser más "bonitas" o más "feas", pero eso es solo la imagen que le damos a la sociedad. La sociedad no te ve en el interior, tenemos un concepto de belleza muy equivocado. La gente mira más por el físico. Mi cuerpo perfecto o bello no existe.

Moderador: el siguiente.

Alumna 5: para mí la belleza es relativa, la persona que a mí me puede parecer guapa al de al lado le puede parecer fea, creo que es mucho más importante la belleza interior que la exterior. Para mí un cuerpo perfecto ni muy delgado ni muy rellenito, pero todos los cuerpos son bonitos.

Moderador: por ahí por el fondo ¿a quién le toca ahora?, tú misma

Alumna 6: pues, las personas suelen considerar guapas a las personas parecidas a modelos o famosos, y lo mismo en cuanto al cuerpo, cuánto más

delgado o incluso anoréxico estés la sociedad te considera mejor, y eso no es bueno (...)

(Grupo pilotaje 8, 1º ESO, 12-13 años, 2016)

Podemos señalar, que el alumno 2 de este grupo recrimina a sus compañeros las respuestas que estaban dando, que a su entender no se corresponden con la realidad: “eso está muy bien, pero tú no te vas fijando siempre en la belleza interior”. Generando reacciones de sus compañeros contrarias a esta afirmación, que como vemos tratan de adecuar sus discursos a una forma de pensar sobre la belleza y la forma corporal que implícitamente les posiciona del “del lado de los buenos valores”. Como se puede observar en el discurso de la alumna 4 que defiende su posición respetuosa y tolerante frente a la de otros que “(...) solo se fijan en el físico, juzgan las apariencias sin conocer antes”.

Para finalizar, esta parte del análisis se puede afirmar que los casos particulares aquí expuestos ponen de relieve la variedad de interacciones y esquemas de obrar y pensar en torno a la alimentación y el cuerpo, constatando que no siempre se trata de un proceso dialógico, es decir, que no se van a contrastar ideas por un simple proceso de validez y experimentación de igual a igual, sino que se verán involucradas relaciones de poder entre los sujetos, y entre estos y los discursos científicos. Se hace palpable que la muestra de población estudiada se encuentra aún en el tránsito entre una alimentación categorizada por los preceptos biomédicos como “irracional” cuyos criterios han sido aprendidos en un contexto de escasez de recursos y que está atravesando un contexto socio-histórico de abundancia en el que se ensalza el disfrute y las costumbres. En este contexto el colegio se conforma como un espacio social donde se llegan a consensuar esquemas globales de pensamiento en torno a la obesidad, el género, la alimentación.

HABLAN LOS EXPERTOS

5.2. CONSTRUCCIÓN Y PRODUCCIÓN SOCIAL DEL PROBLEMA

Como hemos observado en la primera parte del análisis, los niños y adolescentes reproducen las normas y preceptos médico-nutricionales que les llegan a través de padres, profesores, familiares, televisión, internet, redes sociales de amigos y profesionales sanitarios, generando en cierto modo una reestructuración de sus modos de vida y sus relaciones sociales en sus contextos espacio-temporales. Esta circunstancia nos motiva a explorar los efectos menos palpables de las nuevas capacidades/disposiciones adquiridas, prestando especial atención a las relaciones de poder/dominación que se ponen en juego a través de esquemas de acción, valoración y pensamiento, en el marco de un contexto socio-histórico moderno que presenta ciertas paradojas y contradicciones científicas.

Con el propósito de profundizar en todas estas cuestiones, desde un enfoque *hackingniano*, vamos a analizar en primer lugar la construcción de ideas sobre la gordura, el binomio salud/enfermedad, la alimentación y el cuerpo, que se desprenden de los discursos de los expertos entrevistados. Esta aproximación nos permitirá esclarecer los efectos que produce la exposición de los sujetos a las categorías que se transmiten desde las ciencias de vida y su relación con los nuevos procesos de subjetivación que promueven implícitamente. No obstante, la forma en que se culpabiliza a los padres y abuelos de la obesidad de sus hijos/nietos, las cosificaciones que encierran los esquemas de lo sano/insano, hábitos y estilos de vida, sobre un cuerpo normal/anormal, obeso/no obeso y, en general, las formas de *medicalización* de la vida que implican las intervenciones propuestas por los expertos del ámbito sanitario. Constituyen instrumentos de

socialización, categorización y gobierno de la vida silentes que también pueden ser explicados desde el prisma *foucaultiano*.

En un segundo avance vamos a profundizar en este complejo entramado biocultural y ético con la finalidad de reconocer los puntos de encuentro y distanciamiento entre los diferentes modelos explicativos y ciencias que representan nuestros participantes expertos. Este análisis nos permitirá problematizar sobre el profundo biologicismo predominante y las contradicciones en las que incurren los expertos del ámbito biomédico al tratar de defender una postura que se asienta sobre una base epistemológica reduccionista centrada solo en el sujeto/objeto. En este sentido, se confrontarán puntos de vista sobre la responsabilidad de los padres y sus hijos en ambientes propicios para engordar, la efectividad de los procesos de *medicalización* de la vida propuestos para la solución del fenómeno y los límites de la capacidad de agencia de los sujetos en un marco socioeconómico global que convierte en mercancía, la alimentación, las personas y hasta las identidades culturales.

5.2.1. *Doxa alimentaria biomédica*

Antes de comenzar el análisis de los mensajes expertos vamos a proponer un concepto que, bajo nuestro punto de vista, puede servirnos para comprender la esencia de las respuestas expertas registradas: el de *doxa alimentaria biomédica*. Un concepto *platoniano* que rechazaría cualquier experto que considere que su discurso pertenece al mundo de la razón, pero que atribuimos en nuestro análisis especialmente a los expertos de las ciencias naturales por la forma en que sus discursos representan, en su trasfondo, percepciones, conjeturas e interpretaciones personales sobre los comportamientos alimentarios, que no necesariamente son ciertas o responden a una verdad científica y, sin embargo, veremos que se les da

el trato de verdades absolutas o universales. Es por esto que vamos a observar que en algunos aspectos se prestan a contradicciones y discrepancias entre expertos incluso del mismo campo.

Estas “verdades” se verán proyectadas en las narraciones de nuestros participantes (padres, abuelos, niños y adolescentes) como reflejo de una cierta apropiación de las explicaciones de los expertos del ámbito biomédico, dando lugar a nuevas prácticas y formas de relacionarse con la comida así como nuevas percepciones en torno al cuerpo, la salud y la alimentación, conformando nuevos *habitus alimentarios*. No podemos obviar que la *doxa alimentaria biomédica* pueda tener un gran potencial para cambiar las voluntades y la forma en que los sujetos obesos se perciben a sí mismos, lo que a efectos prácticos puede dar resultados en algunas personas, pero tampoco podemos dejar de preguntarnos: ¿cuál es el coste de estos discursos tan cargados de juicios morales? ¿Qué efectos tienen sobre las percepciones y las prácticas de las personas implicadas?

A continuación exponemos un esquema que sintetiza los conceptos y categorizaciones que configuran esta *doxa alimentaria biomédica*, exponiendo las dimensiones morales que guardan las explicaciones y formas de entender el problema de la obesidad infantil/adolescente desde los enfoques biomédicos:

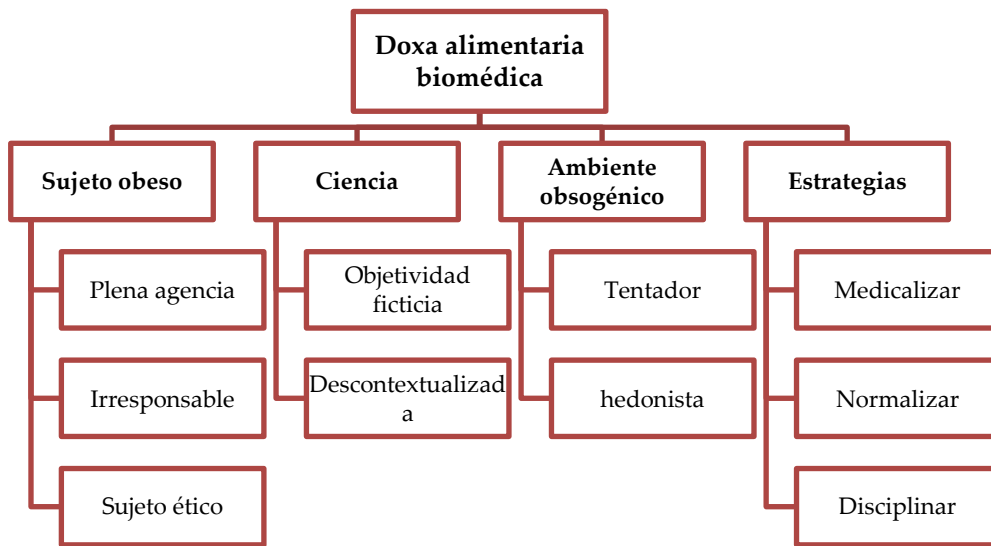


Figura 4. Doxa alimentaria biomédica. Creación propia.

5.2.1.1. Ideas sobre la gordura

En líneas generales, los discursos del ámbito biomédico contribuyen a la génesis de una percepción negativa sobre la gordura en la sociedad, a través de la expansión de ideas sobre los sujetos obesos que los retratan como personas incapaces de seguir los consejos médico-nutricionales y un estilo de vida ordenado. La peculiaridad de este discurso es que alcanza una dimensión moral, recriminando de forma implícita y explícita las conductas alimenticias de los sujetos obesos, volcando sobre ellos toda responsabilidad en el cuidado de sí mismos:

Entrevistador: ¿Cómo crees que los niños o adolescentes entienden la alimentación saludable, cómo entienden qué es un estilo de vida saludable?

Nutricionista 1: esto depende del nivel de implicación personal y familiar, yo aquí cuando vienen los niños con sus padres les doy consejos sobre hábitos de consumo de alimentos saludables, pero además tiene que ir

acompañado de un cambio muy profundo en su vida, tienen que cambiar sus hábitos de vida, buscar alguna actividad física que les guste y dedicarle más tiempo, no permanecer mucho tiempo sentado delante del ordenador, porque esto disminuye el gasto energético y consumir los alimentos en cantidad y calidad apropiadas para que el cuerpo mantenga un equilibrio saludable. Luego, ¿cómo les afecta todo esto que les digo? pues eso depende de cada uno como te he dicho y de la conciencia que tome cada uno sobre lo ventajoso de llevar una vida saludable.

(Nutricionista 1, pilotaje, 2017)

Como se puede observar esta experta declina en los sujetos la responsabilidad de aplicar los consejos que ella transmite, reclamando un “(...) cambio muy profundo en su vida (...)”, lo que supone el abandono de los hábitos desequilibrados: “(...) no permanecer mucho tiempo sentado delante del ordenador (...)”. En el caso de que la gordura se presente en niños y/o adolescentes, tal responsabilidad se traslada con naturalidad a los padres y abuelos que se encargan de su cuidado, aunque veremos que algunos expertos tampoco excluyen a los propios menores a los que consideran sujetos con plena capacidad de agencia. Un ejemplo de esta *doxa* cargada de connotaciones morales y culpabilización hacia los padres lo representa el discurso del siguiente experto:

Entrevistador: algunos expertos me comentan que es una cuestión de responsabilidad. En cuestiones de responsabilidad ¿a qué le daría más peso, a la responsabilidad paterna o a la responsabilidad del Estado como me comenta?

Nutricionista (investigador): ¡hombre!, con respecto a la obesidad infantil en un 90% a la paterna, claro, y luego un 10% a la del Estado, pero la más importante es la de los padres porque tú puedes tener padres obesos o muy obesos... que han desarrollado la obesidad a lo largo de su vida y les cuesta

mucho ponerse en tratamiento. Sin embargo, en cuanto a la educación de sus hijos ésta debe de ser especial y crear unos hábitos buenísimos y jóvenes con un peso normal, una salud normal. También puede suceder al revés, bueno, eso sí que puede ser un aspecto social, en la época de la posguerra, los padres que no tenían acceso a los alimentos comían muy poco y a sus hijos les daban todo para que no les faltara de nada y entonces les daban realmente muchos más alimentos de los que realmente necesitaban.

(Nutricionista docente-universitario, 2018)

Aun reconociendo la influencia de determinados factores socioculturales, como la experiencia de escasez de alimentos vivida hace algunas décadas, este experto se muestra inflexible defendiendo la idea de que los principales responsables de la obesidad infantil son los padres, al entender que sus intervenciones educativas deberían encaminar a sus hijos hacia el logro de la categoría de persona “normal” con un “peso normal”, una “salud normal” y unos “hábitos buenísimos”, categorizando por defecto la obesidad como anormal. Estas categorizaciones también aparecen en otros discursos, en los que los abuelos entran a formar parte de este círculo de culpabilización, entremezclándose con los condicionantes económicos y una percepción del *ambiente obesogénico* singular:

Entrevistador: parece difícil enseñar o educar en hábitos alimenticios y la verdad es que por mucho que se intenta, que se hacen muchos programas en la escuela, etc... a través de los medios de comunicación... no se soluciona el problema.

C. Casabona: lo que más hace es el entorno obesogénico, es decir, la sociedad se ha convertido en un disfrute continuo de, no solo diversiones, cines y la comida se plantea más como una diversión que como una alimentación. La industria alimentaria hace comidas muy sabrosas y saben que es fácil de caer

en la tentación y nos ponen cosas muy ricas, buenas, no muy sanas y baratas... pues ya me contarás como luchar contra esto.

Entrevistador: efectivamente, al hilo de ello ahí va la primera pregunta, para usted ¿qué capacidad de elección tienen los padres, y por extensión sus hijos frente a una gran disponibilidad de alimentos industriales que muchas veces los fabrican muy apetecibles? ¿Qué relevancia tiene en este fenómeno los aspectos socioculturales? (...)

C. Casabona: (...) Esa pregunta es así de clara, es las capas desfavorecidas tienen menos capacidad de elegir libremente, tienen más desinformación, y tienen más falta de dinero para poder alimentarse bien, si no tú fíjate en las borbonas lo monas que están las nenas o los hijos de los actores, es decir, sus hijos están normales y los pediatras y los profesionales de los centros de salud vemos que los niños que más gorditos están son los niños que más necesitados están. Te voy a dar un detalle, yo trabajo en la Costa Brava y en verano los niños engordan porque los padres es cuando más trabajo tienen en bares, restaurantes, camareros, limpiando apartamentos... entonces los pobres abuelitos ceden, porque no están para muchos trotes, porque la edad media de las madres ha subido y es otro factor, en verano que es cuando más se tendrían que mover pues los niños de baja condición se mueven menos, no van a las colonias que son más caras, no se apuntan a casales que son más caros, además los padres están todo el día trabajando, entonces la sociología es importantísima... ¿está bien contestada la pregunta?

(C. Casabona, pediatra, 2017)

Como se puede observar con este discurso C. Casabona contribuye a la construcción de una idea sobre la gordura vinculada a familias con pocos recursos económicos y educativos, que se categorizan implícitamente como “anormales”, en comparación con las familias de clase social aventajada que representarían la “normalidad”: “tú fíjate en las borbonas lo monas que están las nenas o los hijos de

los actores, es decir, sus hijos están normales". En esta problematización sobre la gordura los bajos recursos económicos repercuten en un peor acceso al *capital alimentario legítimo*, una "desinformación", y por defecto en unas prácticas alimenticias insanas, entrando en una especie de relación circular que se retroalimenta dando la impresión de que atrapa a los sujetos en un entorno familiar tóxico. Dentro de este esquema familiar "tóxico" los abuelos también son responsabilizados por su falta de voluntad por sucumbir a las presiones de los nietos ya que "no están para muchos trotes". Circunstancia que se acentúa en aquellas familias afectadas por los bajos recursos que no pueden llevar a sus hijos a "las colonias" (campamentos de verano). Lo que supone un juicio sobre la responsabilidad de los abuelos que parecen "malcriar" a los nietos.

5.2.1.2. El ambiente obesogénico

Relatos como el de C. Casabona en el que se evidencia la influencia de los condicionantes socioculturales en el fenómeno de la obesidad infantil/adolescente: padres que tienen que derivar el cuidado de los hijos a los abuelos, aumento de la edad media de las madres, familias con menos recursos y *capital alimentario legítimo*, entre otros. Nos motivan a investigar el papel de los expertos en la comprensión de estas particularidades, inspirando campañas preventivas, políticas sanitarias y hasta la educación. No obstante, a pesar de la complejidad que parecen emanar los condicionantes ambientales descritos, desde los enfoques biomédicos vemos que lo sociocultural se simplifica dibujando un *ambiente obesogénico* en el que el individuo debe tomar "buenas decisiones" frente a la seducción de un ambiente que posibilita el consumo excesivo de bienes, lo que parece alcanzar una dimensión moral y ética. Aunque es cierto que se debe tener en cuenta estas percepciones externas de las que habla C. Casabona y su recepción crítica, la cuestión es que los determinantes sociales de la salud parecen incluir también

complejas interrelaciones objetivas/subjetivas, que iremos desgranando en la tercera parte del análisis en forma de *habitus*.

En esta línea, Médico de familia 1 nos retrata un *ambiente obesogénico* donde impera el consumismo, adoptando el discurso de la *doxa biomédica* para señalar el materialismo de aquellos sujetos que parecen obtener su felicidad consumiendo bienes, entre ellos, la comida industrial y las grasas:

Entrevistador: ¿fueron los más obesos? (aclarando), y eso ¿a qué se debe?

Médico de familia 1: bueno, ahí yo no me inclino a pensar del todo, porque la población hispanoamericana es la más obesa, yo no me inclino por el determinante genético, yo creo que es por exceso de alimentación industrial, es decir el exceso de grasas,

Entrevistador: ¿quiere decir que la genética no es algo determinante?

Médico de familia 1: no, más bien por el consumismo,

Entrevistador: bajo su punto de vista, ¿qué promueve ese consumismo?

Médico de familia 1: el consumismo es consecuencia de que no le han puesto tope a la educación, pero no solo a la educación escolar, sino a la educación del adolescente, de los padres, a todo... Yo creo que la prueba la tenemos en el desastre económico que se ha producido en España,

Entrevistador: ¿sí? ¿Por qué?

Médico de familia 1: tu si ibas a un banco, te daban dinero para comprar un coche, para un viaje, para comprarse un piso en la playa, es decir, que cada cual podía pedir lo que quisiera y ese consumismo tan desarrollado...

Entrevistador: ¿De qué manera influye en la obesidad infantil?

Médico de familia 1: Se ha reflejado en comer cosas que no necesitamos, porque si fuera decir que son cosas necesarias, pero son innecesarias, porque son (enumera señalando los dedos) excesos de hidratos de carbono, exceso de grasas saturadas, exceso de grasas animales y eso no es bueno para la salud, es bueno para la obesidad.

Entrevistador: Entonces, ¿cree que influyen los factores ambientales?

Médico de familia 1: por supuesto, por supuesto.

Entrevistador: ¿De qué modo?

Médico de familia 1: Si, el estilo de vida que nos están inculcando es un estilo de vida de beber, de comer, de gastar, de si tú tienes un coche bueno, porque yo no lo voy a tener,

Entrevistador: entiendo, se consume todo en exceso...

Médico de familia 1: claro, entonces es que cada cual tenemos un límite y esto ha repercutido en un exceso de alimentación, demasiado también en fumar, por el consumismo que nos han inculcado.

(Médico de familia 1, 2017)

Se puede observar que, a pesar de que este experto reconoce implícitamente que el estilo de vida consumista ha sido inculcado, la idea del *ambiente obesogénico* que transmite parte de una base que responsabiliza y culpabiliza a los sujetos en el cuidado de sí: “es que cada cual tenemos un límite”. Luego, las competencias exigidas a las personas implicadas en la obesidad infantil/adolescente no solo son ya de tipo nutricional sino moral. El discurso de Médico de familia 1 conecta, en su esencia, con una concepción compartida por un gran número de expertos que sostiene la idea de que el *ambiente obesogénico* es una especie de “ambiente hedonista” en el que las personas utilizan la comida para obtener placer. Según C. Casabona este ambiente hedonista presenta tal potencial que tiene la capacidad de transformar incluso a grupos sociales a los que se les presupone un *capital cultural alimentario* más saludable que el resto de la sociedad:

C. Casabona: (...). Todo se “gigantiza” para que precisamente esa familia diga “oye mira, pues esto lo tengo bien de precio” y caen como moscas en la miel y esto significa que se está demostrando que la obesidad y el sobrepeso, yo le llamo “exceso de peso” que comprende tanto a la obesidad como al sobrepeso,

eso se está cebando con las capas desfavorecidas, y los pediatras y enfermeros estamos viendo cómo marroquíes, cómo negritos, cómo sudamericanos que vienen de Ecuador de todos estos países y ya llegan aquí, en cuanto llevan 3 o 4 años se empapan de lo que es la cultura de la diversión comiendo y, si además, como es más barato ahora comprarte 3 o 4 donuts que 1 kilo de manzanas que te cuestan 2 euros, si las quieres bonitas 3, y solo vas a tener la manzana que a lo mejor te caben en un kilo 4, y entonces aquí sale la relación de precio/calorías casi 4 veces más caro, en “Caloría por caloría” no sé si has leído mi libro... Ahí viene la clave donde el precio del dinero por caloría es terrorífico, por ejemplo una lechuga lavada en bolsita tiene 10 veces o 15 veces un precio superior a una cosa del tipo de bollería industrial, entonces es caro comer frutas y verduras, es caro los frutos secos, todo aquello que los expertos decimos que es saludable, resulta que es más caro que lo que no es saludable, entonces esto es otro factor, o sea tenemos el factor de información que están peor informados, porque se informan con revistas tipo “Pronto” o el “Hola”, las capas bajas no tienen dinero para extraescolares o para salir los sábados y domingos a esquiar o montar a caballo entonces ven más la tele y encima es más asequible la comida basura por lo tanto a veces es la única diversión que tienen y entonces vemos a niños de 10 o 12 años sentados en el quiosquito de la esquina de su barrio pues tomando galletas, Coca-cola, o el Red-bull porque últimamente vemos muchas marcas que los imitan en supermercados.

(C. Casabona, pediatra, 2017)

De este discurso se desprenden diferentes consideraciones que merece la pena analizar con detenimiento. Al parecer, en este “ambiente hedonista” se conjugan diferentes circunstancias, por un lado, la tentación de los alimentos industriales insanos, muy asequibles y apetecibles. Y por otro lado, dos categorías de sujetos situados en polos opuestos: dionisiacos y apolíneos. Los dionisiacos serían aquellos sujetos con un acusado carácter hedonista y una moral frágil,

consecuencia de un deficitario *capital alimentario legítimo*, cuyas elecciones serían más vulnerables ante la oferta de la industria alimentaria por tres motivos principales:

- a) porque los productos sanos son más caros que los insanos.
- b) Porque no se tiene acceso al conocimiento de los expertos en nutrición, dado que las redes sociales son diferentes.
- c) Porque el ocio suele ser más sedentario que en otros grupos sociales.

Resulta interesante la apreciación de que la categoría de sujetos hedonistas incluye cierta dosis de egoísmo en el caso de aquellos padres que utilizan la comida para ganarse el afecto de los hijos, especialmente cuando atraviesan una situación familiar complicada como, por ejemplo, una separación. Esta idea se refleja en el siguiente discurso:

Entrevistador: ¿Cree entonces que los niños hoy en día comen peor o no comen sano?

C. Casabona: Pues claro que no, incluso la gente de normal no come sano, tú no sabes la que se ha montado en twitter porque una madre dijo que le daba garbanzos para desayunar a su hijo y hubo una que le dijo que le estaba quitando la infancia que cómo no le daba galletas y cola-cao, entonces es que la gente se enfada si tú les dices que haces otra cosa... y mira yo no tomaba Cacaolat y mira como estoy, pero es que ahora es un Cola-Cao y galletas por la mañana, al medio día un Cacaolat que eso sí que no nos lo daban hace 40 años, por la tarde dan una merienda envuelta un super-bocadillo que le llaman mini y no es mini, etc, etc..., y bueno, el sábado y domingo empieza el festival de la caloría barata, viernes tarde pizza por ahí, el sábado salimos por ahí y pedimos papas bravas, el sábado y domingo con los padres al Mc Donalds, los padres separados también es un factor que hace que los niños

padezcan sobrepeso porque el padre de vez en cuando lo tiene y lo que quiere es que el nene se divierta comiendo, yo me gustaría que hicieras esta valoración de que el hedonismo se ha instaurado en la sociedad de una manera brutal y también es un factor obesogénico.

(C. Casabona, pediatra, 2017)

Así, los padres son señalados como culpables por ofrecer a sus hijos alimentos insanos, priorizando la felicidad y el placer frente a la salud y el sacrificio. Montando los fines de semana auténticos “festivales” de disfrute y transgresión de la norma médico-nutricional a base de comida basura. Lo que representa implícitamente la descripción del ambiente hedonista que explica las actitudes dionisiacas de ciertas familias reprochables.

En contraste con estas actitudes irresponsables nos encontramos con su polo opuesto, unos sujetos racionales y responsables que despliegan una especie de moral de la “buena vida”. Estos sujetos que encuadrarían a la perfección con una actitud apolínea, a modo de “ultrahumanos” *nietzcheanos*, desplegarían un comportamiento civilizado característico de aquellos grupos sociales que por su mayor poder adquisitivo no solo poseen un mayor *capital alimentario legítimo* que les permite elegir correctamente, sino que su tiempo libre lo pueden invertir en un ocio más saludable y de un mayor nivel cultural como la equitación o el esquí. Lo que les permite mantener su cuerpo dentro de la categoría de una normalidad muy vinculada a los esquemas de la belleza, cuyo ejemplo serían los cuerpos “las borbonas”.

Esta visión del *ambiente obesogénico* coincide en algunos aspectos con la descripción del ambiente tóxico que defienden Saguy y Riley (2005), cuyas reflexiones parten de la premisa de que éste afecta solo a aquellos sujetos que se

dejan influenciar. Pero debemos destacar la forma en que el discurso alcanza el grado de juicio ético, dibujando una sociedad sumida en una especie de crisis de valores, en la que el hedonismo se impone a la razón que representan los criterios médico-nutricionales. Así, la idea del *ambiente obesogénico* parece convertir al experto en una especie de profeta que, comulgando con su público, determina a los sujetos obesos como objetos dependientes de sus conocimientos y su razón, para adquirir ciertas competencias que transformen las motivaciones simbólicas, económicas y rituales del contexto actual.

A pesar de que C. Casabona describa algunos hándicaps del *ambiente obesogénico* que podrían condicionar la voluntad y las elecciones de los sujetos, como la publicidad engañosa o la significativa diferencia de precio entre alimentos sanos e insanos a favor de los insanos; en su discurso va construyendo la idea de que los sujetos se dejan contaminar por una especie de cultura tóxica la: “cultura de la diversión”. En esta línea, C. González también pone a la moral de los sujetos obesos en el centro de la problemática de la obesidad al dar por sentado que los aspectos económicos no son un problema en nuestra sociedad, o no deberían serlo si se diera prioridad a las cosas verdaderamente importantes. Así vemos como implícitamente defiende esta visión del “ambiente hedonista” contribuyendo a fomentar una idea de los sujetos obesos y sus cuidadores vinculada a unas prioridades reprochables:

Entrevistador: Antes me ha comentado que uno de los motivos y ya termino porque no quiero entretenerle más, que uno de los motivos por los que un niño va sin desayunar a la escuela es porque vive lejos, o quizá puede ser también por motivos económicos, ¿no?

C. González: En algunos casos sí, aunque yo diría que hay pocas familias en España que estén económicamente tan mal como para que no les llegue para comida, es decir que aparentemente antes te debería faltar el dinero para el

coche, para el móvil, para la tele y otras muchas cosas que el dinero para la comida e igual hay también gente que no tiene las cosas tan claras (...)

(C. González, pediatra, 2017)

Sobre esta percepción nos surge la duda sobre si el “móvil” y/o el “coche” son elementos imprescindibles hoy en día para obtener un trabajo y desarrollarlo, por lo que la percepción de este experto parece igualmente simplista. En este sentido, otros expertos sitúan a los sujetos obesos en el polo de los “dionisiacos”, relacionándolos con un grupo social desprovistos de *capitales culturales* para enfrentarse a ciertas “tentaciones”. Como ejemplo, P. Ojeda argumenta de forma consistente la influencia de la publicidad en el consumo de comida basura, focalizando su discurso en las voluntades y las malas elecciones:

Entrevistador: Si, esto se refleja en muchos estudios. ¿Entonces esto va más allá de una cuestión de elección personal? Porque C. Casabona, conocerá su libro: “Tú eliges lo que comes”, nos dice que al final somos nosotros los que elegimos lo que comemos, pero si nos encontramos en un marco social en el que encontramos un supermercado en cada esquina, una publicidad muy persuasiva o una industria alimentaria que fabrica unos productos hiperapetecibles y unos mensajes expertos contradictorios...

P. Ojeda: hay un dato muy curioso, que si quieres te lo apuntas, yo he leído por supuesto su libro, que dice que cuando tú ves un anuncio, tú estás sentado en tu casa y tú ves un anuncio; tu probabilidad de que compres ese producto sube un 134%.

Entrevistador: sí.

P. Ojeda: por lo tanto, el tú eliges lo que comes, muchas veces es muy relativo (se ríe). Mira hace muy poco yo publiqué en twitter que hay un anuncio sobre un producto que está de moda, entonces se ven los chicos de OT, de Operación Triunfo, sentados en un sofá en primera plana con una

carta gigante de Mac Donald's. Un mensaje muy claro, entonces yo estoy seguro de que lo vieron muchísimos españoles porque era la hora en la que suelen estar sentados viendo la televisión. Seguro que muchos de ellos pensaron "yo me comería una hamburguesa".

Entrevistador: tengo ese twit delante, lo retiwteaste de Gema...

P. Ojeda: si de Gema, Gemita... Por lo tanto, claro, el tema este de "tú eliges lo que comes", es muy relativo. Claro, tú eliges lo que comes siempre y cuando tu hayas tenido una buena educación, tú tengas unos medios; pero si tú eres una persona influenciable, con poca cultura alimentaria, pues tú te dejas llevar completamente, y más con ese *ambiente obesogénico*. En este *ambiente obesogénico* con tantas grasas y tantos azúcares, lo que te pega es un subidón de dopamina en el cerebro que al final no dominas lo que tú quieres. Los niños no tienen lo que quieren, los niños lo que buscan son los placeres primarios, lo más básico, el placer más inmediato. ¿Qué pasa? que consumiendo esas chucherías, esa bollería esos azúcares obtienen una recompensa automática.

Entrevistador: sí,

P. Ojeda: y no entienden otra cosa, ésta en nuestra labor, explicarles qué les puede hacer daño y cómo se pueden obtener otro tipo de recompensas que sean más placenteras a medio y largo plazo porque eso les está haciendo daño.

(P. Ojeda, nutricionista, 2017)

Como podemos observar, este experto reconoce la influencia de la publicidad en las prácticas alimenticias, mediante estrategias de marketig diseñadas para llegar a un público joven que conecte con sus productos a través de la técnica psicológica más básica: el condicionamiento clásico. Es decir, por medio de la asociación de un producto alimenticio con un estímulo que a las personas les

parece bueno, como sucede cuando se asocia el consumo de ciertos productos alimentarios con figuras de éxito a las que las personas, y sobre todo los niños, admiran y tratan de imitar. Sirva de ejemplo el siguiente anuncio publicitario de la marca de natillas “Danet” de 2008:



(Imagen obtenida de la web de FACUA en abril de 2020⁶)

En este anuncio publicitario protagonizado por los futbolistas Leo Messi, Robinho y sus respectivas madres, al igual que sucede en innumerables cuñas publicitarias en las que se usa la imagen de un reconocido personaje de prestigio social para vender productos industriales hiper-azucarados, se resalta los beneficios de un producto por contener leche y poca grasa, incitando a su consumo al transmitir la idea que estos personajes conocidos por los niños lo consumen e incluso “repiten” y toman dos porque así es como si se hubieran tomado un vaso de leche. La asociación FACUA denunció en 2008 que este anuncio vulneraba el artículo 4 de la Ley 34/1988, de 11 de noviembre, General de Publicidad, por el engaño que supone resaltar lo saludable del producto al contener leche y omitir otras características nutricionales menos saludables como, por ejemplo, que dos natillas aportan el doble de calorías y el cuádruple de hidratos de carbono que un vaso de leche de 250 mililitros. Así dos natillas aportarían 286 kilocalorías en el formato vainilla y 316 en el sabor chocolate frente a las 160 kilocalorías de un vaso

⁶ Disponible en: <https://www.facua.org/es/noticia.php?Id=3413>

de leche. Respecto a los hidratos de carbono las natillas aportarían 43,4 y 48, 8 gramos respectivamente frente a los 12 de la leche.

Así, en este complejo marco alimentario de categorías de alimentos, juicios expertos, perspectivas profanas y auto-exigencias, la publicidad de alimentos entra en juego de manera significativa, construyendo ideas y criterios alimenticios en los que se combinan conceptos como la salud, el gusto y la relación simbólica entre el sujeto y el producto alimenticio. Una de sus potencialidades es que a veces se consiguen consumidores fieles a sus productos, haciendo sentir en los individuos una “identidad de marca”:

Entrevistador: ¿a qué se refiere con lo de la marca?

Carmen: pues a que si le traes un tomate frito que no sea Solis no les gusta, una vez compré el del Mercadona y me dijeron que ese me lo iba a comer yo, entonces yo hay algunas cosas que no puedo cambiarles la marca porque no les gusta, (...)

(Carmen, 35 años, madre de adolescente obesa, 2017)

La cuestión es, ¿qué estrategias utiliza la industria alimentaria para conseguir posicionarse dentro del voraz mercado de la alimentación industrial? ¿Qué relación tienen con la incentivación del consumo de productos industriales hiper-azucarados, más allá de la fuerza de voluntad de los sujetos y las lógicas científicas? En este sentido, vemos que la respuesta puede encontrarse en las teorías de P. Bourdieu, por la forma en que la publicidad trata de vincular sus productos simbólicamente a las prioridades y esquemas que imperan en el contexto histórico y social del momento. Sirva de ejemplo la evolución cronológica de los *slogans* de la conocida marca de crema de avellanas Nocilla:



1969

LA MERIENDA DE LOS HOMBRES FUERTES

1969

LA MERIENDA DE LOS HOMBRES FUERTES

1974

4 CONCURSO NACIONAL DE DIBUJO DEPORTIVO



(Imágenes obtenidas de la web: "La Historia de la publicidad en mayo de 2020")

⁷ Disponible en: "<https://www.lahistoriadelapublicidad.com/nocilla50/prensa.php>

Este controvertido producto alimenticio que ha generado muchas críticas entre expertos del ámbito médico-nutricional, por su elevado contenido en azúcares, ha ido utilizando *slogans* que se iban ajustando a los esquemas predominantes del momento histórico en el que emitían. Resulta muy interesante como juega con el capital simbólico desde los *slogans* de los años 70 vinculando el producto a la fortaleza del hombre, o relacionando el producto con una alimentación propia de deportistas la década de los 80, conjugándolo en algunas campañas, como la del año 1989 con los valores de la de la “buena madre” y en algunos años con la amistad o la belleza, como se puede observar por la representación de una silueta estilizada en el año 2010.

La cuestión es la forma en que influyen estos mensajes simbólicos configurando *habitus alimentarios* que se perpetúan a través de la transferencia cultural:

Entrevistador: ¿Cómo ve usted a sus nietos? ¿Cree que deben cambiar su forma de comer? No sé quizá algunos alimentos con mucho azúcar...

Raimundo: eso son tonterías, eso que dicen los médicos que la nocilla engorda. Los críos necesitan energía, los críos están fuertes. Si están un poco gordos pero no se han puesto malos nunca ni na, menos algún resfriado que se les ha pasado enseguida, ellos no han “estao” nunca malos, lo que pasa es que aquí tienen de “to” que les tiene su abuela y vienen y abren el armario y salen corriendo “escapaos” porque son muy listos que no los pillas y su abuela le dice: “dejar eso ahí eso es para la merienda”, que luego no vais a cenar “na” pero los críos son críos no vas a estar “to” el día riéndoles.

(Raimundo, 78 años, abuelo, 2018)

De ahí la importancia de la organización socio-laboral que ha propiciado el fenómeno de la feminización de la vejez, favoreciendo el contacto entre abuelos y

nietos. No obstante, el contacto de un nieto con su abuelo no siempre tiene por qué ser negativo sino constructivo en el sentido de que les transfieren conocimientos y valores saludables que los nietos pueden incorporar a su *capital alimentario*. La cuestión es que los expertos, más allá de centrar sus críticas en la utilización de estos mensajes publicitarios engañosos que parecen conformar una parte importante del “*ambiente obesogénico*”, focalizan su *doxa* en construir la idea de que existen sujetos con una moral cuestionable que se dejan persuadir, contribuyendo probablemente a una cierta estigmatización del sujeto obeso cuando, por ejemplo, se entiende que si se caen en las tentaciones: “tú eres una persona influenciable, con poca cultura alimentaria,” y en general con una personalidad débil que se “deja llevar” (P. Ojeda, nutricionista, 2017).

Analizando detenidamente estos discursos, vemos que se tratan de juicios de valor en los que se cuestionan las voluntades de los padres, los abuelos y hasta los propios niños. Evidenciando lo que, según Foucault, se ha convertido en la estrategia más determinante para ejercer control sobre las personas en la modernidad: el “poder disciplinario”. Así, la voluntad no se gobierna desde una posición concreta sino desde un sistema finamente graduado oculto en el propio lenguaje, que cala en las conciencias de las personas. Lo que pone de relieve cómo desde los discursos expertos se alterna el poder disciplinario normalizador con el de la regulación.

5.2.2. Ideas sobre lo sano

A través del marco interpretativo de la obesidad infantil y adolescente que nos aportan nuestros informantes podemos analizar las ideas que se proyectan desde el prisma de la enfermedad y la salud. Así veremos que las explicaciones de los expertos del ámbito biomédico parten de la premisa de que la obesidad

infantil/juvenil responde a un comportamiento patológico, lo que, desde un enfoque *hackingniano*, produce implícitamente sujetos obesos dependientes de las instancias médicas. En nuestras entrevistas se puede constatar esta consideración de la obesidad como una enfermedad cuando se acepta que se trata de una epidemia, dándole la misma categoría que otras enfermedades de carácter biológico que se extienden por contagio entre personas, creando así cierta preocupación y concienciación entre las personas. Lo que lleva aparejado el gobierno de la vida de los sujetos mediante una normalidad construida por el propio discurso biomédico:

Entrevistador: ¿Cómo afecta la definición de epidemia a la forma de enfocar el problema?

Médico de familia 1: la epidemia de la obesidad infantil será la epidemia del S.XXI, puede ser considerada como la metáfora del despilfarro de occidente que es lo que hablábamos a principio de la entrevista, ¿por qué yo tengo que comprar dos coches?, ¿por qué yo me tengo que comprar una casa en la playa?

(Médico de familia 1, 2017)

La idea que proyecta este experto retoma el argumento de la *doxa biomédica* para asignar a los sujetos la culpa de esta epidemia, que se puede entender como la metáfora de los comportamientos inmoderados y valores decadentes del occidente. En otras ocasiones no solo se construye la idea de que los trastornos alimenticios son una enfermedad, sino que las personas obesas son personas enfermas que deben aceptar su condición. Justificando así la intervención de las ciencias médicas sobre los comportamientos anormales:

Psicóloga 2: (...) pero cuando ya se empieza con una obsesión con el tema de medirme cintura, caderas... pues esa persona ya está enferma, lo que pasa es que piensan que todas las cosas que han venido haciendo las han decidido ellas, el no comer, el vomitar, el engañar, el meterse en ciertas páginas... entonces es cuando empieza nuestro trabajo para hacerles entender que es que todo esto no es algo que tú hayas decidido, esto es una enfermedad y cuando tú empezaste a decidir este tipo de cosas ya estabas enferma porque si eso no fuera así y por decir que nos apuntamos al gimnasio o queremos bajar de peso o cosas así pues podríamos decir que todos estaríamos enfermos, pero no, esta enfermedad requiere otro tipo de cosas.

(Psicóloga 2, experta en TCA, 2018)

Aunque implícitamente se señalan los aspectos socioeconómicos y estructurales que intervienen en la obesidad como, por ejemplo, la desigualdad social. C. Casabona también defiende el trato de la obesidad como enfermedad epidémica, debido a las elevadas cifras que presenta:

Entrevistador: La organización mundial de la salud define la obesidad infantil como una epidemia en el año 2000. Algunos autores dicen que esto es un poco excesivo, ¿está usted de acuerdo con este concepto? ¿Con definirla como una epidemia?

C. Casabona: ¡una epidemia tremenda! ¡Es una epidemia tremenda! ¿Eh? Además yo la he visto nacer, aquí en España nació sobre el año 90 a así, 85 o 90 vamos. Y yo se lo decía a mi enfermera y no me hacía caso. Yo le decía oye tu no ves que a la consulta cada vez entran más niños con sobrepeso, y ella me decía: "no, no...", y yo: "que sí, que sí, y cada vez más, cada vez más". Quizá ahora la cifra global, global ¿eh? Se está estabilizando, pero a expensas de que ha aumentado más en las clases más pobres y ha bajado un poquito en las clases más pudientes. Pero sí que se puede considerar

epidemia en tanto en cuanto hay un porcentaje de niños que supera ya entre un 30% y un 40%, a ver es casi la mitad de un cupo de muchos centros de barrios periféricos que luego van a tener más posibilidades de diabetes tipo2, esteatosis hepática, hipertensión o síndrome metabólico. A ver si eso no es una epidemia cuando tienes a un 30 o un 40% de niños en muchos ambientes con sobrepeso. O sea que ¡es una epidemia! O sea que yo coincido con la OMS.

(C. Casabona, pediatra, 2017)

En esta línea C. González ve como algo lógico utilizar la metáfora de la epidemia, pues se sobreentiende que es una enfermedad que presenta una elevada incidencia:

C. González: ¿Epidemia de obesidad?, epidemia es simplemente el aumento de casos de una enfermedad en un tiempo y lugar luego realmente sí que hay una epidemia de obesidad.

Entrevistador: Bueno algunos autores de corte social critican que eso le correspondía en otras décadas a los virus, a las gripes y todo eso y que al definirla de epidemia se crea un pánico innecesario...

C. González: no veo a la gente muy asustada la verdad... (se ríe), a ver lo que estamos acostumbrados a usar la palabra epidemia para enfermedades contagiosas e infecciosas y no solo hay epidemias de enfermedades contagiosas, hay epidemias de accidentes de carretera hay epidemia de enfermedades coronarias..., cualquier aumento de la incidencia de una enfermedad es una epidemia.

(C. González, pediatra, 2017)

La actitud ironista de C. González parece omitir que hasta el momento la utilización de la metáfora de la epidemia no parece haber solucionado el problema

y sí puede estar detrás de otros problemas menos visibles como la estigmatización del sujeto obeso. Según Gracia (2002) asistimos a la paradoja de que el mismo sistema proporciona el mal (abundancia y promoción del consumo) y el remedio (dietas y restricción). Nunca se habían realizado tantos esfuerzos por controlar y normalizar la alimentación, con el objetivo de combatir la epidemia que nos amenaza. Sin embargo, la incertidumbre y la sensación de descontrol aumentan exponencialmente. Aunque esta visión conduzca a un constructivismo sin salida, puede que constituya un marco excepcional para reflexionar sobre los efectos de concebir el problema como un riesgo o amenaza al calificarlo de epidemia. Aunque volveremos a abordar estas cuestiones más adelante, en un abordaje más específico de su relación con los ideales corporales, queremos exponer ahora el discurso de J. Revenga. Autor del libro “Adelgázame, miénteme”, en el cual analiza los engaños que se producen al vender dietas o productos adelgazantes aprovechando la concepción creada de la obesidad como una enfermedad y la ansiedad social por sus potenciales perjuicios para la salud:

Entrevistador: (...) algunos autores del campo social critican la forma en la que se ha definido la obesidad infantil como una epidemia, porque comentan que en sí encierran unos intereses y una oportunidad de negocio para la industria orientada a la dieta y el adelgazamiento, campo en el que usted ha demostrado ser un experto en su libro “Adelgázame, miénteme”, además de reportar grandes cantidades de dinero para la investigación como por ejemplo en E.E.U.U, ¿está usted de acuerdo con este planteamiento?, ¿Cree que definirla de epidemia puede ser parte del problema?, o... (lo interrumpe)

J. Revenga: no, no... una definición no puede ser nunca parte del problema, pero sí, evidentemente, el tema de la obesidad en el mundo, y ya no solamente estamos hablando de la obesidad infantil, sino sobre la obesidad

en el mundo lo que hemos de llamar “globesidad”, la obesidad global, ha sido tachada o tildada de obesidad de vuelta de nuevo a la OMS en el 2006 y precisamente, es característico de esta definición categorizar a la obesidad de epidemia que es la primera vez que OMS se refiere en estos términos a una enfermedad, o a una situación patológica que no es transmisible, que no hay un vector, que no hay un virus, una bacteria, nada... la primera vez que una enfermedad metabólica es tachada con el término de epidemia, y es precisamente debido pues al avance, al crecimiento, que en términos de prevalencia pues está teniendo en los últimos años y a nivel global, no solamente en el terreno de los niños, aunque el crecimiento en el campo de los niños es todavía mayor.

Entrevistador: pero al crearse esta percepción de una epidemia, ¿no se puede favorecer que se introduzcan a las personas en trayectorias médicas? Algunos expertos de corte construccionista refieren que esto supone reforzar la legitimación médica y el control de los gobiernos, la venta de productos alimenticios funcionales, la venta de dietas adelgazantes...

J. Revenga: a ver, yo creo que estaríamos entrando dentro de la “conspiranoia” o “maquinación”...

Entrevistador: sí, son autores un poco construccionistas, yo no es que esté defendiendo su posicionamiento, solo busco su opinión al respecto.

J. Revenga: el tema de los “chemtrails” y todo ese tipo de cosas... pensar que la industria alimentaria está dentro de un plan perfectamente orquestado, engordándonos a sabiendas para luego vendernos de alguna forma o alguna medida para adelgazar, me parece demasiado rebuscado, yo creo que la cosa es muchísimo más sencilla, los señores que fabrican bollos, los señores que fabrican bebidas, los señores que fabrican salsas procesadas, los señores de la industria alimentaria y aquello que no sea relativamente “natural” por decirlo de alguna forma”, o simplemente que no sea procesado, lo único que quieren es muy sencillo, aumentar su balance de cuentas, pero no tienen una

mayor finalidad que busque que la población enferme por morbilidades relacionadas con la obesidad, o la propia obesidad, para luego proponerles un método adelgazante, no creo que haya esa perspectiva, que puede haberla, pues como posibilidad sí, pero vamos, no me parece probable.

(J. Revenga, nutricionista, 2018)

Más allá de la ineficacia de abordar el fenómeno de la obesidad infantil/adolescente desde un construccionismo radical que no conduzca a nada: “yo creo que estaríamos entrando dentro de la “conspiranoia” o “maquinación” (...). Observamos que, en cierto sentido, más allá de que la alarma sea más o menos intencionada, existe un gasto colectivo destinado a la lucha contra la obesidad, vía subvenciones gubernamentales, además de ciertos beneficios para la industria de la estética y la dietas, en parte fruto de la construcción de la idea de que la obesidad es una enfermedad epidémica que reporta problemas de salud a futuro. Mientras que no se crea la misma alarma o no parece tener la misma repercusión social, por ejemplo, la amenaza que supone para la salud colectiva la contaminación atmosférica, cuyo impacto se estima en 7 millones de muertes anuales (OMS, 2014). Véase las notas de prensa del Ministerio de Sanidad en las que se pone de manifiesto los acuerdos que se establecen con televisiones, investigadores e instituciones para crear programas de prevención, observatorios y estudios de la obesidad:

2. [Notas de prensa]
https://www.msbs.gob.es/gabinete/notap_rss.do
 objetivo fomentar la inversión de la industria farmacéutica en la investigación de medicamentos huérfanos y posterior comercialización Salvador Illa anuncia en el Congreso planes de reducción del tabaquismo, contra la **obesidad** y la elaboración de un Libro Blanco de Transformación Digital del SNS Comparecencia en la Comisión de Sanidad El ministro de Sanidad destaca en su primera comparecencia en el
 Fecha: 25/03/2020

3. [DATOS SNS_A4_032019]
https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/portada/docs/DATOS_SNS_A4_032019.pdf
 % consume semanalmente 25% 49% Otras drogas 11% adultos han consumido cannabis y el 2% cocaína en los últimos 12 meses Alimentación 64% consume fruta 40% verduras y hortalizas todos los días 69% 59% 46% 34% Actividad física 36% no hace actividad física 40% 32% **Obesidad** 17% en adultos 10% en edad infantil 17% 18% 10% 7% 15% 1% 3% Gasco Sanitario Público 72.000 millones € / año 6,5 % PIB 1.559 € / habitante 7 de cada 10 € destinados a asistencia curativa, rehabilitación y cuidados de larga duración
 Fecha: 25/03/2020

4. [Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Gabinete de Prensa - Notas de Prensa]
<https://www.msbs.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=4698>
 arterial aislada) neurológicas o respiratorias, incluyendo displasia bronco-pulmonar, fibrosis quística y asma. b) Menores (a partir de los 6 meses) y adultos con: diabetes mellitus **obesidad** mórbida (índice de masa corporal >40 en adultos, >35 en adolescentes o >3 D5 en la infancia) enfermedad renal crónica y síndrome nefrótico hemoglobinopatías y anemias trastornos de la coagulación hemofilia y trastornos hemorrágicos crónicos, así como receptores de hemoderivados y transfusiones múltiples asplenia
 Fecha: 25/04/2020

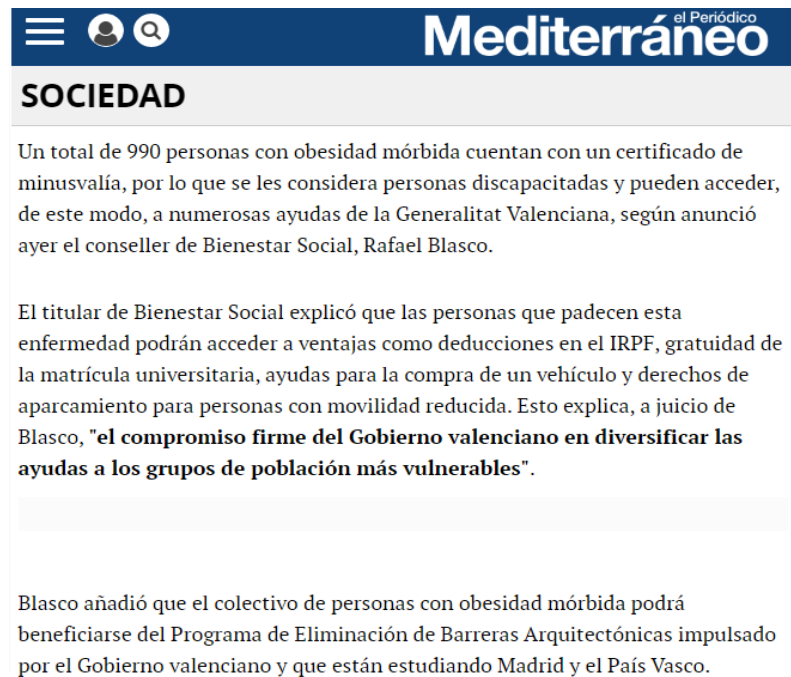
5. [Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Gabinete de Prensa - Notas de Prensa]
<https://www.msbs.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?time=152533600000>
 abril de 2018 11 de abril de 2018 Dolors Montserrat lidera la primera conferencia médica y consigue importantes acuerdos para la profesión Nota completa del 11 de abril de 2018 10 de abril de 2018 Dolors Montserrat: "La firma de este acuerdo con Atramedia es un paso más hacia una España libre de sobrepeso y **obesidad** para lograr un país más sano y saludable" Nota completa del 10 de abril de 2018 6 de abril de 2018 Constituida la Comisión que coordina la incorporación de los criterios sociales en la
 Fecha: 25/04/2020

6. [Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Gabinete de Prensa - Notas de Prensa]
<https://www.msbs.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?time=1356994800000>
 completa del 23 de enero de 2013 22 de enero de 2013 Desciende el consumo de la mayoría de las drogas, en especial el tabaco, el alcohol, el cannabis y la cocaína Nota completa del 22 de enero de 2013 21 de enero de 2013 Ana Mato condena el último asesinato por violencia de género, ocurrido en Madrid Nota completa del 21 de enero de 2013 18 de enero de 2013 El Gobierno aprueba la creación del Observatorio de la Nutrición y de Estudio de la **Obesidad**, presidido por Valentín Fuster Nota completa del 18 de
 Fecha: 26/04/2020

(Imagen obtenida de la web del Ministerio de Sanidad, en abril de 2020⁸)

Otro enfoque que podemos incluir, que conecta con las teorías de I. Hacking, hace referencia a los derechos que adquieren los sujetos obesos que al ser clasificados como tal por un profesional del ámbito sanitario, se hacen acreedores de obtener un certificado con el que se pueden obtener ciertas ayudas o subvenciones institucionales para mejorar el acceso a su vivienda, deducciones en el IRPF, reducciones en la compra de un vehículo, obtener matrículas universitarias gratuitas o plazas de aparcamiento especial para personas con movilidad reducida. Estas concesiones se exponían en una nota de prensa del Periódico digital Mediterráneo en 2003:

⁸ Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/buscador/iniciar.do>



(Imagen obtenida de la web del periódico digital Mediterráneo, en abril de 2020⁹)

Obviando estas peculiaridades de la construcción de un problema patológico, al igual que la mayoría de los expertos del ámbito biomédico que hemos entrevistado, J. Revenga quien defiende que el problema de la obesidad se debe definir como una epidemia por las elevadas cifras que presenta en todo el mundo, a pesar de ser un problema "metabólico" no transmisible. Probablemente, esta visión reduccionista tenga mucho que ver con el asentamiento de los presupuestos positivistas de finales del siglo XIX, en los que el hombre se describe como una máquina, es decir, como un cuerpo manejable/exploitable. Una perspectiva que dejó en la sombra la dimensión social, cultural, simbólica, política y económica del hecho alimentario. Así, en la sociedad moderna el hombre es reducido a su dimensión biológica (equilibrio/gasto energético), construyendo un

⁹ Disponible en: https://www.elperiodicomediterraneo.com/noticias/sociedad/obesos-podran-solicitar-ayudas-generalitat_33969.html

ideal alimentario cuya fórmula se basa en cuantificar calorías, prescribir dietas y comportamientos universales. En esta tesitura, la alimentación como problema del Estado moderno, pasa por vías de regulación de la vida en las que intervienen las lógicas de un mercado global, la racionalidad instrumental y la industria alimentaria. Otros expertos del ámbito sociocultural reflexionan sobre la influencia de los marcos colectivos, en contraste con los presupuestos biologicistas biomédicos:

A. Martínez: bueno, lo que hace es cambiarlas, eso es evidente, pero la globalización está aquí y se va a quedar, entonces la globalización lo que supone fundamentalmente es un modelo de mercantilización del mundo, entonces ese modelo mercantilizador atrapa elementos de diferentes transmisiones culturales y con el elemento diferenciador que las transforma en mercancía, tú puedes tener acceso a comida china o comida de cualquier sitio o tradición, objetos culturales, música..., de cualquier otro lugar en la medida en que ese objeto proviene de un mundo local concreto y de una tradición cultural que ha sido reconvertido en mercancía, tú como consumidor tienes acceso a esa mercancía, eso es fundamentalmente la globalización, aunque es otras muchas cosas pero fundamentalmente yo la entiendo como una mercantilización del mundo, y nuestras tradiciones también han entrado en ese circuito de mercantilización, nuestras comidas, nuestras formas de preparar la dieta mediterránea etc, (...)

(A. Martínez, antropólogo, 2018)

Todo esto se traduce en la importancia de tener en cuenta en el fenómeno de la obesidad infantil/adolescente ciertos elementos del contexto social actual como el fenómeno de la *mundialización* o transnacionalización de productos locales y las construcciones ideológicas que se derivan de este. Lo que responde en cierto modo

a la pregunta que formulábamos a J. Revenga sobre el aprovechamiento de la construcción de la obesidad como un problema médico pues, si como apunta A. Martínez el sistema socioeconómico tiene la capacidad de mercantilizar desde la comida hasta las identidades culturales, ¿por qué no iba a correr la misma suerte el fenómeno de la obesidad infantil en su entendimiento como una epidemia? En este sentido no sería tan desacertado pensar que al igual que una receta, un alimento, una pieza musical o una tradición se convierten en objetos susceptibles de ser convertidos en mercancías. El niño/adolescente obeso también podría ser en cierto modo convertido en un objeto de intervención médica, un objeto de consumo de dietas adelgazantes, un objeto de estudio y en definitiva un objeto corpóreo sobre el que aplicar algún tratamiento¹⁰.

En este mismo sentido, otros expertos ejemplifican cómo el cuerpo es utilizado con fines económicos:

Entrevistador: ¿Quién decide entonces qué es la belleza o cuál es el ideal corporal?

Socióloga 1: eso es muy difícil de responder, quizá alguien más especializado en este campo..., sí que te puedo decir que el concepto de belleza ha cambiado en los últimos años, que es un concepto cargado de connotaciones sociales y culturales que ha sido utilizado, ¡utilizado! Por intereses comerciales. Encima se engaña a la población haciendo creer que los cánones de belleza son algo que se elige por consenso social, es tremendo. No somos conscientes del sufrimiento que estos ideales creados pueden llegar a generar en algunas personas. En algunos casos sí que los ideales de belleza o digamos las creencias sobre lo que es belleza tiene un origen puramente cultural, prueba la tienes en las mujeres jirafa de

¹⁰ Véase: <https://gedisa.com/gacetillas/302677.pdf>

Tailandia, bueno realmente debería decir refugiadas birmanas, porque he leído que son mujeres procedentes de Birmania obligadas por el gobierno a estar encerradas en una especie de campamentos para exhibirse a los turistas. O sea que hasta esta extraña creencia está siendo explotada con fines lucrativos.

(Socióloga 1, 2017)

Con la mirada del constructor desenmascarador, otros expertos trasladan estos intereses mercantilistas a la forma en que la geopolítica maneja y produce conocimientos científicos en torno a la alimentación que contribuyen al control de las vidas de los sujetos:

Entrevistador: (...) Como experto en historia y alimentación me interesa saber su opinión sobre los cambios que han acontecido en las últimas décadas, en especial en el ámbito de la alimentación y que nos ha llevado a que la OMS catalogue la obesidad infantil de epidemia.

Historiador: para mí el tema de la alimentación rima con manipulación, es manipulación pura y dura. A ver, está en activo todavía. Henry Kissinger, que era el Secretario de Estado norteamericano, cuando yo tenía 20 años estaba al frente de la Guerra de Vietnam. No recuerdo ahora exactamente su frase pero decía algo así como: “que a la gente se le manipula con el estómago”, entonces a partir de ahí es cuando se abre la veda. De hecho a finales de los 70 se produce un contubernio entre la industria alimentaria y parte de la comunidad científica con el fin de demonizar la grasa. Se demoniza la grasa para sustituirla, por la presión del lobby alimentario, por azúcar, y a raíz de este acontecimiento todo es así,

(Historiador, experto en alimentación, 2017)

Como se puede observar, este historiador hace referencia al giro político que se produce tras la Segunda Guerra Mundial, reformulándose un nuevo derecho, una nueva moral y una nueva economía que toma como objeto el cuerpo. Este nuevo esquema político, cuyo inicio podría situarse en la década de los años 50 tras el conocido Plan Beveridge, representa en cierto modo el *biopoder* del que nos habla M. Foucault (1976), produciéndose un desplazamiento de la responsabilidad del Estado hacia la de los comensales. No obstante, aunque la posición del historiador entrevistado parece excesivamente construccionista, quizá la del *desenmascarador* según I. Hacking, nos puede resultar provechosa para reflexionar sobre las implicaciones que genera la construcción de determinadas ideas en las que se ve implicado el cuerpo social, cuando se trata de problemas en los que, como refería J. Revenga: “no hay un vector, que no hay un virus, una bacteria, nada”. Respecto a estas cuestiones hemos preguntado de forma indirecta a nuestros informantes del ámbito biomédico, con la pretensión de esclarecer si este tratamiento como una enfermedad epidémica puede generar efectos indeseados como, por ejemplo, los TCA:

Entrevistador: ¿Se podría decir que el tratamiento de la obesidad como una enfermedad puede llevar a crear en los niños la obsesión por no estar enfermos y desencadenar algún TCA?

Nutricionista: Sí, pero porque claro hay tanta información en la publicidad o en los mismos alimentos que muchas veces lo ponen: “reduce el colesterol”, “previene de tal cosa...”, a ver, es bueno saberlo y tener información pero un exceso de información pues a lo mejor no es tan buena. Y luego no todo el mundo (...), no todos sabemos dónde está el límite..., entonces hay que saber decodificar la información y no caer en una obsesión de “hay que esto te da diabetes, hay que esto (...), Que algunos hasta se sienten culpables si toman un alimento que no te están diciendo que reduce el colesterol o que es

sano y están cogiendo obsesión con ese alimento y a lo mejor no es malo, lo que pasa es que no te han dado esa información de que es bueno, y al final llegan a una confusión que, o les enseñan muy bien o siempre van a ir por el camino de la información, de la tele, de las revistas, de lo que ponga en los alimentos. Entonces por eso hay que decirles que hay que comer de todo, pero moderado.

(Dietista-nutricionista 2, experta en TCA, 2017)

Esta informante reconoce que la consideración de la obesidad como una enfermedad puede generar problemas en la relaciones de los sujetos con la alimentación. Sin embargo, adoptando de nuevo la visión de la *doxa biomédica*, esta experta lo percibe como un problema unilineal que parte de los sujetos afectados por su mala interpretación de la información o por su forma “obsesiva” de concebir la alimentación sana. Sosteniendo así la idea de que la normalidad está en la moderación y la anormalidad en la falta de temperancia. Por otro lado, resulta interesante cómo esta experta desconfía de que determinados las personas obesas adquieran la información médico-nutricional de un experto, y por eso considera que los comportamientos obsesivos están relacionados con una mala elección de las fuentes de información “(...), de la tele, de las revistas, de lo que ponga en los alimentos”.

5.2.2.1. *Estilos de vida y hábitos saludables*

La concepción de la obesidad infantil/juvenil como una enfermedad de categoría epidémica entronca con la forma en que desde instancias médicas se consagra su solución a la implantación de estilos de vida y hábitos alimenticios saludables. Dos conceptos muy presentes en los discursos de expertos e instituciones y en los que se conjugan ideas tan complejas como la salud, la alimentación y las actitudes/voluntades de los sujetos. En este sentido, vamos a

examinar la forma en que se emplean estos términos en los discursos expertos con la finalidad de examinar su repercusión a nivel teórico e ideológico:

Entrevistador: Bajo su punto de vista: ¿qué factores influyen en el desarrollo de la obesidad en niños y adolescentes?

Nutricionista: Principalmente los hábitos, o sea, cualquier comportamiento repetido que se aprende, si se hace desde pequeños se va repitiendo a lo largo de la vida y al final se va convirtiendo en una rutina, de manera que se convierte en una forma de vida en la edad adulta, eso hay que enseñarlo. Estos serían los más importantes, luego también influyen la impulsividad, la publicidad, los medios de comunicación, la asertividad, el perfeccionismo, la belleza, los ideales corporales y la autoestima.

Entrevistador: ¿Qué medidas adoptaría para prevenir la obesidad y los problemas de salud derivados de una alimentación inadecuada en la infancia y la adolescencia?

Nutricionista: Lo primero que hay que transmitir a los niños es la importancia de tener unos hábitos de alimentación saludables que permitan a lo largo de la vida tener una buena salud. Lo que se puede trabajar con ellos, lo más común, la pirámide de los alimentos, para que aprendan a comer variado, de hecho el tener una alimentación variada es la clave principal para tener una alimentación saludable. Siempre hay que comunicarles que una alimentación debe ser variada y equilibrada, y la necesidad de que realicen cinco comidas al día, hay quien recomienda cuatro, yo siempre recomiendo cinco, excepto en algún caso concreto, pero yo siempre cinco comidas al día y la importancia de que realicen un ejercicio físico diario, pero hay que ver qué ejercicios son los más recomendables según cada caso.

(Dietista-nutricionista 2, experta en TCA, 2017)

Así, podemos ver que los hábitos y estilo de vida saludables forman parte del discurso normalizador del ámbito biomédico, que promueve la transformación de los modos de vida a través de la *medicalización* de la alimentación y la transmisión de normas relativas al equilibrio energético, con la finalidad de reducir las cifras de obesidad, en resumen, se trataría de un esquema basado en aplicar dieta y ejercicio. Analizando en profundidad esta visión simplista de la alimentación y las relaciones humanas, se nos presenta una perspectiva mecanicista que entiende los “hábitos de vida” como comportamientos que simplemente se aprenden por repetición. Lo que parece una obviedad pues el ser humano, como casi todos los seres vivos de la naturaleza, sobrevive gracias al aprendizaje de unas pautas que asimilan por imitación. Aunque parece que se está obviando que estas pautas también se aprenden por interacción con el entorno social (no solamente los progenitores).

Si confrontamos este punto de vista con las teorías de autores referentes en el estudio del desarrollo cognitivo del ser humano, vemos que la visión de esta experta en dietética y nutrición se aproxima al punto de vista constructivista e interaccionista del biólogo y epistemólogo suizo J. Piaget. Pues, como ya adelantábamos en el marco teórico, este autor defiende la universalidad de los procesos cognitivos parcelando su desarrollo en etapas de edad muy diferenciadas que abarcan desde la infancia hasta la adolescencia y que denominó: sensorio-motoras, pre-operacionales, de operaciones concretas y operaciones abstractas. Según este autor, en el aprendizaje intervienen factores como el ambiente social y la forma en que el niño interactúa en él convirtiéndose en el constructor activo de su conocimiento, mediante dos procesos opuestos y complementarios: la asimilación y la acomodación. Así, la asimilación sería el proceso que

posibilita al sujeto incorporar eventos, objetos o situaciones organizados en base a esquemas precedentes. Mientras que la acomodación partiría de las estructuras mentales existentes para organizar nuevos eventos del mundo exterior, lo que en cierto modo se representa en la frase: “(...) si se hace desde pequeños se va repitiendo a lo largo de la vida y al final se va convirtiendo en una rutina, de manera que se convierte en una forma de vida en la edad adulta, eso hay que enseñarlo (...) (Dietista-nutricionista 2, experta en TCA, 2017).

En contraste con esta propuesta explicativa L. Vygotski enfatiza tanto en las influencias socioculturales como en las históricas en el desarrollo cognitivo, defendiendo una reciprocidad entre el individuo y el contexto histórico en el que se desenvuelve. Es decir, que mientras que para J. Piaget el conocimiento se construye de forma individual, para L. Vygotsky el conocimiento se construye mediante la interacción social (Vielma y Salas, 2000). Este último enfoque encajaría con otras propuestas socioculturales sobre los estilos de vida y los hábitos como el propuesto por la siguiente socióloga:

Entrevistador: tras un grupo de discusión que hemos realizado hemos observado que los niños saben mucho sobre nutrición, hábitos saludables, ejercicio físico, alimentación saludable... ¿Cómo crees que interpretan los niños estos mensajes que les llegan de los expertos?

Socióloga 1: pues esto es muy complejo, depende del contexto, de la familia, de la experiencia que haya tenido, de los mensajes mismos, de si son de médicos, de pediatras, de la tele... No es lo mismo un niño de etnia gitana que su madre lo ve sano cuando está más bien gordito que un padre de clase social alta que su concepto de la salud es la delgadez. Entonces, yo, pues, no es que sea una experta en esto precisamente, pero veo que la alimentación, por

ejemplo sana, pues como la interpretan. Es que depende de la información visual que le llega al niño y la información no visual.

Entrevistador: ¿Qué quiere decir con la no visual...?

Socióloga 1: pues que si están en un contexto como el actual que te llega información por todas partes, mensajes medio-científicos de la publicidad que te están diciendo qué es lo que se tiene por un cuerpo bello, un alimento sano, aunque te engañen diciéndote que lleva vitaminas y en realidad es todo azúcar. Luego está el sitio donde vives, si está lleno de supermercados, de quioscos, si los niños de tu vecindario comen tal cosa o qué ideas tienen ellos sobre la alimentación saludable, si hacen ejercicio. Mira, por ponerte un ejemplo, mi hijo antes iba con unos amigos que se pasaban el día con los juegos metidos en casa, luego se juntó con un grupo que les gusta más jugar al fútbol y ahora hace más deporte, mira un poco más la alimentación porque se apuntan a campeonatos de futbol.

(Socióloga 1, 2017)

Así vemos que mientras que unos expertos transmiten la idea de alimentación sana y los “estilos de vida saludables” de una forma individual, en la que el sujeto se percibe como una especie de autómatas que absorbe los conocimientos médico-nutricionales y los reproduce a lo largo de su vida. Otros expertos del ámbito sociocultural captan la multiplicidad de factores que conforman las ideas y las prácticas en torno a la alimentación saludable y los estilos de vida, revelando implícitamente la relación de reciprocidad que se produce entre el niño/adolescente y su entorno social: “mi hijo antes iba con unos amigos que se pasaban el día con los juegos metidos en casa, luego se juntó con un grupo que les gusta más jugar al fútbol y ahora hace más deporte, mira un poco más la alimentación porque se apuntan a campeonatos de fútbol” (Socióloga 1, 2017). Lo que en cierto modo encajaría con la teoría de L. Vygotsky. Estas

posiciones tan contrarias invitan a profundizar en las ideas que hay tras la utilización de conceptos como: “hábitos” y “estilos de vida saludable”. Así como el papel que se le asigna al sujeto en su proceso de aprendizaje de las normas médico-nutricionales.

A. Martínez analiza este enfoque poniendo en tela de juicio la efectividad de los discursos biomédicos que apuestan por estructurar las prácticas alimenticias en base a la normalización, pues bajo su punto de vista los *habitus* alimentarios se moldean en base a las experiencias de los sujetos y el *capital cultural alimentario* adquirido en el entorno familiar y social. Y sobre todo a través de diferentes focos informativos cuyas descripciones se interiorizan de forma objetiva y subjetiva. En un marco social en el que la capacidad de agencia de los sujetos queda desdibujada por múltiples condicionantes como la organización laboral y familiar, la oferta de ocio y las prohibiciones de los mensajes expertos:

Entrevistador: La cuestión que me gustaría plantearle es la siguiente: ¿en una sociedad definida por Bauman como modernidad líquida, qué parte de culpabilidad tienen las personas ante una continua y cambiante oferta de productos industriales hiper-apetecibles que vemos en los anuncios que nos prometen comodidad y rapidez en su elaboración, un ocio muy cambiante orientado al disfrute y logro de la felicidad... ¿son realmente las personas tan culpables como lo pintan?

A. Martínez: evidentemente no, yo no hablaría de culpabilidad y tampoco de responsabilidad, tenemos que darle importancia a los objetos o hechos como realidades aisladas que están empoderados y toman sus decisiones con una capacidad de agencia casi soberana e infinita sobre las cosas y sus decisiones, esto tiene que ver con un modelo que es el de método opcional, dentro de las ciencias biomédicas se ha planteado mucho, es decir, nosotros damos la información adecuada y entonces el sujeto maximizará su salud como si

fuese un capital, es un modelo economicista, en el que cada cuerpo aplacará la salud, por ejemplo, yo me plantearía diferentes cuestiones, que los sujetos de la modernidad y la sociedad líquida que has planteado están recibiendo desde la sociedad mensajes constantes tanto sobre posibilidades de usos hedonistas sobre alimentación y otras prácticas, sexualidad, etc...y, por otro lado, se están enviando mensajes contrarios que son de contención donde aparecen una serie de cánones vinculados al cuerpo, a la corporalidad, etc... que entran en contrariedad con las posibilidades del consumo, eso en sí mismo produce en los sujetos una incongruencia, casi nos podríamos plantear, y esto es una pregunta, permíteme que te responda a tu pregunta con otra pregunta pero esto es una forma de cuestionarse y replantearse cuestiones, (...)

(A. Martínez, antropólogo, 2018)

Del discurso de A. Martínez podemos destacar el análisis que realiza de los abordajes biomédicos, que define de “economicistas”, por la idea que se tiene de que los sujetos maximizarán su estado de salud en base a los conocimientos médico-nutricionales que se posean. No menos interesante, resulta la reflexión que realiza sobre la forma en que las personas se relacionan con la comida y los efectos que tienen sobre éstas relaciones los contradictorios mensajes expertos. así como las tensiones que generan las prohibiciones de determinados tipos de alimentos en un contexto social que, paralelamente, motiva a un exceso de la ingesta de los mismos.

Por ello creemos necesaria una reflexión que ayude a clarificar qué ideas y efectos hay tras las propuestas de cambios de estilos de vida y hábitos alimenticios que, a simple vista, no parecen tener connotaciones negativas para el ser humano. No obstante, los logros conseguidos por la epidemiología y el higienismo del siglo

XIX han legitimado la necesidad de intervenir sobre los comportamientos nutricionales de la población como medio para conseguir alargar la esperanza de vida y mejorar la salud de las poblaciones. Aunque, como hemos analizado en nuestra fundamentación teórica, esto se haya producido en un contexto en el que se necesitaba garantizar la fuerza de trabajo y producción, mejorando la salud del capital humano (Foucault, 1996).

Ahora bien, en la práctica este discurso parece haberse cimentado sobre procesos de racionalización y normalización de los comportamientos alimenticios y los cuerpos, desacreditando aquellos datos que escapan a los análisis de cálculo y previsión, en pro de una organización que se asienta en concepciones tecnoburocráticas (Weber, 1944, p.103). Así, esta racionalidad no parece contemplar la multi-dimensionalidad del problema de la obesidad infantil y adolescente, esgrimiendo una *doxa* que construye una objetividad ficticia que omite, por ejemplo, la influencia del contexto actual de abundancia de alimentos, la importancia de las interrelaciones sociales, los simbolismos, los gustos o las dificultades para conciliar la vida laboral y familiar. La siguiente narración puede ayudarnos a completar esta pesquisa:

Entrevistador: Según las últimas encuestas de salud, las personas conocen bien qué alimentos son saludables y cuáles no, en ese caso ¿cómo es que las tasas de sobrepeso y obesidad infantil y juvenil no paran de incrementarse?

Nutricionista 1: Pues en este caso, es fundamental que los niños más que aprender cuáles son los alimentos saludables en el colegio... creen hábitos de vida saludables en los primeros años de vida, es un error educar en porcentajes y tipos de verduras o alimentos proteicos si no va acompañado de una educación en cuándo se debe consumir, con qué frecuencia se debe hacerlo y cómo cocinarlo además hay una parte muy importante que es la del ejercicio físico y la actividad física, por muy bien que tú te alimentes... si

tú no quemas lo que consumes el balance energético será positivo y tu cuerpo irá ganando más y más peso aunque sea poco a poco, o sea que se trata de hacer más hincapié en la interacción entre nutrición-alimentación y actividad física.

(Nutricionista 1, pilotaje, 2017)

Como se puede observar el discurso de los hábitos alimenticios y estilos de vida saludables revela el proceso de subjetivación con el que según M. Foucault (1975) la sociedad disciplinaria crea saberes, mecanismos y normas que ejercen el control sobre la individualidad corporal y la vida de los sujetos, como formas de *biopoder*. Lo que se refleja en la frase: (...) educación en cuándo se debe consumir, con qué frecuencia se debe hacerlo y cómo cocinarlo además hay una parte muy importante que es la del ejercicio físico y la actividad física (...) (Nutricionista 1). No obstante, el *biopoder*, no se centra únicamente en la individualidad corporal, sino que se ejerce sobre la vida en su conjunto, como especie, a través de mecanismos que invaden, acotan y embisten contra la cotidianeidad con la pretensión de administrar, alargar y potenciar la vida. Revelando lo que para M. Foucault supone una estrategia *biopolítica*. Este enfoque colectivo se puede observar en la siguiente narración:

Entrevistador: ¿perciben los padres a sus niños obesos cuando estos son obesos? ¿Qué percepción de la salud tienen?

Médico de familia 1: La percepción de la salud que tienen de España es malísima, pero España entera, pero empezando por la Universidad y terminando en un sitio de desigualdad social, y te voy a poner un ejemplo, en España mueren todos los días 150 personas por consumo de tabaco, ¡150 personas! (exclamando), eso supone, a parte de la pérdida espiritual de las parejas del padre, del hijo, una pérdida económica muy grande para la

seguridad social. Las personas no le dan importancia que merece a estas cifras. Con la obesidad ocurre lo mismo, no perciben los problemas que pueden tener. De cada 10 niños obesos 8 serán adultos obesos con problemas de diabetes e hipertensión.

Entrevistador: ¿se observó en su estudio cambios de las costumbres culinarias de las familias? En caso afirmativo, ¿A qué se deben?

Médico de familia 1: pues que los cambios son impuestos por el ritmo de vida, por la aparición de la industria alimentaria, por la forma de conseguir puestos de trabajo y tener una cualificación; pero eso es compatible con una buena alimentación si se quiere hacer un esfuerzo.

(Médico de familia 1, 2017)

El relato de este experto muestra la importancia de objetivar y cuantificar los saberes expertos explicando el problema en términos estadísticos para dar consistencia al discurso: “(...) Las personas no le dan importancia que merece a estas cifras. (...)”, algo necesario para conseguir un efecto “choque” que permita a los sujetos “despertar” de su falta de percepción del riesgo que supone la obesidad en las etapas tempranas de la vida: “(...) De cada 10 niños obesos 8 serán adultos obesos con problemas de diabetes e hipertensión. (...)” (Médico de familia 1, médico de familia). Además, resulta curioso cómo a pesar de que este experto reconoce la influencia de ciertos condicionamientos de orden social: “(...) los cambios son impuestos por el ritmo de vida, por la aparición de la industria alimentaria, por la forma de conseguir puestos de trabajo y tener una cualificación (...)” (Médico de familia 1, médico de familia). Reclama el control de la vida biológica del hombre en aras de un objetivo estatal común como es el no suponer una: “pérdida económica muy grande para la seguridad social”, lo que justificaría la estrategia de inculcar hábitos alimenticios y estilos de vida saludables. En este marco los sujetos son responsabilizados sobre el cuidado de la salud y el cuerpo,

transmitiendo implícitamente la idea de que es una especie de objeto corpóreo que debe maximizar sus comportamientos por unos intereses colectivos. Luego la estrategia de la sociedad disciplinaria consiste en un doble proceso de normalización y moralización.

La cuestión es ¿qué efectos tienen sobre los sujetos estas ideas? En el siguiente relato se observa la forma en que el poder disciplinario oculto bajo los conceptos de los estilos de vida y los hábitos alimentarios actúa creando tensiones entre lo normal y lo patológico, haciendo a los sujetos partícipes de este juego de poder. En este sentido una madre se auto-inculpa por las malas prácticas alimenticias de su hijo, reconociendo lo que considera como una conducta saludable frente a otra no saludable, es decir, delimitando lo correcto de lo incorrecto, lo normal de lo anormal. La frase “(...) reconozco que no he sido buena guía, (...)”, lo resume todo:

Entrevistador: entiendo, voy a preguntarle ahora por otro tipo de preguntas, ¿quién cocina en casa habitualmente?

Julia: pues yo como estoy separada, y mi trabajo está lejos de casa ella cuando era más pequeña se quedaba en el comedor escolar a medio día, pero por las noches cenábamos juntas alguna cosa que yo preparaba. Los fines de semana nos vamos a casa de mis padres y comemos con mis hermanos y mis padres. Otros fines de semana se va con su padre y él sí que la consiente más, yo admito que también la consiento, porque le compro muchas pizzas y a veces pasamos por el cine y vemos muchas películas juntas con un bol de palomitas dulces. Reconozco que no he sido buena guía, en ese aspecto, por eso le estoy apoyando al máximo ahora que se ha decidido a perder peso y cambiar su vida, porque esto es un cambio de vida. Cuando cambias tu forma de comer estás cambiando muchos aspectos de tu vida. Luego a lo mejor en vez de pasarnos toda la noche viendo películas y

comiendo palomitas nos acostamos temprano y nos vamos al día siguiente al campo o a la playa o a la montaña: nos hemos apuntado a una peña senderista. Ella al principio no quería ir, pero luego conoció a un chico que iba en el grupo con el que va hablando todo el tiempo y entonces me decía: “¿mamá cuando vuelven a salir los del grupo?” (se ríe). La veo más contenta porque veo que hace actividades al aire libre y que no se cansa, el llegar a la punta de la montaña juntas y verlo todo desde ahí arriba es un premio muy grande para las dos.

(Julia, 42 años, madre de adolescente obesa, 2018)

De este relato se pueden extraer análisis que enlazan los modelos explicativos disciplinarios señalados, con las teorías de I. Hacking. Así, vemos que la categorización de una niña como obesa no solo introduce nuevas normas nutricionales en su entorno familiar, sino que su aplicación supone un cambio en la forma en que se relacionan madre e hija y la relación de éstas con el resto de la sociedad: “en vez de pasarnos toda la noche viendo películas y comiendo palomitas nos acostamos temprano y nos vamos al día siguiente al campo o a la playa o a la montaña: nos hemos apuntado a una peña senderista” (Julia 42 años, 2018). El *efecto biobucle* acuñado por Hacking se hace patente en esta familia por la forma en que impregna sus relaciones interpersonales introduciéndolas en nuevas redes sociales, entrando en contacto con otras personas que pertenecen a su misma categoría. Como se observa en la siguiente parte de la entrevista en la que se pone de manifiesto que la madre habla del problema de su hija con otras personas de su entorno laboral:

Entrevistador: entiendo, lo siento mucho. Vamos a por otras preguntas, las últimas. ¿Qué consejos han seguido para que su hija perdiera peso? ¿Han ido a algún especialista?

Julia: pues si empezamos en una consulta privada de un nutricionista que me recomendaron en el trabajo que es muy bueno, tiene mucho éxito y la verdad que las pautas que nos dio son las que hemos seguido hasta el momento, y mi hija ha perdido ya 15 kilos, aún sigue estando un poco rellenita pero está casi en su peso normal. No fue la primera vez que ella se había puesto a dieta, habíamos consultado cosas por internet, pero esta vez sí que ha funcionado porque ella estaba realmente convencida y hemos cambiado realmente solo hábitos, por eso no se ha producido el “efecto yoyo” de otras veces y está durando la pérdida de peso, incluso aunque pierde despacio su pérdida es constante. A lo mejor lo que le ha motivado también es que yo estoy haciendo lo mismo y voy también perdiendo peso, no lo sé, pero nuestra vida ha cambiado mucho.

(Julia 42 años, madre de adolescente obesa, 2018)

Este relato se pone de manifiesto diferentes cuestiones, por un lado la capilaridad del poder disciplinario que no se encuentra centralizado en la figura del experto en alimentación, sino que se extiende a través de múltiples mecanismos y dispositivos, como los compañeros del trabajo: “empezamos en una consulta privada de un nutricionista que me recomendaron en el trabajo que es muy bueno, tiene mucho éxito”, y también las redes sociales de internet: “No fue la primera vez que ella se había puesto a dieta, habíamos consultado cosas por internet, (...)”. Otra cuestión es la relevancia del capital social acuñado por P. Bourdieu, para gestionar los problemas que conciernen a salud, como se puede observar en la ayuda que esta madre recibe de una compañera de trabajo que le pone en contacto con un especialista, lo que conecta en cierto modo los enfoques interactivos de I. Hacking y el *interaccionismo simbólico* presente en la obra de P. Bourdieu y su conexión con la Escuela de Chicago. Así, conforme a E. Goffman el *interaccionismo simbólico* se ve reflejado en el relato de Julia en la forma en que esta

madre participa del rol y el estigma que supone la enfermedad de su hija, aceptando el deseo de ayuda que despierta en las personas de su entorno. Lo que también deja patente que implícitamente se ha pasado por un proceso subjetivo de auto-valoración.

Otro efecto observado en esta madre es la adquisición tanto de conocimientos nutricionales como de un lenguaje técnico específico: “no se ha producido el efecto yoyo”, que refleja el proceso de normalización en el que se ha sumergido y, como comentábamos de su participación en el etiquetamiento experto. En el siguiente párrafo se observa claramente el gran cúmulo de conocimientos nutricionales que ostenta y la forma en que condiciona la alimentación de la familia:

Entrevistador: ¿qué consejos sigue de este experto?

Julia: bueno realmente son cosas obvias, nosotras no hacíamos bien la dieta, porque si te haces una ensalada y luego le echas una salsa cuya base es aceite, aunque sea aceite de oliva, el aceite son calorías y engorda. Luego pues te hace darte cuenta de la cantidad de azúcares que comes, que es lo que realmente engorda, lo que se va al culo, por ejemplo, nosotras comprábamos zumo, pero no sabíamos que la mayoría son néctares, son solo un 50% de zumo y el resto es agua con una cantidad de azúcar impresionante. Este experto nos ha enseñado a estar alerta con los azúcares ocultos de los alimentos industriales, a distinguir los carbohidratos, no podemos meter todo en el mismo saco, porque no es lo mismo un plato de pasta o el pan blanco que son carbohidratos refinados, que no dejan de ser poco saludables que las legumbres o los cereales integrales que son mucho más saludables y ayudan a prevenir el cáncer. En general sus recomendaciones son comer mucha fruta, verdura y cereales integrales, y poca cantidad de cereales refinados, comer muy poco de carnes rojas y

lácteos azucarados y si puede ser nada de bebidas azucaradas como los zumos o los refrescos tipo Coca-Cola. Luego sí que es bueno comer pescado y carne baja en grasa, pero comemos solo dos o tres veces por semana como mucho y las grasas tipo mantequilla eso sí que ni entran por la puerta de mi casa.

(Julia 42 años, madre de adolescente obesa, 2018)

En resumen, en este relato observamos la articulación entre procesos subjetivos de auto-percepción, adquisición de preceptos médico nutricionales y condicionantes sociales. Lo parece generar múltiples respuestas características del *efecto biobucle* acuñado por I. Hacking como: cambiar los horarios de las comidas, modificar las recetas tradicionales introduciendo nuevos ingredientes más saludables, hacer acopio de información nutricional, consultar a un experto en la materia o intercambiar información con personas del entorno social. Más allá de la aceptación de los etiquetamientos expertos y la manifiesta voluntad de cambio de los sujetos ante la demanda de cambio de los estilos de vida y los hábitos alimenticios. La transformación no siempre se produce o se bloquea debido a que en este compleja amalgama de normalización, interacción social y procesos de subjetivación entran en juego otros factores que no suelen ser tenidos en cuenta desde las perspectivas biomédicas como, por ejemplo, la pérdida de capacidad de agencia que experimentan los sujetos en un contradictorio entorno de oferta/prohibición. A. Martínez reflexiona al respecto:

Entrevistador: sí, lo entiendo, realmente es un tema complejo

A. Martínez: la cuestión es si todos estos mensajes que estamos recibiendo como ciudadanos de la modernidad constantemente sobre la contención, no hacen más que generar el efecto contrario,

Entrevistador: sí,

A. Martínez: entonces el problema de la obesidad es que se habla demasiado de la obesidad, introducen el elemento de la prohibición y el control y eso produce angustia, ansiedad y entonces eso lleva al consumo, al control y al descontrol, a un bucle, o una espiral descendentes donde determinados sujetos se encuentran y donde ya no encuentran salida, y ¿por qué?, porque hay una dinámica de oferta-prohibición que entra en contradicción, yo creo que la presencia de tantos mensajes, de que se hable tanto de la obesidad en parte construye el problema, luego hay otros elementos, por supuesto, como la vida sedentaria, la no práctica de deporte o actividad física... claro que se pueden vincular una serie de elementos de esos estilos de vida de la epidemiología y las ciencias médicas de la salud, pero claro, eso es importante pero también es importante cómo se entiende la relación con la comida,

(A. Martínez, antropólogo, 2017)

De este último fragmento queremos destacar la idea de construcción que expone este experto, coincidiendo en cierto modo con los planteamientos filosóficos de I. Hacking. Pues sostiene que a pesar de los elementos estructurales y objetivos como el sedentarismo y, en general, las prácticas saludables, se debe prestar atención a los efectos que producen ciertos mensajes en la relación de los sujetos con la alimentación, ya que, bajo su punto de vista la sobreinformación nutricional en parte construye el problema generando ansiedad en los sujetos que se encuentran atrapados de algún modo en una espiral de “oferta/prohibición”: “(...) yo creo que la presencia de tantos mensajes, de que se hable tanto de la obesidad en parte construye el problema (...)”. En este mismo sentido, J. Contreras entiende la construcción del problema de la obesidad infantil, como una manera de generar ciertos temores y preocupaciones en los sujetos, que implícita y

explícitamente introducen a los sujetos en trayectorias médicas con el objetivo de mantener ciertos niveles de salud y bienestar colectivos:

Entrevistador: voy a hacerle una pregunta un poco controvertida, algunos autores comentan que la obesidad infantil es un fenómeno construido, como se demuestra por el interés en denominarlo como una epidemia ¿está usted de acuerdo con esta definición?

J. Contreras: bueno, a ver, tendría que saber más exactamente qué quieres decir, a ver la obesidad (lo interrumpe)

Entrevistador: por utilizar la metáfora de epidemia,

J. Contreras: la medicina quiere que aceptemos el IMC como un indicador de sobrepeso, si aceptamos eso, efectivamente, vemos como aumentan las estadísticas, eso es una cuestión entonces eso no creo que sea construido, ahora, la preocupación, el énfasis de la obesidad en detrimento de otras preocupaciones o de otros males, bueno, eso pudiera ser que sí tuviera que ver un poco con un fenómeno construido. Por ejemplo, hace 20 años, más o menos, no se hablaba de la obesidad, prácticamente no se hablaba, eso no quiere decir que no hubieran niños gordos etc, etc... se hablaba sobre anorexia, la anorexia era la gran epidemia la gran amenaza etc...y se hablaba de que había un 10% más o menos de niñas o jóvenes obesas, una proporción mayor entre los chicos y creciendo, bueno, parece ser que las estadísticas de anorexia hay pues están también por el 11% o así y ¿se habla de anorexia hoy?, pues muy poco o casi nada

Entrevistador: no y la verdad es que estuve en la asociación (...), una asociación que comenzó promovida por los padres que buscaban un apoyo experto para abordar el tema y contrataban psicólogos, psiquiatras y nutricionistas para poder ayudar a sus hijas y hoy en día es una asociación con una subvención de la comunidad autónoma. Estuve entrevistando a nutricionistas, psicólogas y psiquiatras y lo que más me llamó la atención

fue que la nutricionista estaba preocupada porque decía que había demasiada información nutricional entre los niños de hoy en día y que eso influía en el aumento de trastornos de la conducta alimentaria, me dijeron que estaba aumentando e incluso apareciendo en edades más tempranas,

J. Contreras: ya ves, ahí ves efectivamente lo que te comentaba, la abundancia de información pues hace también que se generen nuevos temores nuevos miedos de las precauciones etc, etc... que, obviamente cada uno las sigue o las aplica de una manera o de otra, pero claro, yo por ejemplo cuando voy en autobús veo que la gente habla de alimentación en términos de salud con una frecuencia extraordinaria. Bueno, yo al final no diría que la obesidad es una construcción pero a lo mejor sí que está construida la preocupación o la problematización de la obesidad, y la verdad es que sí que hay una cierta construcción en el discurso, hay que responder a esta situación pues si se considera solo científicamente pues es más o menos epidémica y es grave para la salud y el bienestar en términos generales, y yo digo salud y bienestar porque a veces va junto y a veces puede ir separado, entonces en ese segundo aspecto quizá sí que puede haber algo de construcción, (...)

(J. Contreras, catedrático en antropología, 2018)

Las reflexiones de J. Contreras conectan en cierto modo con el planteamiento de las sociedades disciplinarias que integran en la norma todo orden reconocible, homogeneizando el espacio social de tal forma que se reconoce de forma natural la delgadez como un estado propio de la salud. Y problemas como la anorexia quedan no parecen preocupar en demasía a los expertos del ámbito de la salud, cuando sus efectos a medio y corto plazo pueden ser si cabe más perjudiciales que la obesidad:

Entrevistador: Si,...por un lado, nos encontramos con muchos niños obesos, una gran disponibilidad de alimentos industriales hiper-apetecibles y, por otro lado, nos encontramos con unos ideales de belleza basados en la delgadez, niños con TCA. Resulta un poco contradictorio ¿Cree que esto puede ser parte de mismo problema?

C. Casabona: : A ver, esto se inicia más o menos a los 14 años y tenemos ya a las niñas que pueden derivar hacia una anorexia ¿no?, en pediatría vemos casos aislados pero no podemos decir que sea a nivel numérico ni mucho menos comparable con la epidemia de sobrepeso u obesidad, evidentemente tenemos que estar muy atentos a aquellos casos que tienen 12 o 13 años porque sí que pueden haber cambios bruscos de un sobrepeso a una anorexia o un trastorno de la conducta alimentaria según las condiciones ambientales, personales y familiares que afectan en el entorno de ese adolescente, por lo tanto eso sí que también hay que tenerlo en cuenta, a partir de los 12, 13 o 14 años y sobre todo en el sexo femenino.

Entrevistador: Es cierto que hay pocos casos, pero en los grupos de discusión que hice en un colegio me encontré con 2, ¿sabe qué me respondió una niña?, ¿que le daba asco ver a un niño obeso!, ¿cree que también la información que se da en la escuela puede obsesionar...(lo interrumpe)

C. Casabona: Claro eso quiere decir que hay una sociedad de contrastes en la que por un lado evidentemente hay una exageración del deseo de estar delgado y de deseo de estar bien, y resulta que en la práctica pues tenemos cifras de sobrepeso y obesidad y de ese contraste pues surgen trastornos de la conducta como la bulimia, la anorexia, como el “craving” que es como llaman al picoteo entre horas y hay que estar atentos a ambos lados sobre todo ya te digo que en adolescentes,(...)

(C. Casabona, pediatra, 2017)

Como apunta este experto, los trastornos de la alimentación pueden estar mediados por “(...) condiciones ambientales, personales y familiares (...), es decir, por factores socioculturales. Pero la divergencia entre conocimiento normativo y producción de niños patológicamente obesos o niños patológicamente delgados, se explica implícitamente con la idea de que el exceso de preocupación por la delgadez es una cuestión individual y moral. Como se puede extraer de la comparación de los TCA con aquellas conductas reprochables como el “craving” (comer entre horas), que en su esencia compara a los sujetos que presentan esta práctica con las conductas desarrolladas por los adictos a la drogas. Pues este término es frecuentemente utilizado en la literatura científica anglosajona para definir el ansia irrefrenable que experimentan las personas que no pueden abstenerse de consumir estas sustancias (Sayette, et al. 2000).

La pregunta que nos planteamos tras la reflexión lanzada por J. Contreras es: ¿si antes la gran preocupación social era la anorexia porque presentaba cifras en torno al 10%, por qué ahora que estamos en un 11% de casos en la población infantil adolescente, no se habla tanto de ello?:

(...) y se hablaba de que había un 10% más o menos de niñas o jóvenes obesas, una proporción mayor entre los chicos y creciendo, bueno, parece ser que las estadísticas de anorexia hay pues están también por el 11% o así y ¿se habla de anorexia hoy?, pues muy poco o casi nada (...)

(J. Contreras, catedrático en antropología, 2018)

El desinterés por parte de las instituciones sobre los TCA, queda patente en la dificultad para encontrar datos que permitan hacer una radiografía de la situación actual de este fenómeno, frente a la abrumadora compilación de estudios epidemiológicos sobre la obesidad infantil/adolescente. En concreto en el año en el

que realizamos la entrevista a J. Contreras, el año 2017, solo se puede registrar un seguimiento del IMC por edades en el que el dato más cercano a la etapa infantil/adolescente es el rango de las 18 a 24 años en el que el peso por debajo de lo normal se estima en torno a un 8%. Mientras que en esa misma franja de edad la obesidad presenta casi la misma cifra un 8.2%.



(Imagen obtenida de la web del INE en 2020¹¹)

En una revisión sistemática realizada por Peláez, Raich y Labrador (2010) se pone de manifiesto la falta de estudios epidemiológicos sobre TCA en España, destacando una gran variabilidad en aquellos realizados hasta el momento, por la gran variabilidad metodológica y las diferencias muestrales. Estos autores ponen de relieve que hasta el año 2003 no se tiene una estimación real de la situación de

¹¹ Disponible en:

<https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t00/ICV/Graficos/dim3/&file=331G2.px#!tabs-gráfico>

los TCA en nuestro país y que las cifras parecen haber ido en aumento. De los resultados analizados destacan los cuantiosos porcentajes del estudio realizado en Galicia de 1996 que detecta un 13% de alumnas con actitudes desordenadas frente a la alimentación. Las elevadas cifras de anorexia de mujeres asturianas situadas en un 12.8% y un 1.8% en hombres, en el año 2000. Y el estudio de Toledo publicado en el año 2001, donde se muestra una puntuación media de riesgo de padecer TCA en las mujeres del 17,7% y en los hombres de un 11.82%.

No obstante, a pesar de la aparente situación de abandono, a nivel epidemiológico, de los TCA en España. En los discursos de las psicólogas entrevistadas observamos que la anorexia y otros TCA conviven con el problema de la obesidad en las etapas tempranas de la vida, generando en estas expertas preocupación por cierto repunte:

Entrevistador: Antes me ha dicho que atienden niñas, ¿Por qué no ha dicho niños? ¿Es que no hay casos de niños con problemas de la conducta alimentaria?

Psiquiatra: sí, lo he dicho porque sobre todo afecta a niñas, la proporción es de 9 a 1 aproximadamente, aunque van apareciendo casos de niños, la verdad es que son enfermedades típicas de mujeres. Pero van apareciendo en los dos sexos y además se está viendo que hay un ligero aumento de casos.

(Psiquiatra, experta en TCA, 2018)

Como cierre de este punto podemos resumir que las nociones expertas sobre los hábitos alimentarios y los estilos de vida saludables, parten de la percepción del riesgo que supone para la salud individual y colectiva determinados comportamientos que se consideran una amenaza para las finanzas públicas. Una

comprensión muy representativa del modelo disciplinario de las sociedades modernas que, paradójicamente, proveen de complejos sistemas estructurales que afectan a las personas, mientras que depositan en ellas la responsabilidad de mantener unos hábitos alimenticios adecuados en base a los preceptos médico-nutricionales que se les provee, desplegando una *doxa alimentaria biomédica*. Los enfoques socioculturales nos hacen ver que se trata de un modelo “economicista” que normaliza el cuerpo social y construye una preocupación por la salud y el control del peso con la finalidad de que los sujetos maximicen sus cuidados, produciendo temores, preocupaciones, sujetos normales y sujetos obesos. El esquema quedaría de la siguiente manera:

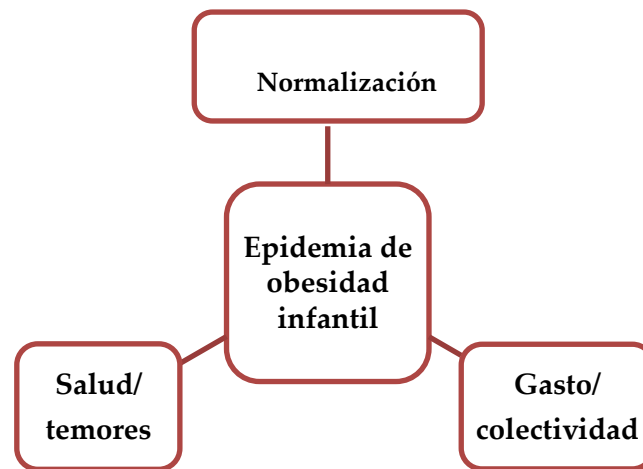


Figura 5. Esquema economicista de la obesidad infantil/adolescente. Creación propia

Concepciones sobre lo sano y sus efectos

Como hemos observado los mensajes expertos sobre la salud, la enfermedad, las categorizaciones que estos hacen de los alimentos en sanos o insanos, sobre los

cuidados del cuerpo y todas las recomendaciones nutricionales y comportamentales, llegan a las personas “de a pie” a través de una consulta médica, las personas del entorno social, la escuela o los comunicados oficiales de las instituciones sanitarias, entre otros. Sin embargo, no podemos olvidar que los mensajes en torno al cuerpo y la salud también son utilizados desde hace décadas por la industria alimentaria para ganarse la confianza de los consumidores y así vender productos alimenticios que se etiquetan implícitamente de “saludables”, aprovechando la creciente preocupación social por la salud creada, en parte, por los expertos y la fe que se ha depositado en las ciencias médicas. Lo que revela otro de los efectos colaterales del tratamiento de la obesidad infantil/adolescente como una enfermedad o un estado que lleva a otras enfermedades y, como apuntaba J. Contreras, los temores generados.

Véase por ejemplo los ganchos publicitarios de la multinacional agroalimentaria Danone, para vender una amplia gama de productos bajo la consigna de que previenen ciertas enfermedades degenerativas como la osteoporosis:



Densia con calcio te ayuda a reducir la pérdida de minerales óseos. La baja densidad ósea es una causa de riesgo de fracturas por osteoporosis. Además Densia te ayuda a llegar cada día al Valor de Referencia de Nutrientes (VRN) de una forma fácil y sabrosa.

Tomando una botellita de Densia Forte 0% o un vasito Densia cada día cubres hasta el 60% de tus necesidades diarias de calcio*, porque es el único con Citrato de Calcio de fácil absorción, una fórmula concentrada que contiene 500mg de calcio y 5µg de Vitamina D la cual te ayuda a mejorar la absorción de calcio.

Ayuda a mantener tu densidad ósea y sigue activa con Densia

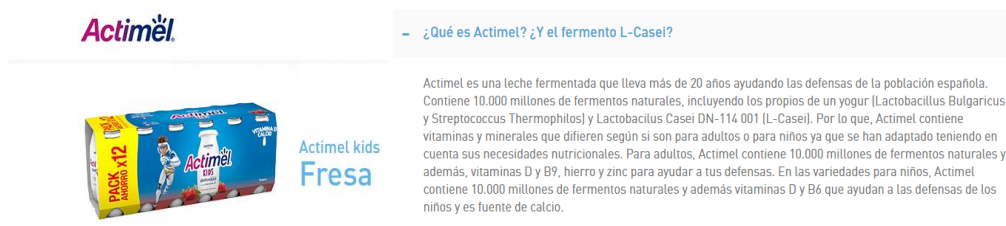
Tan bueno que no parece 0% grasa

Densia es un complemento perfecto para llevar una alimentación variada, equilibrada y rica en calcio y en Vitamina D que además es 0% grasa. Sabemos que cuidarse es importante, así que ahora el lácteo que a

(Imágenes obtenidas de la web de Danone en abril de 2020¹²)

¹² Disponible en: <https://www.danone.es/es/densia/es-densia.html>

Podríamos exponer cientos de ejemplos de *slogans* publicitarios de alimentos industriales orientados a niños/adolescentes, en los que se utilizan estrategias en las que entra en juego el binomio salud/enfermedad. Quizá el anuncio más representativo, por la polémica que ha suscitado entre los expertos debido a los engaños a los que se presta, es el controvertido anuncio de “Actimel”:



(Imágenes obtenidas de la web de Danone en abril de 2020¹³)

En este sentido queremos destacar la crítica que realiza José Manuel López Nicolás, autor del libro “Vamos a comprar mentiras” y Catedrático e Investigador en el Departamento de Bioquímica y Biología Molecular de la Universidad de Murcia¹⁴, especialmente por dos aspectos muy interesantes que conectarían los *habitus* con los efectos de los mensajes pseudo-científicos referentes a la salud que utiliza la industria alimentaria para vender sus productos. Así este científico refiere haber realizado una encuesta en la puerta de un supermercado (Mercadona) registrando la unánime idea que los consumidores tienen sobre la forma en que el *Lactobacillus Casei* refuerza el sistema inmunitario, cuando en realidad no se ha demostrado científicamente tal efecto; siendo la vitamina B6 (piridoxina) la que tiene ese efecto protector, casualmente presente en otros alimentos hasta tres veces más baratos que “Actimel” y con más del triple de vitamina B6 como es el caso de los plátanos. Pero lo más interesante que señala

¹³ Disponible en: <https://www.actimel.es/producto/actimel-kids-fresa/>

¹⁴ Véase la conferencia: https://www.youtube.com/watch?v=SP7O4yF_txg

este experto es que tras dar a conocer tal circunstancia a los sujetos encuestados, estos seguían comprando “Actimel” y ofreciéndoselo a sus hijos porque, según le confesaron, no querían parecer “los pobres del colegio”. Lo que pone de manifiesto que en las elecciones alimenticias intervienen procesos subjetivos que conjugan concepciones sobre la salud, el valor de la buena madre, la distinción social y categorías de alimentos que, simbólicamente, posicionan a las personas dentro de su matriz social. Lo que puede tener más relevancia que la adquisición de conocimientos médico-nutricionales, como veremos en los grupos de discusión de padres. El caso es que se pone de manifiesto cómo la industria utiliza una publicidad engañosa conectando su producto con ideas sobre la salud y ciertos elementos subjetivos como la distinción o la fortaleza, con la intención de captar un público (los padres) especialmente preocupados por el desarrollo fisiológico de sus hijos y/o los ataques de las bacterias y virus a los que están expuestos sus hijos. No obstante, más allá de la cuestionable repercusión que los componentes de este producto alimentario puedan tener sobre el sistema inmunitario de los niños/adolescentes o cualquier otra persona. La cuestión es que, en la mayoría de los casos, se trata de productos alimenticios que contienen una gran cantidad de azúcares que podrían favorecer el exceso de peso en las etapas tempranas de la vida. Lo que genera las críticas por parte de algunos nutricionistas de reconocido prestigio en nuestro país como J. Basulto, divulgador científico y asiduo colaborador en conferencias, programas de televisión y radio:

**Ninguna sociedad pediátrica (o no pediátrica)
debería avalar Actimel Kids**

(Francisco Ojuelos y Julio Basulto en Ser Consumidor, 22/9/2016)



¡Casi un
sobre de
azúcar en
cada envase!



http://cadenaser.com/programa/2016/09/22/ser_consumidor/1474565677_858411.html

Francisco José Ojuelos Gómez / Julio Basulto Marset
No cantos gloria hasta el fin de la victoria Empezamos así de refraneros este texto porque en estos últimos días nos hemos dado cuenta de que en febrero coreamos gloria antes de tiempo. En dicha fecha celebrábamos el 'golpe de autoridad' que dio la Organización Médica Colegial a través de una contundente resolución en la que quedó claro que no es ético que entidades médicas avalen productos alimentarios de dudoso beneficio para la salud. Y es que, como bien dijo Jesús Sorria el 15 de febrero: 'Los médicos/anuncio se equivocan'

2016
14 marzo | 8:00 am - 10 mayo | 11:30 pm

Curso "Perder peso" (2ª ed.)
Patricias
19 marzo | 5:00 pm - 17 mayo | 11:30 pm

Entradas de la 1ª Edición:
Actualización del curso «Etiquetas de Alimentos»
4 abril | 6:00 pm - 31 mayo | 11:30 pm

[Ver todos los Eventos](#)

Julio Basulto



(Imágenes obtenidas de la web Julio Basulto, en 2020¹⁵)

Debemos puntualizar que estas estrategias en realidad no son recientes, sino que llevan utilizándose casi a la par del desarrollo tecnológico y los avances científicos que ha acarreado el proceso de industrialización europeo del último siglo. Permitiendo una mayor producción, distribución y mejor conservación de los alimentos, lo que ha repercutido en un abaratamiento de la alimentación de muchas familias y el bienestar social general, en el marco de un sistema socioeconómico globalizado. Sin embargo, estos cambios han traído ciertos contratiempos que debemos considerar a la hora de estudiar la influencia de los factores externos en la alimentación de las familias como, por ejemplo: la ruptura del ser humano con los alimentos tal y como los conocía, la creación de productos alimenticios desconocidos y nuevos conceptos para definir la alimentación que combinan múltiples aspectos culturales, simbólicos y científicos, como se puede observar en la siguiente lista:

¹⁵ Disponible en: "<https://juliobasulto.com/ninguna-sociedad-pediatrica-no-pediatrica-deberia-avalar-actimel-kids/>"

“gourmet, funcional, transgénico, surimi, enriquecido, productos de la tierra, DOP, IGP, trazabilidad, con carnet de identidad, fecha de caducidad, étnicos, precocinados, light, productos con, productos sin, alimentos modificados, alimentos de síntesis, alimentos análogos, snacks dietéticos, bebidas inteligentes, alimentos enriquecidos, embutidos vegetales, ecológico, biológico, orgánico, exóticos, reformulados, de proximidad, tradicionales, salvaje, (...)”

(Contreras y Ribas, 2012, p.6)

En esta línea, Racionero (2010) pone de manifiesto que en la actualidad parece que las personas tienen más información que nunca sobre los alimentos y, paradójicamente, no saben lo que están comiendo, una contradicción que queda condensada en el título de su libro: “Del comer al nutrir. La ignorancia ilustrada del comensal moderno”. Lo que para otros autores revela el proceso de desculturización en el que se ve sumido el hombre entre procesos de *cientificación* y *medicalización* de la alimentación:

“En efecto, nunca como hoy habíamos tenido tanto conocimientos sobre los alimentos, las enfermedades y sobre la biología y la fisiología humanas. Los avances científicos permiten hoy análisis extraordinariamente pormenorizados, de tal modo que podemos saber hasta el más mínimo detalle la composición cualitativa y cuantitativa de cualquier alimento. De este modo, si tenemos en cuenta la publicidad científica, su eco en los medios de comunicación y la publicidad alimentaria, nuestra sociedad contemporánea no parece ya que “coma” manzanas, carne de pollo o de cerdo, atún, coliflor, yogurt o vino sino más bien que “ingiera” calcio, hierro, polifenoles, flavonoides, vitaminas, caroteno, glucosa, fibra, grasas, saturadas, monoinsaturadas o poliinsaturadas, ácido oleico, fósforo, alcohol etílico, proteínas, antioxidantes, taninos, bífidos, omega 3, fitoesteroles,”

(Contreras y Ribas, 2012, p.5).

A la lista que exponen estos autores habría que añadir el concepto de “superalimentos”, un término del que nos habla Mariano, el profesor de matemáticas de un centro educativo de Lorca (Murcia) al que entrevistamos por el interés que nos despierta su proyecto de un “Huerto escolar”:

Entrevistador: hay otra cuestión que quizá pueda ayudarme con ella, y es que la industria alimentaria suele utilizar muchos argumentos referentes a lo saludable de sus productos, tipo “contiene vitaminas, contiene hierro...”, se lo comentaba al hilo de lo que me había dicho referente a que llevaban “Actimel”, este producto de asocia a que “aumenta las defensas en nuestro cuerpo”, ¿Cree que esto puede confundir a los niños sobre lo que se supone que es sano?

Mariano: sí claro, sin duda, y además está el otro alimento que le he comentado, los biofrutas, que lo venden como un “superalimento” que aporta de todo al niño y a las 11:00 de la mañana se está tomando leche más fruta todo mezclado, y cuando te paras a verlo pues la verdad no es lo mismo, por eso la información al niño es importante, el trabajo mediante actividades como el “Huerto escolar”, también es importante, pero la mamá es la que realmente puede cambiarlo todo. Si la mamá y el papá, sea por cuestión de tiempo..., llenan la cesta de la compra con cosas cómodas y para su hijo echan los donuts y el “biofrutas”, pues mira, eso para el crío también es cómodo, porque al crío lo que le gusta es eso y es lo que ve mejor que otra cosa que le pueda gustar menos... el niño no llena el carro de la compra. Todo se limita al tiempo, ya que si por la mañana no tienen tiempo y por la noche cuando llegan tarde le cuesta tener que ir a comprar el pan para poder al día siguiente hacerles el bocadillo con el salchichón y el queso, o el atún y mayonesa de toda la vida, pues la comodidad al final trae su consecuencias,

piensan “tampoco pasa nada porque se coma un biofrutas...” ya le haré esta tarde una tortilla francesa, el crío el pobre tiene la información pero por ejemplo a mí me han llegado a decir “profe si es que yo ya le he dicho a mi madre que me eche un bocadillo pero me sigue echando esto...”, entonces claro, contra esto poco se puede hacer, qué puede hacer el pobre crío...

(Mariano, docente, 2017)

Lo más destacable de este nuevo orden alimentario es que los nuevos alimentos y conceptos nutricionales entran en juego en el campo social, cargándose de connotaciones culturales y simbólicas permitiendo articular aspectos nutricionales con distinción social. Lo hemos visto en el caso descrito por el experto J. Manuel López, cuando destacaba que las madres seguían comprando Actimel para el desayuno escolar de sus hijos para no parecer “las pobres del colegio”. En nuestras entrevistas también hemos observado en un elevado número de ocasiones cómo estos nuevos productos alimentarios sirven, por ejemplo, para distinguirse como una “buena madre”:

Isabel: (...) Total que un niño de 6 años hay que sacarle piezas por estar picadas, es lo que te decía de quitarles el hambre, porque mira ese crío para almorzar se lleva un osito, un bollo que tiene pepitas de chocolate y un “Actimel” o un biofrutas... y eso lleva un montón de azúcar. Yo creo que es que muchas piensan que como es fruta o lleva parte de fruta eso es mejor que darle un batido de chocolate, pero en realidad es que no se paran a leer, porque si tú lees lo que lleva el zumo puedes ver la cantidad de azúcar que lleva y luego de fruta poco, poco... yo creo que esas madres en realidad son muy cómodas, eso es pura comodidad, porque tú vas al súper compras un paquete de zumos y se lo das a tus hijos y es más cómodo que ponerte a escurrir naranjas o hacer trocitos la fruta y echárselos en un tápex...

Aunque en los colegios hacen el día de la fruta hay muchas que van a lo fácil, yo lo mejor creo que sería hacerle todos los días un bocadillo, le haces un bocadillo con tu rodaja de pechuga y eso siempre será mucho mejor que mandarles un zumo prefabricado de esos, o si no los “Petit Suisse” de esos bebibles, que yo estuve haciendo un curso en la guardería y la mayoría de las madres les ponían eso para almorzar en el colegio, es como un “sobrecico” con un pitorro y los críos se lo beben con toda sus grasas y su azúcares... por suerte también habían algunas madres que les mandaban su tappex con piezas de fruta, pero esas eran las menos, recuerdo una madre que le llenaba a su hija una bidón de esos de ciclista con zumo de naranja, porque eso de que se le van las vitaminas eso es mentira, se ha comprobado que no pierde propiedades aunque haya pasado tiempo desde que las escurres, entonces tú le escurres tu zumo a las 8 de la mañana y la cría se lo toma a las 11 y sigue teniendo todas sus propiedades y es mucho mejor que cualquier cosa que le puedas echar, mucho más que un “Biofrutas” de esos o un “Petit Suisse”, o un “bibibabimel”...los quesos esos que llevan los palitos de rosquilla que eso no es nada más que grasa, o si no la típica madre que directamente te mandaba a los críos con los bollicaos, así que volvemos a lo que te he dicho antes de las madres cómodas,

(Isabel 35 años, madre de dos niños no obesos, 2018)

Paradójicamente, los productos alimentarios industriales funcionales y el enorme cúmulo de concepciones científicas que los envuelven, representan un objeto simbólico que sirve para distinguirse como una “buena madre”. Tanto en el caso de aquellas madres que los demonizan por ser categorizados como alimento tabú por los expertos en nutrición. Como para aquellas que lo consideran como un alimento sano y beneficioso para la salud de sus hijos, amparándose en argumentos científicos. Esta segunda postura la vemos en el siguiente relato:

Samara: los chiquillos es que están muy “consentíos”, porque las abuelas les preguntan ¿qué queréis “pa” cenar? Pues unas papas fritas, un huevo frito, que si la empanadilla, eso les gusta mucho pero eso engorda

Remedios: ¿eso engorda? Y darles el biofrutas to los días pa almorzar eso qué, eso sí que es malo, eso sí que engorda, ¿tú qué sabes niña?

Samara: eso es no es malo, eso es bueno porque eso lleva vitaminas y lleva leche, y lleva tos los nutrientes que el crío necesita, prefiero darle eso que meterles un bollicao.

(Grupo padres Centro Cívico, 2018)

La cuestión es: ¿por qué se produce esta contrariedad? Puede que la clave esté en el *habitus alimentario* desde el que se interpreta el mensaje. Así, mientras que Isabel se posiciona como una buena madre cercana a la norma médico-nutricional, desplegando un *capital alimentario legítimo* y defendiendo prácticas que requieren sacrificio y entrega para ajustarse a la norma, lo que podría ser representativo del *habitus alimentario legítimo* que estudiaremos en profundidad en la tercera parte del análisis. En el caso de Samara sus prioridades revelan un *habitus alimentario* más ecléctico, probablemente fruto de la cacofonía informativa que caracteriza el contexto posmoderno.

5.2.2.2. Alimentación tradicional

En este apartado queremos analizar con detenimiento las ideas y efectos que envuelven a un concepto que en los discursos médico-nutricionales se asocia a la alimentación saludable: la alimentación tradicional. Como veremos este concepto, a menudo asociado a la conocida “dieta mediterránea”, no sólo hace referencia a nociones nutricionales, sino que trasciende a la esfera moral y ética, al transmitir de manera explícita e implícita la idea de que es el sinónimo de la buena

educación, del buen comer e incluso el “buen vivir”. Lo hemos visto en afirmaciones como la de la experta en TCA:

Entrevistador: ¿Cómo ha influido la incorporación de la mujer al mundo laboral en la alimentación familiar?

Nutricionista 1: Pues yo pienso que negativamente, estamos perdiendo costumbres como cocinar comida casera, la comida tradicional que es más saludable, la comida que hacían nuestras abuelas, sin quererlo contenían todos los nutrientes que nuestro cuerpo necesita.

Entrevistador: ¿la comida tradicional?

Nutricionista 1: Sí, efectivamente, esa es la clave, si no hubiéramos perdido nuestras costumbres no tendríamos problemas de obesidad, porque nosotros teníamos una dieta, que es la envidia del mundo entero, la dieta mediterránea y nos hemos dejado llevar por la seducción de lo rápido de lo fácil.

Entrevistador: ¿Qué características tiene que la diferencian de la de ahora?

Nutricionista: Hombre ahora la comida es de peor calidad, empezando por los alimentos que son manipulados genéticamente, la cantidad de grasas, de azúcares, de alimentos procesados. La comida de nuestras abuelas era una comida equilibrada, con muchas verduras, legumbres, hortalizas, en definitiva hidratos de carbono de cadena larga que se iban absorbiendo poco a poco y te permitía ir alimentado al duro trabajo en el campo, que es lo que había.

Entrevistador: ¿Incluso la fabada?

Nutricionista: Incluso la fabada es una comida saludable, hombre si no te pasas de morcilla, porque aunque tiene muchas calorías son calorías buenas, no calorías libres como las que aportan los alimentos procesados que contienen azúcares como el jarabe de glucosa o fructosa que además se metabolizan en el hígado y son malísimos.

(Nutricionista 1, pilotaje, 2017)

La comida tradicional no solo es sinónimo de alimentación saludable sino que adquiere una función simbólica de pureza en contraste con una vida moderna en la que los alimentos han perdido su autenticidad porque están “manipulados genéticamente”. Sin embargo, aunque la manipulación genética de los alimentos es algo que escapa al control de los sujetos:

Historiador: (...) O sea, hemos perdido soberanía, ahí hay dos o tres países que son los que manejan todo el cotarro y a los que intentan salirse del cotarro los fríen de una forma o de otra. Te decía eso por el tema de Monsanto. O sea, vamos ver, yo no estoy en contra de esta gente, desde hace más de tres siglos el hombre está cruzando especies para conseguir, mejor producción láctea, un cereal que le afecten menos las plagas, vegetales que resistan mejor en todas las condiciones climáticas y que se produzcan alimentos en todas las épocas del año, o una almendra que se pueda consumir, porque una almendra como tal no se puede consumir de ninguna de las maneras, eso está bien. El problema es que se permita que una empresa como ésta llegue a patentar lo que no se puede patentar, porque es algo que no es de ellos sino que pertenece a La Tierra, me refiero a las semillas que patenta; y no ya solo eso, sino que el tema de Monsanto es que las modificaciones que ellos hacen es por ejemplo para que las plantas puedan resistir herbicidas cada vez más fuertes como el famoso glifosato que se sabe que es cancerígeno, ese es el tema. (...)

(Historiador, experto en alimentación, 2017)

Paradójicamente, desde los enfoques biomédicos se responsabiliza de la pérdida de las prácticas alimentarias modernas a los sujetos por decantarse por la comodidad y la rapidez: “nosotros teníamos una dieta, que es la envidia del

mundo entero, la dieta mediterránea y nos hemos dejado llevar por la seducción de lo rápido de lo fácil". Luego se observa de nuevo la *doxa alimentaria biomédica* de culpabilización que no se plantea los apremios de una sociedad con continuos cambios socioculturales y estructurales (avances tecnológicos y socioeconómicos) que pueden haber empujado a los sujetos a cambiar sus prácticas alimenticias tradicionales por otras modernas.

La cuestión es que, aunque con ciertas diferencias inherentes a los diferentes enfoques científicos, expertos del ámbito biomédico y sociocultural coinciden en que la dieta mediterránea/alimentación tradicional es una alimentación beneficiosa para la salud. Para algunos expertos del ámbito sociocultural, esta alimentación puede que tenga un cierto efecto protector o amortiguador frente a factores externos:

Entrevistador: ¿Cree que pueden desplazar la tradicional comida en familia y todo eso?

C. Diaz: Bueno, ¿de cuánto tiempo hablamos? (se ríe) nos sé, a ver yo creo que una de las cosas que estamos viendo nosotros es que una de las tendencias posibles es que las jóvenes generaciones que no saben cocinar, o que hipotéticamente podrían saber cocinar menos, las mujeres jóvenes que no están dispuestas a asumir los roles en las cocinas, no están dispuestas a hacer comidas domésticas, podemos imaginar este contexto y este sería un contexto favorable para que favoreciera y creciera la industria agroalimentaria, la industria de comida preparada, ¿eso está pasando?, pues mira tenemos una circunstancias muy peculiar en España y es que nuestros hijos se van de casa a los 31, la media está en los 31 y eso es una barbaridad y eso significa que comen en casa hasta los 31 y después de los 31 se van porque se van sin pareja y empiezan a vivir en sus propias casas a partir de los 31. Yo tengo la sensación de que esa emancipación tardía, lo que hace es

que los saberes alimentarios se trasladan al nuevo hogar pero no hay unas prácticas totalmente diferentes de las del hogar de origen, ¿quién tiene prácticas distintas?, los chicos jóvenes, los chicos y las chicas jóvenes pero que viven con sus padres, es decir un chico, o una chica de 18 años, de esos que está estudiando tú salen de fin de semana y van al Mc Donald's seguro, seguro (lo afirma), o se quedan un día solos en casa y se compran una cosa de esas que se llama "ya te como" no sé si están por ahí los motivos (...)

Entrevistador: Sí sí, ya aparecen (...)

C. Diaz: a ver ¿lo hacen? Seguro (lo afirma), pero es que estamos hablando de jóvenes que al día siguiente viene su mamá y les hace una fabada o una paella o sea, mi impresión es que no hay una ruptura generacional en las prácticas culinarias que justifique que vamos a cambiar radicalmente lo que sí vemos es que el tema de la valoración de la comida se está trasladando a las nuevas generaciones que hay un interés de los jóvenes por comer bien quizá los motivos son un poco distintos a los del pasado porque ahora importa más la salud y además se asocia con el bienestar físico general, por ejemplo con hacer deporte. Es decir, las motivaciones para hacer la comida no son las mismas que las de las madres quizás son más individuales que lo fueron las de las madres, es decir no se cocina para la familia, se cocina para cuidar la línea, a lo mejor. Pero bueno, en cualquier caso sinceramente no veo que hayan elementos para considerar que vayamos a un cambio radical pero eso no significa que progresivamente no se introduzcan cosas nuevas, por ejemplo las pizzas están muy instauradas, tú le preguntas a una madre y te responde: "ah, yo un día a la semana comemos pizza" pero eso no significa que se hayan pasado a la comida rápida, significa que han integrado una comida rápida en el resto de las comidas, por conveniencia, lógicamente, porque es fácil, porque les gusta a los niños..., por todo aquello por lo que están hechas las comidas rápidas, sin embargo la integración de productos en la rutina no descoloca, no desbarajusta y no desestructura el

resto de las rutinas se come bien, se cocina, se come en casa, se come en compañía.

(C. Díaz, catedrática en sociología, 2017)

Estos mensajes expertos se ven reflejados en los esquemas de nuestros participantes que relacionan la comida tradicional con el comer bien, comer, saludable y un patrón alimentario cercano al polo legítimo:

Moderador: ¿qué pensáis que es más saludable la comida tradicional o la moderna?

Alumna 9: la tradicional porque no lleva tantas grasas y es más buena,

Alumno 3: la tradicional suele ser más sana porque antes yo creo que se comían menos dulces y yo como casi siempre la comida de las recetas que le dio mi abuela a mi madre, pero cuando cocina mi padre las suele sacar de internet,

(Grupo 1, 4º A primaria, 9-10 años, 2017))

Esta apreciación también está presente en los grupos de discusión de padres que identifican la comida tradicional como un referente de la comida saludable y natural.

Madre 5: Tenemos muchos niños obesos porque comen de más y por la mala alimentación y porque hemos dejado de comer los platos naturales que nos hacían nuestras madres, ya no se cocina en casa esa comida tradicional... (Le interrumpen)

Padre 8: sí sí, eso es verdad ya no se hace nada en casa y se compra todo hecho, y lo hecho tiene más calorías porque tiene más grasas, por eso engordan los niños.

(Grupo padres, pilotaje, 2017)

Y por supuesto también está presente en las percepciones de los abuelos cuyas vivencias les permite identificar con mayor autoridad la autenticidad de los alimentos, debido a la cercanía que en su juventud tuvieron con los alimentos que consumían:

Entrevistador: ayer me decías por teléfono que tu vecina cultiva verduras en su huerta y que le sueles comprar, (...)

Emilia: sí, las zanahorias que le echo yo al chiquillo, a veces me las da ella porque como echa ahí un trocillo y salen muchas pues al ser muchas tiene de sobra y ella no las gasta, y entonces ¿qué hace? pues viene y me trae cuando puede, yo tengo ahí para darle al crío 2 meses, las zanahorias aguantan mucho en el frigo, son zanahorias, zanahorias ¿sabes?, como las que plantábamos antes allí en el pueblo. No son chalotas de esas que venden y luego me gustan porque son puras, son más sanas, vienen más puras, vienen más limpias, es que ella ahí no hace más que echarle una miaja de agua y si es que ve que le sale algo le echa mu poco, me dijo “si quieres guardarlas, estas aguantan mucho en el frigo” mira, mira, aquí las tengo (las muestra al entrevistador), ¿ves que unas son más chicas, otras son más grandes...? esta mira que rara, le salió amarilla, pero es que no le echa na. A mí es que cuando voy a comprar me gusta ir al mercado de la calle, porque puedo coger lo que me da la gana, y por lo menos... yo que sé... siempre será mejor,

(Emilia, 67 años, abuela, 2018)

Así, lo tradicional se vincula a esquemas en los que se entremezclan criterios saludables y morales que los abuelos parecen detectar en mayor medida por su experiencia directa con la agricultura en el pasado: “son zanahorias, zanahorias ¿sabes?, como las que plantábamos antes allí en el pueblo”. Criterios que sirven para adaptarse a un contexto moderno de abundancia de alimentos seleccionando

los alimentos que parecen vincularse a ese modo de vida tradicional sin aditivos o agentes que puedan alterar la variabilidad inherente a la propia naturaleza:

“(…) ¿ves que unas son más chicas, otras son más grandes...? esta mira que rara, le salió amarilla, pero es que no le echa na. A mí es que cuando voy a comprar me gusta ir al mercado de la calle, porque puedo coger lo que me da la gana, y por lo menos... yo que sé... siempre será mejor, (...)”

(Emilia, 67 años, abuela, 2018)

No obstante, a pesar de que todos nuestros participantes parecen identificar la comida tradicional como la comida más saludable, en la práctica se ha constatado que no se sigue este patrón alimenticio. La cuestión que nos planteamos es: ¿por qué se produce esta contradicción? ¿Es por “comodidad” como sostienen los expertos biomédicos? ¿Es por cuestiones de organización socio-laboral? ¿Es una combinación de ambas? La reflexión que propone C. Díaz nos invita a pensar que en las prácticas alimentarias modernas se producen, conforme a I. Hacking, ciertos ajustes en base a las categorizaciones de lo sano, que establecen los expertos en combinación con esquemas precedentes que se adquieren por transferencia cultural o por preferencias y convicciones propias:

Un ejemplo de estos ajustes lo observamos en María, quien a pesar de que despliega un *capital alimentario legítimo* adquirido tras el contacto con los expertos en dietética y nutrición que ha estado visitando para controlar el exceso de peso de su hija, despliega unas prácticas alimenticias que no se ajustan del todo a las normas sino más bien a los gustos y preferencias familiares:

Entrevistador: Muy bien. Bajo su punto de vista, ¿en qué consiste una alimentación sana?

María: pues una alimentación que sea variada, que se coma de todo sin pasarte de comer grasas, sal y azúcar. Tampoco se trata de no comer nada de una cosa porque hasta la grasa es necesaria, porque hace falta para que tu cuerpo produzca hormonas. Nosotros a lo mejor barbacoa de carne con choricillos y eso hacemos una o dos veces al mes, un lujo que te puedes permitir de vez en cuando. Yo siempre intento comprar carne que lleve más magra que grasa y le echo poco aceite a las comidas. Comemos verduras por lo menos tres veces por semana, tomamos fruta por la tarde en vez de postre, porque después de comer engorda. Bebemos más agua que antes porque eso también ayuda a eliminar las grasas y a hacer bien el metabolismo, eso lo hacíamos mal antes.

Entrevistador: ¿de dónde ha sacado esta información? Me imagino que de las consultas de médicos y nutricionistas que me ha comentado antes, pero ¿hay algún otro medio que influya en la alimentación familiar?

María: si, estos son algunos de los consejos que nos dan los dietistas y algunos de los hábitos que nos han hecho cambiar en la clínica que le han hecho la reducción a mi hija. También me gusta mirar cosas por internet, que antes no miraba tanto porque yo seguía las recetas que me había enseñado mi madre. Por ejemplo mi hija vio el otro día en Instagram los superalimentos y resulta que el boniato o la batata, que es lo mismo, tiene mucho más calcio y vitamina. A que la patata, además tiene menos calorías. También se ven noticias de las cosas artificiales o las historias estas del aceite de palma que le meten a todo. Entonces yo antes a raíz de esto me fijó más en si lleva aceite de palma, antes no me fijaba en las grasas de la barra de jamón de york o en los azúcares de lo danones, todo eso. También hemos cambiado otros hábitos como salir a andar por el paseo todas las tardes o las noches, o desayunar muesli de avena y trigo con leche de soja. Los bizcochos caseros se los sigo haciendo pero hago muchos menos, a lo mejor una vez al mes, porque mis hijos son muy golosos y prefiero que se coman algo sano,

hecho en casa, aunque sea de vez en cuando, a que se compren guarrerías del supermercado.

(María 52 años, madre de adolescente obesa, 2018)

Tras el contacto con un experto en nutrición, en esta familia se producen cambios en sus prácticas alimenticias. Se ha reducido el consumo de sal, grasas y azúcar, se comen la fruta a media tarde en lugar de al final de las comidas de postre, se bebe más agua y se sale a dar paseos, entre otras prácticas que se consideran más saludables. No obstante, a pesar de la determinación de esta madre y su familia por comer más saludablemente y reducir el peso corporal, no se abandonan tradiciones como las barbacoas que se concibe como un “lujo que te puedes permitir de vez en cuando” y no dejan de cocinar dulces como el bizcocho aunque se reduce su consumo. Luego los aspectos simbólicos y culturales tienen más peso dentro de la alimentación de lo que se le asigna desde instancias médicas, poniendo de relieve que alimentarse es una práctica que incluye aspectos más complejos que los meramente fisiológicos e incluso los estéticos. Lo que sí queda patente es el cambio de percepción y la interiorización que se produce en esta madre sobre la categorización de sus hijos, a los que describe como “golosos” cuando se salen de las normas médico-nutricionales, lo que refleja el *efecto bucle* que describe Hacking. Tampoco debemos pasar por alto que en este marco biomédico, como ya se ha observado en los grupos de discusión de los niños/adolescentes, la vigilancia y el autocontrol pasa por la responsabilidad de ir adquiriendo más información nutricional a la que también se puede acceder mediante las redes sociales como internet, llegando a desplazar la tradicional transferencia de saberes culinarios de madres a hijos: “también me gusta mirar cosas por internet, que antes no miraba tanto porque yo seguía las recetas que me había enseñado mi madre”.

En estos procesos de ajuste también hay que tener en cuenta las facilidades que ofrece la industria alimentaria, el tipo de organización socio-laboral, el tipo de ocio que existe en tu entorno y que se reflejan en la introducción de algunos alimentos y prácticas alimenticias categorizados de insanos dentro de una base tradicional, como es el caso de las pizzas:

Moderador: cuando salen a comer fuera, ¿dónde van?

Madre 4: yo a veces lo llevo a una pizzería que hacen unas pizzas a la piedra que son caseras, no son como las que les pueda hacer yo pero también hay que sacarlos de vez en cuando, y darse después una vuelta, yo no tengo quien lo saque, estoy yo sola y el crío se desespera en la casa, luego a veces también lo llevo por las tardes al parque las bolas o nos quedamos al salir de las clases de judo con otras madres hablando mientras que él juega con sus amigos y si se nos hace tarde comemos en alguna terraza, le pido un bocadillo de pechuga de pollo con lechuga y eso le intento pedir cosas sanas,

Madre 2: Pues chica yo prefiero hacerles a mis hijos una pizza en casa y echarle lo que yo considero sano, hacer una masa con harina de verdad sin química de esa que le echan para que fermente y no llevarlo a una pizzería para que coma porquerías, luego después de cenar en mi casa cosas naturales lo puedo sacar a la calle, así solo estás haciéndole asociar el ocio con la comida basura y luego pasa lo que pasa,

(Grupo padres Carrión, 2018)

Aunque el consumo de pizza se hace de forma esporádica, se puede observar el debate que genera, ya que en su trasfondo se categoriza como un alimento insano. Por ello, ante el temor de los juicios sociales, los padres construyen un discurso basado en sus criterios de salud y de la buena madre, que ponen de

relieve que la distinción parece tener más peso dentro del campo social de la alimentación.

Para otros expertos del ámbito biomédico, aunque la comida tradicional sigue siendo el referente de comida saludable, y los abuelos sean partícipes de su transmisión, lo que encajaría con la teoría *bourdieana* de la transferencia de capitales, aprecian inequívocos cambios de traslación hacia una industrialización de las prácticas alimenticias:

P. Ojeda: y esta es la verdad que los abuelos les dan buenos platos porque ellos comían buenos productos, pero también a veces caen en la tentación de darles lo otro no tan saludable no tienen tiempo y caen en lo fácil, y este tipo de cosas... pero lo que sí que es verdad es que a la hora de alimentarse, los platos de comida yo no tengo pegas con ellos, pero al final volvemos a lo de siempre, es que los responsables somos nosotros (...)

Entrevistador: pero la tradición también influye algo... en referencia a esto Cecilia Díaz Méndez que también tuve la suerte de entrevistarla, es una catedrática sociología de la alimentación,

P. Ojeda: sí, sí la conozco,

Entrevistador: ella me dijo que nuestra cultura nos puede proteger de la globalización, de la comida rápida, de la hiperproductividad de alimentos procesados, porque dice que también nos independizamos muy tarde, a los 30 o así, y nos llevamos como muy inculcado esto a nuestros nuevos hogares, no sé si opina usted lo mismo...

P. Ojeda: pero que nos llevamos a nuestras casas ¿el qué...?

Entrevistador: pues el comer en familia, el comer de cuchara, que se identifica con una comida saludable...

P. Ojeda: claro, claro...ya te digo, yo aquí en mi casa tengo la suerte, y entiendo por lo que estoy escuchando que se repite el patrón, que cuando

mis hijas comen en casa de mis padres comen muy bien, porque la comida es muy buena, independientemente de los caprichicos que se les dan, que son abuelos... y todos los abuelos pues quieren consentirlos, pero como comida es comida tradicional es muy buena, sí es verdad que cada día ese patrón está cambiando, ese patrón yo creo que tiende a desaparecer un poquito más, pero no por nada, sino por la explosión tan bestial, y cada día más, de que en cada una de las esquinas te encuentras un “fast food” un “Junk food” y esto es impresionante y cada día que salimos ya vamos con estrés. A los 30 años comemos bien, relativamente bien, y eso ya va cambiando también conforme crecemos, porque nuestros padres van desapareciendo y ya vamos cogiendo nosotros las riendas, pero la implementación que hay ya de comida rápida, de facilidad, de barato, de que te lo llevan a casa, de que te dan 2 hamburguesas por 3 euros, tu mujer y tú trabajando... todo esto es impresionante (...)

(P. Ojeda, nutricionista, 2017)

Bajo el punto de vista de este experto, a pesar de la construcción de la idea de la alimentación tradicional como alimentación saludable y el extendido fenómeno de la feminización de la vejez, cuya influencia pueda repercutir en la transmisión de cierto capital cultural de abuelos a nietos. Entiende que pesa más las facilidades que ofrecen la comida rápida, sus reducidos precios y la amplia red de distribución que hay tras ella, por encima del *capital alimentario tradicional* aprendido en las casas. Ante esta reflexión queremos destacar que el consumo de alimentos industriales puede que no tenga que ver del todo con una elección tan libre y hedonista como se presume: “porque nuestros padres van desapareciendo y ya vamos cogiendo nosotros las riendas” (P. Ojeda, nutricionista, 2017). En los grupos de discusión de niños/adolescentes hemos captado la transmisión de *capital alimentario* de abuelos a nietos y las complejas adaptaciones que éstos deben hacer

para conseguir satisfacer los gustos de los nietos, al tiempo que alimentan de forma saludable siguiendo sus criterios saludables tradicionales, entrando en el juego social de la “buena abuela”. Lo que podrá representar al *habitus alimentario posmoderno* que exponemos en nuestro marco teórico:

Moderador: cuando cocina la abuela ¿creéis que piensa en que la comida sea saludable o que os guste?

Alumna 1: yo creo que no lo piensa mucho,

Alumno 2: mi abuela sí lo piensa,

Alumno 4: mi abuela piensa en que sea saludable y que me guste, en las dos cosas,

Alumno 5: yo es que como no me cocina mucho, cuando cocina para mí hace lo que me gusta para que esté contento,

Alumno 7: mi abuela piensa en lo sano, porque el otro día me hizo una hamburguesa verde así de grande de espinacas que la verdad estaba buena,
(...)

(Grupo 3, 5º B primaria, 10-11 años, 2017)

En otro orden de cosas, podemos observar la forma en que la industria alimentaria aprovecha precisamente la construcción de la idea de la alimentación tradicional como la alimentación más saludable para captar clientes. En este sentido, queremos destacar la denuncia que la asociación VSF Justicia alimentaria realiza en 2014 por las estrategias engañosas de determinados anuncios publicitarios de productos alimenticios industriales, con *slogans* que juegan con el capital simbólico que supone la identificación de un producto con algo que resulta familiar o de confianza para los consumidores:

MENTIRA PODRIDA DENUNCIA LA PUBLICIDAD ALIMENTARIA

 Twittear
  Me gusta 1



16/12/2014 - 14:22 | VSF Justicia Alimentaria Global

Desde Mentira Podrida, la nueva campaña de VSF Justicia Alimentaria Global, hemos analizado la publicidad relacionada con la alimentación. ¿Qué efectos tiene en el consumidor la publicidad alimentaria, qué tipo de tendencias se están dando en los últimos

años, qué estrategias utiliza la industria alimentaria para inducirnos a la compra y hasta qué punto estas son ilícitas, perversas o inducen, como mínimo, a la confusión?

Eslóganes como fresco, saludable, hecho en casa, auténtico, real, artesano o directo del campo han sido los más utilizados por las marcas para vender sus productos. La industria ha visto una oportunidad para apropiarse del uso de este tipo de conceptos haciendo creer al consumidor y consumidora propiedades que los productos industriales lógicamente no tienen. De esta manera arrebatan el significado de los reclamos a las pequeñas explotaciones, artesanales y realmente auténticas, que sí están trabajando basadas en estos atributos.

Estamos hablando, por tanto, de publicidad engañosa y, desgraciadamente, es más común de lo que pensamos cuando nos referimos a la publicidad en el sector alimentario. En los últimos años, la publicidad de alimentos ha dado un giro apostando

(Imágenes obtenidas de la web de VSF Justicia Alimentaria Global, en abril de 2020¹⁶)

La asociación de la salud a los esquemas tradicionales guarda relación también con su vinculación a un mundo natural y puro, paradójicamente desvinculado de los procesos artificiales que precisamente utiliza la industria alimentaria para fabricar sus productos alimentarios. Como reflejo de la reconceptualización que la alimentación ha experimentado en las últimas décadas, como sugieren Contreras y Ribas (2012), el concepto de lo “natural” también es utilizado para vender productos alimentarios a los niños:

¹⁶ Disponible en: <https://justicialimentaria.org/denuncia/mentira-podrida-denuncia-la-publicidad-alimentaria>



(Imágenes obtenidas de la web de Nestlé, en abril de 2020¹⁷)

5.2.3. Ideas sobre el cuerpo

Aunque ya hemos abordado en cierto modo algunos efectos de la construcción de la obesidad como una enfermedad epidémica en relación con los esquemas corporales modernos. En este apartado queremos reflexionar sobre otros posibles efectos en el marco de una *biopolítica* de la salud, como por ejemplo el aprovechamiento por parte de las farmacéuticas y/o profesionales del ámbito sanitario de la preocupación colectiva por la obesidad como una condición patológica y la idealización de un estado corporal saludable, que además coincide con los estereotipos de belleza. Circunstancia que se aprovecha con frecuencia para vender productos adelgazantes y dietas milagro. Sobre la proliferación de estas dietas adelgazantes y su vinculación con los estereotipos de belleza hemos preguntado a una dietista experta en TCA:

Entrevistador: ¿Cree que guardan alguna relación los estereotipos de belleza sociales y el auge de las dietas milagro o las pastillas para adelgazar?

Nutricionista: las dietas milagro tienen mucha relación con los estereotipos de belleza, de eso entiendo yo mucho y te puedo mencionar unas cuantas, por poner un ejemplo las que se basan en pastillas, por ejemplo (menciona marcas). Realmente no existe ninguna pastilla que adelgace, porque si no, no

¹⁷ Disponible en <https://www.nestlefamilyclub.es/marca/nesquik>

existiría gente con sobrepeso ni gente con obesidad, la tomaríamos todo el tiempo, porque así podríamos comer de todo y luego nos tomamos la pastilla y quemamos la grasa, no existe. (...)

Entrevistador: ¿Cómo afectan a la alimentación de los más jóvenes este tipo de dietas?

Nutricionista: (...) Las dietas milagro siempre son dietas de bajo valor calórico, ¿Qué inconvenientes tienen? La mayoría provocan alteraciones gastrointestinales, caída del pelo, fragilidad en las uñas, amenorrea, debilidad muscular, insomnio, ansiedad o depresión..., entre otros.

Hay algunos test que te dicen qué alimentos puedes tomar y cuales no puedes tomar, te sacan un análisis de sangre y... ¡siempre te sacan alguna intolerancia! (en tono sarcástico), la mayoría de estas intolerancias está relacionada con la harina, con los lácteos, la pasta, el arroz, dulces, bollerías,..., entonces al final te retiran tanta cantidad de alimentos que sin más remedio pierdes peso. (...)

Luego, dietas disociadas que son las que se basan en que la combinación de alimentos provoca un aumento de peso, entonces separan hidratos de carbono y proteínas.(...)

Otra es la dieta de la sopa quema grasa, en la que solamente comes sopa en todo el día no tomas otro tipo de alimentos están totalmente prohibidos y solamente tomas sopa, y además claro, es de verdura, luego las calorías son las mínimas.

Hay una que se llama la dieta de la Clínica de Mayo que es en la que comes de 4 a 6 huevos diarios, claro entonces el colesterol (...)

Otra dieta llamativa es la dieta Darkin donde el 90% de la dieta está compuesto por proteínas (...) si quitas un alimento así de la nutrición eso es peligrosísimo.

Este tipo de dietas, por supuesto provocan estreñimiento porque no tomas casi fibra. Y ya luego otros ejemplos son la dieta de la Luna, la del pomelo que es un poco como la de los zumos quema-grasas.

Entrevistador: ¿A qué crees que se debe el aumento de este tipo de dietas? ¿Conoces la dieta Detox que promete desintoxicar el cuerpo a base de batidos de verduras crudas?

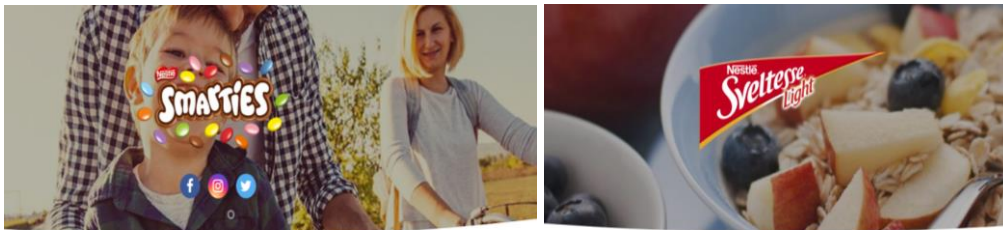
Nutricionista: ¡A ver!, realmente, lo que ha hecho que aumente este tipo de dietas..., la publicidad ayuda mucho, el prototipo de cuerpo de personas con influencia hace que uno quiera estar delgado y sabes tú que inventan lo que no existe para que al final la gente llegue a ser así.

(Dietista-nutricionista 2, experta en TCA, 2017)

Podemos observar cómo esta experta reconoce la influencia de los estereotipos de belleza en la alimentación de los jóvenes: “la publicidad ayuda mucho, el prototipo de cuerpo de personas con influencia hace que uno quiera estar delgado y sabes tú que inventan lo que no existe para que al final la gente llegue a ser así” (dietista-nutricionista 2, 2017). Tras esta reflexión, nos cuestionamos si puede estar relacionada la forma en que se construyen las ideas sobre la belleza y el cuerpo ideal, sobre todo desde unos medios de comunicación especializados en sacar pingues beneficios de ello y el auge de las dietas adelgazantes.

Podríamos mostrar cientos de ejemplos en los que un producto alimenticio es vinculado simbólicamente a la juventud, la salud y la belleza física y, en general, a modos de vida saludables que se pueden conseguir con el consumo de productos industriales. En este sentido Nestlé saca buen provecho de estos mensajes en las decenas de productos alimenticios que saca al mercado. Merece la pena navegar por su página web para ver cómo en sus *eslóganes* se conjugan salud y estética,

representando esquemas corporales y actitudes saludables como siluetas delgadas, abuelos con la vitalidad de un adulto joven y familias felices haciendo deporte, o características psicológicas del ser humano como la fortaleza, la felicidad y el placer, como ganchos publicitarios más destacables. Para que el consumidor lo relacione con el consumo de su producto:



¡Para toda la familia!

Placer sin remordimientos

¿Sabías que una buena nutrición protege tus defensas?

Meritene[®]
FUERZA Y VITALIDAD

Con alto contenido en **proteínas**, también contiene **Vitamina C, Zinc y Selenio**
Que contribuyen al funcionamiento normal del **sistema inmunitario**

Nestlé

DESAYUNO SALUDABLE | INGREDIENTES DELICIOSOS | PRODUCTOS E PROMOCIONES | RECETAS Y CONSEJOS | COMPROMISO

Fitness
¡HAZ DE TU DÍA A DÍA UN DEPORTE CON FITNESS®!

¿Sabes que cada día haces cosas que podrías considerarse un deporte? Usar las escaleras en vez del ascensor, ir en bici al trabajo o pensar a tu perro... Fitness[®] con avena integral y vitaminas del grupo B (B2, B3, B5 y B6) te aporta energía nutritiva para hacer de tu día a día un deporte.

(Imágenes obtenidas de la web de Nestlé, en abril de 2020¹⁸)

¹⁸ Disponible en: <https://empresa.nestle.es/es/marcas>

Así, vemos cómo en cierto modo los sujetos son idealizados como objetos irreales y en muchos casos difíciles de alcanzar e incompatibles con el consumo de alimentos hiper-azucarados que se promocionan, pudiendo generar problemas de tipo psicológico por el malestar que supone en algunos niños y adolescentes el no poder alcanzar dichos ideales. En el siguiente fragmento de un grupo de discusión se pone de relieve la importancia que tiene para los niños/adolescente el aproximarse a los esquemas de belleza que vende la televisión:

Moderador: me interesa saber cuál es vuestro ideal corporal.

Alumno 1: ¡las Sweet California! (se ríen todos).

Alumno 2: si, el Abraham Mateo.

Moderador: venga no seáis tímidos ¿alguien más quiere decir algo? ¿Qué características debe reunir una persona para ser bella?

Alumno 3: Cristiano Ronaldo.

Moderador: entonces, ¿la belleza sería parecerse a Cristiano Ronaldo?

Alumna 4: cada uno tiene su propia belleza, tiene una belleza interior.

Alumno 5: ¡venga no seas mentirosa!, aquí el que más guapo está sale con la que más guapa está, eso es así. Yo creo que a la larga si ese chico o esa chica es una persona mala, a la larga se irá a separar, vamos tipo peli americana. Al principio lo que cuenta es ser guapo, pero a la larga si quieres tener una relación seria pues ya cuentan otras cosas.

Alumno 1: a la larga lo que cuenta es el carácter de una persona y si se puede estar con ella. No es importante el físico para que puedas tener una relación con una persona.

Alumno 2: no que va. El físico sí que cuenta también a la larga, porque si no te deja por otro más guapo.

Alumno 1: pues si, a la larga lo que cuenta es cómo es una persona.

(Grupo pilotaje 9, 1º ESO. 12-13 años, 2016)

Aunque en primer lugar se intenta dar una respuesta “políticamente correcta” como en otras ocasiones, el alumno 5 recrimina a su compañera que está enmascarando los esquemas que realmente entran en juego en las relaciones entre los jóvenes, resaltando la importancia que tiene el aspecto físico para ellos. Así vemos cómo los ideales corporales se expanden a través de los medios de comunicación. No obstante, la publicidad no es la única que contribuye a la construcción de una idea de la belleza basada en la delgadez sino que estos esquemas se incorporan por interacción social y generan una especie de *habitus corporales*, o estructuras estructurantes en palabras de P. Bourdieu. La penetración de estas estructuras la hemos observado en el relato de C. Casabona, cuando de una forma espontánea describe lo que es la belleza y la normalidad: “(...) si no tú fíjate en las borbonas lo monas que están las nenas o los hijos de los actores, es decir, sus hijos están normales (...)” (C. Casabona, pediatra, 2017).

Desde el prisma *foucaultiano*, no podemos dejar de ver que estas ideas ejercen un tipo de poder imbuido en las mentes y los cuerpos que crean en las personas la necesidad de ajustarse a una normatividad corporal. Sin embargo, este poder disciplinario ya no se ejerce a través de la vigilancia de un “panóptico”, sino con nuevos modelos refinados de control en los que se contraponen resistencia y dominación. Lo que, en cierto modo, conecta con la forma en que desde el enfoque de I. Hacking las personas, a modo de *clases interactivas*, rechazan o asumen las ideas que transmiten los expertos, generando en algunas ocasiones beneficios y en otras perjuicios. La cuestión que nos planteamos es: ¿están los discursos y categorizaciones biomédicas detrás de la creciente preocupación por la imagen corporal? Como ejemplo del peso que tiene en las elecciones alimenticias el auge de la preocupación por el cuerpo y la auto-concienciación de ajustarse a unos

estándares de peso, observamos el control que una madre tiene sobre el número de calorías que contienen los alimentos y su repercusión en la forma corporal.

Entrevistador: entiendo por lo que me dice que lee las etiquetas de los alimentos industriales.

Lucía: sí sí, ahora me fijo más, la verdad es que antes si compraba una barra de jamón cocido no me paraba a leer, pero claro también la gente comenta más, se habla más del tema. Siempre está la que piensa que todo está controlado y es seguro. Si está controlado pero el que te engañen diciéndote que lleva menos sal y grasa y luego te pones a leer y es que lleva menos sal y menos grasa que el salchichón de otras marcas, pero no quiere decir que sea bajo en grasa y que no engorde. Otro ejemplo es el de los cereales del desayuno de los críos, te ponen que son buenos para adelgazar. ¿Cómo vas a adelgazar con arroz y maíz? Y además todos tienen mínimo 24 o 29 gramos de azúcar por cada 100. Por eso yo tampoco me obsesiono mucho y compro los de siempre que nos ha ido bien y a mis hijos les ha sentado bien y paso de las historias de que si tienen hierro o si tienen vitaminas, porque luego al final llevan un montón de azúcar.

(Lucía 39 años, madre de niño obeso, 2018)

Como se puede observar esta auto-vigilancia, no es solo fruto de la interacción de esta madre con un experto que ha etiquetado a su hijo de obeso sino, además, de la interacción con su matriz social: “pero claro también la gente comenta más, se habla más del tema”. Según Martin y Moreno (2005) la preocupación por la forma corporal se convierte en un ariete para la penetración del discurso nutricional. La constante batalla por adelgazar, lleva a una atención selectiva también constante sobre aquellos conocimientos nutricionales que tengan que ver con la ganancia o pérdida de peso. Lo que guarda cierta relación con las nuevas tecnologías del yo que sostiene M. Foucault.

En otro lance de la entrevista que realizamos a Lucía se constata, que las cuestiones estéticas tienen si cabe más peso que la preocupación por la salud.

Entrevistador: ¿Cree que comemos para alimentarnos o por cuestiones estéticas?

Lucía: pues no sé qué decirte (pasa un tiempo de meditación), yo creo que en los zagales ya más mozos sí que hay un poco de tonteo con la comida y comen un poco pensando en el ¡ay que me van a salir los michelines! ¡Ay que se me pone el culo gordo!

Entrevistador: ¿Afecta de igual modo a chicos que a chicas?

Lucía: Bueno los zagales son más de mirarse los músculos. Mi chiquillo ya me dijo el otro día que si le iba a apuntar al gimnasio cuando cumpla 16 años.

Entrevistador: parece que empiezan a preocuparse por su aspecto físico,

Lucía: si sí, ya te digo mi crio a lo mejor ahora empieza a estar más delante del espejo peinándose y eso y se fija en los tíos musculados que salen en la tele. Pero mi hija que ahora tiene 11 años lleva ya tiempo con el tema de si me pongo esto se me ve el culo, que si me han mirado, que si me han dicho gorda, las crías se acomplejan más. Pero por eso tiene que tener una buena base en la casa, una madre que le diga: “mira los que se fijan en tu cuerpo es que no te quieren de verdad”.

(Lucía, 39 años, madre de niño obeso, 2018)

La madre percibe la preocupación de su hija por la imagen corporal como una cuestión de género “las crías se acomplejan más” lo cual se puede entender como un tipo de *violencia simbólica*, un aspecto que parece tener también mucha importancia en el encuadre del fenómeno de la obesidad infantil/adolescente y sobre el que profundizaremos en la tercera parte de este análisis. No obstante, esta madre se muestra despreocupada, distinguiéndose como una buena madre

(aunque no lo diga explícitamente) que ha enseñado buenos valores a sus hijos. Unos valores que simbólicamente les permitirán ser impermeables a los juicios de la matriz social seleccionando a aquellas personas que de verdad los quieren como sus amigos.

Conforme a Ashall (2004), también se observa un *habitus* de género por la forma en que se actúa según si eres hombre o mujer siguiendo unos esquemas culturales. En la sociedad actual y más para los jóvenes con el impulso y acogida de las redes sociales (Facebook, Instagram) cumplir con los estereotipos de belleza, ya sea femenino o masculino, es crucial en la definición y construcción de la identidad personal. En este caso el joven que quiere entrar al gimnasio para tener más musculatura ya que se muestra no solo como algo atractivo sino que también está asociado a valores morales como el éxito, el poder, la masculinidad. Valores que también se asimilan a través de imágenes publicitarias como hemos visto en el caso del eslogan de Danet con figuras de futbolistas.

5.2.3.1. "Percentilitis"

Tras el análisis de las entrevistas a expertos, padres e hijos hemos observado cierta relación entre las categorizaciones que subyacen al empleo de las medidas antropométricas utilizadas por los expertos del ámbito sanitario en las consultas de pediatría, para determinar el estado metabólico y/o nutricional de los niños, y la necesidad de algunos jóvenes de ajustarse a determinados criterios de normalidad corporal. No obstante, la forma en que los expertos medicalizan el cuerpo con el IMC o los percentiles contribuyen a la construcción de una concepción del cuerpo-objeto, cuerpo-deseado que podría producir tanto niños obesos, cuando el efecto es una resistencia; como cuerpo delgados, cuando la asimilación de las categorías responde a una actitud disciplinada y sumisa a los preceptos científico-

nutricionales. Sobre estos efectos nos ha hablado implícitamente C. Casabona, quizá nuestro informador clave en esta materia que nos animó a indagar en este tema:

Entrevistador: ¿Está usted de acuerdo con aquellos autores que afirman que se medicaliza en exceso la alimentación de los niños?

C. Casabona: más que medicaliza, que se insiste demasiado y se está obsesionado con el peso, y que hay enfermeras, eso te lo digo sinceramente, que están pesando a los niños cada dos meses ¡a ver si sube, a ver si sube! Como si pesar niños les hiciera subir.

Entrevistador: a eso es a lo que me refiero...

C. Casabona: subir a un niño a la báscula no les hace subir de peso, ¿eh?

Entrevistador: no

C. Casabona: que subas a un niño a la báscula no le hace subir de peso. Y eso nos está estropeando muchas veces las lactancias maternas, algunas enfermera, ¡algunas! Nos están estropeando niños de 3 años que serían delgados normales, y resulta que están venga que coma no sé qué, y venga pesar. Una vez oí a una enfermera decir: "pues dale aunque sea "Nocilla" para que engorde", de todas formas esto cada vez menos ¿eh? Pero que profesionales tienen "percentilitis" y niños que están a lo mejor en un percentil 10 y dicen: "hay pues les vamos a hacer análisis", les vamos a no sé qué, no sé cuántas, eso en una familia que a lo mejor no estaba preocupada por la alimentación, ¡se preocupan porque ve al profesional preocupado! Como si no pudiera haber niños más delgados o más bajitos.

(C. Casabona, pediatra, 2017)

De la narración de C. Casabona se deduce que la inadecuada utilización de los percentiles o unos mensajes desacertados al respecto, pueden crear la falsa percepción en los padres de que lo importante es que los niños ganen peso por

encima de otros indicativos de desarrollo saludable. Especialmente si esta utilización va acompañada de determinados mensajes de profesionales que motivan a los padres a sobrealimentar a los hijos para que la ganancia de peso sea constante, sin tener en cuenta además que se puede transmitir la idea de que “todo vale” para ganar peso, como se extrae del ejemplo que nos comenta: “(...) Una vez oí a una enfermera decir: “pues dale aunque sea “Nocilla” para que engorde (...)” (C. Casabona, pediatra, 2017).

C. González, critica especialmente en su libro: “Comer, Amar, mamar”, los errores que presentan las medidas antropométricas y las ideas que los profesionales de la sanidad proyectan sobre ellas:

El peso de los niños es causa de muchas ansiedades innecesarias. Muchas veces los médicos exigen un determinado peso y asustan a los padres cuando en realidad no hay ningún problema. Tal vez como reacción, algunos se van al otro extremo: «Si toma el pecho, ya está bien, el peso no importa». ¡Claro que importa! Un niño que solo engorda 200 gramos entre el mes y los dos meses tiene un serio problema. En muchos casos, una persona con experiencia no necesita pesar al niño para ver, o bien que está perfectamente, o bien que está muy desnutrido. Pero en los casos dudosos, es necesario comparar el peso cuidadosamente con las gráficas, y en esta comparación se suelen cometer varios errores (...) (González, 2006, p.221).

En esta misma línea, en la entrevista que realizamos este experto nos da su punto de vista sobre la forma en que los expertos generan preocupación en los padres cambiando en cierto modo la percepción que éstos tienen sobre sus hijos, lo que podría motivar un exceso de alimentación. Esta reflexión justifica de nuevo la idoneidad de contemplar los efectos de los mensajes expertos desde un punto de vista *hackingniano*:

Entrevistador: (...) ¿Qué influencias tienen los mensajes expertos tales como los consejos sobre hábitos saludables, dieta y ejercicio o la forma en la que se define la obesidad infantil con las medidas antropométricas el IMC, los percentiles... cómo influye esto en el manejo del peso y la percepción de la obesidad, en padres y niños?

C. González: No sé, es que para empezar los consejos expertos no están llegando a mucha población porque la población está recibiendo muchos consejos malos de gente que ni es experta ni es nada, entonces... a ver yo suelo dar conferencias sobre alimentación infantil a familias, padres y madres y cuando de ese tema tengo costumbre de hacer una pequeña encuesta, les digo "por favor que levanten la mano aquellas personas a las que han dicho que su hijo come poco, que está bajo de peso, que debería comer más, debería engordar más... y aquellas personas a las que les han dicho que su hijo come demasiado, debería comer menos y tiene exceso de peso"

Entrevistador: ¿y qué suele ocurrir?

C. González: me encuentro con un 50% más de niños desnutridos y un 3 o 4 % de niños con sobrepeso, es justo al revés de lo que está ocurriendo en España... Es decir, que las pediatras o las enfermeras españoles son incapaces de ver los niños obesos que tienen delante de sus narices y sin embargo lo que están es imaginándose por todas partes niños desnutridos y asustando a sus padres e insistiendo en que el niño se lo tiene que comer todo, que tiene que comer fruta, que tiene que comer no sé qué... ¡es una locura! Consejo experto... pues resulta que el consejo de esos pediatras está siendo contraproducente y resulta que a muchos niños les están engordando más porque resulta que algún profesional de salud ha dicho a los padres que es muy importante que el niño tiene que comer, como los profesionales de salud en lo que más insisten es en que el niño tiene que comer verduras pues

los niños acaban aborreciendo las verduras, porque ningún pediatra te va a decir que se acabe las patatas con ketchup, porque es muy importante, con lo cual todos los adolescentes acaban odiando la fruta acaban odiando la verdura y deciden comer patatas con ketchup, y así vamos (...)

(C. González, pediatra, 2017)

Según se desprende de las reflexiones de C. González, los mismos profesionales de la salud podrían estar detrás de la construcción de la idea de que el sobrepeso en la infancia es algo normal, generando en los padres cierta preocupación por el peso y la forma corporal. Pero además existen otras cuestiones que pueden poner en entredicho la obsesiva utilización de estas medidas para diagnosticar o etiquetar a los niños desde las primeras fases de su vida, como por ejemplo el que no contemplan la tridimensionalidad del cuerpo o los porcentajes de grasa o músculo que componen la cifra final que se refleja en una báscula. Estas vicisitudes son descritas por el experto en salud pública J. J. Gascón:

Entrevistador: y en relación con esto ¿cómo influyen los mensajes expertos en los niños? Igual no está de acuerdo, pero ¿puede ser que la necesidad de plantear un peso corporal dentro de unos límites con el IMC midiendo y pesando a los niños en la consulta de pediatría desde muy pequeños, esto sea parte del problema?

J.J. Gascón: pues a ver... pues podría ser, si quizá el mensaje no es adecuado y se ve excesivamente o no está bien moderado para esas edades pues podría ser, pero por otro lado lo que está claro es que los servicios sanitarios no pueden obviar su papel de ser vigilantes de la salud pública y para ello es principal monitorizar cuál es el estatus corporal,

Entrevistador: sí, sí está claro que el IMC y los percentiles son unas medidas rápidas que sirven para comparar grandes grupos poblacionales y poder

hacer estudios, pero yo me encuentro cuestiones como la que se me planteó por parte de C. González que criticaba a los percentiles, y esto me llamó mucho la atención, y sus argumentos eran que en la consulta de pediatría en ocasiones hay mucha presión por el tema del peso y las madres incluso llegan a obsesionarse con el tema, y yo esto lo he vivido, en los años que trabajé en la consulta del niño sano las madres estaban obsesionadas con tener uno de los percentiles más altos porque para ellas eso era sinónimos de estar muy bien, con lo cual se confundía un poco el mensaje,

J.J. Gascón: bueno, la toma de peso y talla debería ser una exploración más pero sin que llegue a ser una obsesión que es lo más importante, y en cuanto a los percentiles a mí me gusta otro método como el pliegue cutáneo,

Entrevistador: ¿Por qué no el IMC?

J.J. Gascón: bueno el IMC es muy rápido y bastante válido e indica fácilmente el sobrepeso que existe pero es cierto que puede darse el caso de un niño muy musculado y que presente sobrepeso (...)

(J.J. Gascón, docente universitario-epidemiólogo, 2018)

No obstante, también hemos encontrado expertos que utilizan el IMC para clasificar los cuerpos y no se plantean la proyección que tiene en los sujetos que son controlados por estos métodos:

Entrevistador: ¿Crea demasiada presión social el control del peso con las medidas del IMC o los Percentiles?

Psicóloga 2: a ver, lo de los percentiles están ahí, eso se ha hecho siempre, yo creo que no, no tiene porqué... es algo que está ahí, que es parte del desarrollo físico, no es malo... aquí lo primero que hacemos en cuanto entran por la puerta es calcular su IMC desde luego.

(Psicóloga 2, experta en TCA, 2018)

Conforme a las propuestas de I. Hacking, en nuestras entrevistas a madres de niños diagnosticados de obesidad, observamos que los etiquetamientos que supone la utilización de las herramientas antropométricas en las consultas de pediatría generan diferentes efectos:

Entrevistador: usted está llevando a su hija a la consulta del endocrino,

Marta: sí

Entrevistador: ¿Por qué la está llevando?

Marta: bueno esto es una historia larga, porque yo ya de pequeña en la pediatra me decía que la niña estaba pasada de peso para la estatura que tenía, porque estaba en el percentil 90 de peso y de 40 de altura; y ahí empecé con las dietas, me dijo que no le diera tantos cereales, pero es que yo tampoco le daba tantos, uno o dos cacillos en cada bibe, ¿es que acaso es mucho?

Entrevistador: no se preocupe por lo que le dijeran, yo no voy a juzgarle, ¿a usted le parecía mucho?

Marta: pues la verdad es que no, porque yo tengo amigas que les dan, les dan lo mismo, ¿sabes? Lo que pasa es que mi hija es de constitución grande, me lo decía mucha gente que aunque esté en el percentil 90 eso no quiere decir que estuviera obesa, solo que era grande. A muchas amigas que también tenían hijos les preguntabas y también les daban cereales, y si cabe más que yo, yo estaba trabajando y tenía que darle cereales porque si no, no aguantaba nada y no dormía por las noches y yo tenía que levantarme temprano para ir a trabajar al día siguiente y al otro, y al otro...

Entrevistador: ¿Qué le decía la pediatra y qué consejos seguía?

Marta: la pediatra insistía en que estaba gorda y que tenía que dejar de darle tantos cereales. Cuando tenía 3 meses ya pesaba siete kilos y me acuerdo que fue el día que me echó el puro más gordo. ¿Que qué hacía? Yo le daba

menos cereales, pero ella no paraba de llorar porque era muy tragona y se pasaba el día llorando, ¿Qué iba a hacer? Cuando empecé a darle fruta el peso bajó un poco y el percentil de altura subió a 60,

Entrevistador: ¿vigilaban en la consulta el percentil?

Marta: si el percentil lo llevo clavado en la cabeza, el (se omite) percentil. Ella de estatura siempre ha sido pequeñita pero de peso estaba en el 90, es que nosotros somos así ¿no ves? (se señala a sí misma) somos pequeños, su padre y yo somos pequeños y el peso se nota más. Luego fue creciendo y con los años pegó el estirón y se veía más delgada pero la pediatra me mandó al endocrino porque se le veían los pechos un poco así, como “pa” fuera, que “pa” mi eso es normal de las cría, pero le hicieron la prueba esa de la muñeca,

(Marta, 38 años, madre de niña obesa, 2018)

Lo más destacable de este fragmento es la forma en que Marta, cambia en cierto modo la percepción que tenía de su hija para pensarla como un sujeto obeso, e incluso como un sujeto enfermo que precisa la ayuda de un experto sanitario. Sin cuestionar la contingencia de que esta niña necesitara ayuda médica, debemos resaltar la forma en que las clasificaciones expertas chocan con las percepciones de las personas produciéndose una relación interactiva en la que, independientemente de que una madre esté de acuerdo o no con el diagnóstico médico, se producen cambios que trascienden a la esfera sociocultural: “Lo que pasa es que mi hija es de constitución grande, me lo decía mucha gente que aunque esté en el percentil 90 eso no quiere decir que estuviera obesa, solo que era grande (...)”. En los que se ven implicados esquemas valorativos sobre la buena madre: “A muchas amigas que también tenían hijos les preguntabas y también les daban cereales, y si cabe más que yo (...). Y también afloran las tensiones de una organización socio-laboral incompatible con la crianza: “yo estaba trabajando y

tenía que darles cereales porque si no, no aguantaba nada y no dormía por las noches y yo tenía que levantarme temprano para ir a trabajar al día siguiente y al otro, y al otro (...)"'. La cuestión es que esta madre cambia sustancialmente la forma en que percibe a su hija tras el contacto con un experto del ámbito biomédico, revelando otro los efectos de la categorización e intervenciones expertas.

5.2.3.2. *La tiranía de la imagen*

Los discursos de expertos del ámbito biomédico guardan en su esencia similitudes con los discursos de los expertos del campo de la psicología, pues ambos se construyen en torno a una *doxa* que proyecta cierto reproche hacia la población en general y hacia los sujetos obesos en particular por su falta de disciplinamiento. En el campo de la psicología, la culpabilización se centra si cabe más sobre los aspectos morales y éticos, al cuestionar la voluntad de los sujetos y resaltar su debilidad (en este caso mental). Exigiendo a los niños y adolescentes la suficiente capacidad de agencia como para no dejarse influenciar por ideas sobre el cuerpo y la belleza que se transmiten desde los medios audiovisuales y, en general, desde el mundo que les rodea. Es decir, que se contraponen de nuevo dos tipos de sujetos, dionisíacos y apolíneos, débiles y fuertes. En el caso de la visión psicológica la forma de alcanzar la personalidad apolínea sería adquiriendo una especie de capital cultural emocional que permitiría la fortaleza mental suficiente como para no sucumbir a las tentaciones de las ideas que se transmiten sobre el cuerpo desde los medios de comunicación.

En este sentido queremos comenzar este punto con el análisis de un discurso que nos parece muy interesante y representativo de la forma en que los enfoques psicológicos categorizan las conductas alimentarias divergentes. El de una

psicóloga que trata problemas relacionados con la alimentación como la obesidad, pero sobre todo problemas relacionados con una ingesta de alimentos inferior a las necesidades fisiológicas. Un problema que parece estar interconectado con el problema de la obesidad por diferentes motivos, pues se puede entender como “la otra cara de la moneda”. Sin embargo, no podemos pasar por alto que a pesar de ser fenómenos que puedan perjudicar la salud de los niños/adolescentes, podría ser el producto de los propios discursos expertos que, en el caso del ámbito psicológico establecen si cabe más una frontera entre lo normal y lo patológico, “normalizando” implícitamente el cuerpo, las conductas y la salud, y todo ello enmarcado dentro de un discurso de la culpabilización, como vamos a desgranar en los siguientes párrafos:

Entrevistador: ¿Cuáles son los factores de riesgo que se dan más frecuentemente para que se desencadenen este tipo de problemas?

Psicóloga 3: Un factor de riesgo muy importante es la creciente preocupación por la apariencia física, yo cuando voy a dar las charlas de prevención a los colegios e institutos a los que voy la primera pregunta que les hago es “¿Por qué pensáis que los TCA cada vez van aumentando en lugar de disminuir?” y en todas las clases los alumnos me dicen lo mismo: “es que la alimentación es peor, que se come peor”, “que preocupa más la imagen de lo que les preocupaba a sus padres”, y según los datos que tenemos es que parece ser que sí... hombre la verdad es que la mayoría de la información que recibimos a lo largo del día es visual y eso hace que lo que esté relacionado con la imagen sea más potente que antes, claro, luego tenemos que parte de esa información visual está manipulada, mostrando todos los cuerpos perfectos. Entonces depende de la capacidad del chico o la chica para mantener una capacidad crítica ante lo que tiene delante pues tendrá más riesgo o menos riesgo en caer en la tiranía de la imagen. Pero bueno, la

creciente preocupación por la apariencia física es un factor de riesgo vidente e invidente en la adolescencia, de ese malestar, el mantenerse delgado sería la manifestación que sigue al aspecto físico. (...)

(Psicóloga 3, experta en TCA, 2018)

Resulta paradójico que esta experta en psicología acuse con tanta ligereza a los niños/adolescentes de no tener capacidad crítica cuando se aborda una cuestión tan compleja como la percepción corporal y las ideas sobre el cuerpo ideal y/o la salud. En este sentido queremos destacar especialmente la frase: *“hombre la verdad es que la mayoría de la información que recibimos a lo largo del día es visual y eso hace que lo que esté relacionado con la imagen sea más potente que antes, claro, luego tenemos que parte de esa información visual está manipulada”* (Psicóloga 3, 2018). Por la forma en que reconoce que las imágenes televisivas son manipuladas en provecho de unos objetivos comerciales y, sin embargo, se señala a los niños/adolescente por su falta de capacidad crítica, sin tener en cuenta la forma en que estos esquemas televisivos se incorporan de forma inconsciente y terminan percibiéndose como una normalidad, conformando también los *habitus corporales*. Hemos observado muchos ejemplos de estos esquemas en los grupos de discusión realizados con niños y adolescentes, en los que hemos constatado la preocupación que tienen por presentar un cuerpo que encaje en los cánones sociales, especialmente en los primeros años de la adolescencia:

Moderador: ¿quién se preocupa más por su cuerpo, los chicos o las chicas?

Alumno 8: yo creo que las chicas porque las chicas se creen que siempre tienen que estar guapas,

Alumno 7: yo creo que no, porque tanto las chicas como los chicos pueden coger ellas obsesión por estar delgadas,

Alumno 5: es que a las chicas les gusta maquillarse, pintarse los labios y arreglarse mucho,

Alumno 4: yo creo que las chicas porque a la más mínima molla que vean ya están diciendo que están gordas, y los chicos pasamos más,

Alumna 3: pues yo soy chica y es verdad que no me gusta verme mollas, pero a los chicos también les gusta verse bien en el espejo.

(5ºB Primaria, grupo 3 (10-11 años, 2017))

Así, observamos de nuevo cómo se incorporan ideas que van conformando *habitus de género* revestidos de cierta *violencia simbólica*, cuando se acepta que a las chicas les gusta maquillarse y estar guapas. Tampoco debemos pasar por alto el disciplinamiento que se ejerce sobre el cuerpo al incorporarse ideas que encasillan al hombre y a la mujer dentro de una forma corporal concreta, generando insatisfacción con las formas que se salen de la norma establecida que queda reflejado en la frase: “pues yo soy chica y es verdad que no me gusta verme mollas” (Alumna 3, grupo 3. 5º B primaria, 10-11 años. Las Claras, 2017).

En efecto, tras los datos analizados hasta el momento, no se puede negar que existe mayor preocupación por la imagen corporal entre los niños y adolescentes. No obstante, no parece acertado el discurso de la Psicóloga 3 en el que descarga toda la culpa en los sujetos, aduciendo que se trata de niños/adolescentes con mentalidades débiles. Y por otro lado, reconoce que la información visual está “manipulada”, por la asociación de la delgadez con el éxito. Una estrategia publicitaria que ya hemos observado que suele ser muy utilizada por la industria alimentaria, pero que en otros eslóganes no relacionados con la comida suelen vincularse a cuerpos musculados y delgados. Véase por ejemplo el anuncio de Pure XS de Paco Rabanne de 2017, en el que aparece un estereotipo de hombre musculado que despierta el interés de las mujeres:



(Imagen obtenida en youtube, en 2019¹⁹)

Respecto a la preocupación de los jóvenes por tener un cuerpo delgado, la Psicóloga 3 lo describe como “fantasías”, como si se tratara de la imaginación de unos niños que no saben discernir la realidad de la ficción en las imágenes que visualizan:

Psicóloga 3: (...) Otra vez con la fantasía de que la delgadez les va a llevar al éxito, que le atribuyen ese valor, entonces identifican que cuidar el cuerpo es lo mismo que perder peso, porque uno de los conceptos que tienen mezclados es salud y estética. Aquí es muy importante una labor preventiva y aclaratoria, porque lo saludable para ellos no es que tengan presente, sino es lo estético, y yo voy a estar bien si estoy estéticamente bien, entonces va a haber que hablarles de salud, del peso saludable, de cómo ser saludable...porque la palabra salud la anulan por completo.

(Psicóloga 3, experta en TCA, 2018)

¹⁹ Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=oF2pgokHSIE>

En el relato de esta experta se observa que se está obviando que lo que ella etiqueta como una “fantasía”, es en parte un ideal construido por la publicidad cuyos intereses mercantilistas tienen la capacidad de transformar el cuerpo en un arquetipo social; mientras que los criterios saludables se difuminan en una conformación subjetiva donde prima la estética y la belleza.

Bajo nuestro punto de vista, no se debe desdeñar la transferencia implícita de esquemas de género e identidades que se produce al exhibirse a la mujer como un trofeo que se consigue cuando se aplica el perfume, lo que conecta con los tres autores que conforman nuestro marco teórico: por la forma en que estos mensajes contribuyen a construir ideas sobre la masculinidad y la feminidad, es decir, *habitus de género*. Por la producción de cuerpos delgados que se genera al interactuar con determinadas ideas sobre la salud, la delgadez y/o el género que transmiten dichas imágenes y por las formas de control de la subjetividad que se ejerce normalizando ideas sobre el cuerpo, las identidades de la juventud o las relaciones del hombre sobre la mujer.

5.2.3.3. Produciendo cuerpos saludables

Desde las concepciones biomédicas la idea de una alimentación sana se construye sobre unos preceptos que medicalizan/normalizan los comportamientos y categorizan los alimentos en sanos e insanos y los “estilos de vida” en ordenados o desordenados. Exigiendo la asimilación, al estilo de J. Piaget, de un *capital alimentario legítimo* que estructure el comportamiento de los niños el resto de su vida y así encaminarlos hacia la meta de la salud:

Entrevistador: ¿Qué medidas adoptaría para prevenir la obesidad y los problemas de salud derivados de una alimentación inadecuada en la infancia y la adolescencia?

Nutricionista: Lo primero que hay que transmitir a los niños es la importancia de tener unos hábitos de alimentación saludables que permitan a lo largo de la vida tener una buena salud. Lo que se puede trabajar con ellos, lo más común, la pirámide de los alimentos, para que aprendan a comer variado, de hecho el tener una alimentación variada es la clave principal para tener una alimentación saludable. Siempre hay que comunicarles que una alimentación debe ser variada y equilibrada, y la necesidad de que realicen cinco comidas al día, hay quien recomienda cuatro, yo siempre recomiendo cinco, excepto en algún caso concreto, pero yo siempre cinco comidas al día y la importancia de que realicen un ejercicio físico diario, pero hay que ver qué ejercicios son los más recomendables según cada caso

(Dietista-nutricionista 2, experta en TCA, 2017)

Analizando detenidamente este discurso vemos que, de nuevo, se transmite la idea de que el sujeto debe ser responsable del cuidado de sí, mediante la asunción de las normas médico-nutricionales estandarizadas; mientras que se ignora la necesidad de cambiar el sistema que favorece la obesidad en determinados grupos sociales. En el caso de los jóvenes, el “Santo Grial” para alcanzar los comportamientos alimenticios saludables y tener una alimentación saludable, sería la pirámide alimenticia. Lo que no deja de ser una forma de medicalizar y homogeneizar la alimentación y los comportamientos de los niños/adolescentes, introduciéndolos desde edades muy tempranas en las “nuevas pastorales”. Este modo de comprender cuál es la solución del problema se puede observar en el relato de otro experto:

Nutricionista (investigador): (...) Yo por ejemplo, aunque por supuesto no se puede generalizar, pero yo en mi cocina tengo una pirámide gigantesca,

como esa de los dibujos animados, de la pirámide equilibrada de la Sociedad española de Alimentación, que eso no me lo he inventado yo, y entonces mi hija desde que nació ha estado viendo eso, y hay un tigre un mono... está muy graciosa, entonces la estoy metiendo en el juego, entonces yo no le he dicho a mi hija que una manzana tiene 57 calorías, pero mi hija con 5 años ya sabe que los alimentos de los que más hay que comer son los del grupo de tal..., o de otro grupo... tomándoselo como un juego, entonces cuanta más información les das desde pequeños planteando diferentes cosas, como los semáforos, luego ya les organizas un poco a tener independencia para elegir lo que es una dieta saludable o no, y poco a poco se va adaptando, el niño al final al involucrarlo en su formación de nutrición lo va a tomar como algo natural, es decir, tú le dices a alguien "cómete las lentejas" y si no te las comes pues al final aborreces las lentejas... pero si tú le pones una foto de gente sana comiendo lentejas y que es normal pues opinará que habrá que comerse las lentejas porque es normal, pero no por imposición, entonces cuanta más información tenga una persona mejor(...).

(Nutricionista, investigador-profesor universitario, 2017)

Este fragmento es un claro ejemplo de que en la actualidad el poder no se ejerce de forma coercitiva como señala este experto en nutrición: "tú le dices a alguien cómete las lentejas y si no te las comes pues al final aborreces las lentejas...". Sino que se ejerce a través del cuerpo y mediante un proceso de normalización dietética, corporal y conceptual que reclama la auto-vigilancia del sujeto. Como refiere Foucault:

Hoy la medicina está dotada de un poder autoritario con funciones normalizadoras que van más allá de la existencia de las enfermedades y la demanda del enfermo...en el siglo XX los médicos están inventando una sociedad, ya no de la ley, sino de la norma. Lo que rige a la sociedad no son

los códigos sino la perpetua distinción entre lo normal y lo anormal, la perpetua empresa de restituir el sistema de normalidad (...) (Foucault, 1976, p. 161)

Así, podemos reconocer el *biopoder* camuflado con diferentes concepciones y referencias a la alimentación saludable, que en su trasfondo medicaliza y establece una cierta relación de dependencia o sujeción entre los individuos y un profesional sanitario que debe indicarle qué debe comer y/o qué ejercicio hacer:

Entrevistador: Bajo su punto de vista: ¿cómo influye la genética en este fenómeno? ¿Qué peso le daría a los factores genéticos frente a los factores sociales o culturales?

Nutricionista: En el peso lo que más influye es la genética, la genética lo primero, la constitución que tenga cada uno, eso no se puede cambiar. Luego claro está la cultura que tengas, que sobre eso sí se puede trabajar, en función de la constitución que tiene cada persona debe saber o tiene que aprender lo que come y lo que gasta, es decir, si tiene, si come demasiado tendrá que hacer luego más ejercicio para quemar lo que está comiendo. Entonces en función un poco de la constitución que tiene cada persona tiene que ir aprendiendo a largo de la vida a mantener ese peso estable, bien aumentando el ejercicio o aumentando la cantidad de lo que come, es decir, tiene que haber un equilibrio entre lo que uno come y lo que gasta, es decir, si come demasiado pues entonces tendrá que aumentar el ejercicio físico y si le falta comer más.

Si creen que necesitan información sobre lo que tienen que comer, pues eso, preguntar a una persona, a un profesional o alguien que entiende de eso, porque a veces es un tema del que habla todo el mundo, pero a veces no se habla adecuadamente, si hay dudas, pues mira se va al médico y se dice:

“según la constitución de mi hijo... ¿Qué tiene que comer o que no tiene que comer? O ¿Qué ejercicio puede hacer?”

(Dietista-nutricionista 2, experta en TCA)

Reflexionando sobre los efectos de estos discursos tan paternalistas: “(...) pues mira se va al médico y se dice: “según la constitución de mi hijo... ¿Qué tiene que comer o que no tiene que comer? O ¿Qué ejercicio puede hacer?”. La narración de esta experta nos recuerda, conforme a Illich (1975), que nos encontramos en la era de las *profesiones inhabilitantes*. Lo que se refleja cuando se transmite la idea de que el experto, cual científico en posesión del saber y la verdad, debe medir las capacidades y necesidades de los sujetos, prescribiéndole dietas y comportamientos que, en su trasfondo, anulan la capacidad de autonomía e inhabilitan a las personas para su autocuidado.

5.2.3.4. Estigmatización y violencias simbólicas

Los modelos explicativos psicológicos engranan con los modelos biomédicos en su intento por reconducir al sujeto hacia una moral de la conducta, que no deja espacio a aquellas categorías que no se adaptan a lo que se considera “normal”. Contribuyendo en cierto modo a la estigmatización de las personas que rodean al niño/adolescente obeso y a los propios protagonistas. El siguiente relato, ejemplifica el rechazo social que sufren los niños/adolescentes obesos que llegan a sentir vergüenza:

Entrevistador: (...) Para comenzar me gustaría preguntarle ¿Cómo definiría la obesidad en la infancia y la adolescencia? ¿Cree que es una enfermedad?

Julia: pues por mi experiencia puedo decir que sí es una enfermedad porque yo veía a mi hija físicamente mal con problemas de espalda, con dolor de piernas, con mucho cansancio, psicológicamente también estaba mal se

encerraba mucho en su habitación, salía poco, no quería ir a la playa, casi siempre estaba de mal humor. Se puede decir que sí es una enfermedad porque en un peso elevado tienes problemas de salud de tipo físico y mental, como puede ocurrir con una diabetes que te termina estropeando los vasos sanguíneos y te provoca ceguera, o con la hipertensión que si no la controlas te puede estropear el riñón o darte un infarto cerebral, pues igual.

(Julia 42 años, madre de adolescente obesa, 2018)

En este juego de voluntades y percepciones, las explicaciones no suelen ser muy elocuentes sino que se muestran ideas entremezcladas y en ocasiones confusas. Sin embargo, cuando se consigue crear un clima de confianza en la entrevista, la informante se sincera y reconoce la presión social percibida para mantener el cuerpo dentro de unos estereotipos sociales vinculados a la feminidad y la masculinidad:

Entrevistador: ya que ha tocado el tema de los aspectos psicológicos, me gustaría preguntarle si cree que afectan los ideales corporales y de qué modo.

Julia: por desgracia los ideales corporales no ayudan mucho a las personas obesas, porque las hunde más en su miseria, se sienten apartadas. Mi hija dejó de lado a sus amigas, que eran sus compañeras del colegio de toda la vida, porque decía que la miraban con pena, que no contaban con ella para hacer determinadas cosas o ir a determinados sitios, yo la veía que se encerraba y no quería salir (...)

Entrevistador: en el caso de su hija, ¿qué le motivó a perder peso?

Julia: pues un poco todo, yo sé que he hecho algunas cosas mal, que no tenía que haberla consentido tanto y dejar que comiera los paquetes de galletas enteros con un cartón de leche con canela, porque eso tiene mucho azúcar, por eso me sentía culpable y trataba de convencerla de que tenía que perder

peso por su salud, porque nos fuimos de viaje al valle de Ordesa y me dio mucha pena que no pudiera ver aquello tan bonito porque se fatigaba andando. También influyó el tema del rechazo y todo eso, pero dentro de lo que cabe, ella no necesita amigas superficiales que la acepten porque está delgada o no, eso yo siempre he tratado de transmitirle esos valores. Pero sí que es verdad que en la sociedad el obeso lo tiene un poco más difícil y ella ya empezaba a entrar en la adolescencia y ningún chico se fijaba en ella y la notaba deprimida, se teñía el pelo de azul, parecía que trataba de encajar en otro grupo, que estaba buscando su identidad.

(Julia 42 años, madre de adolescente obesa, 2018)

La legitimación del discurso científico ha propiciado nuevas formas de culto al cuerpo vinculadas a un orden moral que no solo produce cierta dependencia y control de una racionalidad científica. Sino que además produce nuevos vínculos e interrelaciones en las que el cuerpo, como un objeto simbólico, capitaliza las relaciones sociales. Por ello, Julia reconoce que anima a su hija a perder peso, no solo por cuestiones de salud, sino también por el rechazo social que esta sufre al verse apartada de su grupo de amigas de “toda la vida” y porque los chicos no se fijan en ella. La estigmatización que sufre la hija de Julia representa uno de los efectos más reprochables de la idealización de la delgadez como estereotipo de belleza. Aunque resulta difícil de objetivar, puede que esté muy ligado a la legitimación del discurso científico que pone en tela de juicio las voluntades de aquellos sujetos que se exceden en sus prácticas alimenticias y no se ajustan a las recomendaciones expertas para mantener su cuerpo dentro de unos estándares de peso y forma corporal.

En este sentido se puede rastrear en el lenguaje que emplean los expertos del ámbito psicológico cuando, por ejemplo, señalan implícitamente a padres y niños

como débiles, hedonistas y/o incivilizados. En el caso de los discursos del ámbito psicológico, también se señala a los padres como culpables, sin embargo, merece la pena analizar ciertas peculiaridades. Como por ejemplo la forma en que se construye un ideario de sujetos de con tendencia a la depresión, con baja autoestima u obsesionados con el cuerpo:

Entrevistador: ¿Qué papel juegan los aspectos psicológicos en el desarrollo de problemas relacionados con la alimentación entre los más jóvenes?

Psicóloga 2: los factores psicológicos son una causa muy determinante. Puede deberse a la auto-regulación de las emociones, cuando comen más por problemas de autoestima, por algún síndrome depresivo, o puede deberse a una necesidad de búsqueda del perfeccionismo por alcanzar el cuerpo perfecto y entonces no tienen los recursos suficientes para diferenciar lo que es real de lo irreal. Esto pasa mucho con la anorexia, que tienen una percepción irreal de la realidad o la impulsividad en la bulimia que presentan una insatisfacción en general, se sienten mal.

(Psicóloga 2, experta en TCA, 2018)

Así vemos que los sujetos con TCA quedarían encasillados en una categoría de sujetos perfeccionistas, impulsivos, insatisfechos consigo mismos y con una percepción de la realidad distorsionada. Cuando se trata de recabar la opinión de esta experta sobre la estigmatización que pueden sufrir los niños obesos que se ven inmersos en estos procesos subjetivos de clasificación, obtenemos la siguiente respuesta:

Entrevistador: ¿Se puede decir que la obesidad es el estigma de la sociedad?

¿Se puede decir que los niños y adolescentes obesos se sienten marginados y por eso desarrollan problemas psicológicos y de autoestima?

Psicóloga 2: pues esto tiene que ver con las afectaciones cognitivas, en esta sociedad, el ser obeso está mal visto y las niñas que no tienen los recursos psicológicos suficientes o que son demasiado perfeccionistas se dejan llevar por lo que los demás les dicen porque a esas edades necesitan sentirse aceptadas por los demás y están buscando una identidad y se aferran a lo que más demanda la sociedad, solo que tienen una percepción de la realidad equivocada porque terminan desarrollando un rechazo brutal a todo lo que no sea delgado. Para ellas no existe nada intermedio entre lo ultra-delgado y lo gordo, pero no en los demás, sino en mí, porque nosotras cuando las atendemos les preguntamos “¿pero tú no conoces personas extremadamente delgadas?” y ellas nos responden que sí pero a su vez son incapaces de verse delgadas a sí mismas, ellas son todo el tiempo “sí pero yo no”, la distorsión de la realidad que tienen es gravísima.

Entrevistador: ¿A qué crees que se debe esta aversión a la obesidad? ¿Qué implicación tiene en el comportamiento alimenticio de los más jóvenes?

Psicóloga 2: Esto tiene que ver con el miedo irracional a engordar o a estar gordo, muchas crías tienen una sensación de culpabilidad tremenda y se echan la culpa continuamente, es decir “la culpa es mía que yo me he metido en esto”, todo el mundo hemos hecho alguna dieta o casi todo el mundo, o un período de control de alimentos... pero cuando ya se empieza con una obsesión con el tema de medirme cintura, caderas... pues esa persona ya está enferma, lo que pasa es que piensan que todas las cosas que han venido haciendo las han decidido ellas, el no comer, el vomitar, el engañar, el meterse en ciertas páginas... entonces es cuando empieza nuestro trabajo para hacerles entender que es que todo esto no es algo que tú hayas decidido, esto es una enfermedad y cuando tú empezaste a decidir este tipo de cosas ya estabas enferma porque si eso no fuera así y por decir que nos apuntamos al gimnasio o queremos bajar de peso o cosas así pues

podríamos decir que todos estaríamos enfermos, pero no, esta enfermedad requiere otro tipo de cosas.

(Psicóloga 2, experta en TCA, 2018)

Como se puede observar, lejos de percibir la marginación social que sufre el niño obeso como un proceso interactivo entre las percepciones del sujeto y los modelos sociales o la interiorización de ciertas “normalidades” corporales poco tolerantes con la diversidad. Se vuelve a describir como un problema individual propio de sujetos con una personalidad débil, que se dejan influir por los juicios sociales y desarrollan un “miedo irracional”. Llama especialmente la atención cómo se establecen los límites entre lo normal y lo patológico incluso poniéndose de ejemplo: “(...) todo el mundo hemos hecho alguna dieta o casi todo el mundo, o un período de control de alimentos... pero cuando ya se empieza con una obsesión con el tema de medirme cintura, caderas... pues esa persona ya está enferma. (...)” (Psicóloga 2, 2018). Es decir, que “lo normal” es pasar por una situación de presión social, mediada por los ideales corporales, que nos motiva a hacer alguna dieta, pero si ya te mides el cuerpo muchas veces se considera patológico. La cuestión es ¿Quién verifica esos límites entre lo patológico y lo normal? ¿Todas las personas que se apuntan a un gimnasio para mantener el cuerpo dentro de un peso determinado o ponerse en forma pueden considerarse también enfermos? Igualmente, llama la atención la forma en que se personaliza la enfermedad otorgándole un estatus por encima del verdadero objeto de estudio, desposeyendo al sujeto de su cuerpo.

Como ejemplo de los efectos que tiene la estigmatización del sujeto obeso mostramos las descripciones aportadas por adolescentes de 12-13 años, coincidiendo con otros estudios (Canales, Guerrero, Sierra y Callejas, 2009):

Moderador: ¿por qué utilizamos a veces palabras como rellenito o grueso para referirnos a alguien que está obeso?

Alumno 9: pues para que no se sienta mal,

Alumna 10: no vas a decir gordo, se pondría ofender

Moderador: ¿Por qué?

Alumno 5: pues porque si le dices gordo a alguien es como decirle que es un gandul,

Alumno 4: o feo, o fofo, (se ríen)

Alumno 5: es como un insulto

Moderador: alguien más quiere dar su percepción de lo que es un cuerpo ideal

Alumno 5: nuestra opinión, vamos

Alumno 4: uno que esté fuerte,

Moderador: ¿por qué?

Alumna 3: para gustar más,

Alumno 4: bueno, si estás muy muy cuadrado tampoco es tan bonito, tienes que estar en un punto medio, ni muy musculado ni poco, ni muy fuerte ni poco...

(Grupo 7, 1º ESO, 12-13 años, 2017)

Aquí se pone de manifiesto el significado que tiene para estos jóvenes la palabra obeso, cuya definición es sinónimo de holgazanería y/o fealdad, características que generan burlas y rechazo dentro de su matriz social.

5.2.4. El ambiente confuso

En la construcción de estos esquemas estigmatizadores tiene mucho que ver el *ambiente obesogénico*, lo que parece estar interconectado con la producción de niños con TCA en un marco sociocultural poco tolerante con la diversidad

corporal. Sin embargo, desde el discurso psicológico se describe este ambiente como un escenario confuso en el que los niños malinterpretan los mensajes que reciben. Cediendo así toda la responsabilidad al sujeto:

Entrevistador: ¿A quién afecta más esta preocupación por la imagen corporal, a chicos o a chicas?

Psicóloga 3: A ver, las chicas se preocupan mucho más que los chicos por la imagen, pero es cierto que el número de chicos que se preocupan por la imagen también va en aumento.

Entrevistador: ¿A qué crees que se debe ese aumento de chicos?

Psicóloga 3: A que los chicos se empiezan a fijar que si en Cristiano Ronaldo, que si en no sé qué modelo musculado... ellos juegan en el colegio con el Iron Man, es decir, que su obsesión por el cuerpo perfecto va más encaminada a la musculación. Por eso se empiezan a apuntar al gimnasio, a hacer dietas e incluso muchos ya conocen los famosos batidos de proteínas porque se han fijado en modelos cercanos como sus hermanos mayores, sus primos, vecinos... han oído hablar a estos acerca de las proteínas para el músculo y ellos lo ven incluso normal, vamos que para ellos los valores no son los de hace años atrás.

Entrevistador: ¿Crees que hay una crisis de valores?

Psicóloga 3: a ver, para mí no es que haya una crisis de valores, sino que hay como una pequeña confusión donde hay conceptos que están muy mezclados y que se presentan pero de manera ambigua, creo que estaría bien trabajar las ideas, los valores, pero no porque estén ausentes sino porque están un poco confundidos, a lo mejor es que estamos en una sociedad que está en cambio y hay un poco de confusión, pero para mí lo importante es trabajarlo.

(Psicóloga 3, experta en TCA, 2018)

Este discurso participa en la construcción de la idea del “ambiente hedonista” acuñado por algunos expertos del ámbito biomédico, evidenciando su dimensión moral cuando se reconoce implícitamente que nos encontramos en un contexto moderno de confusión en el que los sujetos ven las cosas como “normales” cuando parece que no lo son: “(...) han oído hablar a estos acerca de las proteínas para el músculo y ellos lo ven incluso normal (...)” (Psicóloga 3, 2017). Enfrente tendríamos los valores ejemplares de “hace años atrás”, que desplegaría los sujetos que poseen valores tradicionales. Además, llama especialmente la atención la forma en que se reconoce la necesidad de “trabajar las ideas, los valores” como si se tratara de una relación lineal que va del sujeto a la sociedad, en lugar de percibirlo como un proceso interactivo de intercambio de ideas y experiencias entre diferentes agentes: expertos, televisión, amigos, familia y, en general, la matriz social en la que los jóvenes se ven envueltos. Esta percepción se confirma en otro lance de la entrevista en la que una experta del ámbito psicológico sostiene que los sujetos son los que tienen la “última decisión”:

Entrevistador: ¿Es su responsabilidad el hacer esa reflexión sobre lo que están viendo?

Psicóloga 3: hombre claro, la responsabilidad es de ellos, ellos son los que toman la última decisión al respecto, ni los padres ni los profesores pueden hacerlo, nosotros debemos darles las estrategias y los recursos para que lo juzguen bien, pero ya lo que hagan es cosa suya, y cuando más edad cumplan más autonomía y más responsabilidad tienen ellos mismos. Más decisiones deberán de tomar, entonces dependiendo de la edad es una responsabilidad más personal o corresponde más al adulto que está con ese niño, cuando es un adolescente la responsabilidad es mayor que cuando es un niño de primaria.

(Psicóloga 3, experta en TCA, 2018)

Otra experta del ámbito psicológico aporta implícitamente su concepción del *ambiente obesogénico*, el cual representa como un entorno donde impera una “dictadura de la moda”. Un concepto que se asemeja al de la “tiranía de la imagen” expuesto por su homóloga y que se describe como un campo social de relaciones en el que unos sujetos mentalmente vulnerables no saben diferenciar lo real de lo irreal:

Entrevistador: Antes me ha dicho que atienden niñas, ¿Por qué no ha dicho niños? ¿Es que no hay casos de niños con problemas de la conducta alimentaria?

Psiquiatra: sí, lo he dicho de forma inconsciente porque sobre todo afecta a niñas, la proporción es de 9 a 1 aproximadamente, aunque van apareciendo casos de niños, la verdad es que son enfermedades típicas de mujeres.

Entrevistador: ¿Por qué?

Psiquiatra: porque a la mujer se le ha impuesto que tiene que ser guapa, una princesa, etc. Las niñas se exigen más, suelen ser niñas muy inteligentes y auto-exigentes con miedo al fracaso. La adolescencia es la época más vulnerable, porque empiezan a fijarse en los ideales corporales y tienden a tener de referencia a los famosos, cantantes, modelos, etc, que son personas de éxito y tienden a imitarlos. Ahí es donde el ambiente es más importante. Hay que tener una buena autoestima para diferenciar lo que es real de lo que es Photoshop. Se puede decir que hay una dictadura de la moda. Hay grupos de riesgo como los bailarines, gimnastas o los modelos que pueden llegar a ser esclavos de su cuerpo. Luego las chicas, que normalmente son obesas de jóvenes tienden a desarrollar bulimia. Las chicas con sobrepeso en la infancia por la presión intentan dejar de comer, pero no pueden y por eso vomitan, porque se sienten culpables después de comer. Algunas se llegan a autolesionar para sentir algo de dolor porque se sienten mal, ya que saben que están haciendo daño a sus familiares.

(Psiquiatra, experta en TCA, 2018)

En este fragmento se condensan múltiples categorizaciones, ideas y concepciones que representan la relación de los niños/adolescentes con el *ambiente obesogénico* definido desde el prisma de una *doxa psicológica*. Para empezar, se observa el tono generalizado de culpabilización hacia los niños que presentan TCA, categorizándolos como sujetos con una combinación de emociones y cualidades problemáticas como: la auto-exigencia, la vulnerabilidad, la fortaleza mental, la asertividad y la afectividad. Cabe destacar el contrasentido de este discurso en el que se reconoce que se han impuesto ciertos esquemas: “(...) a la mujer se le ha impuesto que tiene que ser guapa, una princesa (...)” (Psiquiatra, 2017). Y al mismo tiempo se sostiene que es un problema individual que predomina en mujeres: “(...), aunque van apareciendo casos de niños, la verdad es que son enfermedades típicas de mujeres. (...)”, caracterizadas por una falta de autoestima, lo que denota que en este problema entran en juego *habitus de género* que contribuyen a perpetuar ciertas *violencias simbólicas* que construyen el ideal de la mujer como un objeto publicitario o un icono o un símbolo de belleza. Mientras que los niños interiorizan ciertos ideales corporales que reciben a través de los medios audiovisuales y de su matriz social:

Alumna 6: pues, las personas suelen considerar guapas a las personas parecidas a modelos o famosos, y lo mismo en cuanto al cuerpo, cuánto más delgado o incluso anoréxico estés la sociedad te considera mejor, y eso no es bueno.

Moderador: ¿Dónde se ven esos modelos?

Alumna 6: en la “tele”,

Moderador: bueno, la siguiente, por esa zona ¿tú qué opinas?

Alumno 7: para mí la belleza es tener un buen aspecto y después ser una buena persona, amable, pero hoy en día la gente se fija en la belleza exterior

y no en la interior. Un cuerpo perfecto para mí es un cuerpo con mucho trabajo y trabajado todos los días.

(Grupo pilotaje 8, 1º ESO, 11-13 años, 2016)

Moderador: entonces ¿se puede dar el caso de que una persona se ponga a dieta por los juicios de los demás?

Alumno 1: claro, a veces no estás gordo, pero te sobran unos kilitos y prefieres quitártelos para estar más guapo,

Alumna 2: si, se lo que los demás dicen de ti hace que te pongas a dieta, es lo que pasa cuando se acerca el verano y piensas “me van a ver estas lorzas”, entonces te pones a dieta (...)

(Grupo 11, 3º ESO, 14-15 años, 2017)

Así, vemos los efectos de la exposición de los niños, y especialmente las niñas, a los esquemas sociales en torno al cuerpo y la belleza, generando en algunas ocasiones una auto-devaluación de la propia persona cuando no encaja en estos ideales, lo que empuja a tomar medidas como ponerse a dieta: “(...) cuando se acerca el verano y piensas “me van a ver estas lorzas”, entonces te pones a dieta (...) (Alumna 2, 3º ESO). Además, potenciado por la interacción de los niños/adolescentes en el entorno escolar donde se produce el intercambio de esquemas normalizadores que se imponen a través de los juicios de los propios compañeros:

Moderador: (...) ¿cómo definiría la obesidad en la infancia y adolescencia?

Alumno 1: Yo creo que es un problema de exceso de comida, y de comida que no deberías comer todos los días porque la mayoría de ese tipo de comida es comida basura,

Alumno 2: es cuando tú tienes sobrepeso y eso puede radicar en otras cosas como por ejemplo que te sientas mal, incluso contigo mismo,

Moderador: ¿Por qué crees que un niño obeso puede sufrir un problema de autoestima?

Alumno 2: pues porque los demás se ríen de él,

Moderador: ¿Por qué se ríen de él?

Alumno2: Pues no sé, será porque no es normal,

(6ª Primaria, 11-12 años)

Lo más relevante de la interiorización de estas normalidades corporales es que constituyen auténticas *violencias simbólicas* que pasan desapercibidas pues: “el dominado se siente obligado a conceder al dominador (por consiguiente, a la dominación)” (Bourdieu, 2000, p. 28). Lo que también se explicaría con el *interaccionismo simbólico* de la Escuela de Chicago, por la forma en que el propio sujeto estigmatizado participa de los propios esquemas sociales que lo etiquetan y lo estigmatizan asumiendo su rol y poniéndose a dieta. El potencial efecto normalizador/homogeneizador de estas *violencias simbólicas* parece haber penetrado en toda la matriz social

Entrevistador: ¿Cómo influyen los ideales de belleza en la alimentación de los niños y adolescentes?

Socióloga 1: hombre si las niñas quieren vestir como las modelos que ven en la tele, tienen que quedarse como tubos, porque hoy en día las ves por la calle, tanto a ellas como a ellos, y parecen tubos sin formas algunas. Luego está el tema de las tallas, en algunas tiendas como (menciona firmas de ropa) no se encuentran tallas por encima de la 40 en determinados modelos de ropa. Luego los niños que están gorditos en la etapa infantil se quedan encasillados y se quedan aislados, son rechazados por el resto. Son los raritos y los otros son los normales. No hay término medio. Pero de esto yo solo te puedo dar mi opinión, no soy una experta.

(Socióloga 1, 2017)

Por ello, no es de extrañar que estos esquemas que disciplinan tanto cuerpos como mentes, pasen desapercibidos ante las miradas expertas porque, conforme a P. Bourdieu, se terminan percibiendo como naturales ciertas relaciones de desigualdad o subordinación. Sobre estas relaciones de dominación hemos preguntado indirectamente a los expertos del ámbito psicológico por nuestro especial interés en obtener su opinión, evitando utilizar el término *violencia simbólica* por ser un concepto más desconocido fuera del ámbito académico, sustituyéndolo por violencia de género:

Entrevistador: ¿Por qué crees que actualmente se vende la imagen de una mujer tan delgada?

Psicóloga 2: pues eso tendrías que irte a investigar por qué la moda nos quiere vender una imagen concreta, por qué ponen un maniquí tan delgado que si pudieran poner un alambre lo pondrían, a lo mejor los diseñadores quieren que se vea solo la ropa. No lo sé, nosotros sí que trabajamos la carga que tiene la mujer de su imagen a través de la sociedad.

Entrevistador: Algunos autores afirman que esa carga que supone el tener que estar delgada de cara a la sociedad es un tipo de violencia de género ¿en esos talleres también se trabaja la violencia de género?

Psicóloga 2: si por supuesto, muchas de las mujeres que sufren estas patologías, por el tipo de rasgo de personalidad que tienen, nos encontramos con muchas chicas que suelen ser víctimas de violencia de género, o lo han sido o están en ello, o son futuras víctimas de violencia de género, por su rasgo de personalidad, porque hace falta poner límites, porque hace falta asertividad, por esa baja autoestima, por esa percepción de ser poquita cosa y porque Paco el guapo te ha dicho “ojos verdes tienes” ya tienes bastante para no dejártelo aunque te maltrate. Porque si Paco el guapo te da un guantazo encima lo tengo que perdonar porque encima es culpa mía. ¿No?

Entonces ese tipo de cosas nosotros también lo trabajamos a diario. Todo esto, tu piensa que nos lo encontramos a diario, entonces hay que entender que son personas de riesgo ante situaciones de desigualdad de género como de violencia de género y demás. ¿Vale?

(Psicóloga 2, experta en TCA, 2018)

5.2.4.1. Conflictos científicos y la agencia de los actores

Como se puede observar las relaciones de dominación entre el hombre y la mujer se reducen a una cuestión de “fragilidad mental”, que caracteriza al género femenino. Lo que se combatiría desarrollando las destrezas mentales necesarias para saber decir que “no” a un hombre cuando este ejerce una violencia física o directa. Si profundizamos en esta respuesta vemos que se ignora la violencia oculta e indirecta que supone construir un ideal de belleza femenino que no se corresponde con la diversidad corporal de las mujeres (tampoco de los hombres), y reproducirlo hasta convertirlo en una representación de la normalidad del cuerpo de la mujer. Esto puede ser una cuestión clave en el desarrollo de los llamados TCA e invita a pensar que los discursos que se toman como verdaderos en una sociedad pueden estar sujetos a los intereses de un grupo dominante. En este sentido sorprende la forma en que desde las ciencias biomédicas se contribuye a reproducir ciertas concepciones sobre una identidad ligada al sexo dándole la categoría de verdad, sin tener en cuenta los procesos subjetivos que los generan; es decir, que se sexualizan las identidades. Por ello reclamamos la aplicación de las teorías de I. Hacking al estudio de la obesidad, porque entendemos que se construyen ideas sobre el sexo y se producen cuerpos delgados mientras que se rechazan los cuerpos obesos por salirse de la norma y suponer una carga para la colectividad. Lo que además conecta con las proposiciones de Butler (2005) sobre

la forma en que la construcción cultural del sexo entra a formar parte de la escena social como una forma de gobierno de los cuerpos.

Al igual que sucede con los expertos de las ciencias médicas y la nutrición, en el campo de la psicología los padres se convierten en los principales culpables de los problemas alimenticios de sus hijos. Desde el enfoque psicológico no solo se trata de que éstos sobrealimenten a sus hijos por ignorancia o porque no poseen el *capital alimentario legítimo* necesario para poder tomar decisiones adecuadas y disciplinadas, sino que se trata de padres “cómodos” que fomentan en sus hijos vínculos perjudiciales entre la comida y las emociones:

Entrevistador: bueno, ahora sí que empezamos a grabar, si le parece empezamos por lo que me estaba comentando, ¿qué papel juega la familia en el fenómeno de la obesidad en las etapas tempranas de la vida?

Psicóloga 2: la familia juega un papel muy importante. Hoy en día podemos encontrar de todo, desde familia con un caos alimenticio total, hasta familias con un culto tan excesivo a la dieta sana que llegan a generar graves problemas alimenticios entre sus menores. Antes de iniciar el tratamiento de un menor, la familia es una pieza fundamental, hay familias que colaboran más y otras menos. En las familias caóticas los niños suelen comer lo que les da la gana, comen a deshoras y no existe una pauta concreta alrededor de la comida, no hay un control de la cantidad total de lo que se debe comer... es decir si al crío le apetece dos platos de pasta porque le gusta la pasta pues le dan lo que le gusta, pues mira no, eso no se debe hacer así ya que los niños tienen una determinada capacidad y hay un número determinado de nutrientes que han de tomar a lo largo del día y desde luego no todo va a ser pasta, también nos encontramos el típico caso de aquellos padres que para que los niños se calmen les dan lo que pida especialmente comida y entre horas, esto en realidad es algo evolutivo, ya que desde que nacemos cuando

el bebé está inquieto ¿qué se le da?, pues teta, más grande la chuche y así se continúa, pero vamos que eso no se debe hacer... en esos casos se observa como ya empieza a haber una asociación entre la comida y lo emocional, el niño está nervioso y se le calma con comida, la comida tiene una función calmante, “yo estoy nervioso pues como”. Podríamos decir que en este tipo de familias se trata más de hacer previamente una re-educación familiar y luego tratar al afectado..., en muchas ocasiones en las que los padres tienen obesidad mórbida sus hijos presentan un sobrepeso importante e incluso obesidad del mismo tipo que sus progenitores.

(Psicóloga 2, experta en TCA, 2018)

Las actuaciones educativas de los padres y su culpabilidad se ponen en tela de juicio, incluso aunque estos actúen bajo la prioridad de ver a sus hijos felices. Lo que pone de manifiesto la necesidad de complementar los enfoques psicológicos con las perspectivas socioculturales:

Entrevistador: ¿Qué papel juegan los padres ante esos casos?

Psicóloga 2: Pues nos llegan muchos casos de niñas que sus padres las han estado llevando toda su vida de nutricionistas en nutricionistas en esos casos es la familia la que siente una culpa tremenda por no haber controlado el tema, piensan “bueno pues si a mi hija le hace feliz bajar 5 kilos pues vamos a ayudarla a ello, nosotros lo que queremos es verla feliz...”, se hace lo que sea por ver a los hijos felices.

Entrevistador: ¿Qué se puede hacer desde la familia para evitar la obesidad infantil?

Psicóloga 2: pues lo primero es comenzar una prevención, porque está claro que la obesidad en la infancia es un factor de riesgo muy elevado para desarrollar otras enfermedades en la etapa adulta, tiene que haber una prevención y marcar unos hábitos de vida saludables que no son la

alimentación ultra-dieta, sino la dieta mediterránea donde si tú te comes un dulce no pasa nada, pero claro, una vez que se ha dado el caso..., pues hay que trabajarlo. Esto tiene que estar en manos de los padres y ellos deben controlarlo bien y no hacer comentarios tipo “¡no ya no comas más, ya no cojas más de eso...!”, que muchas veces el mensaje que le están dando a los hijos es de que ellos tienen la culpa, y otra cosa es comer de lo que hay y hacérselo entender con frases tipo “mira esta es la comida que hay hoy (...)”.

(Psicóloga 2, experta en TCA, 2018)

Así, para esta experta los padres juegan un papel importante en el desarrollo de problemas relacionados con la alimentación de sus hijos, pero curiosamente esta relación involucraría tanto a familias dionisiacas como apolíneas. Es decir, tanto en aquellas familias que siguen una ultra-dieta (muy aferrada a las normas nutri-dietéticas), como en aquellas familias que no siguen la icónica dieta mediterránea que permite ciertas transgresiones puntuales de la norma. En resumen, lo que se exige es un equilibrio emocional y nutricional que recuerda a la temperancia hipocrática. Cabe destacar la paradójica circunstancia de que a pesar de que tanto esta experta como otras del ámbito psicológico culpabilizan a los niños/adolescentes de sus malas prácticas alimenticias, en esta ocasión se critica a los padres por ser ellos los que pueden cometer el error de culpabilizar a los hijos de forma implícita con frases como: “¡no ya no comas más, ya no cojas más de eso...!”, (...) “mira esta es la comida que hay hoy (...)” (Psicóloga 2, 2018). Cuando esta misma experta va a señalar y culpabilizar a los niños de falta de capacidad crítica, de perfeccionistas, exigentes, impulsivos o de fantasear con la realidad y de dejarse llevar, entre otras etiquetas. Así, estas ideas ponen de manifiesto las presiones/efectos que ejercen las exigencias de las construcciones expertas y mediáticas del cuerpo. Luego el argumento del equilibrio impregna hasta los

discursos del campo de la psicología, o se alimenta mal o se sigue una “ultra-dieta”, en lugar de adoptar prácticas alimenticias propias de la dieta mediterránea. Una forma de alimentación que conecta con lo tradicional y que para esta experta representa la moderación.

El enfoque reduccionista de esta experta en psicología es de los más contradictorios, pues al tiempo que reconoce implícitamente los procesos subjetivos que median en los problemas de la alimentación de los niños/adolescentes, lo termina explicando de un modo que presupone las acciones de los sujetos de forma totalmente consciente y libre. Buen ejemplo de ello es la forma en que divide el campo social en sistemas de estructuras dentro de los cuales, en primer lugar, tendríamos los esquemas mentales que los padres proporcionan a sus hijos y, en segundo, lugar los significados que para los niños/adolescentes adquieren estos esquemas previos en interacción con los esquemas del conjunto social:

Entrevistador: ¿Podemos servirnos de las teorías de Hipócrates sobre la temperancia para explicar el fenómeno? Hablamos del mundo griego...

Psicóloga 2: Pues la verdad no me preocupa mucho el origen (lo dice riendo...), eso es que son niños más activos y menos activos, el perfeccionismo y la exigencia y todo eso lo podemos ver en la tele, yo si me siento en mi casa o en mi entorno con la sensación de tener que ser perfecto y mis padres me están apretando continuamente con notas o por mi físico, o siento a mi madre insegura por su físico y yo termino identificándome con eso, porque cuando yo me vea de mayor yo me asocio a la idea de mi madre, a su cultura, pues eso... yo rechazo como adolescencia todo lo que venga de mi madre... ese momento de “yo no voy a ser como tú”, ese momento de ruptura o rebeldía desencadena rechazo al cuerpo por mi madre, por “yo no quiero ser como tú”, ese momento pasa. Pues por eso te decía, que lo

primero que mamamos no es la sociedad, es nuestro entorno más cercano, y ya luego la sociedad nos coloca más o menos en lo que tengamos de base, es decir que la sociedad ayuda o perjudica un poco en función de la base, digamos que aunque está ahí, y dificulta mucho el proceso terapéutico, pues también tenemos que pensar que el primer entorno es el familiar y no la sociedad.

(Psicóloga 2, experta en TCA, 2018)

La respuesta de esta experta “no tiene desperdicio”, por las contradicciones y puntos de vista parciales que despliega, pues en un principio categoriza a los jóvenes en activos e inactivos, perfeccionistas y exigentes, reconociendo que estas actitudes se pueden aprender de los medios audiovisuales. Y seguidamente, señala a los padres como proveedores de las estructuras mentales que darán lugar a los TCA. Obviando la multiplicidad de condicionantes sociales y procesos subjetivos que condicionan las prácticas alimenticias, como por ejemplo las experiencias, los juicios sociales de la matriz social, las ideas que se incorporan desde los discursos científicos o la matriz social, respecto al cuerpo y la salud. Para evidenciar las contradicciones en las que incurre esta experta en psicología, exponemos otro lance de la entrevista en el que sí parece dar importancia a los juicios sociales, especialmente en la adolescencia:

Entrevistador: ¿Cómo afecta la influencia que ejercen los compañeros en la adquisición de problemas del comportamiento alimenticio?

Psicóloga 2: el grupo de amigos tiene mucha influencia, porque ellas tienen muy en cuenta los comentarios de las compañeras. Por poner un ejemplo, crías que llevan un bocadillo de sobrasada al colegio y lo tiran porque las otras le dicen “bahh la sobrasada da asco, eso echa peste, eso no se come...”
¿No? Entonces las crías tiran el bocadillo (se ríe) a ver, yo es que me pongo a

imitar y me sale así (se ríe). ¿No? Ya ahí empiezan las crías a meterse con lo que comen y entonces empiezan pues tirando el bocadillo y les dicen a su madre: “a mí no me pongas más de eso que echa peste y se ríen de mí”. ¿Sabes? Entonces ya desde esas edades, porque estamos hablando de adolescentes, se empiezan a dar cuenta de las apariencias, empiezan a comparar la que está más delgada con la que está más gorda. En estas edades hay además mucha disparidad en el desarrollo físico, te puedes encontrar con crías de nueve años que son un espaguetillo pequeño, porque son muy flaquitas o porque son muy chiquitinas todavía, y luego te puedes encontrar con crías grandullonas que pueden estar haciendo un desarrollo..., que si no han tenido ya la menstruación están teniendo el desarrollo previo para tenerla. En estas edades puede haber muchas diferencias y te encuentras a madres que comparan, “Uhh pero mira que grandullona está tu hija pero si la mía está todavía muy pequeña” no sé qué... Esos comentarios a mí me chirrían mucho, me ponen muy nerviosa, o “hija pues mira no ves tu amiga que está allí sin comer, ¡deja el pan! Y deja ya de comer”, pues todas esas cosas que provienen de amigos, de padres y todo eso que a los crío les cala, les cuele. Y están muy pendientes de todo esto, porque están en una edad que se fijan mucho en lo que hace el otro, que no hace que me influye... Porque en la adolescencia vamos buscando esa identidad adolescente, eso de que si soy choni, si soy raper, si soy lo que sea, entonces empezamos a ver otros tipos de conductas que tienen que ver con no poner límites, porque si yo no fumo “porros” si yo no fumo porros mis amigos pueden fumar los porros que les dé la gana pero yo no fumo, porque no me gusta y punto. O si se presenta probarlo decir ya no quiero más, ya no me interesa, como con las borracheras estas que pillan, que cada vez beben más jóvenes, tienen que ser capaces de poder salir con sus amigas y decir ¡no! Yo no bebo porque no me gusta. Bueno pues esas conductas para introducirse en el grupo muchas veces son arriesgadas, porque si yo

voy con un grupo que la gente es super sana que se dedican a estudiar pero a la vez se lo saben pasar bien y son respetuosos y demás, pues estupendo, pero como haya caído en un grupo que tenga todas estas dificultades mías, pues voy a entrar en una zona de riesgo o puedes ser la marginada.

(Psicóloga 2, experta en TCA, 2018)

Podemos observar cómo en este fragmento se defiende ideas contrarias a las que había expuesto con anterioridad, resaltando la influencia de los juicios de los amigos y la necesidad de pertenencia a un grupo que presentan los adolescentes. Que precisamente se encuentran en una etapa en la que están desarrollando su identidad. Otro detalle a tener en cuenta, es el lenguaje empleado, por la forma en que implícitamente categoriza y estigmatiza a los niños/adolescentes observándose implícitamente una falta de aceptación de la diversidad corporal al señalar, casi de forma despectiva, las diferentes formas corporales que nos podemos encontrar en cualquier campo social: “espaguetillo”, “grandullona”. Aunque en su trasfondo sigue culpabilizando de crear este ambiente hostil para el desarrollo de una conducta sana a los padres, que parecen ejercer también de jueces: “(...) Uhh pero mira que grandullona está tu hija pero si la mía está todavía muy pequeña” no sé qué (...)” (Psicóloga 2, 2018), y también a los propios adolescentes afectados por no saber poner límites y frenar a los compañeros que los instigan. En definitiva está representando la paradójica situación en la que parece que se pone del lado de los opresores y maltratadores, acusando a la víctima de no saber defenderse de los “golpes”.

Además, queremos destacar otra cuestión que puede poner en entredicho las propuestas de los enfoques biomédicos y es que la acumulación disciplinada de las normas médico-nutricionales por parte de los adultos y su aplicación taxativa tampoco parecen garantizar que los niños/adolescentes desarrollen prácticas

alimenticias normales y/o sean sujetos que se puedan categorizar dentro de la normalidad corporal. Lo que pone de relieve la necesidad de contar con otros enfoques científicos que permitan explorar los efectos de los mensajes expertos en las familias. Podemos observar que el análisis de la psicóloga 2 muestra una doxa, en el sentido de que atribuye acciones a los padres de niños/adolescentes obesos que parecen más bien percepciones personales y visiones parciales del fenómeno. Así vemos cómo clasifica a los padres implícitamente dentro de una categoría de personas reprochables por el resto de la colectividad y con “valores malos”, por anteponer su comodidad al sacrificio que supone alimentar de forma saludable a sus hijos e inculcarles prácticas alimenticias racionales, como se observa por las caricaturas que realiza de padres que podrían clasificarse como dionisiacos:

(...) el típico caso de aquellos padres que para que los niños se calmen les dan lo que pida especialmente comida y entre horas, esto en realidad es algo evolutivo, ya que desde que nacemos cuando el bebé está inquieto ¿qué se le da?, pues teta, más grande la chuche y así se continua,(...)

(Psicóloga 2, experta en TCA, 2018)

Esta percepción daría para un largo debate sobre el origen de estas prácticas, pues si se le da teta a los bebés cada vez que llora puede que sea por recomendación de un experto en pediatría, cuestión que abordaremos más adelante. Por lo que estaríamos ante una investigación en la que sería necesario el enfoque *hackingniano* sobre los efectos de los discursos expertos en, especial por la forma en que los padres se comportan como *clases interactivas* adaptando dichos consejos a la evolución del desarrollo de los hijos, a un entorno social que posibilita ciertos alimentos, sus experiencias y esquemas previos. No es excusable que la comida “basura” se utilice de forma abusiva y sistemática para calmar los deseos de los niños, pero puede que existan múltiples circunstancias que

expliquen las recompensas alimenticias más allá de la voluntad paterna por anteponer su bienestar al de sus hijos. Como por ejemplo que se ofrezca a un niño/adolescente una golosina o un producto alimenticio insano porque lleva un mensaje nutricional científico, que además permita su justificación, o por el desgaste anímico que supone luchar contra los gustos de los hijos para imponerles el consumo de alimentos menos gustativos pero más saludables.

Hemos observado cómo los expertos del ámbito biomédico manifiestan implícita y explícitamente que las personas no saben comer, denunciando que sus estilos de vida y sus hábitos alimenticios son desordenados, lo que deviene en un problema patológico de carácter colectivo y epidémico. Por otro lado, los expertos del ámbito psicológico denuncian los efectos perjudiciales de la excesiva preocupación por la imagen corporal y el seguimiento patológico de dietas para adelgazar. Así, ambas perspectivas se combinan en un ambiente confuso y disonante en el que se trata de normalizar las prácticas alimenticias a través de la construcción de ideas que envuelven al cuerpo y la salud. Complejizándose si cabe más por un sistema socioeconómico mercantilista compuesto por publicistas, industria alimentaria, instituciones y expertos bajo sospecha, por el rédito que sacan del temor creado por el fenómeno de la obesidad infantil/adolescente.

Bajo nuestro punto de vista, tras el análisis de las construcciones ideológicas que implican los discursos expertos, entendemos que en este complejo entramado biocultural la clave parece estar en la forma en que se concibe la capacidad de agencia de las personas. Siendo descrita de forma simplista tanto desde los enfoques construccionistas que la encuentran desarticulada por un sistema que convierte en objeto de consumo todos los aspectos concernientes a la corporeidad de los sujetos o manipula su percepción del mundo. Como desde los enfoques biomédicos que lo conciben íntegramente como una cuestión de responsabilidad

de los sujetos en combinación con una ineficaz penetración del discurso médico-nutricional.

Teniendo en cuenta estos enfoques, tras los resultados obtenidos en los grupos de discusión, en los que se ha constatado de forma explícita la asimilación de una amplia gama de normas y preceptos médico-nutricionales, mientras que de forma implícita y subjetiva se deja entrever la dimensión biopsicosocial del fenómeno de la obesidad infantil/adolescente. Nos preguntamos por la implicación de todos los agentes involucrados en este problema en su formulación como una cuestión global y que capacidad de agencia tienen los padres, abuelos y niños, en un entorno cacofónico cargado de prohibiciones, ofertas y complejas concepciones sobre la alimentación del cuerpo y la salud. Aspectos que trataremos de aclarar en las siguientes líneas.

5.2.4.2. La desactualización

Una de las particularidades del ambiente cacofónico alimentario de las sociedades modernas es la rapidez con la que cambian las recomendaciones médico-nutricionales y lo tarde que se incorporan a los discursos expertos, si es que llegan a incorporarse. Sirva de ejemplo el siguiente discurso en el que se pone de manifiesto el problema de la “desactualización” de los mismos profesionales sanitarios y los conflictos que esto genera:

Nutricionista (investigador): sí hombre eso influye muchísimo.

Entrevistador: aquí entran en juego el efecto de los mensajes médicos, también hemos entrevistado a C. González y nos comenta que en ciertas ocasiones son los mismos pediatras que dan consejos anticuados, luego C. Casabona me comentó que las enfermeras y pediatras en los centros de salud controlando el peso y los percentiles crean una preocupación en los padres

porque ganen peso que quizá sea innecesaria, ¿puede que los propios profesionales de la salud sean parte del problema?

Nutricionista (investigador): ¡hombre! (exclama), por supuesto, porque además tenemos un problema que es la desinformación o más que eso la “desactualización”, entonces por ejemplo si tú le hablas de factores epigenéticos a un pediatra, probablemente el 75% de ellos no sepa ni lo que es, luego está la importancia que esto tiene, yo discutí con un pediatra porque ahora la evidencia demuestra que es importante introducir el gluten lo antes posible, a los 6 meses, y el pediatra me dijo que él toda la vida lo había mandado a los 2 años y que yo no le iba a decir ahora cuándo tenía que mandarle gluten a los niños, y yo le dije “es que yo me baso en la evidencia científica”, y él me dijo, “y yo en mi experiencia” y así se quedó la cosa... entonces tenemos un pediatra en el SMS que manda gluten a los 2 años porque a él le apetece (...)

(Nutricionista, profesor universitario, 2017)

Tras el relato de este experto se puede extraer que la construcción de ideas y normas alimentarias puede tener un efecto negativo en los comportamientos alimenticios de los sujetos, si los profesionales sanitarios que los transmiten no están actualizados y si dichas actualizaciones no se basan en los nuevos avances científicos, lo que pone polariza en cierto modo los discursos de la verdad científica frente a los de una especie de *doxa alimentaria experta* que se basan en la experiencia y los conocimientos desfasados del experto sanitario que los sostiene. Así mismo, esta reflexión no sólo pone de manifiesto el estancamiento de ciertos saberes expertos aprendidos en otros momentos históricos en los que se aceptaban otros conocimientos como “verdades”. Sino que pone de manifiesto ciertos procesos subjetivos que afectan a las relaciones médico/paciente como, por

ejemplo, el poder que se ejerce a pequeña escala cuando un experto en pediatría transmite las recomendaciones que él considera oportunas bajo su criterio profesional y su experiencia. Lo que no quiere decir que sean peores o mejores consejos que los que aportados por otros expertos más cercanos a la verdad científica actual, pero sí pone de manifiesto la importancia de estudiar la microfísica del poder acuñada por M. Foucault en el fenómeno de la obesidad infantil/adolescente. Ante la cacofonía que generan estos mensajes contradictorios basados en distintas verdades mediadas P. Ojeda, del mismo modo que se reclama en los sujetos obesos, reclama una continua actualización por parte de los profesionales sanitarios y una parcelación de conocimientos según especialidades:

Entrevistador: por supuesto, los padres lo hacen lo mejor que pueden.

Bueno, C. González me comentó que a veces son los propios profesionales los que pueden ser parte del problema, ya que aportan una información obsoleta. Se siguen dando recomendaciones estandarizadas y que no contemplan las dadas por la EFSA. En la sociedad existe confusión por las contradicciones entre expertos, por ejemplo, el huevo ¿se puede comer uno diario? ¿Hay que comer 3-4 por semana máximo? ¿Hay que comer solo la yema? ¿Hay que comer solo la clara?

P. Ojeda: respecto al huevo, claro esto es lo que pasa, tú has estudiado medicina o has estudiado enfermería, pero todos los días van saliendo estudios nuevos que están desmontando, digamos, lo antiguo. Lo del huevo es muy gracioso, ¡porque el huevo era el demonio! Era el auténtico demonio.

Entrevistador: si eso parece.

P. Ojeda: bueno pues ya hay estudios, además recientísimos, que lo desmienten. Es como la película ésta de Robert Redford, no, perdón de Paul Newman, que se comía 25 huevos, y esto lo único que te puede pasar es que tengas una indigestión. Esto no pasa nada, que si te comes hasta 3 huevos al día lo que mejora es tu perfil lipídico, tu sistema cardiovascular, y

mejora...No pasa nada por tomarse 8 o 10 huevos a la semana. ¡Nada!
¡Absolutamente nada! Mejora todos tus perfiles. Nada, eso de que tiene
colesterol, sí efectivamente, tiene colesterol, pero que no afecta a tu colesterol
endógeno. O sea que no pasa absolutamente nada, pero como antiguamente
se decía ¡Uhh! Esto tiene colesterol, ¡fuera el huevo!

Entrevistador: Ahora dicen los pediatras que es una fuente de proteínas muy
buena.

P. Ojeda: claro, tú puedes ser médico de la vieja escuela, y haber estudiado
incluso pediatría, por supuesto. Pero no tienes esa especialización de una
persona que ha estudiado nutrición. Sabes, ni más ni menos. Es lo que
estábamos hablando, ¿sabes? Yo no me atrevería, yo tengo el Máster de
Coach, ¿vale?

Entrevistador: si

P. Ojeda: el Coach es el que te anima, el que te acompaña, el que te da ciertas
estrategias, pero no me atrevería a ir más allá de mis competencias y hacer
de psicólogo.

Entrevistador: cada uno en su campo...

P. Ojeda: yo no me atrevería, con personas que tienen depresión, a ir más
allá. No me atrevería a, si soy pediatra, a pautar una alimentación más
especial para equis pacientes. No podría.

(P. Ojeda, nutricionista, 2017)

La especialización y la actualización para este experto se convierten en un
valor del efecto normalizador del discurso médico-nutricional. Si un experto no se
actualiza o no está especializado en el área desde la que regula las prácticas
sociales, pierde credibilidad en la misma medida que su discurso pierde poder
normalizador. En este sentido, el saber experto no es un poder que se construya a

raíz de una simple adquisición cognitiva, sino que prolifera y se refina conforme avanza el ejercicio de la ciencia.

En relación con estas reflexiones, J. Contreras nos habla de los cambios producidos en los discursos expertos sobre alimentación a lo largo de la historia, para acoplarse a las prioridades del momento. La cuestión principal que este experto pone sobre la mesa, y que puede estar detrás de algunos problemas de los actuales abordajes expertos del problema, es que los nuevos discursos no se corresponden con un cambio de ideas tan rápido como se presupone, sino que perduran durante décadas afianzándose a través de la cultura. Es decir, incorporándose a los *habitus alimentarios*. Como se observa en el primer párrafo en el que este experto nos expone algunos ejemplos de los refranes que aún nos acompañan en la actualidad, revelando el valor simbólico que adquieren determinados alimentos que fueron preciados en otras épocas por su escasez, y que paradójicamente ahora son demonizados por los expertos:

Entrevistador: Bien, me acaba de responder a otra pregunta que tenía preparada, efectivamente los expertos comentan que hay muchísima información, incluso Pablo Ojeda, nutricionista, nos decía que cada día sale un estudio nuevo y yo le preguntaba ¿pero cree que esto puede generar desconfianza en los consumidores?, por ejemplo del huevo se han dicho muchas cosas, se han desmentido y se ha vuelto a decir otras, que si es bueno comer hasta 8 o 10 huevos a la semana cuando antes no se recomendaba más de 2 o 3...

J. Contreras: sí, bueno y antes hay un refrán que dice “cuando seas padre comerás huevos”, “los huevos hacían sitio” o “quien gana el pan come la carne” y esta es otra cuestión, que alimentos “prestigiosos” por su sabor, o por el estatus que representaban, o por el valor nutricional o alimenticio que se les otorgaba pues eran caros o escasos, entonces en un momento de una

mayor afluencia económica pues la gente va directa a ellos, aunque esta es otra cuestión, pues por ejemplo, en el caso de la carne, el consumo de la carne en España aumentó considerablemente entre los años 60 hasta el 85 más o menos, esto te lo cito de memoria y por tanto los años así no tienen mucha precisión, pero aumenta el consumo de carne en España de una manera generalizada, en el año 85, más o menos, toca techo y comienza a disminuir ligeramente y esto ocurre con otros alimentos,

Entrevistador: ¿cree que esto tiene que ver con los mensajes que lanzan los expertos a la sociedad? ¿Cómo influyen los mensajes de los expertos en la alimentación de las familias?

J. Contreras: no pero, a ver, en el caso de la carne, los médicos del S.XIX y del S.XX, hasta mediados del S.XX hasta los 60, se recomendaba porque se detectaba un déficit de proteína entre los españoles, y bueno en cambio ahora hay un exceso de proteínas incluso la alimentación de los propios animales han cambiado también. Si te fijas en las cantidades diarias recomendadas pues cambia considerablemente esto con los años, entonces ¿qué ocurre?, pues primero, si tu comparas las recomendaciones nutricionales y las evaluaciones de la alimentación que había en España en los años 60 y las comparas con las de ahora y no tienen nada que ver, nada que ver

Entrevistador: cierto, cierto,

J. Contreras: bueno, pues en los años 60 hubo que convencer a la gente para que adoptara las recomendaciones del momento y cuando las han adoptado ahora resulta que no valen, ¿no?, entonces, es decir, bueno, yo no estoy criticando los avances de la nutrición que son muy válidos, pero a diferencia de lo que ocurre con otras ciencias aplicadas o no, y quizá eso tiene que ver con lo que tú decías al principio, del gran interés que hay hoy en día por muy diversas razones, pues oye, en la física cuando hay un cambio ese cambio se aplica y queda fundamentalmente en las aplicaciones tecnológicas

no lo “transforman en recomendaciones de comportamiento para la gente”, la nutrición tiene esa particularidad, la nutrición diríamos también en algunos otros la medicina, la higiene, lo que sea ¿no?, los higienistas que fueron los antecedentes de la salud pública, por así decirlo, describieron en monografías que la higiene y la salud es el resultado de un montón de factores,

(J. Contreras, catedrático en antropología, 2018)

El análisis de este experto pone de manifiesto que las continuas renovaciones de los mensajes expertos pueden irse acumulando en forma de capital cultural y estos se perpetúan por transferencia cultural, conformando los *hábitus alimentarios*. Como se observa por el capital simbólico que representa el refranero español. Por lo que modificar las prácticas alimenticias no resulta tan fácil como transmitir nuevas recomendaciones nutricionales y esperar a que los sujetos las apliquen de forma inmediata. El ejemplo del consumo de carne que expone este experto, resulta paradójico, pues su escasez y los problemas de desnutrición de la población española de mediados del siglo XX, hizo que adquiriera un gran valor simbólico por encima de otros alimentos característicos de la dieta mediterránea como las legumbres, verduras o frutas; en parte favorecido por los mensajes expertos que aconsejaban su consumo. Lo que contrasta en la actualidad con los mensajes de instituciones sanitarias que sancionan el consumo de carne, roja y procesada, al relacionarlo con determinados tipo de cáncer (OMS, 2015b).

Algunos expertos del ámbito biomédico reconocen la lentitud con la que cambian los patrones alimentarios con la actitud ironista que sostiene I. Hacking:

Nutricionista: (...) entonces cuanta más información tenga una persona mejor, de hecho un endocrino amigo mío dice que la obesidad se acabará dentro de 100 años...

Entrevistador: ¿dentro de 100 años?

Nutricionista (investigador): sí, cuando los hijos, de nuestros hijos de nuestros hijos nazcan, pues nosotros estamos empezando a enseñarles hábitos saludables y dieta sana, entonces los hijos de nuestros hijos el día de mañana tendrán mucha más información y los hijos de nuestros hijos de nuestros hijos ya tendrán toda la información y entonces ya sabrán que si comen de más pues engordarán, será algo como normal.

Entrevistador: ¿Podría tratarse de un tema de transferencia cultural familiar o de transferencia de ideas?

Nutricionista (investigador): sí claro, pero más que transferencia es una cuestión más educativa, eso absolutamente...

(Nutricionista, profesor universitario, 2017)

Según el informante la obesidad se acabará cuando las normas médico-nutricionales calen en toda la población, es decir, cuando todos los sujetos se introduzcan en las “nuevas pastorales”. Lo que se traducirá en un *capital alimentario legítimo* adecuado para discernir los alimentos prohibidos y los permitidos. Una estrategia que ya hemos visto en otros discursos biomédicos y que parece muy sencilla, sin embargo, está obviando la parte sociocultural del problema, como las estrategias simbólicas de la publicidad, los simbolismos culturales populares como las celebraciones o festividades; e incluso los condicionantes estructurales como la organización socio-laboral o las diferencias socio-económicas, entre otros. La cuestión es ¿se conseguirá cambiar las “malas” prácticas alimenticias dentro de cien años, cuando, por ejemplo, venimos realizando copiosas ingestas para celebrar acontecimientos importantes desde la

Edad Media (Montanari, 2004). En un grupo de discusión realizado con adolescentes sale de forma espontánea uno de los simbolismos más reconocibles en nuestro contexto social, el agradecimiento que supone para el anfitrión hacer una ingesta copiosa de los platos que ofrece:

Moderador: Otra pregunta que creo que debo introducir ahora ¿qué significa para vosotros la alimentación?

Alumno 1: vida,

Alumno 3: bienestar,

Alumno 6: necesidad,

Alumna 7: o por satisfacción de cada una a veces,

Moderador: ¿queréis decir que es una cuestión fisiológica? ¿Qué hay de otras cuestiones como compartir la comida?

Alumna 4: bueno, a veces charlamos y comentamos cosas con las personas que compartimos nuestra comida,

Alumno 6: sí como en las bodas, que te hinchas a comer,

Moderador: ¿qué quieres decir?

Alumno 6: pues que comes para no hacer el feo, es que si te dejas la comida eso está mal de cara a los novios,

Alumno 5: es que nos han enseñado que eso puede llegar a ser una falta de respeto a los anfitriones que la organizan,

Moderador: ¿quieres decir que es una cuestión simbólica?

Alumno 5: sí, la verdad es que sí,

(Grupo 13, 1º Bachiller, 16-17 años, 2017)

Así, vemos que para estos adolescentes la alimentación se vincula simbólicamente a conceptos tan complejos como el bienestar, la vida o la satisfacción personal. Además se reconoce la compleja articulación entre la alimentación y las relaciones sociales, como sucede cuando se celebra un

acontecimiento especial con una comida copiosa y el comensal, en señal de agradecimiento, debe corresponder comiendo en abundancia. Lo que pone de manifiesto que la alimentación se convierte con más frecuencia de los que se piensa en parte de los códigos éticos sociales de la amistad y el agradecimiento, valores presentes en la cotidianeidad de los sujetos como se observa en la representación de la “buena madre” descrita por Martín y Moreno (2005) y que también hemos observados nosotros. Así, estos códigos éticos lejos de ser normas aprendidas de expertos en medicina o nutrición, se revelan como *habitus* que se adquieren en la matriz social convirtiéndose en una especie de cultura somática: es que nos han enseñado que eso puede llegar a ser una falta de respeto a los anfitriones que la organizan, (Alumno 5, 1º Bachillerato).

En relación con estos hallazgos J. Contreras viene a confirmar, conforme a P. Bourdieu, que las acciones y decisiones de los sujetos se circunscriben a espacios concretos (campos) en los que entran en juego determinados *capitales*. Como hemos advertido los *capitales alimentarios* evolucionan por interacción social con expertos, familiares, vecinos, amigos, produciendo prácticas alimenticias y cuerpos obesos, delgados, nutridos/desnutrados. En este complejo campo alimentario los conflictos entre perspectivas científicas no solo surgen por una falta de actualización de los discursos de la verdad, sino por discrepancias entre puntos de vista actuales. Un ejemplo lo encontramos a la hora de establecer las normas alimentarias que deben seguir los sujetos y que servirán a los expertos para señalar aquellas prácticas alimenticias y comportamientos que suponen una transgresión de la norma:

Entrevistador: ¿a qué tipo de responsabilidad se refiere?

Médico de familia 1: más bien una responsabilidad de tipo moral, hay una relajación por parte de los padres por la sociedad en la que vivimos de consumismo, el 20% de los niños encuestados por nosotros eran niños que iban a la clase sin desayunar, ¿Qué pasa? Que llevan diez euros y los niños se van a las pastelerías o a las tiendas, para tomar nada más que azúcares, grasas, chocolates,... Eso lo que hace es que esos niños no tengan un rendimiento escolar saludable.

(Médico de familia 1, médico de familia, 2017)

El argumento de este experto parte de la base de que realizar un desayuno completo y equilibrado ha sido, y sigue siendo, una recomendación muy extendida entre los discursos expertos, siendo secundado por las estrategias gubernamentales llevada a cabo para combatir la obesidad infantil. Sirva de ejemplo la campaña de 2007 del Ministerio de Sanidad, cuyo eslogan es “¡Despierta desayuna!”:

El desayuno es clave a la hora de prevenir la obesidad de las niñas y niños. Por este motivo, el Ministerio de Sanidad y Consumo ha decidido reponer la campaña de publicidad ¡Despierta, desayuna, come sano y muévete!

OBJETIVO

Su objetivo es promover hábitos alimenticios saludables desde la infancia y, para ello, se ha elegido el desayuno, ya que todos los expertos coinciden en la importancia de la primera comida del día en el ámbito de la prevención.

- > El 6,2% de la población infantil y juvenil no desayuna habitualmente y sólo el 7,5% de los niños toman un desayuno equilibrado, compuesto por leche, fruta o zumo e hidratos de carbono
- > Los expertos coinciden en la importancia de la primera comida del día para prevenir la obesidad infantil. El 8,5% de los españoles de entre 2 a 17 años presenta obesidad y el 18,2% tiene sobrepeso.

POBLACIÓN DIANA

El público objetivo de la campaña es toda la población en general, especialmente los jóvenes menores de 13 años, los padres, así como los profesionales de la educación, responsables todos ellos de una buena alimentación.

> **NOTA DE PRENSA**

Emisión: 15 días, 9 a 23 octubre 2007

(Imagen obtenida de la web del Ministerio de Sanidad en mayo de 2020²⁰)

²⁰ Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/campanas/campanas07/obesidad.htm>.

Esto justificaría la indignación del Médico de familia 1 por el elevado porcentaje de niños registrado en su estudio que iban sin desayunar al colegio, un 20%. Aunque sí resulte cuestionable su *doxa alimentaria biomédica* cuyo tono de culpabilización hacia las familias lleva implícitas diferentes cuestiones morales y éticas sobre las que ya hemos hablado. La cuestión es que este discurso no contempla si tras esta práctica de no ir desayunado al colegio existen condicionantes socioculturales:

Entrevistador: ¿qué influencia tienen estos cambios sociales que menciona en la alimentación de las familias? Por ejemplo, la incorporación de la mujer al mundo laboral,

Socióloga 1: no cabe duda de que la incorporación de la mujer al mundo laboral ha repercutido en la alimentación familiar, el horario de la jornada laboral condiciona completamente la rutina de las familias y el tiempo de que se dispone para cocinar. Creo recordar que la demanda de comida precocinada o ya elaborada había aumentado de 6,7 kilos en el 97 a casi 12 en 2011. Algunas familias siguen con un esquema tradicional, si la madre no trabaja, y cocinan en casa, ahora con la crisis se dan más casos de estos; pero las madres que aún siguen cargando con su trabajo y las labores del hogar lo tienen crudo, aún vivimos en un país muy machista.

(Socióloga 1, 2017)

Tras algunas prácticas alimenticias poco saludables no solo hay elecciones individuales irresponsables, sino que puede predominar condicionantes sociales como la incorporación de la mujer al mundo laboral, la incompatibilidad de los horarios laborales y escolares. Y además, esquemas de pensamiento respecto a la alimentación, la salud, el cuerpo y el género. Un aspecto este último que pasaremos a explorar en la tercera parte del bloque analítico mediante los *habitus*

de género que se detecten en los discursos de nuestros participantes. En relación con esta cuestión Fajardo, Méndez y Jauregui (2017) ponen de manifiesto en su estudio que el 69% de los estudiantes no suele desayunar por “falta de tiempo”, estando las decisiones alimenticias mediadas por cuestiones socioculturales como el gusto, como se observa por los argumentos aportados por los estudiantes entre los que se encuentran: “que no le gusta” o “que no acostumbra”, cuestiones que suponen el 73,5% de los casos. La problemática de la falta de tiempo también se ha observado en nuestro estudio:

Moderador: ¿cómo influyen los horarios escolares en la alimentación de los niños y adolescentes?

Madre 1: pues muy sencillo, si tienes que levantarte a las 7 de la mañana llevar los críos al servicio de madrugadores, después te vas a trabajar, sin desayunar tú porque solo te ha dado tiempo a darle de desayunar a los críos y vestirlos, después tienes al medio día uno que sale a la una y media y el grande que está en la ESO sale a las dos, entonces tienes que pagar la extraescolar del pequeño para que no esté solo por el patio hasta que salga el hermano y vas a recogerlos a los dos a la misma hora.

Madre 3: eso, tú que puedes venir a recogerlos temprano, porque yo salgo a las tres, pero si en infantil entran tres tardes a la semana a las tres y media, pues tienes que dejarlos en el comedor porque a ver cómo te los llevas las das de comer y los vuelves a traer en media hora, imposible.

(Grupo padres Las Claras, 2018)

Así se puede observar que los padres no tienen tanto margen de maniobra como se les presupone y que, a pesar de que asimilen los saberes expertos, las condiciones sociales les impiden llevarlas a la práctica. En conexión con este relato, Médico de familia 1 realiza otra valoración de los comportamientos alimentarios

de los niños que añade más presión a los padres inmersos en una organización socio-laboral ya de por sí congestionada y que además implica ciertos juicios éticos. Y es la forma en que transmite la idea de que los niños que no desayunan y se alimentan de forma insana, tienen peores rendimientos académicos. Esta última cuestión no está exenta de controversia cuando se plantea a otros expertos del ámbito biomédico, que no parecen estar de acuerdo con la hipótesis de que ir sin desayunar al colegio pueda repercutir significativamente en el rendimiento escolar:

Entrevistador: ¿Y de quién es responsabilidad?, es decir, en una localidad cercana donde yo resido hicieron un estudio con 3000 niños, la totalidad de los niños escolarizados, bueno, con casi la totalidad y encontraron que el 20% de ellos acudían al colegio sin desayunar, el médico que hizo el estudio lo entrevisté y él responsabilizaba sobre todo a los padres...

C. González: bueno, es que en nuestro país hay un artículo muy bien escrito explicando que no hace falta desayunar...

Entrevistador: pues él sin embargo dice que afecta al rendimiento...

C. González: todo eso son chorradas (se ríe) A ver, primero no está nada claro que afecte al rendimiento porque los estudios que hay son observacionales, es decir que no parece haber estudios de que al azar se les dice a unos niños que desayunen y a otros que no y se compruebe el resultado. Además los niños que vienen sin desayunar pueden tener otros muchos factores distintos, desde costumbres y tradiciones familiares o pueden vivir más lejos del cole y por eso tienen que levantarse antes y no les da tiempo de desayunar, entonces... y por otra parte la diferencia es pequeñísima, quiero decir ¿me estás diciendo que si desayunas irás a la universidad y si no desayunas serás albañil?, por Dios qué más me importa si van a sacar 3 décimas más o tres décimas menos en el bachillerato, la dignidad de que una persona es un ser humano que dice “no quiero comer”

y le obliguen a comer es mucho más importante para mí que el rendimiento escolar. Entonces, ¿qué sería buena idea, que los padres intentasen ofrecer un desayuno a sus hijos antes de salir de casa que no sea que el niño no desayuna porque no puede o porque no le dejan?, vale, sí sería bueno, si el niño no come porque resulta que no quiere, pues no pasa absolutamente nada, ya te digo léete el artículo que hay en el País sobre lo mal que desayunan los niños españoles y precisamente habla de eso, que muchos niños van sin desayunar y que para eso se toman un bocadillo a las 10, o sea, no has desayunado..., pues no pasa nada, puedes desayunar en 2 tiempos, un poquito aquí, un poquito allá (...)

(C. González, pediatra, 2017)

Como se puede observar C. González se manifiesta en contra de la percepción del Médico de familia 1 sobre el efecto negativo de no ir desayunado al colegio, lo que de nuevo pone de relieve la cacofonía informativa que despliegan los discursos expertos. La cuestión más relevante de estas contradicciones, es que cuestionan su propia esencia normalizadora, dejándola en entredicho. Bajo nuestro punto de vista este problema puede tener su germen epistemológico por la forma en que desde las ciencias médicas se construye una verdad focalizándose en el análisis de la naturaleza humana y desestimando la comprensión del sistema de relaciones sociales, culturales e históricas que han moldeado las prácticas alimenticias de los sujetos. La aportación de C. González es especialmente representativa de esta visión:

Entrevistador: Acabo de venir de pasar la revisión de mi hija de 2 meses y le he puesto las vacunas, bueno también tengo otro niño de 17 meses y en las revisiones suelen darme unas dietas estandarizadas donde me dicen que le tengo que dar no sé cuántas piezas de fruta al día, ¿cómo ve este tipo de

intervenciones expertas, está de acuerdo con aquellos autores que afirman que se medicaliza la alimentación en exceso?

C. González: totalmente, es decir, bueno supongo que conoces las recomendaciones de la EFSA sobre alimentaciones

Entrevistador: sí, más o menos, yo la verdad es que les doy a mis hijos lo que considero que necesitan... no sigo a rajatabla los consejos aportados,

C. González: claro es que el problema es que cuando hablas de recomendaciones expertas ¿de qué estamos hablando?... para mí las recomendaciones expertas son las recomendaciones de la EFSA dadas por la sociedad europea de las patologías... ta ta tá

Entrevistador: pero realmente luego en las consulta de pediatría...

C. González: pues no tienen na que ver,

Entrevistador: ¿por qué?

C. González: porque los pediatras no se las leen (se ríe), así está la cosa, es decir, hay un tremendo desconocimiento sobre nutrición y sobre otras muchas cosas y hay una costumbre muy arraigada en España de dar unas recomendaciones sobre alimentación infantil sin base científica y obsesivas hasta llegar a lo patológico, que te dicen hasta los gramos de cada cosa...

Entrevistador: Eso me ha pasado a mí...

C. González: probablemente te habrán dicho que les des la fruta a las 5 de la tarde

Entrevistador: sí, y que le ponga una galletita, pero claro... las galletas llevan jarabe de glucosa y fructosa ¿usted cree que esto es bueno para un niño de 6 o 7 meses?

C. González: ¿Y por qué la fruta por la tarde?

Entrevistador: pues no sé...

C. González: ¿Por qué no se puede comer la fruta por la mañana?

Entrevistador: bueno yo desayuno fruta...

C. González: a ver, son estupideces, simplemente pues ala... se sueltan... entonces a los padres les dicen esos “presuntos expertos” los padres se lo cree obligan al niño a comer fruta cueste lo que cueste por la tarde y el niño que no quiere fruta... y encima todo.

(C. González, pediatra, 2017)

C. González se muestra partidario de transmitir consejos médico-nutricionales más flexibles acorde con los gustos de los niños y las circunstancias sociales de los padres, aunque sin salirse de los saberes científicos. Pero además podemos observar el discurso de C. González encierra, en cierto modo, un juicio moral que cuestiona la falta de interés o responsabilidad de los propios profesionales sanitarios al señalar que estos no están actualizados con los últimos conocimientos científicos en torno a la alimentación. Categorizándolos implícitamente en buenos y malos profesionales. Lo que pone sobre la mesa de nuevo otro discurso que genera los conflictos científicos a los que se exponen los planteamientos biomédicos. En efecto, estas prácticas que C. González considera obsoletas, basadas en una *medicalización* de la alimentación infantil desde edades muy tempranas, se siguen reproduciendo. Como ejemplo exponemos el relato de Emilia, una abuela que entrevistamos mientras cuidaba de su nieto de 9 meses:

Emilia: (...), Luego si le toca 180 gramos de carne yo lo pesé el primer día y luego lo eché en un cuenco y entonces esa es la medida que tengo “pa” siempre y así no tengo que pesas cada vez que le toca eso.

Entrevistador: ¿cómo, pero eso dónde lo pone?

Emilia: ahí, ahí... lo tengo ahí en la tablilla esa que se trajo su madre de la pediatra, mira, hoy le echo su patata, le echo su zanahoria y dos “bajoquicas” frescas, (...)

(Emilia, 67 años, abuela, 2018)

Como podemos ver Emilia revela que aún se siguen proporcionando dietas estandarizadas sobre alimentación en las consultas de pediatría españolas, sin tener en cuenta que esto puede tener efectos no deseados sobre la alimentación infantil como, por ejemplo, el rechazo algunos aquellos alimentos saludables a los que los niños son forzados a consumir: “(...) entonces a los padres les dicen esos “presuntos expertos” los padres se lo cree obligan al niño a comer fruta cueste lo que cueste por la tarde y el niño que no quiere fruta... y encima todo (...)” (C. González, pediatra). Esta cacofonía alimentaria es percibida por aquellas madres más cercanas al *habitus alimentario legítimo* que muestran un gran nivel de auto-vigilancia:

Entrevistador: ¿Sigue las recomendaciones dietéticas de los pediatras o los médicos?

Isabel: sí, sí... pero eso también es un lío, porque mira por ejemplo en Francia le meten a los críos primero la verdura y luego la fruta, al revés que aquí en España, porque resulta que la fruta es más dulce y luego puede ser que el crío se acostumbre a esos sabores y luego no quiera la verdura que es más sosa, más ácida, más salada... y mira por donde aquí en España se hace al revés que en Francia,

Entrevistador: es cierto y eso ha recibido numerosas críticas, sobre la forma en que se medicaliza la alimentación infantil; por ejemplo Carlos González nos anota que ¿por qué es necesario que el niño ingiera la fruta a las cinco de la tarde, con una galleta maría, un zumo de naranja...? Él nos plantea el caso de que ¿por qué el niño no puede tomarse la fruta por la mañana, o cuando le apetezca?

Isabel: pues la verdad es que tiene razón, porque yo por ejemplo la fruta antes se la daba a las 8 de la tarde por mi horario, antes yo no podía porque estaba trabajando así que mi hijo comía su fruta diaria pero cuando yo podía dársela, (...)

(Isabel 35 años, madre de dos niños no obesos, 2018)

Como se puede observar la expansión de los conocimientos que acompaña a la modernidad líquida, ansiosa de novedades y caracterizada por patrones de comportamiento auto-elegidos, engrana con la cacofonía informativa que confunde al comensal moderno. Pero también posibilita a Isabel adoptar las recomendaciones nutricionales de otros países como Francia, cuyas lógicas le parecen más cercanas al discurso de la verdad y menos obsoletas que las recomendaciones españolas. Poniendo de manifiesto una forma de ajuste *hackingniano* y de resistencia *foucaultiana* que analizaremos en mayor profundidad en la tercera parte del análisis.

El relato de Isabel nos da la oportunidad de reflexionar sobre la forma en que las estrategias biomédicas de abordaje de la obesidad infantil-adolescente, desde su crítica a la cacofonía alimentaria están obviando cuestiones de carácter sociocultural como, por ejemplo, los efectos negativos que estos mensajes pueden tener sobre los padres que son acusados implícitamente de irresponsabilidad e ignorancia y la forma en que los sujetos son desposeídos de su capacidad de agencia e iniciativa (que Isabel sí parece tener). Mientras que se van homogeneizando progresivamente los gustos y prácticas alimenticias familiares bajo un prisma biologicista se defiende un discurso de la verdad sobre la alimentación infantil lo más próximo posible a la racionalidad médico-nutricional, algo que debido a la velocidad con la que se producen nuevos conocimientos parece cada vez más difícil.

En este campo de saberes y prácticas alimenticias la *cacofonía alimentaria* que han ido construyendo los expertos del ámbito biomédico y otras fuentes informativas anexas a la modernidad, juegan un papel crucial. Sin embargo, para

algunos informantes la falta de coherencia científica no debe suponer un problema, siempre que el sujeto sea responsable y adquiera las capacidades técnicas que le permitan reconocer la verdad, retomando de esta manera la culpabilización característica de la *doxa biomédica*:

Entrevistador: Bien, pasamos a otro bloque de preguntas, falta ya poco para terminar, ¿cómo calan los mensajes expertos en la alimentación familiar? Carlos González, por ejemplo, me comentó que a veces son los propios sanitarios, quizás mal formados, los que transmiten mensajes erróneos que pueden favorecer la obesidad infantil, mensajes del tipo que “se lo tiene que comer todo...”, “que tiene que comer fruta a una determinada hora...”, lo que lleva a los padres a forzar a los niños para que coman este tipo de alimentos y terminan aborreciéndola.

J. Revenga: pues tiene toda la razón,

Entrevistador: ¿pueden a veces los profesionales sanitarios ser parte del problema?

J. Revenga: sin lugar a duda, es más son buena parte del problema cuando están transmitiendo una serie de conocimientos anclados en el pasado, acrónicos y que carecen de evidencia, claro que son parte del problema, por ejemplo cuando tú ingresas en un hospital o en una clínica para cualquier tratamiento y tienes que pasar más de un día y te sirven el desayuno que te sirven, la comida que te sirven y la merienda que te sirven... es decir que ese es un mensaje subliminar que te están mandando desde un centro hospitalario con expertos sanitarios, evidentemente pues todos aquellos mensajes de los que hemos hablado antes como que “el desayuno es la comida más importante”, “que hay que comer de todo” y todas esas cosas, también salen muchas veces de boca de los médicos y es que quitando a Carlos González, que veo muy difícil que vayamos a discrepar en absoluto, Carlos tiene una frase maravillosa que dice que ... (duda...)

Entrevistador: que “un médico tiene las mismas probabilidades de equivocarse que cualquier otra persona”

J. Revenga: sí, algo así, o de decir tonterías ¿vale?, pero claro, cuando se dicen tonterías con un cierto criterio de autoridad pues la verdad es que el mal que se comete es muchísimo mayor.

Entrevistador: esto está también muy relacionado con un tema que aparece en uno de sus libros y es que a veces se desmienten mitos o anteriores estudios científicos y yo me pregunto ¿puede esto generar desconfianza hacia los profesionales de la salud y terminar guiándose por consejos de familiares o consejos heredados de sus padres? Y luego por otro lado ¿serían tan malos estos saberes tradicionales?

J. Revenga: bueno, pues, claro que crea desconcierto o desasosiego por parte ya no en los padres, sino en la población en general, la presencia de tantos mensajes ambivalentes, que primero te dicen una cosa y luego a otro le oyes decir la contraria, claro que genera desasosiego, pero hay un problema de lo que tenemos en nuestra sociedad de hoy en día y que de alguna forma se puede trasladar o puede agravar el tema del mal comer, o los hábitos alimentarios, es la falta de criterio, a quién le estamos dando criterio cuando está diciendo auténticas tonterías, lo que tenemos que hacer es tener un poquito de sentido común, un poquito de criterio y saber discernir entre los mensajes válidos y no válidos independientemente de la bata blanca que lo diga (...)

(J. Revenga, nutricionista, 2018)

Resulta curioso que este experto reconozca que la información nutricional ambivalente que proviene de un experto del ámbito biomédico pueda generar un perjuicio al comensal moderno, un “desasosiego”, debido a la reputación que posee: “(...) pero claro, cuando se dicen tonterías con un cierto criterio de autoridad pues la verdad es que el mal que se comete es muchísimo mayor (...)” (J.

Revenga 2018). Y a pesar de ello se siga responsabilizando al sujeto de no saber discernir entre la información “buena” y “mala”. Lo que pone en evidencia la falta de autocrítica de algunos expertos del ámbito biomédico, que se atrincheran en una espiral discursiva de prohibición/normalización y culpabilización que no parece conducir a explicaciones integrales del fenómeno de la obesidad infantil/adolescente. Esta cuestión nos hace preguntarnos: ¿si ni siquiera los expertos son capaces de actualizar sus conocimientos al ritmo que avanza la ciencia, cómo se puede exigir tal empresa a un ciudadano “de a pie”? Además, ¿qué nos garantiza que los mensajes actuales sean los “buenos” y los anteriores los “malos”?

En este sentido, observamos que no se tiene en cuenta que aunque las recomendaciones provengan de fuentes científicas contrastadas y actuales, eso no garantiza que se vaya en el camino correcto. Las pautas relativas a la alimentación aportadas por los expertos del ámbito biomédico han cambiado en otros momentos de la historia reciente los comportamientos alimentarios, a veces en un sentido poco acertado. Tal es el caso de las desafortunadas recomendaciones sobre la lactancia artificial de la década de los 70 y 80 en España, desacreditando injustamente las competencias de las madres y creando la incorrecta percepción de que la leche artificial es un buen sustituto de la leche materna, perjudicando así en cierto modo el desarrollo de los niños (Gracia, 2007, p.239). Las recomendaciones sobre la lactancia materna son un ejemplo de la cacofonía alimentaria que envuelve a la alimentación infantil. C. González critica especialmente la forma en que los expertos construyen implícitamente ideas sobre la lactancia materna y la artificial, potenciando el consumo de una alimentación que se categoriza como insana:

Muchos expertos critican, además, que se hable de ventajas de la lactancia materna, lo que parece implicar que la lactancia artificial es la normal y la lactancia materna es un extra. En realidad, lo normal es la lactancia materna, y cualquier otra forma de alimentación debe compararse con ella. Sería más correcto, por tanto, hablar de riesgos de la lactancia artificial, lo mismo que hablamos de peligros del tabaco. Pero, aunque el efecto de la lactancia sobre la salud no es el motivo por el que las madres dan el pecho (y menos aún el motivo por el que los niños lo toman), sí que es importante que usted conozca algo sobre esas ventajas. Porque, con demasiada frecuencia, se recomienda a la madre destetar por el motivo más peregrino, por peligros remotos o imaginarios. Como si la lactancia artificial fuera plenamente segura, mientras que la lactancia materna está siempre en un tris de perjudicar al bebé. Pues no, la lactancia artificial está lejos de ser segura, y antes de recomendar el destete habría que pensárselo dos veces.

(González, 2006, p. 354)

Se pone de manifiesto la relevancia de tener en cuenta los efectos de los mensajes expertos sobre todo por las contradicciones que plantean ciertas propuestas que, como destaca este experto, pueden transmitir la idea contraria de que la leche artificial es la normal y la materna el suplemento. En nuestras entrevistas a madres hemos observado que las ideas sobre la lactancia materna de décadas pasadas marcaron la alimentación de los niños en sus primeros años de vida, generando la percepción de que algunas leches maternas “no valen”:

Entrevistador: ¿qué pueden hacer los padres que no tienen otra alternativa?

¿Si les tienen que dar la leche de farmacia?

Isabel: pues si no tienen más remedio, tendrán que darles las leches artificiales, hombre también está el banco de leche que tenemos aquí en el

hospital, pero no me fio de la leche a saber de quién vendrá... Pero claro si tienes que darle algo, pues le das la de farmacia, porque a mi tía resulta que le pasó, que el crío no paraba de llorar y llorar todo el día y le dijeron que era porque la leche no le quitaba el hambre. Entonces tuvo que quitarle la teta y darle leche de farmacia. Eso yo creo que es algo genético porque su hija le ha pasado lo mismo y directamente le ha dado la leche adaptada. Pero eso serán pocos casos que no tienen más remedio, pero yo me pregunto ¿es que no hay otra manera de hacer las cosas? Porque yo mira que he leído y después de mucho buscar he encontrado otro pero que lleva aceite de coco que también dicen que es malo, entonces ya me dirás como madres ¿qué podemos hacer? Yo porque aún le doy teta pero la que no puede no le queda otra manera que terminar comprándolo, y es el colmo porque si son para niños pequeños ¿por qué hacen esa basura de productos?

(Isabel 35 años, madre de dos niños no obesos, 2018)

Podemos observar los aspectos socioculturales que revela el discurso de Isabel como, por ejemplo, el bricolaje teórico que despliega realizando acopio de *capital alimentario legítimo* por la desconfianza mostrada hacia los productos alimenticios que va a dar a sus hijos, en respuesta a la alarma creada por el aceite de palma o la distinción como “buena madre” que supone el sacrificio de sacarse leche para mezclarla con los cereales, en lugar de comprar el producto con la combinación ya hecha. Pero lo más destacable es que el control médico sobre la lactancia materna de décadas pasadas y su doxa cacofónica puede haber marcado sin duda la relación de algunas madres con la alimentación de sus hijos y por transferencia cultural haber transmitido ideas a las siguientes generaciones que pueden repercutir decisivamente en la alimentación de los niños y la obesidad: “Eso yo creo que es algo genético porque su hija le ha pasado lo mismo y directamente le ha dado la leche adaptada,” (Isabel, 35 años). No obstante, en la

actualidad los expertos han observado que la lactancia materna aunque sea en pequeñas dosis y por tanto complementada, previene de ciertas enfermedades biológicas, e incluso de la obesidad:

Y es que la lactancia materna no solo previene enfermedades banales. La lactancia artificial también se asocia con un mayor riesgo de meningitis por *Haemophilus*, de leucemia y de muerte súbita. También se han observado efectos a largo plazo sobre la salud del niño: durante años, los niños que tomaron el pecho siguen teniendo menos enfermedades respiratorias, menos obesidad y un cociente intelectual más alto. La lactancia materna prolongada protege contra la diabetes tipo I (insulinodependiente), probablemente al retrasar la introducción de la leche de vaca y derivados (como la leche del biberón).

(González, 2006, p. 355)

Por lo tanto, el análisis histórico nos dice que la consulta asidua de fuentes científicas de información referentes a la alimentación, no garantizan necesariamente que se estén adquiriendo recomendaciones encaminadas a la prevención de problemas como la obesidad infantil/adolescente. Ya sea información procedente de organizaciones de prestigio como la EFSA, de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN), la Sociedad Española de Nutrición (SEN), la Fundación Española de Nutrición (FEN) o la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN). O que la fuente sea un experto del ámbito sanitario que da más crédito a su experiencia, como nos comentaba el nutricionista 1, reflejando desgana o incluso desconfianza de los propios profesionales sanitarios. No porque sus intenciones no seas buenas y los conocimientos científicos no permitan mejorar la forma en que nos alimentamos

sino por las ideas que implícitamente se transmiten y la pérdida de autonomía de los sujetos para adaptarse a sus circunstancias socioculturales e históricas.

Con una visión construccionista, nuestro informante experto en historia manifiesta sus recelos respecto a los mensajes contradictorios y concepciones expertas sobre alimentación, que los expertos del ámbito sanitario y las autoridades políticas han ido transmitiendo a lo largo de la historia. Denunciando lo que, bajo su punto de vista, se circunscribe a ciertos intereses institucionales y privados:

Entrevistador: bajo su punto de vista, ¿qué repercusión tienen todas estas alarmas alimentarias que se crean en la sociedad, como la que me comenta de la demonización de la grasa? ¿Qué efectos tienen en las prácticas alimenticias de las personas?

Historiador: es que vamos a ver, se ha creado una fobia a la grasa injustificada y necesitamos grasa, o sea, el corazón está recubierto de grasa, si tú le quitas la grasa no funciona correctamente. La grasa fue la responsable de que el ser humano se desarrollara, es una parte esencial de las hormonas... Los lípidos son los que realmente hacen evolucionar el cerebro humano. Luego está el famoso engaño de los productos light, sobre principios de la década de los 90 o principios de los 90, ¿no? Bueno, mi madre como tantas personas de aquella época, aunque no había problemas de obesidad por entonces, le fascinaba la idea de que aquellos alimentos no engordaran. Y yo se lo decía, a ver, tú cógete un yogur de la marca que sea y resulta que el desnatado lleva 5.1 gr de hidratos de carbono y el normal lleva 4,6, (se ríe), o sea te están quitando la grasa pero no te están quitando los hidratos de carbono, que es lo que realmente engorda.

Otro ejemplo del engaño al que estamos sometidos es la leche desnatada o semidesnatada, la industria aprovecha para quitarle la grasa que luego

utiliza en la elaboración de otros productos como la mantequilla y al público le vende un producto adulterado con calcio mineral añadido. ¡Mira! En un viaje que hice a Asturias, paseando cerca de la casa en la que me alojaba, me topé con una vaquería y compré un litro de leche, y hablado con el dueño me dijo que a ellos les pagaban la leche en función del porcentaje de grasa que tuviera, o sea que no ganan más por vender más litros, que también, sino por la grasa que tiene la leche. Y bueno pues se está jugando con eso, y realmente toda la cantidad de problemas tanto de obesidad infantil como no infantil, desde diabetes, problemas cardiovasculares, tienen su origen en el consumo de azúcares. El azúcar produce en el cerebro el mismo efecto que la cocaína e incluso es más adictiva que la cocaína, yo miro la etiqueta de todo lo que compro y veo que todo lleva muchísimo azúcar,

Entrevistador: sobre las alarmas sanitarias que van surgiendo a lo largo de la historia, tipo la grasa de palma ¿qué opinas acerca de esto?

Historiador: pienso que no está suficientemente estudiado si es perjudicial para la salud. Yo pienso que es peor comer azúcar, fructosa, glucosa, dextrosa o jarabe de glucosa. La fructosa se metaboliza a nivel de hígado como el alcohol y la gran mayoría de las galletas que consumen los críos, por no decir todas, levan fructosa, o sea que los estamos hinchando a fructosa. Y bueno pues se está jugando con eso, y realmente toda la cantidad de problemas tanto de obesidad infantil como no infantil, desde diabetes, problemas cardiovasculares, tienen su origen en el consumo de azúcares. El azúcar produce en el cerebro el mismo efecto que la cocaína e incluso es más adictiva que la cocaína, yo miro la etiqueta de todo lo que compro y veo que todo lleva muchísimo azúcar,

(Historiador, experto en alimentación, 2017)

Las alarmas/crisis sanitarias/alimentarias, como la demonización de la grasa que destaca este experto, pero también otras recientes como: las vacas locas, la

adulteración del aceite de colza o la reciente demonización del aceite de palma, entre otras. Nos proveen de un marco excepcional para ahondar en las ideas que producen las alarmantes y contradictorias advertencias sanitarias sobre los alimentos nocivos para la salud, dando lugar a múltiples respuestas como la ya observada en Isabel. En nuestros grupos de discusión se ha constatado la desconfianza generada respecto a los alimentos industriales y en concreto ciertos aditivos e ingredientes como el azúcar o el aceite de palma que han sido objeto de crítica desde fuentes científicas por sus posibles efectos nocivos para la salud:

Moderador: bueno a lo mejor alguien puede aportar alguna sugerencia, pero se trata de explicar vuestras inquietudes, cómo veis la alimentación actual, por ejemplo a raíz de lo que me estabais comentando sobre la comida en familia me gustaría hacer una pregunta, ¿Qué significa para vosotros la alimentación? (se hace un silencio prolongado)

Madre 3: bueno hablo yo, la alimentación es lo que más quebraderos de cabeza me da a mí, porque parece que voy luchando para que mis hijos se alimenten bien y a veces me da la sensación de que voy nadando contracorriente, porque no encuentro comida que realmente no esté adulterada o contaminada. Nos dicen que si esto es cancerígeno, que si lo otro es malo para la atención del niño, que si la grasa de palma es mala, pero dime qué encuentras tú hoy en día que puedas comprar que no tenga jarabe de fructosa, aceite de palma,

Madre 1: si sí, tienes que rebuscar un poco,

Madre 3: ¿un poco? El pan todo está hecho con harinas refinadas que se absorben peor y los bufan con productos químicos para que parezcan panes naturales, pero no han fermentado entonces te sientan mal. El pan bueno es el de la masa madre porque ese ya ha fermentado, ya lleva el proceso de fermentación hecho y se digiere mejor,

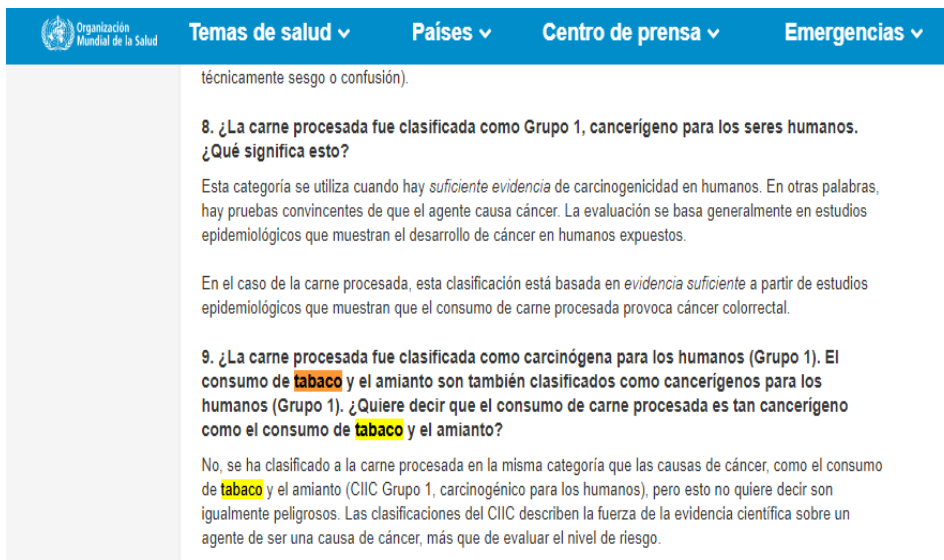
Madre 1: es que los panes esos que venden de las baguettes no valen nada, son todos los mismos, de esos congelados, que meten en un horno y a correr, y eso no está bueno ni es saludable, las cosas requieren su tiempo, pero todo se mira para que tenga un beneficio,

Madre 2: la verdad es que cuando yo he comprado alguna vez al día siguiente parecen goma,

(Grupo padres Carrión, 2018)

En este relato se puede observar las problemáticas que generan en la cotidianidad de las familias las alarmas alimenticias, en un contexto marcado por estrategias *biopolíticas* de control del cuerpo, la salud y la alimentación. Así, en este complejo campo alimenticio convergen factores extrínsecos, como la desconfianza en un nuevo orden alimentario propiciado por los avances tecnológicos y la industrialización de la alimentación: “(...) dime qué encuentras tú hoy en día que puedas comprar que no tenga jarabe de fructosa, aceite de palma, (...) no encuentro comida que realmente no esté adulterada o contaminada” (Madre 3, Grupo Carrión, 2018). Y factores intrínsecos que representan procesos subjetivos, como la necesidad interna de ajustarse a la racionalidad alimentaria: “(...) nos dicen que si esto es cancerígeno, que si lo otro es malo para la atención del niño (...)”. A lo que habría que añadir las interacciones con una matriz social y sus esquemas simbólicos: “El pan bueno es el de la masa madre porque ese ya ha fermentado, ya lleva el proceso de fermentación hecho y se digiere mejor,” (Madre 1, Grupo Carrión, 2018). Este complejo entramado cacofónico y subjetivo parece convertir la tarea de alimentar “bien” a la familia en una especie de lucha contracorriente, especialmente en aquellos casos en los que se posee una mayor cantidad de *capital alimentario legítimo*.

Para analizar el complejo ambiente cacofónico alimentario que crean estas crisis alimentarias, vamos a retomar la problemática surgida con el consumo de la carne roja y la carne procesada en 2015. Pues en realidad la OMS (2014c) publicó los resultados de un estudio realizado por la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (el IARC), en el que con un Grado A2 se clasificaba a la carne roja dentro del grupo de sustancias probablemente cancerígenas, relacionándola con el cáncer colorrectal, páncreas y próstata. Por otro lado, la carne procesada se catalogaba dentro del Grupo 1 (al igual que el tabaco o el amianto) relacionándola igualmente con el cáncer colorrectal y en un grado de evidencia no concluyente con el cáncer de estómago. Cabe puntualizar que clasificar el consumo de carne roja o procesada dentro del mismo nivel que sustancias como el tabaco o el amianto, no quiere decir que sean igual de peligrosos sino que se está aludiendo a su nivel de evidencia científica, circunstancias que aclara en el mismo comunicado la OMS:



Organización Mundial de la Salud

Temas de salud ▼ Países ▼ Centro de prensa ▼ Emergencias ▼

técnicamente sesgo o confusión).

8. ¿La carne procesada fue clasificada como Grupo 1, cancerígeno para los seres humanos. ¿Qué significa esto?

Esta categoría se utiliza cuando hay *suficiente evidencia* de carcinogenicidad en humanos. En otras palabras, hay pruebas convincentes de que el agente causa cáncer. La evaluación se basa generalmente en estudios epidemiológicos que muestran el desarrollo de cáncer en humanos expuestos.

En el caso de la carne procesada, esta clasificación está basada en *evidencia suficiente* a partir de estudios epidemiológicos que muestran que el consumo de carne procesada provoca cáncer colorrectal.

9. ¿La carne procesada fue clasificada como carcinógena para los humanos (Grupo 1). El consumo de tabaco y el amianto son también clasificados como cancerígenos para los humanos (Grupo 1). ¿Quiere decir que el consumo de carne procesada es tan cancerígeno como el consumo de tabaco y el amianto?

No, se ha clasificado a la carne procesada en la misma categoría que las causas de cáncer, como el consumo de tabaco y el amianto (CIIC Grupo 1, carcinogénico para los humanos), pero esto no quiere decir son igualmente peligrosos. Las clasificaciones del CIIC describen la fuerza de la evidencia científica sobre un agente de ser una causa de cáncer, más que de evaluar el nivel de riesgo.

(Imagen obtenida de la web de la OMS, en mayo de 2020²¹)

Las cuestiones que nos planteamos ante esta crisis son: ¿qué mensaje final reciben los comensales? ¿Desde qué fuentes informativas se recibe la información? ¿Cómo la interpretan? ¿Cómo les afecta? Como se puede observar en las siguientes imágenes, tanto desde medios internacionales como nacionales, el mensaje que se transmitió desde diversos medios de comunicación resaltaba sobre todo la idea de que el consumo de carne roja se asociaba al riesgo de padecer cáncer:



(Imagen obtenida de la web de BBC News Mundo, en mayo de 2020²²)

²¹ Disponible en: <https://www.who.int/features/qa/cancer-red-meat/es/>

²² Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-47962184>



(Imágenes obtenidas de la web de Antena 3 noticias, en mayo de 2020²³)

Desde hace tiempo se conoce que el consumo de carne roja y procesada, es decir, el embutido, puede estar asociado a diferentes problemas de salud como el cáncer de colon y recto. Pero la forma en que se transmite este mensaje por parte de diferentes fuentes informativas puede contribuir a crear una alarma e inseguridad en el comensal, modificando drásticamente sus prácticas alimenticias, como se observa en nuestros grupos de discusión:

Padre 7: ...los americanos por mucho que digan, allí se comen una hamburguesa o una pizza que aunque es italiana ya es americana, pero hacen productos de calidad, aquí que en vez de carne la hamburguesa es de todo, lo digo por McDonalds y por Burguer King y que más allá de la calidad, porque aquí también hay mucha calidad del sector cárnico, es que es una comida absolutamente asquerosa.

Madre 5: pues yo desde que salió lo de las vacas locas no como carne y menos en un burger de esos que seguro que llevan lo peor para hacerla barata. Además en el telediario han dicho que las carnes procesadas son

²³ Disponible en: https://www.antena3.com/noticias/salud/carne-roja-procesada-puede-causar-cancer-segun-organizacion-mundial-salud_201510265717917a4beb281757e4fd60.html

cancerígenas, por mucha Q que tengan no le doy eso a mi hijo ni de (se omite)

Padre 8: la gente dice que los Burguer tienen una Q de calidad sanitaria, ¡ajo!
Esa Q de calidad sanitaria se refiere a la limpieza del local,... no a la comida que se sirve dentro. Y a veces hacen una revisión al año y ya está.

(Grupo padres pilotaje, 2017)

Se pone de manifiesto que las fuentes informativas no son siempre las notas informativas de la OMS en las que se puede averiguar, de examinar en profundidad, que el mensaje sobre la relación de la carne roja y el cáncer es en términos de riesgo. Sino que puede proceder de cualquier agente legitimado de la matriz social (la televisión o el entorno social), al que se le da la misma credibilidad que a un experto del ámbito científico siempre que el argumento tenga las connotaciones científicas oportunas, como se pone de manifiesto en el siguiente relato:

Carmen: sí, a mí me han dicho que si bebes leche, el calcio de la leche hace que te duela menos la regla y también se recupera mejor de la pérdida de sangre porque tiene hierro y vitaminas, ella también es que ha tenido muy mala suerte porque las menstruaciones le duelen mucho y mancha mucho, por eso también las estaban mirando las hormonas la endocrina, pero de eso estaba bien para su edad. Por eso yo siempre le he estado dando cosas con mucho hierro como el hígado que tiene muchas cosas buenas para su desarrollo como el zinc que le ayuda a su desarrollo de su sistema inmunitario, ayuda a cicatrizar mejor la piel y ayuda a prevenir el cáncer, por eso yo le pongo el paté de hígado.

(Carmen 35 años, madre de adolescente obesa, 2017)

Así, se pone de manifiesto que desde un enfoque sociocultural se detectarían, por un lado, los efectos e interpretaciones que se hacen de las alarmas alimentarias en base a los mensajes que se reciben de las fuentes científicas, los medios de comunicación o las personas del entorno social. Y por otro lado, los efectos de los discursos alarmistas como las ansiedades y las presiones que sienten los padres que tratan de alimentar de la mejor manera a sus hijos. Además, las alarmas alimentarias podrían estar enmascarando otros problemas más importantes como, por ejemplo, la contaminación, que también puede estar detrás de problemas de salud como el cáncer:

Historiador: (...) Luego salen los médicos en televisión diciéndote, cómo comentábamos antes, que la primera causa de cáncer es la falta de ejercicio o el consumo de grasa, lo cual es ¡mentira! O sea, la primera causa de cáncer será el veneno que nos meten por el agua, por la comida, por el aire que respiramos, por todo eso. O sea, ¿me estás contando a mí que por no hacer ejercicio voy a coger cáncer? Mis padres murieron los dos de cáncer, no bromeo con estas cosas, además que es un tema del que me he informado bastante porque me gusta. Vale que si haces deporte estás más sano, tendrás más flexibilidad, mejor capacidad física, que ayuda a desestresarse; pero de ahí a que por hacer ejercicio vaya a evitar que me salga un cáncer... el que quiera creérselo que se lo crea, yo no. La falta de ejercicio no te altera el ADN, como se ha llegado a sugerir con el concepto de Epigenética. La evolución del hombre está claro que no ha terminado. A propósito de genes, ahora se ha tocado mucho el tema de la dieta paleolítica, eso la razón de ser que tiene es que nosotros somos iguales que los hombres de hace cincuenta mil años y en ese sentido prácticamente no hemos cambiado nada. Bueno el neandertal aparece hace aproximadamente unos ciento cincuenta mil años y se extingue hace treinta y cinco mil, bueno dicen que en Gibraltar los últimos estuvieron habitando la zona hasta hace unos veintiocho mil. A partir de ahí

el Sapiens es el que se impone, pero prácticamente los genes no han cambiado, entonces esa gente tenían que pegarse unas palizas tremendas para ir a buscar comida, agua o simplemente cuarcita para hacer sus herramientas. Si había un yacimiento de sílex tenían que andarse veinticinco kilómetros de ida, veinticinco de vuelta en la Edad de Piedra, y con la comida igual,

Entrevistador: ¿no existía obesidad?

Historiador: no claro (se ríe), o sea un neandertal varón pesaba ochenta u ochenta y cinco kilos de pura fibra, las mujeres un poquito menos, pero vamos, que era una especie super adaptada a cambios climáticos, glaciaciones, todo, y los genes son los mismos. Por entonces comían dos veces en semana, si es que comían, ahora si no comemos tres veces al día parece que pasamos hambre (se ríe), sobre todo no es la cantidad en sí o las veces que tú ingieres sino todo lo que te están añadiendo, o sea la calidad de lo que ingieres. Luego, en la prehistoria también se han descubierto huesos con tumores, luego si aquellos individuos que solo comían dos veces por semana y se pegaban caminatas de veinticinco kilómetros de ida y veinticinco de vuelta también tenían cáncer, ¿qué me estás contando de que si no hago deporte me va a salir cáncer? ¿Qué si como grasa me va a salir cáncer? O sea no me cuente usted milongas. En mi época si se oía la palabra cáncer se producía un pánico, era una cosa super rarísima,

Entrevistador: ¿crees que había menos casos de cáncer?

Historiador: no, lo que ocurre es que había menos población, la gente moría más joven y habían menos pruebas diagnósticas, a veces se moría alguien y no se sabía ni de qué. Ahora es el pan de cada día, entonces es todo lo mismo, el pánico por el cáncer y el pánico por la grasa, como con otras cosas relacionadas con la salud, o sea esto lleva a un control por parte de la medicina, el ejemplo lo tienes en la lactancia materna.

(Historiador, experto en alimentación, 2017)

El enfoque de este experto nos sirve para reflexionar sobre cómo se deriva en los sujetos la responsabilidad de autocuidado mientras que los gobiernos eluden ciertas obligaciones en cuestiones sanitarias colectivas y globales. Así los aspectos socioculturales parecen quedar velados tras los discursos biologicistas (genética, epigenética) y la cacofonía alimentaria científica que en su trasfondo solo transmite ideas que derivan la responsabilidad de no ser una carga para la colectividad en los comensales. Merece especial mención la reflexión que realiza sobre el hallazgo de osteomas en las piezas óseas de los hombres prehistóricos, a lo que habría que añadir que también se han hallado indicios de hiperparatiroidismo en mandíbulas prehistóricas (Chimeno, Martínez y Agustí, 1999). Una patología que se ha asociado a la obesidad (Baudrand, Arteaga y Moreno, 2010). Lo que invita a problematizar sobre aquellas hipótesis, ya sean científicas o profanas, que defienden la idea de que la alimentación moderna es peor o más perjudicial para la salud que la de épocas pasadas. Otra cuestión que nos surge es, si los genes no han cambiado en los últimos 50.000 años y el ambiente y la disponibilidad de alimentos sí: ¿se puede evitar el exceso de peso? ¿Cómo?

Probablemente teniendo más en cuenta que las personas están sometidas a grandes presiones mediáticas, discursivas expertas y juicios sociales que despliegan mensajes contradictorios. En este sentido J. Contreras lanza la siguiente reflexión sobre la cacofonía informativa a la que los sujetos se ven expuestos:

J. Contreras: “la verdad es que las cosas cambian demasiado rápidas y eso puede provocar una cierta inseguridad entre unas personas, además, por otra parte, desde el punto de vista nutricional si uno escucha la TV, lee revistas, la prensa, va al médico, habla, etc, etc..., nos damos cuenta que ahí existe una auténtica cacofonía alimentaria nutricional uno recibe mensajes

de alimentos diversos, muy diversos, contradictorios desde varios medios o bien desde un mismo medio de un día para otro ¿me explico?

(J. Contreras, catedrático en antropología, 2018)

Del planteamiento de J. Contreras, se desprende que la inseguridad que perciben las personas expuestas a la cacofonía alimentaria informativa podría dificultar la comprensión de los criterios y categorizaciones de los alimentos y comportamientos sanos en la que el sujeto moderno se ve inmerso. Una cuestión muy a tener en cuenta si se pretende solucionar el problema emitiendo mensajes y recomendaciones nutricionales.

5.2.4.3. Paradojas de lo tradicional

Otro planteamiento que genera ciertas controversias y contradicciones científicas, y que contribuye a un ambiente alimentario cacofónico, es el hecho de que se recrimine la falta de compromiso de los sujetos por adquirir conocimientos nutricionales actualizados y científicos, mientras que de forma generalizada los propios expertos reconocen en las prácticas alimentarias tradicionales un ejemplo de alimentación y modos de vida saludables. Legitimando con sus mensajes unas prácticas alimenticias que no se fundamentan precisamente en el aprovisionamiento permanente y disciplinado de conocimientos científicos sobre alimentación, sino que más bien son el resultado de un transferencia oral de recetas, de experiencias directas con los alimentos, creencias, percepciones y un bagaje histórico de intercambios culturales, es decir, que son el resultado de procesos socioculturales.

Para tratar de averiguar los enfoques expertos sobre la comida tradicional y sus problemáticas teóricas, hemos planteado cuestiones que tratan de dilucidar si es cierto que los sujetos no saben comer en la actualidad o si los comportamientos

actuales son más insanos y desestructurados que los de épocas anteriores. En algunos casos hemos obtenido respuestas que en cierto modo contradicen los mensajes de aquellos expertos que sostienen la máxima de que “cualquier tiempo pasado fue mejor”:

Entrevistador: ¿Cree que los niños y adolescentes de hoy en día comen igual, mejor o peor que antes?

C. González: ehhh bueno, según también cómo definimos el antes...es decir...

Entrevistador: Bueno, nuestros participantes, padres y niños identifican la comida sana como aquella que hacen sus abuelas, es decir, la comida tradicional...

C. González: A ver, yo ya soy abuelo, yo creo que vivimos mejor, ha habido grandes avances en seguridad alimentaria, no me atrevería yo a comer lo que se comía la gente a principios de este siglo y ha habido notables mejoras económicas en Europa y muchísimos españoles y europeos hace un siglo pasaban hambre. Entonces bueno, pues en ese sentido hay muchas cosas y estamos comiendo mejor. Ahora también es verdad que en lo últimos 40 o 50 años pues ha aumentado notoriamente el consumo de azúcares de productos salados de mala calidad, de excesos de grasas y ha disminuido probablemente las legumbres y otros alimentos sanos, bueno... no estoy seguro de que hayan disminuido las legumbres pero seguro que hay estadísticas.

(C. González, pediatra, 2017)

Probablemente la variedad y accesibilidad de alimentos de que disponemos en la actualidad ofrece la oportunidad de alimentarse mejor que en un pasado reciente, especialmente para aquellos grupos sociales en los que la escasez de alimentos y la desnutrición eran los principales retos para mejorar la esperanza y

la calidad de vida. Ahora bien, también es cierto que en algún momento histórico, se ha producido una inflexión en detrimento de una alimentación saludable y por ello convendría profundizar en los múltiples condicionantes socioculturales que han propiciado, como sugiere C. González, el aumento del consumo de azúcar y el descenso de otros grupos de alimentos saludables como las legumbres. Algunos de estos aspectos socioculturales se dejan entrever en las aportaciones de otros expertos cuando son interrogados por la misma relación entre alimentación tradicional y actual:

Entrevistador: ¿Crees que comemos mejor ahora que hace 30 o 40 años?

Nutricionista: ¡A ver! Ahora hay más posibilidades de comer mejor, no es que se coma mejor, hay más posibilidades, hay alimentos ecológicos, que antes no había y..., puedes tener más vías para comer mejor, y tener más información de la que había antes; pero yo creo también..., yo creo que antes se comía mejor. ¿Sabes? Era un tipo de comida más de olla, más de cuchara y ahora es todo más preparado, con el ritmo de vida que llevamos, tiramos mucho de comida preparada, de fritos, de comida que te hagan en tiendas, ¿sabes? Que tampoco es que sean malas, pero mejor serán las elaboradas por ti mismo, como las que se hacían antes, en tu casa con productos más de la huerta, ahora está todo un poco más robotizado. Sí que se puede comer mejor que antes pero creo que también el ritmo de vida que llevamos hace que se coma un poco peor.

(Dietista-nutricionista 2, experta en TCA, 2017)

Coincidiendo con C. González, esta dietista y nutricionista sostiene que en la actualidad hay más posibilidades de alimentarse mejor, porque se dispone de más información y más alimentos saludables. Sin embargo, ante esta “posibilidad” parece que las personas optan por elecciones insanas, acusando así de forma

implícita de irresponsabilidad a los sujetos: “(...) hay más posibilidades de comer mejor, no es que se coma mejor (...) ahora es todo más preparado, con el ritmo de vida que llevamos, tiramos mucho de comida preparada, de fritos, de comida que te hagan en tiendas,” (Nutricionista 1, 2017), sin tener en cuenta los condicionantes sociales que influyen en la elecciones saludables. Ahora bien, resulta interesante las categorías de alimentos que esta experta considera saludables, entre los que menciona los alimentos ecológicos, que paradójicamente por su elevado precio son menos asequibles para aquellos grupos sociales desfavorecidos que presentan mayor porcentaje de obesidad infantil. No obstante, a pesar de todas las ventajas que parecen ofrecer el contexto actual, según esta especialista en TCA en el pasado se comería mejor porque los estilos de vida permitían elaborar recetas “de cuchara”.

Analizando detenidamente este discurso, vemos que la idea de la alimentación tradicional nos vuelve a situar en el debate de una *doxa alimentaria biomédica* y su relación con un modelo biopolítico de gestión de la vida colectiva, que identifica implícitamente la alimentación sana con un esquema de vida asceta, en el que el sacrificio de elaborar una comida casera por sí mismo e incluso producir tus propios productos, se debería imponer a la comodidad de comprarlo ya hecho. En este sentido “lo tradicional” aparece en los discursos de expertos y padres como un objeto simbólico que representa la naturaleza, la pureza y, en general, un modo de vida auténtico al que todas las personas deberían aspirar. Un buen ejemplo de esta percepción lo encontramos en la siguiente entrevista:

Entrevistador: Bajo su punto de vista, ¿Qué alimentación sería la más saludable?

Olga: la tradicional, la de nuestras madres y nuestras abuelas.

Entrevistador: ¿Por qué?

Olga: pues porque era una comida más de cuchara, se tiraba mucho de productos del campo, de lo que se criaba y no estaba todo tan adulterado. Entonces, como te decía, no se comía tanto azúcar, ni se comía tantos azúcares refinados, que hoy en día son lo único que comemos prácticamente. Si le preguntas a la gente, ves que se come casi a diario arroz blanco, pan blanco, pasta, o sea, macarrones, espagueti, y todo eso, y eso no son nada más que hidratos de carbonos refinados. Nuestras abuelas comían muchos garbanzos, lentejas, habillas, vamos legumbres y comían muchos menos azúcares, por eso ves a las abuelas que algunas llegan a los 90 años. Mi abuelo murió antes, a los 84, pero porque fumaba como un carretero, pero era un hombre muy fuerte, estaba un poco grueso, pero se iba a su huerta y echaba el estiércol a capazos levantándolos él con 70 y pico años. Si no hubiera fumado hubiera llegado a los 90 años también, pero es que fumaba muchísimo y se murió de un infarto fulminante. Ellos sí que llevaron una vida sana con sus gallinas, sus naranjas, sus albaricoques y sus huevos de las gallinas.

(Olga, 41 años, madre de niña obesa, 2018)

Como se puede observar el modo de vida tradicional engrana una especie de “pacto colectivo” de control normativo y autocrítica de las prácticas alimenticias: “Entonces, como te decía, no se comía tanto azúcar, ni se comía tantos azúcares refinados, que hoy en día son lo único que comemos prácticamente (...),” con criterios saludables e identidades corporales: “era un hombre muy fuerte, estaba un poco grueso, pero se iba a su huerta y echaba el estiércol a capazos”, y con una identidad cultural que conecta a las personas con los productos que consume: “Ellos sí que llevaron una vida sana con sus gallinas, sus naranjas, sus albaricoques y sus huevos de las gallinas”. Paradójicamente, este modo de vida

idealizado parece muy complejo de llevar a cabo en el contexto actual por diferentes motivos, como por ejemplo los económicos:

Entrevistador: ¿Y en función de lo saludable?

Nutricionista 1: esto va cobrando cada vez más importancia, es cierto que se van perdiendo esas amas de casa que van al mercadillo de la calle para comprar productos frescos para hacer comida casera, para comprar la fruta y la verdura más económica, pero cada vez se compra teniendo más en cuenta lo saludable. Lo que pasa es que muchas veces las verduras tienen unos precios un poco caros para la economía de determinadas familias. Sin ir más lejos, el kilo de tomates es raro que baje de un euro y medio, las alcachofas la última vez que las compré estaban a 3 euros (...)

(Nutricionista 1, pilotaje, 2017)

De de este complejo discurso cacofónico, al igual que sucede en otras ocasiones, podemos destacar la forma en que se entrelazan los *habitus de género* de los modos de vida tradicionales, con una racionalidad alimentaria moderna y ciertos condicionantes económicos. En este sentido, observamos que lo que podría ser un punto de acercamiento entre los enfoques científicos biomédico y sociocultural, para reflexionar sobre los factores que han propiciado las inversiones de los estilos de vida, se queda en un planteamiento que parece cuestionar la moral de los sujetos por no mantener los “viejos” esquemas de género en un ambiente socioeconómico proclive a la pérdida de las prácticas alimenticias tradicionales. En algunas entrevistas realizadas a madres, se ha puesto de relieve la importancia de examinar los procesos subjetivos que han podido dar lugar a estas inversiones, como por ejemplo las normas y condiciones materiales que vinculan a los sujetos con ciertos elementos de distinción ligados a segmentos de clase:

Entrevistador: ¿Por qué compraba usted estos precocinados?

Carmen: pues no sé, yo creo que un poco por costumbre, yo recuerdo que hubo una época, sobre los años 80 o 90 que yo recuerdo a mi madre y la mayoría de las amas de casa comprar esas barritas de merluza para la freidora, entonces era raro la que no tenía freidora o se estaba planteando comprar una, la que no tenía era como la anticuada, la antigua y yo recuerdo a mi madre que a raíz de sacar los congelados y los precocinados empezamos a cenar esas cosas, barritas de merluza, croquetas, huevos fritos, patatas fritas; que te tengo que decir que las barritas de merluza de aquella época no eran lo mismo que las que hay ahora, aquellas estaban crujientes y lo que es la merluza se deshacía en la boca, ahora lo que te venden parece plástico,

Entrevistador: ¿Por qué cree que su madre empezó a usar este tipo de electrodomésticos y a comprar este tipo de comida procesada o precocinada?

Carmen: pues para ganar más tiempo para ella, ella se apuntó por aquella época al ayuntamiento a la asociación de amas de casa y hacía cursos de flores que hacían con una pasta que se quedaban luego como cerámica y las enmarcaban, hacían rosas y cosas así, y después empezó dar cursos de pintura y desde entonces ya cogió afición a la pintura y no dejó de pintar, entonces ella se iba por las tardes a la alcaldía del pueblo y nos dejaba solos porque ya teníamos mi hermano 10 y yo 13 años y cuando volvía la cena la resolvía rápida, antes de que llegara mi padre de trabajar ya tenía ella hechas las croquetas y las barritas de merluza. Ahora las freidoras hay que utilizarlas poco y yo la mía la tengo ahí sin usarla ya desde no sé ni cuando, porque como no la usas tan a menudo pues no vas a tener el aceite ahí tanto tiempo porque se rancia. Pero la verdad es que si no existieran tantas cosas de este tipo no tendrías la tentación de comprártelo, porque tener una bolsa de pataticas y unas almendras en casa por si va una visita o si te apetece de vez en cuando no es tan malo, pero como te lo ponen tan barato y hay tanta

variedad yo lo veo y a veces lo compro, que sé que está mal, pero es simplemente por probarlo...

(Carmen 35 años, madre de adolescente obesa, 2017)

Este relato denota que la inversión producida en las últimas décadas de una alimentación tradicional, caracterizada por la entrega de la “buena madre”, a una alimentación moderna de elaboraciones más rápidas, puede estar motivada por dos cuestiones. En primer lugar, los avances tecnológicos que dieron lugar a nuevos electrodomésticos y nuevos alimentos que posibilitaron nuevas formas de cocinar. Y en segundo lugar, no menos importante, un cambio en los esquemas de prioridades de las madres que encontraron en los avances tecnológicos y la modernidad una forma de seguir cumpliendo con sus tareas como “buenas madres” y a la par conseguir tiempo para sí mismas escapando de esquemas de género imparciales. Así, observamos que los alimentos que se consumen y las estrategias utilizadas para cocinarlos conforman un *capital alimentario simbólico* que permite a las personas posicionarse dentro del campo social, aspectos que pueden guardar mucha relación con una ingesta inadecuada a edades tempranas: “(...) la que no tenía era como la anticuada, la antigua y yo recuerdo a mi madre que a raíz de sacar los congelados y los precocinados empezamos a cenar esas cosas, (...)” (Carmen 35 años, 2017). Sorprendentemente, en la actualidad desde los discursos expertos se promocionan las prácticas alimenticias tradicionales como símbolo de una pureza y una alimentación sana perdida, sin detenerse a examinar las relaciones del status social con la alimentación, los simbolismos y las identidades culturales:

Entrevistador: ¿En las clases sociales más altas había menos porcentaje de obesidad?

Médico de familia 1: sí, habían menos niños obesos.

Entrevistador: Volviendo a los aspectos culturales, ¿Cómo ve la influencia de la religión, las costumbres familiares,...? ¿Son un factor importante?

Médico de familia 1: sí indudablemente la población marroquí, que ha sido la que menor porcentaje de obesidad infantil ha tenido, un 6.3% frente al 17% de los autóctonos y el 25% de los latinos. ¿Por qué? Pues porque utiliza en la comida los productos de la tierra, entonces son productos que son naturales, no son productos adulterados, que también en España forman parte de nuestra dieta mediterránea, en la elaboración de nuestra comida, no de la elaboración comercial que son productos de grasas animales, de azúcares, que lo que hacen es intoxicar a la población.

(Médico de familia 1, médico de familia, 2017)

Respecto a la dieta mediterránea, un modelo de alimentación tradicional modélico, cabe señalar que a pesar de que se defiende de forma unánime como el mejor método para combatir la obesidad, una revisión sistemática de 27 estudios que investigaron la relación entre prevención de obesidad y dieta mediterránea, observa que no existe suficiente evidencia para justificar dicha relación, destacando las dificultades para comparar los diferentes estudios debido a que no existe una definición universal de dieta mediterránea (Buckland, Bach y Serra, 2008).

No obstante, a pesar de las indeterminaciones científicas que arroja el concepto de: dieta mediterránea, los resultados obtenidos en el estudio de Médico de familia 1 invitan a reflexionar detenidamente sobre este tema, ya que corresponden a un estudio realizado en una población muy cercana a la que realizamos nuestro estudio y podríamos encontrar algunas explicaciones en los discursos de nuestros participantes. Así, vemos que mientras que se ha obtenido

un mayor porcentaje de obesidad en las clases sociales con más recursos económicos, un grupo social al que la mayoría de expertos sanitarios le atribuiría sin dudar más conocimientos médico-nutricionales. Pero sorprendentemente se ha obtenido un significativo menor porcentaje de obesidad infantil en el colectivo marroquí, un grupo social de recursos económicos limitados lo cual contradice las lógicas biomédicas vistas hasta el momento. Estos resultados nos hacen cuestionarnos ¿por qué presenta un porcentaje de obesidad tan bajo un grupo social en desventaja socio-económica? Al respecto, algunos expertos del ámbito biomédico dejan entrever que la respuesta no va muy desencaminada si la buscamos en los aspectos socioculturales, aunque no se reconozcan de forma explícita:

Entrevistador: ¿Qué ventajas/desventajas ofrece una alimentación tradicional frente a una alimentación moderna?

Nutricionista 1: pues que en lo tradicional antes como no había dinero se recurría más a lo que se tenía a mano, en el campo había más productos vegetales y se consumía menos carne. Nuestra dieta mediterránea es una prueba de que nuestra tradición culinaria es más saludable que la comida británica o americana, en la cual abundan las grasas animales como la mantequilla que la utilizan para freír todo, en nuestro recetario tradicional abunda el aceite de oliva, las legumbres que son una fuente de hidratos, proteínas y vitaminas muy importante, las verduras y las frutas, cosa que tenemos en abundancia gracias a las condiciones climáticas tan propicias que tenemos aquí en el sur de España.

(Nutricionista 1, pilotaje, 2017)

¿Podría estar la respuesta al bajo porcentaje de obesidad infantil en el colectivo marroquí, precisamente en sus menores recursos económicos? En este

sentido, los enfoques *hackingnianos* cobran si cabe más sentido por los ajustes que las personas hacen en base a sus circunstancias económicas, sus criterios culturales y el contexto social en el que viven. Estos relatos invitan a reflexionar sobre dos cuestiones controvertidas: en primer lugar la creencia desde las instancias médicas de que medicalizar la alimentación y construir un discurso ético de acusación al individuo puede ser efectivo para prevenir la obesidad infantil/juvenil, en una sociedad de presión mediática y opulencia. Y en segundo lugar, el encasillar a todos los sujetos con exceso de peso como enfermos y, por el contrario, a aquellos que presentan un IMC bajo como sujetos sanos. O ¿acaso todos los niños de las familias marroquíes están más delgados porque comen alimentos saludables? Puede que sí y puede que no, en cualquier caso quizá sería interesante un estudio sociocultural que revele los *capitales alimentarios* que poseen determinados grupos sociales contraponiendo *capital alimentario legítimo* y *capital alimentario tradicional* en un contexto de abundancia o de subsistencia. En este sentido en los grupos de discusión hemos captado esta dicotomía entre normalización y *capital alimentario tradicional*, observando que mientras que los niños autóctonos poseen un gran *capital alimentario legítimo* cargado de tecnicismos, los niños marroquíes describen con orgullo su alimentación como un referente de comida saludable:

Moderador: ¿y qué es comer saludable?

Alumno 3: pues es comer 5 piezas de fruta al día y verdura,

Alumno 1: bueno y comer verdura, fruta algunas veces comer carne y beber agua,

Alumno 4: yo creo que la comida saludable sería la ensalada,

Alumno 5: pues en Marruecos tenemos un plato de comida que es muy saludable que lleva mucha verdura y un poco de carne se llama tajín,

Alumno 2: sí es verdad, en mi casa también lo hace mi madre y mi abuela, es que es una receta de Marruecos que se utiliza mucho y puedes ver muchos

vídeos de cómo se hace en youtube, además muchos médicos han dicho que es una comida muy buena,

Alumno 7: es una comida muy tradicional de Marruecos, en mi casa lo hacen mucho también,

Alumno 6: pues yo creo que si todos los días comieras frutas y verduras te faltarían cosas como las proteínas,

Alumno 8: es que siempre después de comer y todo eso hay que comerse una fruta, viene mejor que un helado y cosas de esas, lo dicen los médicos, hay que comer ensalada pero también hidratos de carbono,

Alumna 9: a veces cuando mi madre me hace un plato de tajín a mí me la hace con calabaza porque sabe que me gusta más,

Alumno 10: es que la verdura, la fruta y la carne está bien pero hay que comer también pescado al menos dos veces a la semana,

Alumna 9: pues yo cuando como un plato de tajín la manía que tengo es después comer fruta, no sé...

Moderador: pero ¿coméis todos fruta después de comer tajín?

Alumno 9: sí, mi madre siempre deja el plato encima de la mesa y el que come, come y el que no quiere pues no,

Alumno 5: pues las lentejas llevan hierro y son muy buenas y son alimentos constructivos, las verduras y las frutas son reguladores,

(Grupo 6, 6^ºB, primaria 11-12 años, 2017)

Como se puede observar los niños marroquíes exhiben sus prácticas alimentarias no sólo como un referente de salud, sino como una identidad cultural alimentaria perteneciente a un grupo social. Mientras que los niños de otras nacionalidades se detectan en la transcripción de este grupo de discusión, por un discurso que defiende unos conocimientos nutricionales que, implícitamente, se presupone que están por encima de las prácticas de sus compañeros.

Reproduciendo recomendaciones médico-nutricionales e incluso intentando deslegitimar el *capital alimentario* de sus compañeros marroquíes:

Alumno 10: es que la verdura, la fruta y la carne está bien pero hay que comer también pescado al menos dos veces a la semana, (...) Alumno 5: pues las lentejas llevan hierro y son muy buenas y son alimentos constructivos, las verduras y las frutas son reguladores, (...)

(Grupo 6, 6ºB, primaria, 11-12 años, 2017)

El grupo de alumnos de origen marroquí puede que esté representando la mitificada dieta mediterránea, sin embargo, también observamos variaciones y adaptaciones, confirmando la importancia del enfoque *hackingniano*, que pueden tener que ver con la dificultad para encontrar una definición consensuada de la misma. Como ejemplo vemos que se puede añadir un ingrediente nuevo:

Alumna 9: “a veces cuando mi madre me hace un plato de tajín a mí me la hace con calabaza porque sabe que me gusta más, (...)”. No obstante, el tajín es un plato que se puede realizar con un gran abanico de ingredientes: Tajín con ciruelas y orejones, tajín de cordero con patatas y aceitunas o tajín con pollo y verduras, entre otros. Lo que abre la posibilidad a contentar un gran abanico de gustos, un aspecto que analizaremos en profundidad con las herramientas teóricas que provee P. Bourdieu y que también hemos captado en algunos discursos: “pues yo cuando como un plato de tajín la manía que tengo es después comer fruta, no sé (...)”

(Alumna 9, grupo 5, 6º de primaria, Mar Menor, 2017)

El tajín se aproxima mucho al ideal de dieta tradicional que defienden los expertos del ámbito biomédico. Pero como refiere Duhart (2002, p.1) esta dieta tradicional es un “milhojas cultural” marcado por múltiples acontecimientos

históricos y mezclas de culturas tejidas sobre un patrón alimenticio romano, al que se le han ido añadiendo saberes y alimentos de diferentes pueblos del arco mediterráneo. Como, por ejemplo, la cultura árabe o la cultura griega que destacaban por el consumo de alimentos poco consumidos en la península ibérica como el arroz, los cítricos, el azúcar, la berenjena o el pescado. Aunque también hay que tener en cuenta la incorporación del maíz y la patata procedentes del continente americano en un contexto histórico en el que en España se pasaba por momentos de escasez y hambruna. (Prats y Martín, 2003). Es decir, que la denominada “comida tradicional”, en la que se incluye la dieta mediterránea, en cierto modo es el resultado de un proceso de globalización en el que se han ido adquiriendo prácticas y alimentos de diferentes países y culturas. Cuando, contradictoriamente, desde los discursos de los expertos entrevistados se achaca la pérdida de la dieta mediterránea a dichos procesos de globalización y a las influencias de otras culturas, las mismas que probablemente en otras épocas han contribuido a conformar la dieta mediterránea: “Nuestra dieta mediterránea es una prueba de que nuestra tradición culinaria es más saludable que la comida británica o americana, en la cual abundan las grasas animales como la mantequilla que la utilizan para freír todo” (Nutricionista 1, pilotaje, 2017).

Así, las explicaciones relativas a la pérdida de las prácticas alimenticias tradicionales se tiñen de cierta responsabilidad hacia los individuos por dejarse influir por las prácticas alimenticias insanas de otras culturas por y convertirse en sujetos consumistas, aflorando de nuevo la *doxa alimentaria biomédica*:

Entrevistador: Cecilia Díaz Méndez, me dijo que nuestra cultura tenía la capacidad de protegernos frente a las influencias externas, ¿está usted de acuerdo?

J. Revenga: (se ríe) qué optimista...no, no en absoluto

Entrevistador: la verdad es que ella se encontraba en Inglaterra y ella misma me admitió que quizá estaba un poco influenciada por el tiempo que llevaba allí, no se lleva la comida familiar, cuando se sale a comer fuera pues son muy distintos los menús, que en España cuando se sale a comer fuera se parece a la comida familiar pues se cuenta con 2 platos principales y un postre o un plato y un postre...

J. Revenga: si ya, pero salvando pequeños matices que sí puedan estar asociados a una cultura, cada vez nos encaminamos más a ese modelo Jose Pedro, es lo que se conoce como la "coca-colización", es decir la asunción de una serie de comportamientos alimentarios con respecto a la dieta, es decir, lo mal que se come en España es similar a lo mal que se come en Reino Unido, en Australia, en E.E.U.U, o en cualquier otro país desarrollado. Quiero decir que esto no solo lo digo yo, esto lo dicen muchos autores, es más cuando se ha contrastado si en España se sigue un patrón dietético mediterráneo o si la dieta mediterránea nos está protegiendo en algún momento de esa globalización, de esa estandarización o uniformidad de los malos hábitos alimentarios, tenemos varios estudios que dicen que nada de nada. De hecho España es el país que de su entorno que más ha retrocedido en el ranking de patrón dietético mediterráneo, hemos pasado que estábamos ocupando, si mal no recuerdo, el puesto número ocho o número nueve de los 60 con respecto a un patrón dietético mediterráneo que estaba perfectamente definido, a que en el año 2010 que encontramos el último estudio publicado que yo conozco con respecto a este tema, ocupamos ya el puesto 27, es decir, vamos para atrás pero a marchas forzadas, mientras que hay otros países que van avanzando en ese patrón dietético mediterráneo y van escalando puestos.

(J. Revenga, nutricionista, 2018)

Podemos observar que nuestro informante, no está de acuerdo con el enfoque sociocultural que nos aportaba C. Díaz sobre el papel protector de la cultura alimentaria española. No obstante, más allá de los razonamientos que contraponen conocimientos a tentaciones, hemos conseguido extraer el punto de vista de este experto sobre la influencia de determinadas condiciones sociales y culturales que también configuran el denominado *ambiente obesogénico* del que hablan los expertos del ámbito biomédico. Sin embargo, la conversación nos deriva hacia una concepción ironista, en términos de I. Hacking, por entender que nada se puede hacer para cambiar la orientación de las prácticas alimenticias, lo que muestra cierto grado de frustración al tiempo que desarma el argumento biomédico que defiende una mayor educación nutricional:

Entrevistador: ¿tiene algo que ver el abandono de nuestra dieta mediterránea con los nuevos modelos de organización familiar?

J. Revenga: todo, la organización familiar, la organización laboral, de los tiempos, de los horarios escolares y todas esas cuestiones, por ejemplo antes se veía impensable una jornada continua en los horarios escolares y cada vez se tiende más a esa jornada continua en los escolares. Yo vivía en Pamplona, apenas habían tampoco comedores escolares, los niños acababan a la 1:20 y se iban a sus casas a comer y luego volvían al colegio a la tarde, es decir todas estas cosas van cambiando, los horarios laborales, la organización familiar, indudablemente y afortunadamente de la incorporación de la mujer al mundo laboral, bueno, pues todas estas cosas van cambiando e influyen, claro que influyen.

Entrevistador: bajo su punto de vista, ¿qué se podría hacer para recuperar la comida en familia? Por ejemplo de organización del horario laboral como ocurre en algunos países (lo interrumpe)

J. Revenga: sí, sí, se podría plantear, pero no va a llegar, no va a llegar porque la sinergia apunta hacia otro sentido y nos podemos poner a filosofar y hacer cartas a los Reyes Magos, pero eso no va a llegar nunca... Es decir, las tendencias van en sentido contrario, entonces, pues no sirve absolutamente de nada.

Entrevistador: habitualmente me suelen decir que esto es una cuestión también de valores, es decir que damos prioridad a tener 2 coches en el garaje, a viajar frente a cuidar de nuestros hijos porque... por ejemplo Carlos González me comentó en su casa entraba solamente el salario de su padre y logró que sus tres hijos fueran a la universidad, eso sí jamás se compró un vehículo. Bueno, hoy en día parece que todo el mundo tiene que tener mínimo un coche y me comentaba “pues parece que todo el mundo ha estado en la India”, ¿se puede hablar de la obesidad en términos cambios de valores de las familias o de la sociedad?

J. Revenga: sí, en ese sentido coincido plenamente con Carlos González, en ese sentido tiene toda la razón, es decir hemos cambiado nuestra escala de valores y antes se los dábamos a unas cosas y ahora se los damos a otras, eso sin lugar a ninguna duda, por ejemplo, eso lo vemos en el tiempo para cocinar, habitualmente oímos que no se tiene tiempo para cocinar pero se tiene tiempo para ver 2 horas y 20 minutos que dura “Masterchef” y es curioso, no tienes tiempo para cocinar y sí para ver casi 3 horas de programa... así que sí, la escala de valores ha cambiado, sí.

(J. Revenga, nutricionista-profesor universitario, 2018)

Podemos observar de nuevo, como el discurso de este experto representa la *doxa alimentaria biomédica*, pero en esta ocasión podemos matizar que este percibe un cambio de cultura, un nuevo *habitus cultural*, probablemente propiciado por los procesos de industrialización y civilización del apetito que han tenido lugar en

Europa. Que curiosamente han ido aparejados al paulatino desprestigio de la autoridad culinaria tradicional, en detrimento de nuevas formas de poder de gobierno de los modos de vida y la autonomía de las personas respecto a la ejecución y consumo de alimentos. No obstante, en este proceso de deslegitimación de los conocimientos culinarios tradicionales irrumpe con fuerza la figura del chef, como proveedor de los conocimientos en los que se conjugan ciencia y gustos, convirtiéndose en una especie de ingeniero gastronómico y científico:

Entrevistador: es que la cocina se ha desarrollado de una manera increíble en los últimos años, influyendo en la alimentación de las personas por los conceptos que se ven en televisión, por la transmisión de modales en la mesa, de gustos...

Alfonso: yo es que esto es mi terruño, yo estoy abierto a nuevos productos, a nuevas técnicas, pero a mí me gusta usar mis salmonetes del mediterráneo, y mis sardinas de Torrevieja y si puedo le encargo a mi madre que me reserve dos docenas de huevos de esos que tiene en el corral, es decir yo intento buscar la temporalidad en mis platos. Es cierto que la globalización ha influido en todo y la cocina también, esa influencia que ha tenido en la agricultura y en su posterior calidad de los alimentos que buscan la máxima producción con el mínimo costo (...)

(Alfonso, chef, 2017)

Cuando Alfonso refiere que su restaurante es su "terruño", está exteriorizando el *capital cultural alimentario*, de los chefs. Un tipo de capital cultural que combina la identidad cultural, la tradición y el buen gusto. Siendo además un ejemplo de cómo se posiciona en la sociedad como un referente capaz de administrar estos tres elementos con las nuevas tecnologías y los nuevos

alimentos: “yo estoy abierto a nuevos productos, a nuevas técnicas” (Alfonso, chef, 2017). Aunque J. Revenga perciba los altos índices de audiencia de programas de cocina, tipo “MasterChef”, como una amenaza frente a la normalización nutricional. Entendemos que los chefs deberían tenerse en cuenta como un componente más del campo social de la alimentación, la obesidad y los comportamientos alimenticios. Pues los cocineros de reconocido prestigio, entran a formar parte de ese proceso educativo al que hacen alusión los expertos del ámbito biomédico, especialmente desde estos espacios televisivos, transmitiendo un *capital alimentario* cargado de conocimientos culinarios, científicos, tradicionales, y, sobre todo, gustos y modales. Es decir, que podríamos estar ante una nueva reformulación del proceso de “civilización del apetito” acuñado por Fischler (1995), en la que nuevos criterios de salud y gustos alimentarios se conjugan para conformar nuevos *habitus alimentarios*. Al respecto de este relevante componente del campo social de la alimentación, y por defecto de la obesidad infantil/adolescente, mostramos otro fragmento del relato del chef Alfonso donde se evidencia cómo compiten criterios de salud, cientifismo y gusto con la tradición o las exigencias de la organización social:

Alfonso: (...), ¿y la fruta? ¿Y las verduras? ¿Por qué los hemos dejado tan apartados? Mira te voy a comentar un plato que yo hago aquí, es un plato saludable y rápido, se puede hacer en 15 minutos, hoy en día hay un exceso de cocción en los productos, los productos no tienen por qué cocerse tanto, el otro día le decía a mi madre “mamá has traído una salsa de sepia que está buenísima pero si tú estos guisantes no los echas al principio y los echas al final conseguimos dos cosas, por un lado logras que no se recuezan tanto y pierdan su textura y sabor y por otro, y más importante aún cuando nos dirigimos a comida para niños, es que los guisantes tengan un color verde bonito y atractivo a los ojos, a los niños les gustan las cosas bonitas, el

sentido de la vista es lo primero que empieza a funcionar, seguimos con la nariz, el olfato que si percibe algo sabroso te hace comenzar a salivar sólo con verlo y olerlo y para colmo logras que esté bueno o integre por ejemplo un crujiente de pan frito que tú cuando te lo echas a la boca hace “¡crasss! ¡crasss!” y tu oído percibe ostras qué sensación total, yo mis manos son mi sentido para todo, lo palpo todo, el punto del pescado, todo, son mis ojos en la cocina que me guían a hacer un plato que disfrute el comensal, no concibo esa gente que se pone guantes para cocinar, yo soy cocinero y antes de cocinar me lavo muy, pero que muy bien las manos, no soy perfecto, pero intento perfeccionar mis platos tanto como puedo sin un plástico que medie entre nosotros.

(Alfonso, chef, 2017)

Del comer “lo que se puede” en un marco de carencias nutricionales y aprovechamiento de alimentos autóctonos, vemos que se ha pasado a una modernidad de tensiones entre comer “lo que apetece” y la imposición de la racionalidad nutricional (el saber qué se debe comer). Sin embargo, en este marco de modernidad racional, de tránsito de la autoridad tradicional de los padres o los abuelos, a los saberes expertos, aparece la figura del chef, como un agente provisto de la suficiente autoridad y legitimidad como para compatibilizar placer y salud:

Entrevistador: sé que ha realizado algunos talleres de cocina con escolares, ¿considera que los niños poseen suficientes conocimientos acerca de la alimentación?

Alfonso: pues mira, cuando he ido a colegios es verdad que los niños sabían muchas cosas sobre la clasificación de los alimentos, su propiedades y todo eso, pero es como si no supieran lo que de verdad deben de saber, me explico, a lo mejor es que los consejos de los expertos no son los que deberían ser, la comida se experimenta, se siente y de eso creo que saben

muy poco, por ejemplo tú puedes cocinar en casa algo con ellos muy rápido y saludable, si tú compras merluza fresca, que la merluza chilena por ejemplo está muy bien de precio, sobre 9 o 10 euros y es fresca, no tienes por qué comprarla congelada, pues si coges esa merluza, un tomate, una zanahoria, una cebolla, tres ajos cortados, agua un chorro de aceite y perejil, eso lo hierves un poco, no mucho, eso se llama un caldo corto, coges eso en 15 minutos lo tienes y antes de que se termine coges una rodaja de esa merluza y la dejas caer ahí 3 minutos, solo 3 minutos, que es el tiempo ideal para que se haga correctamente, yo cojo a esa merluza y le echo 2 bolsas de manzanilla, y lo aromatizo con ella, un chorro de aceite de oliva y ahí tienes un trozo de merluza y unas verduras en 15 minutos hecha, tienes un plato de lo más saludable, ese plato lo tengo yo en carta ahora mismo, yo pongo un tronco de merluza sin piel, sin espinas, limpio, limpio, es más, como te sobra siempre caldo reservas ese caldo para el día siguiente y tienes una espléndida sopa, así que mira si puedes economizar dinero en comida dentro del hogar y comer a la vez saludable, con dos comidas en una(...)

(Alfonso, chef, 2017)

El calado de los mensajes biomédicos es tal que incluso el chef parece cargar contra los padres a los que acusa de haber perdido unos valores tradicionales caracterizados por el sacrificio y los valores del “buen comer”:

Alfonso: (...) Ese tipo de cosas deberían estar en los hogares, y es que en los hogares se debería partir de una educación básica donde estuvieran concienciados de que “todo se debe de comer, todo”, hay que comer de todo, entonces eso aumentaría las posibilidades, si tú das con alguien que no está acostumbrado a comérselo todo, pues entonces en la cocina es una locura, es que el primero que tiene que dar ejemplo es el padre, partimos de la base de que hay que empezar a educar, y educar ¿cómo?, pues enseñando a nuestros

hijos que hay que comer y probarlo todo. Recuerdo que antiguamente te sentabas en la mesa a comer con todos y decías “no me gusta” y te contestaba la madre “pues sin problema”, y seguidamente el plato se pasaba a las 5 de la tarde... y si no... pues se pasaba a la noche, pero si tú por el contrario ante el “no me gusta” vas y les haces un plato de patatas fritas pues ya estamos fastidiando el invento... ¿Me entiendes?, no podemos ser permisivos en esas cosas, y eso conlleva a una economía equilibrada, lleva a que las relaciones sean mejores, imagínate que llega a casa a comer tu hijo y empieza a dar el follón con que no quiere comerse el guiso que tú has estado preparando la noche de antes para que al día siguiente tengan un plato de cuchara para comer... pues eso origina el primer conflicto del día fijo, todo el mundo de punta... entonces yo creo que hay que arrancar de ahí, hay que arrancar de una educación donde la base es la familia. Hay ocasiones en la que es necesidad vital el que ambos trabajen... pero es cierto que en muchas ocasiones la finalidad es lucrativa, porque en realidad necesitamos mucha pasta para vivir hoy en día en este mundo que nos ha tocado, entonces claro, en este país pagamos muchos impuestos y vivir al ritmo de vida que nos imponemos es difícil.

(Alfonso, chef, 2017)

Como se puede observar, este cocinero señala de nuevo a la educación como una estrategia fundamental para solucionar los problemas alimenticios, proponiendo retomar los valores tradicionales que como se ha visto son difíciles de reconciliar con los apremios de una organización social moderna: “(...) Recuerdo que antiguamente te sentabas en la mesa a comer con todos y decías “no me gusta” y te contestaba la madre “pues sin problema”, y seguidamente el plato se pasaba a las 5 de la tarde (...)” (Alfonso, chef, 2017). En este sentido, observamos que la nueva cultura culinaria que despliegan estos innovadores

líderes gastronómicos puede tener un papel más trascendental en el contexto actual como divulgadores de ideas sobre el “buen gusto”, la alimentación saludable, la alimentación tradicional o los buenos modales. Así, a pesar de haber robado protagonismo a los padres y madres en la transmisión de conocimientos culinarios y la generación de gustos e identidades culturales. Con sus recetas y consejos parecen reconciliar la ruptura generada desde hace siglos entre normalización de las prácticas alimentarias y la experiencia sensorial de las personas. Algo más presente en las elecciones alimenticias de lo que se advierte:

Entrevistador: ¿Qué significa para usted la alimentación?

Padre 5: el significado, es muy fácil, para mí es amistad y placer. Yo estoy deseando que llegue la paella de los domingos para juntarme con mi “cuñao” o alguna boda o una cosa a así para comer de todo y pasármelo bien, (se ríen todos).

(Grupo padres Carrión, 2018)

Así, para este padre la comida es sinónimo de placer, amistad y socialización, coincidiendo con lo señalado por M. Montanari (2004, p.93): “Comer acompañados es típico aunque no exclusivo de la especie humana: Nosotros-hace decir Plutarco a un personaje de sus Disputas convivales- no nos invitamos unos a otros para comer y beber simplemente, sino para comer y beber juntos”.

El relato del chef Alfonso nos invita a reflexionar sobre algunas vicisitudes de la cotidianeidad de los padres y abuelos que alimentan a sus hijos/nietos, que pondrían de manifiesto las limitaciones de su capacidad de agencia. La forma en que estos tienen que librar auténticas batallas para conseguir satisfacer los gustos y a la vez alimentar de forma saludable, sin olvidar los apremios de una organización socio-laboral que no deja mucho tiempo para cocinar al estilo

tradicional como reclaman los expertos del ámbito biomédico. J. Contreras evidencia este complejo engranaje moderno que caracteriza las prácticas alimenticias de muchos hogares:

J. Contreras: ¿Qué ocurre? La cocina cotidiana, hoy más que en otra época, porque antes, volviendo a las lentejas, se decía: “Si las quieres las comes y si no, las dejas”. “Si no las quieres para comer, para cenar, y si no, mañana para desayunar”. Hoy es: “Ay, te apetece... ¿Qué quieres de postre, fruta o petit suisse? Bueno, volviendo al asunto, ahora resulta que las madres tienen una presión que tienen que hacer algo que les guste al marido y a los niños, que sea sano, que no sea super-caro y que no sea lo mismo de ayer o antes de ayer.

(J. Contreras, catedrático en antropología, 2018)

Opuestamente a la *doxa alimentaria biomédica* observamos que el discurso de J. Contreras no responsabiliza a los padres de la mala alimentación de sus hijos, sino que capta las presiones ambientales a las que se enfrentan los adultos que cuidan de los niños/adolescentes, entre discursos de culpabilización de los expertos, condiciones socio-económicas y la dificultad de amoldar los gustos familiares a la racionalidad nutricional. Estas tensiones ambientales se ven reflejadas en el siguiente relato de una madre:

Entrevistador: a la hora de elegir los alimentos que compra, ¿qué pesa más?
¿Que le guste a la familia o que sea saludable?

Carmen: yo busco un poco las dos cosas, pero la verdad es que sí que si algo no les gusta por muy saludable que sea no se lo van a comer (se ríe), porque a mi hija le compré una vez un brik de leche de soja sin azúcar añadido, porque dice que le sienta mal la leche y yo me creo que es intolerante a la lactosa, y cuando lo probó me dijo: “esto no se lo bebe ni el perro” (se ríe).

Entonces aunque sea sano yo tengo que mirar siempre que les guste y que no sea una marca que no esté buena.

(Carmen 35 años, madre de adolescente obesa, 2017)

Así observamos que aunque los criterios saludables van ganando terreno en las conciencias de los padres, estos se ven en la tesitura de tener que hacer “encajes de bolillo” para que los niños coman sano y les guste. Lo que pone de manifiesto que la alimentación es un acto que incluye complejas construcciones ideológicas y socioculturales en las que lo biológico pasa a un segundo plano cuando se trata de alimentar niños o adolescentes. Confirmándose la tesis de Fischer (1995) respecto a la compleja composición de las elecciones alimenticias de los seres humanos en la “autonomía”, “libertad” y “negociación” entran en juego con las múltiples opciones que ofrece el entorno.

5.2.5. Perspectivas de lo social

En este punto vamos a centrarnos en un análisis que nos permita esclarecer por qué desde los enfoques biomédicos se habla de multi-causalidad y se reconoce implícitamente la influencia de los factores socioculturales en este fenómeno. Y, sin embargo, presentan una palpable falta de consiliencia, en el sentido de que no reconocen que la ciencia es plural al igual que las personas, sus acciones y percepciones, y solo se expone una visión del fenómeno de la obesidad infantil/adolescente: el de la ciencias naturales. Hemos observado cómo desde los enfoques biomédicos se etiquetan a los sujetos que se salen de la normalidad corporal y comportamental, en ocasiones marcada por los especialistas en pediatría o nutrición, dibujando una sociedad de tensiones morales donde los aspectos culturales y simbólicos del juego social no cuentan. Por ello, trataremos de confrontar la *doxa alimentaria biomédica* que defiende una ética de normas de

conducta que adquieren un valor de verdad, con otras “miradas” del fenómeno menos tenidas en cuenta, pero que dan mayor protagonismo a los aspectos socioculturales que pasan desapercibidos como, por ejemplo, la forma en la que operan las *biopolíticas* controlando la vida de los sujetos a través procesos subjetivos que incluyen el cuerpo, los efectos de los mensajes expertos en los esquemas prácticos de las personas y/o las interacciones de los sujetos con dichos mensajes. Para ello, comenzamos explorando la dualidad científica y sus posibles puntos de encuentro:

Entrevistador: Bien, pues con eso ya me ha respondido a una de las preguntas clave. Porque sí que es cierto que en España parece que todavía existe una separación donde y no se tiene en cuenta los aspectos sociales. Por eso le iba a preguntar por qué no se tienen en cuenta, si es una cuestión del tipo de sistema, o el tipo de atención a la salud, o los recursos o porque son menos aplicables los sociales. Por otro lado, en España parece que somos un poco más reticentes a aplicar medidas como los códigos de semáforos en el etiquetado como tienen en otros países europeos. Sí que es cierto que en diciembre se aplicó una reducción del porcentaje de los azúcares en las bebidas, pero parece que no tiene mucha repercusión,... ¿cómo lo ve usted?

C. Diaz: Te doy dos respuestas muy diferentes, y yo creo que son dos respuestas para pensar en el caso español, a ver, mi impresión de por qué no está junto, por qué no se están ofreciendo aspectos sociales y aspectos biológicos en una misma línea para frenar la obesidad, en el caso español. Bueno yo creo que en España no hay una verdadera colaboración científica entre científicos tradicionales y los sociales menos o más alejados de este problema. Y es un asunto que tiene que ver con las trayectorias, por ejemplo es cierto que la obesidad es un tema de salud, con lo cual ahí está resuelto por ellos, la gente del campo de la salud no es una gente especialmente abierta a las ciencias sociales, quizá porque no existe una tradición de la

colaboración y luego los científicos sociales creo que lo que les sucede es que hemos abandonado los problemas alimentarios o hemos situado los problemas alimentarios solo en el campo de la desigualdad social ligada al hambre, por ejemplo, los últimos sociólogos que han estudiado la alimentación lo estudiaron en la posguerra española, cuando la gente estaba pasando hambre, cuando había desigualdades nutricionales basadas en falta de alimentos, y sin embargo ahora las circunstancias son otras lógicamente, sin embargo las ciencias sociales y un poco más la antropología, no se han acercado tanto al análisis de los problemas alimentarios como para que haya vías abiertas para la colaboración con los científicos de la salud, esa es una de las explicaciones, y la otra explicación es que yo creo que en España somos poco beligerantes como ciudadanos con tema de alimentación porque nuestros problemas alimentarios no son tan gordos como los del resto de Europa, me imagino que les pasa a todos los países del sur de Europa.

(C. Díaz, catedrática en sociología, 2017)

Según C. Díaz, la dualidad científica de los estudios que incluyen los procesos de la vida, tiene su origen en una tradición de no colaboración entre las ciencias biomédicas y socioculturales, por dos motivos, el primero porque no se ha profundizado en este problema desde el ámbito social, ya que el campo de la sociología sólo se ha dedicado a estudiar las problemáticas alimenticias de las clases sociales desfavorecidas. En segundo porque en España los problemas de alimentación no son tan acuciantes como sucede en otros países. Los enfoques predominantes no suelen contemplar los factores de tipo social, y si lo hacen es desde una perspectiva reduccionista que se limita a destacar la vulnerabilidad de los grupos sociales con menos recursos económicos. El discurso que más distancia pone entre ambas perspectivas es el del siguiente experto:

Entrevistador: buenas tardes, para empezar podríamos comentar los datos que ha arrojado el último estudio Aladino 2015, en el cual se observa que la obesidad infantil se ha estabilizado y que el sobrepeso ha descendido ligeramente, pero parece que se ha cebado con las capas sociales más desfavorecidas porque ahí sí que aumenta. Habitualmente se dice que es un problema multifactorial, otro aspecto a debatir es si se considera una enfermedad o no. La cuestión es que lo que se suele proponer para solucionarlo es educar en hábitos saludables, dieta y ejercicio, lo que apunta a los sujetos como máximos responsables de su obesidad. La pregunta es ¿por qué no se le dan a los factores sociales más importancia? Pues si partimos de que se ceba con las clases sociales más desfavorecidas quizá se deberían tener más en cuenta los factores sociales ¿está usted de acuerdo?

Nutricionista (investigador): es que claro, depende de qué queramos hacer, erradicar el problema o cronificar el problema, en cuanto a los factores sociales ¿qué sentido tendrían?, no entiendo muy bien por donde vas... es cierto que está afectando más a determinadas clases pero eso sería un problema más político que social ¿no?

Entrevistador: bueno, hay algunos autores que me hablan de la hiperproductividad de alimentos industriales, una regulación publicitaria no muy exigente, una organización social en la que la madre se ha incorporado al mundo laboral y no tienen tiempo para cocinar de manera saludable, además de los elementos subjetivos que entran en juego...

Nutricionista (investigador): sí, pero yo creo que todo eso son más problemas políticos, porque por ejemplo, la influencia de la publicidad, eso va a afectar en igual escala a todas las clases sociales, es decir, todos los niños están sometidos a las mismas señales que la industria ha decidido para ese tipo de alimentos y la pregunta es ¿por qué se las comen?, ¿por qué sí, o

por qué no? Y ya no es una cuestión de pertenecer a una clase social o a otra, es más una cuestión político-educativa, no social, pienso yo, no sé (...)

(Nutricionista, profesor universitario, 2017)

Como se puede observar, tras la reflexión que planteamos, este experto capta que “lo social” es simplemente una cuestión política, aunque no explica en qué sentido. Además da a entender que las ideas sobre alimentación y los mensajes publicitarios afectan a todos los grupos individuos por igual. Lo que entra en contradicción con la explicación que nos daba C. Casabona sobre la influencia de la publicidad en los grupos sociales desfavorecidos:

C. Casabona: (...) Todo se “gigantiza” para que precisamente esa familia diga “oye mira, pues esto lo tengo bien de precio” y caen como moscas en la miel (...) o sea tenemos el factor de información que están peor informados, porque se informan con revistillas tipo “Pronto” o el “Hola”, las capas bajas no tienen dinero para extraescolares o para salir los sábados y domingos a esquiar o montar a caballo entonces ven más la tele y encima es más asequible la comida basura por lo tanto a veces es la única diversión que tienen y entonces vemos a niños de 10 o 12 años sentados en el quiosquito de la esquina de su barrio pues tomando galletas, Coca-cola, o el Red-bull porque últimamente vemos muchas marcas que los imitan en supermercados.

(C. Casabona, pediatra, 2017)

Más allá de la *doxa alimentaria biomédica* que despliega su discurso, C. Casabona, parece tener una visión más completa de lo social. Aunque advertimos que sigue sin tener en cuenta, por ejemplo, las construcciones simbólicas que envuelven la alimentación y el cuerpo, que explicarían por qué en determinadas culturas como la sociedad banyankole, un pueblo pastor del este de África, se

somete a las mujeres a partir de los 8 años de edad al proceso de “engorde” con el objetivo de prepararlas para el matrimonio (Gracia, 2007). Y en general, aspectos de orden sociocultural que también han sido descritos por otros expertos del ámbito social:

Entrevistador: ¿Qué influencia tiene la imagen corporal y los cánones de belleza actuales en el comportamiento alimenticio de los más jóvenes?

Socióloga 1: mucha, sobre todo en las chicas, que se comparan e imitan a las modelos de las revistas. Mira desde que la publicidad comenzó a estar al servicio de la sociedad del consumo valiéndose de todo tipo de disciplinas, desde la psicología, la estadística, la economía y hasta la sociología (enumera con los dedos de una mano), la imagen corporal de la mujer ha ido cambiando según los intereses comerciales, pasando por alto los aspectos culturales. En Mauritania donde la industrialización aún no ha hecho mella en la sociedad, las mujeres tratan de estar gordas, porque se dice que cuanto más grande es su cuerpo mayor espacio ocupa en el corazón de su marido. De manera que desde los 6 o 7 años pasan por una fase de engorde, en una especie de campamentos donde hacen poco ejercicio y comen mucho.

(Socióloga 1, 2017)

Un ejemplo similar al de las sociedades africanas, se observa en las comunidades gitanas de nuestro entorno, en las que el exceso de peso se percibe como un símbolo de estabilidad económica, salud y bienestar, aunque se tenga pocos recursos económicos. Estas particularidades las observan Álvarez, et al. (2009), los cuales ponen de manifiesto que la obesidad en los niños de etnia gitana se debe principalmente a factores socioculturales. Y nosotros también hemos captado estas lógicas en uno de nuestros grupos de discusión:

Moderador: la obesidad en la infancia y adolescencia, ¿cree usted que es una enfermedad?

Josefa: ¿en los chiquillos? Eso es según su forma del cuerpo, es su fortaleza, si te sale un chiquillo flojo, que a veces sale, pero eso no suele pasar, a nosotros no suele pasar, ¿tú has visto muchos chiquillos gitanos enfermos?

Milena: Los chiquillos no están malos porque tengan un cuerpo grande, los chiquillos tienen que estar estiraos y tener cuerpo “pa” lo que pueda venir. Que yo he visto pasar mucha hambre. Yo tengo tres nietos y uno de ellos de mi hija Mari Luz nació muy pequeñico muy pequeñico (señala con las manos una distancia pequeña) y gracias a su abuela y sus buenos potitos lo “habemos” “sacao”, lo “habemos” “sacao”.

(Grupo padres Centro Cívico, 2018)

En este relato se constatan dos motivaciones que podrían estar relacionados con la obesidad infantil/adolescente y que confirman la relevancia de los factores socioculturales en un sentido más profundo que el mostrado por los expertos del ámbito biomédico. Por un lado, que el cuerpo se convierte en un objeto simbólico que interviene en relaciones de distinción e identidad de grupo: “¿tú has visto muchos chiquillos gitanos enfermos?” (Josefa, Grupo Centro Cívico, 2018). Y por otro, que las elecciones alimenticias están condicionadas por las experiencias de vida, especialmente si esta experiencia ha sido marcada por momentos de escasez de alimentos. Lo que confirma que, en un sentido *hackingniano*, las prácticas alimenticias pueden ser producto de la historia social de los sujetos y que conforman un tipo de capital cultural que otorga valor a la salud, el cuerpo y la alimentación, en función de dichas experiencias.

En otro momento de este grupo de discusión se capta el simbolismo que adquiere la comida cuando ésta sugiere la liberación de un estereotipo de pobreza, lo que también denota la aspiración de determinados grupos sociales por equipararse de algún modo al estatus de otros grupos sociales aventajados.

Confirmando, conforme a P. Bourdieu, que el hombre no come solo para cubrir una necesidad biológica, sino para convertir este hecho en una representación cargada de contenido social. Esto se observa en aquellos casos en los que se compra comida superflua simbolizando el paso de un determinado estatus socioeconómico de escasez, a una nueva condición de abundancia, de seguridad alimentaria o quizá poder. Lo que, a diferente escala, nos recuerda a las exhibiciones medievales de los señores feudales (Montanari, 2004):

Moderador: ¿Salen a comer fuera de casa? (...)

Milena: mis nietos más grandes van ya solos a merendar, les doy un euro y ellos se apañan bien se traen del quiosquillo unas cañas de chocolate y unas bolsas hasta arriba que se sientan aquí y se tiran toda la tarde comiéndoselas. Ellos en cuanto tienen algo de dinero, porque les da su tía Rosa que les da de vez en cuando dineros cuando viene a verlos, que la Rosa ha hecho muchos dineros en estos años porque le ha ido bien, y es verdad que en el Burguer con 12 euros comen “tos”, (...)

(Grupo padres Centro Cívico, 2018)

Como se puede observar el hecho de comprar productos industriales azucarados en el “quiosquillo” puede convertirse en un símbolo de bienestar frente a la contingencia de no poder salir a comer fuera de casa por falta de recursos económicos. El *habitus alimentario* de este grupo de madres/abuelas se refleja también en el simbolismo que supone regalar comida superflua e innecesaria para el desarrollo del niño/adolescente, realizando un gasto que en momentos de escasez económica no se plantearía. Lo que pone de relieve que las “miradas” expertas deberían tener en cuenta en mayor medida los distintos esquemas de los distintos grupos sociales. Por ello, los enfoques socioculturales puede que tengan la capacidad de explicar por qué se eligen unos alimentos y se

rechazan otros, respondiendo a la cuestión que nos lanzaba el nutricionista y profesor universitario: “y la pregunta es ¿por qué se las comen?, ¿por qué sí, o por qué no...?” (Nutricionista, profesor universitario). Además, ¿por qué se iba a cronificar el problema si se atienden los factores sociales para solucionarlo? Eso sí que parece un contrasentido, igual que sostener que los factores sociales son un problema político, como si la política no estuviera vinculada a lo social. La palabra política, precisamente proviene del griego *πόλις* (polis = ciudad), es decir, que en cierto sentido “política” es sinónimo de sociedad.

Otro punto de distanciamiento entre los enfoques biomédicos y socioculturales que denota una concepción simplista de los aspectos sociales por parte de los expertos de las ciencias médicas, es la forma en que explican el *ambiente obesogénico*. En este sentido hemos visto cómo algunos expertos lo describen como un ambiente hedonista donde los sujetos se dejan llevar por sus placeres ignorando las advertencias de los expertos sanitarios. Respecto a esta problemática, A. Martínez nos describe implícitamente su visión de este “*ambiente obesogénico*”, empatizando con la cotidianidad de las familias:

A. Martínez: todos sabemos que tener un tiempo para comer, comer lentamente, dar tiempo a que tu estómago exponga a tu cerebro que ya estás saciado, y necesitas unos 20 minutos para que llegue esa información... entonces digamos que hay que comer lentamente y tranquilamente y eso con el ritmo de vida actual pues no se produce, no se genera,

Entrevistador: sí esta es una queja que me suelo encontrar mucho en los grupos de discusión con madres, la falta de tiempo para poder cocinar y comer en familia, porque ellas parece que, como comentan algunos estudios, hay una resaca del modelo tradicional en el que persiste la idea de la comida en familia y que la comida saludable es la de cuchara... Pero ellas se quejan

de que no tienen tiempo para ese tipo de prácticas, por el trabajo, los horarios escolares..., entonces esta es otra nueva contradicción como me estaba comentando anteriormente,

A. Martínez: claro, pero esto no puede llegar a culpabilizar a la gente, porque en el fondo nosotros como sujetos hacemos lo que podemos, no somos tan soberanos como nos pintan ni tenemos tanta capacidad de agencia, ni tenemos tanta libertad de movimientos como nos están diciendo, y claro, uno de los errores, desde mi punto de vista, del modelo biomédico es que parte de este modelo de sujeto racional, del sujeto que maximiza los aspectos concernientes de su vida y entre ellos la salud, y lo maximiza como si fuera un capital y eso no es exactamente así porque nosotros también actuamos, o comemos de acuerdo con cómo lo hace nuestra red social, o nuestro contexto cultural, como tú bien sabes, de tal manera que sí que existen una serie de pautas que trascienden al sujeto y claro nosotros ahí tenemos un margen muy limitado de actuación para decidir sobre ciertas pautas y nos vemos encerrados en la lógica, por ejemplo, laboral, que tú estás planteando, hay una serie de *habitus* si quieres, retomando a Bourdieu, que imponen unas relaciones, claro ahí hay unos márgenes de agencia por parte del sujeto pero no son tan amplios como plantean estas ciencias, en el fondo lo que aparece en esa perspectiva si quieres más biomédica, lo que se desdibuja es la importancia de lo social, que no sabe bien cómo manejarlo, y en parte porque también están partiendo de una epistemología individualista para entender lo que ocurre,

(A. Martínez, antropólogo, 2018)

La aportación de A. Martínez aclara algunas incógnitas acerca de porqué los expertos del ámbito biomédico no comprenden la esencia de “lo sociocultural”. Así, puede que el problema parta de una concepción epistemológica individualista

y positivista que construye ideas sobre una alimentación correcta en base a concepciones fisiológicas y/o biológicas como, por ejemplo, el hecho de que se debe comer despacio para favorecer la sensación de saciedad cerebral. Un aspecto observado en el estudio de Kokkinos et al. (2010), en el que se concluye que la saciedad tarda entre 20 y 25 minutos en llegar al hipotálamo debido al complejo sistema neurofisiológico y hormonal que se desencadena cuando se ingieren alimentos. Sin embargo, no se tiene en cuenta la dificultad para llevar a la práctica estas recomendaciones en el contexto socio-histórico actual “acelerado” de las sociedades occidentales, como tampoco se tiene en cuenta la autonomía del sujeto: “no somos tan soberanos como nos pintan ni tenemos tanta capacidad de agencia, ni tenemos tanta libertad de movimientos como nos están diciendo, y claro, uno de los errores, desde mi punto de vista, del modelo biomédico” (A. Martínez, antropólogo). En este sentido, las ciencias médicas parecen concebir al sujeto como un objeto al que se le aporta unas indicaciones y éste debe sacar el máximo provecho de dichas directrices, en un marco social economicista que presupone al sujeto plena capacidad de agencia, pero que parece condicionar sus decisiones y percepciones:

Entrevistador: Bajo su punto de vista ¿qué papel juegan los aspectos socioculturales en la formación del gusto culinario?

Socióloga 1: hombre la verdad es que cada cultura presenta unos hábitos alimenticios diferentes, aquí en la zona que vivimos destaca la dieta mediterránea y paradójicamente somos los que menos las consumimos. Resulta gracioso que un país mediterráneo presente altas cifras de obesidad infantil, ahí le hecho yo la culpa a la industrialización de la alimentación fruto de la globalización y a cómo se ha facilitado el consumo de alimentos procesados nuestro sistema económico. Tenemos lechugas, tomates y todo tipo de cultivos nacionales de alta calidad y nos comemos las manzanas de

Francia, los tomates de Marruecos y entonces claro...Los alimentos los comemos muy procesados, desde que se recolectan en el campo hasta que llegan a la mesa el resultado no se parece en nada al producto original y con todos los azúcares y grasas añadidas para hacer su sabor aún más atractivo resulta el cóctel ideal para tener niños obesos.

(Socióloga 1, 2017)

Se observa cómo nuestra informante denuncia que hasta el gusto alimentario puede estar influido por el sistema socioeconómico. Sobre esta cuestión C. Díaz propone una reflexión que pone de relieve la forma en que los condicionantes estructurales condicionan las decisiones y las prácticas alimenticias, por encima de los criterios saludables:

Entrevistador: (...) ¿Cómo influyen los ideales de belleza en las prácticas alimenticias de los niños?

C. Díaz: Bueno, no sé referirlo a los niños, pero sí hay una cosa que te voy a comentar, una de las cosas que nos llamó la atención en nuestro anterior estudio sobre la alimentación fuera del hogar que hicimos en 2014 era en plena crisis y nos sorprendió que había aumentado mucho el porcentaje de personas que llevaban fiambarrera al trabajo y a clase que es una cosa que no había aparecido en estudios anteriores y que nos resultaba interesante, nosotros al principio pensamos que era una situación relacionada con la crisis porque puede ser barato ¿no?, y sin embargo cuando nos dispusimos a preguntar acerca de eso una de las explicaciones que daba la gente es que podía comer más sano llevando la fiambarrera y podía controlar mejor la alimentación. Bueno yo no sé si esa es una manera de adornar una respuesta dada por cuestiones económicas, todo es posible ¿no?, es decir, tú no vas a reconocer “oye yo hago esto porque quiero ahorrar, o porque me han bajado el sueldo...” esa parte no la dicen ¿no?, pero las explicaciones indicaban que

el tema estético ligado a la salud forma parte de las decisiones alimentarias, es probable que en este caso pase un poco como con la crisis, la gente quizá no quiera reconocer que hace las cosas para estar guapo o guapa y la explicación que va a dar es una explicación basada en la salud, en ese sentido yo creo que es una buena explicación, es decir, si tú justificas tus hábitos diciendo me controlo porque quiero estar sano, me parece una explicación más positiva que la de me controlo porque me sobran unos kilos y quiero estar espléndida ¿no?, otra cosa es cuánto haya de verdad en todo eso porque lógicamente si detrás está el deseo de mantener un cuerpo perfecto el tema de la salud se convertirá en una obsesión y entonces puede derivar hacia comportamientos absolutamente paranoicos...

(C. Díaz, catedrática en sociología, 2017)

Tras prácticas como el uso de la fiambreira puede estar la reducción de capital económico provocado por la crisis económica, sin embargo, se pone de manifiesto que la comida podría ejercer la función de capital simbólico para mostrar la pertenencia a una clase o categoría de persona específica. Como sugiere C. Díaz las respuestas se salen de "lo esperado" probablemente porque se prefiere aparentar que se pertenece a una categoría de persona sana, que apuesta por una comida saludable: "las explicaciones que daba la gente es que podía comer más sano llevando la fiambreira y podía controlar mejor la alimentación", a reconocer que se come en el trabajo porque permite ahorrar comiendo algo preparado en casa o, por qué no, las sobras del día anterior.

En uno de los grupos de discusión de niños hemos registrado una respuesta similar, cuando se produce el enfrentamiento entre aquellos alumnos que se quedan en el comedor escolar, que se quieren categorizar como sanos, bajo el argumento de que la comida del comedor escolar está controlada por un

nutricionista. Y por otro lado, aparece el grupo de alumnos que sale a comer fuera del colegio en el que el menú es más barato y justifican su práctica con diferentes criterios como la higiene o el gusto. Cuando tras ambos casos pueden haber factores que limitan la capacidad de agencia de los padres y por defecto la suya, como el horario de “jornada partida” del colegio, el elevado precio del menú escolar, la falta de apoyo familiar para recoger a los niños cuando salen del colegio (abuelos, vecinos) y, en general, la incompatibilidad de los horarios laborales y familiares. Factores que ampliaremos en la tercera parte del análisis:

Moderador: ¿cuántos vais al comedor escolar? (levantan la mano cuatro).

Alumno 1: yo voy al comedor del oasis.

Alumno 3: yo también.

Alumna 4: ha dicho el comedor escolar, eso es fuera del colegio.

Moderador: solo para los que van o han ido alguna vez al comedor escolar.

¿Os gusta la comida que ponen?

Alumna 4: yo me lo como todo, hay cosas que están buenas.

Alumno 1: te lo comes porque hay que comérselo.

Moderador: ¿quién más iba al comedor? por aquí, ¿te gusta la comida que sirven?

Alumna 4: hay cosas que por ejemplo, el pescado a veces no está bien hecho, está crudo o está muy duro o no tiene sabor, está soso. Entonces a lo mejor muchas veces pasas de comértelo y yo pues cojo una manzana un yogur y ya está.

Moderador: no te has comido el plato principal.

Alumna 4: no porque tampoco es que tuviera mucha hambre, me como un poco de este o de otro, pero no llego a comerme una ración grande.

(...)

Alumno 1: es lo que dice (nombre de la compañera) que si las patatas están duras, si el pescado está soso o te encuentras un pelo, pues te da asco y ya

dejas de comer. Yo porque estuve el año pasado y pasaban todas esas cosas o a mis amigos que se sentaban al lado le pasaron. Hay gente que se ahogó con una raspa o quién se encontró un pelo, entonces también interfiere la higiene, la calidad, la presencia, la higiene de la cocinera también.

(...)

Alumna 4: pero lo que se pone en el comedor no es comida basura, está bien, se puede comer, además es sana porque la ha hecho un nutricionista.

(...)

Alumno 1: yo por ejemplo tengo un padre que es cocinero y venir al comedor hace que coma todo lo que él me hace en mi casa. Te das cuenta de que lo que se hace en casa sabe mucho mejor. El me prepara la comida los fines de semana y estaba deseando que llegara el fin de semana porque se nota la diferencia.

Alumna 4: hay que entenderlos a ellos también, porque hacen comida para miles de niños, (hablan todos al mismo tiempo).

Alumna 4: si no miles, cientos. Lo que no puedes querer es que te pongan ahí un plato de másterchef todos los días por seis euros.

Alumno 1: no, pero si te encuentras un pelo pues la higiene es lamentable.

Alumno 2: en el oasis la comida está más buena.

Alumna 4: en el oasis no comen la misma cantidad de niños pueden hacerlo mejor, además, como no va a estar más bueno si casi siempre hay pizza, es como si comes todos los días patatas fritas con huevos fritos.

Alumno 3: pero tú que prefieres, ¿unas lentejas con pelo o sin pelo?

Alumna 4: pues yo nunca me he encontrado un pelo.

(Grupo pilotaje 9, 1º ESO, 12-13 años, 2016)

Sin adentrarnos en complejos debates sobre los procesos subjetivos involucrados en la alimentación de niños y/o adolescentes, debido a la falta de comprensión observada en algunas entrevistas. Hemos indagado en la forma en

que los expertos del ámbito biomédico perciben la relación entre capacidad de agencia de las personas y los factores de tipo social:

Entrevistador: Bueno, hemos hablado de hábitos alimenticios y hasta de los factores psicológicos, pero en la mayoría de los estudios, hasta los de carácter biomédico se admite que este problema es un problema multifactorial, en el que se encuentran implicados factores sociales como: la mejora del transporte, un ocio sedentario, una organización social con horarios laborales y escolares que dificultan cocinar en casa.

P. Ojeda: si bueno, el tema de los factores sociales, eso está claro, a menor nivel socioeconómico, hay mayor obesidad.

Entrevistador: si eso se está viendo en los últimos estudios en el Aladino, que la obesidad infantil está más presente en aquellas familias que tienen dificultades para llegar a final de mes,

P. Ojeda: al igual que en la misma ciudad también va por barrios, en unos hay más obesidad que en otros.

Entrevistador: si, ¿se podría decir entonces que es una enfermedad en clave social?

P. Ojeda: ¿Cómo? ¿Cómo?

Entrevistador: ¿Se podría tratar de un problema que se puede entender en clave social? Por la influencia que tienen los factores sociales.

P. Ojeda: ¿qué quieres decir?

Entrevistador: Voy a plantearlo de otro modo ¿Qué capacidad de elección tienen las personas en un marco social, que se ha denominado obesogénico, en el que los anuncios publicitarios de alimentos industriales nos abordan por todas partes, existe una gran abundancia de alimentos y las madres que trabajan no tienen tiempo para cocinar en casa recetas propias?

P. Ojeda: pues esto influye en la misma cesta de la compra.

Entrevistador: aha,

P. Ojeda: en la misma cesta de la compra, es decir, desgraciadamente hoy en día tú compras fruta, verduras, equis productos que no se puede decir que son para ricos, pero que su precio es elevado. Tu llenas la cesta de la compra de pasta, de arroz, de hidratos de carbono, ¡que se han abaratado muchísimo! Tú coges una caja de donuts de seis, que le puedes dar de merendar a 5 niños, y te cuesta un euro y medio, ¿vale? Tú ves los grandes guisos, los grandes pucheros con 2 kilos de pasta que le puedes dar de comer a diez y cuesta dos euros y medio, esto lo hacen muchísimas personas, dar muchos hidratos, y venga hidratos, y venga hidratos. Entonces das de comer a muchísima gente, ¡cuidado! No es que el hidrato sea el demonio, pero si a eso tú le sumas el sedentarismo, porque encima es una clase social, digamos baja, que no tiene acceso a una actividad deportiva, estás mezclando una bomba. Y si encima tienes un acceso más limitado a la sanidad, pues ahí tienes todos los factores. A mayor nivel social, pues tienes mayor disponibilidad a otra serie de productos, tienes más acceso con tus amiguitos a instalaciones deportivas, a otro tipo de juegos, a otras actividades. Hay menor índice de obesidad en este tipo de barrios que son más pudientes.

(P. Ojeda, nutricionista, 2017)

Más allá de los juegos de *capitales, cultural, económico y social*, presentes en las interacciones sociales que este experto reconoce implícitamente: “Tú ves los grandes guisos, los grandes pucheros con 2 kilos de pasta que le puedes dar de comer a diez y cuesta dos euros y medio, (...). A mayor nivel social, pues tienes mayor disponibilidad a otra serie de productos, tienes más acceso con tus amiguitos a instalaciones deportivas, a otro tipo de juegos, a otras actividades” (P. Ojeda, 2017). Desde el punto de vista biomédico se va a explicar la relación entre el fenómeno de la obesidad infantil/adolescente y los factores sociales desde un enfoque individualista y sustancialista. En primer lugar porque se describe que la

influencia de la desigualdad social se traduce en una decisión condicionada por un menor capital económico, que se traduce en la adquisición de alimentos hipercalóricos: “(...) Tu llenas la cesta de la compra de pasta, de arroz, de hidratos de carbono, ¡que se han abaratado muchísimo! Tú coges una caja de donuts de seis, que le puedes dar de merendar a 5 niños, y te cuesta un euro y medio. (...)”, lo que pondría en tela de juicio la estrategia acuñada por expertos del ámbito biomédico y las instituciones sanitarias de proveer de más conocimientos médico-nutricionales a las personas afectadas. Y en segundo lugar, porque se circunscriben las acciones de los sujetos a espacios de decisiones colectivos en los que los sujetos de una clase social desventajada se meten en el mismo saco y se les dota del mismo capital cultural y social: “(...) si a eso tú le sumas el sedentarismo, porque encima es una clase social, digamos baja, que no tiene acceso a una actividad deportiva, estás mezclando una bomba. Y si encima tienes un acceso más limitado a la sanidad, (...)” (P. Ojeda, nutricionista, 2017). Dando a entender que las prácticas alimenticias y el capital cultural de los individuos se derivan mecánicamente de la posición que ocupan, como si el campo social estuviera determinado exclusivamente por relaciones económicas de producción, independientemente de su conciencia, de su voluntad y de su capacidad de agencia.

Esta visión simplista del capital cultural de los grupos sociales desfavorecidos y la capacidad de agencia de los sujetos para adquirirlo de forma autónoma, entronca con la herramienta educativa. Sobre todo en aquellos discursos expertos que interpretan que un menor capital económico bloquea o dificulta la adquisición de un *capital alimentario legítimo*. Aquel que precisamente permite discernir las categorías de alimentos (sanos/insanos) y los comportamientos alimentarios adecuados o inadecuados:

Entrevistador: (...) ¿Qué relevancia tiene en este fenómeno los aspectos socioculturales?

C. Casabona: pues esto va ligado sinceramente al nivel socioeconómico y cultural, es decir el informe Aladino que salió el año pasado, o hace 2 años, lo ponía en sus gráficas, que la obesidad infantil y el sobrepeso aunque habían bajado un pelín, muy poco, pero sin embargo lo que había subido más en capas desfavorecidas. Aquellas familias que ganaban menos de 30.000 euros al año. Estas familias que no tienen a lo mejor internet en casa o, por ejemplo, no tienen twitter ni Facebook y no siguen a personas que dan buenas informaciones y están todo el día viendo la tele donde se anuncian precisamente los productos insanos; los hijos de estas familias que son más pobres, son más proclives a caer en esas tentaciones tan baratas de los supermercados como bolsas de cruasanes, bolsas de ensaimadas, de patatas fritas cada vez de tamaños más gigantes que ponen que son tamaño ahorro “engañufando”, cajas de galletas con 4 y 5 torres, paquetes enormes de oreos (...)

(C. Casabona, pediatra, 2017)

Podemos observar el discurso de C. Casabona, autor del libro “Tú eliges lo que comes”, cargado de cierto reproche hacia un grupo social de personas que, según su *doxa alimentaria biomédica*, se informan con la televisión en lugar de seguir por las redes sociales (internet) a los expertos que dan las “buenas informaciones”. Confirmando el enfoque marxista de las relaciones de producción que explica las relaciones económicas como un tipo de relación social entre hombres respecto a las cosas, en lugar de enfocarlo como una relación de los hombres con las cosas. Así, este experto explica los resultados obtenidos en el estudio Aladino (2015), en el que se observa un repunte de las cifras de obesidad infantil en los grupos sociales con menos recursos económicos, como una cuestión de vulnerabilidad de un

grupo social desprovisto de un *capital alimentario legítimo*. Resulta curioso cómo en el discurso de C. Casabona los condicionantes socioculturales quedan reducidos a una especie de operación matemática en la que una situación económica desventajosa reduce el acceso a los expertos que poseen los saberes médico-nutricionales, sin llegar a reconocer que la capacidad de agencia se pueda ver mermada por diferentes cuestiones socioculturales y económicas. Igualmente de interesante resulta el juicio que realiza sobre ciertos esquemas de acción y pensamiento reprochables, que en realidad son *habitus*, y que se describen como el resultado de una falta de capacidad crítica a los sujetos en seres susceptibles de ser “engañados”.

Aunque este experto parece conocer las particularidades socioculturales reflejadas en el estudio Aladino (2015) resulta llamativo que haya puesto su foco de atención únicamente en las relaciones observadas entre posición económica y obesidad. Cuando en este estudio también se analizan otros aspectos de índole sociocultural, no menos determinantes como: el medio de transporte empleado para ir y volver del colegio en función de la percepción de seguridad (Aladino, 2015, p. 49), la disponibilidad de ocio pasivo (p. 70), la significativa diferencia entre niños y niñas de tiempo semanal dedicado al deporte (Aladino, 2015, p. 53) o la percepción que los padres tienen sobre el peso de sus hijos (80% normal, 12% ligero sobrepeso) (Aladino, 2015, p. 60). Mientras que en cuanto a los aspectos económicos lo que se observa en el estudio Aladino (2015), es que las familias que tienen dificultades para llegar a final de mes presentan cifras de obesidad infantil más elevadas, sin llegar a examinar el nivel de conocimientos médico-nutricionales de padres y niños, sino el nivel académico de los padres. Lo que no necesariamente apoya la teoría de que la precariedad económica se relacione con la obesidad infantil/adolescente por un peor acceso a la información.

En esta línea hemos recabado opiniones de expertos del ámbito sociocultural que cuestionan la necesidad de aportar más información en determinados grupos sociales con bajos recursos económicos:

J. Contreras: entonces son muchos factores, como ponernos a cocinar en un contexto de mayor o menor precariedad económica, de mayor o menor disponibilidad de tiempo, etcétera, etcétera. Volviendo a la cuestión económica, la última vez que me llamaron para la televisión, aquí, que acababan de publicar una encuesta de salud en Cataluña, me dan un dato, la tasa o el porcentaje de obesidad es mucho mayor en las clases sociales más desfavorecidas y con menos acceso a la educación. Pues entonces ¡ya está! no hace falta aumentar la información nutricional para reducir las cifras de obesidad infantil, lo que hay que hacer es aumentar las remuneraciones y fomentar que la gente vaya más a la escuela. ¿Me explico?

Entrevistador: sí, sí.

J. Contreras: bueno, también me puedes decir que formación o la educación cultural es pareja a la información nutricional, no necesariamente, pero bueno, aun aceptando eso, ¡ya está! En lugar de aumentar las recomendaciones mejoremos los salarios, (...)

(J. Contreras, catedrático en antropología, 2018)

El punto de vista de J. Contreras invita a analizar de forma cautelosa cómo se relaciona un menor capital económico con el desarrollo de la obesidad infantil/adolescente. Pues se podría caer en la trampa de un discurso de responsabilización y clasificación social que no profundizaría de una forma integral en el problema, produciendo padres, niños y adolescentes obesos y estigmatizados por su asociación implícita a determinados valores reprochables y una condición social en la que, como hemos observado en el uso de la fiambra, simbólicamente todos los sujetos quieren evitar ser etiquetados. Lo que revela la

necesidad de un enfoque sociocultural que aborde la multi-dimensionalidad de los sujetos. Por ello, J. Contreras señala que se está olvidando que la obesidad infantil/adolescente es un fenómeno complejo con manifestaciones diversas en las que intervienen comportamientos “libremente decididos” y “más o menos condicionados”:

J. Contreras: bueno, a ver, la obesidad es un fenómeno muy complejo con manifestaciones muy diversas y de causas también muy diversas, diríamos desde los biológicos o genéticas si se quiere, hasta otras que tienen que ver más con los comportamientos libremente decididos y por otra parte comportamientos más o menos condicionados como incluir impuestos, por circunstancias socio-económicas, etc... Entonces desde mi punto de vista la obesidad no se puede tratar como un fenómeno de carácter que se preste a un diagnóstico único sino que hace falta diversos diagnósticos según de qué tipo de colectivo o de qué tipo de circunstancia estamos hablando. Entonces desde mi punto de vista, por ejemplo, atribuir la obesidad a un desconocimiento nutricional me parece ridículo ¿eh?, por dos razones, una, porque información nutricional, así a grandes rasgos, en el caso de España la mayoría de la población ya la tiene, todos conocen que hay que limitar determinados excesos de grasas, azúcares, edulcorados... todo eso ya se sabe, ¿no?

(J. Contreras, catedrático en antropología, 2018)

Como podemos observar, contrariamente a la opinión de C. Casabona, este experto opina que la mayoría de los sujetos ya tienen la información nutricional necesaria para decidir sobre sus comportamientos alimenticios. La cuestión que J. Contreras nos plantea es: ¿si se tiene la información porque se come de forma inadecuada? Ahí es donde la perspectiva sociocultural parece que tiene mucho que aportar:

Entrevistador: Sí, exacto

J. Contreras: pues la pregunta que desde tu entrevista hay que formular, es que si la gente sabe que estos comportamientos alimentarios o las ingestas alimentarias no son lo más saludables que cabría esperar ¿por qué las siguen teniendo si conocen la información? Ahí hay una cierta paradoja que no sé cómo llamarlo pero lo cierto es que esto es así. Si tú hablas con la gente te dicen cuáles son las recomendaciones que se suponen deberían de seguir, y te comentan cosas del tipo “es que hay que hacer un desayuno de tanto y con tal...”, independientemente de que ahora sigue habiendo gente que discute el desayuno, pero la gente te repite estos mensajes, entonces (...)

Entrevistador: precisamente esta era una pregunta que tenía preparada, ya que hice unos grupos de discusión con niños y comprobé que los niños saben mucho de alimentación, saben muchísimo,

J. Contreras: ¿lo ves?, entonces ¿qué ocurre?, pues también en grupos de discusión que nosotros hemos hecho con edades entre los 10 y 14 años hemos observado que ocurre esto, y están al tanto de las nuevas características de alimentos que aparecen, como nos ocurrió con el caso del chocolate donde uno destacó que había visto en la TV que era bueno y reproducía la explicación del mismo, la verdad es que las cosas cambian demasiado rápidas y eso puede provocar una cierta inseguridad entre unas personas, además, por otra parte, desde el punto de vista nutricional si uno escucha la TV, lee revistas, la prensa, va al médico, habla, etc, etc..., nos damos cuenta que ahí existe una auténtica cacofonía alimentaria nutricional uno recibe mensajes de alimentos diversos, muy diversos, contradictorios desde varios medios o bien desde un mismo medio de un día para otro ¿me explico?

Entrevistador: sí, sí

J. Contreras: esto es, insisto, la cuestión es un poquito más compleja que todo eso, es decir cargar todo el peso de la culpa sobre una desinformación o una

información no adecuada o no suficiente de carácter profesional, me parece que es poner el acento en algo muy parcial las cosas son mucho más complejas, la pregunta es ¿por qué la gente hace lo que hace?, y entonces es donde ahí, probablemente, los factores socioculturales cobran una relevancia que normalmente es ignorada por los expertos en nutrición sobre todo en España, (...)

(J. Contreras, catedrático en antropología, 2018)

Este catedrático en antropología evidencia uno de los conflictos científicos que genera la *doxa alimentaria biomédica*: la errática y obsesiva focalización de los abordajes de la obesidad en la falta de educación nutricional, la responsabilidad de los sujetos y el análisis de datos estadísticos. Una visión que revela la limitada y reduccionista comprensión de los aspectos socioculturales que ha acompañado a la ciencia médica desde sus orígenes hasta la actualidad.

Un ejemplo de la dificultad de los enfoques biomédicos a la hora de abordar el germen real de un problema de salud, lo encontramos en la experiencia del joven médico húngaro Ignaz Semelweis. En 1846 este médico asumió el cargo de jefe de residentes de la Primera Clínica Obstétrica del Hospital General de Viena. Por aquellos entonces, en dicha clínica se atendían a mujeres desfavorecidas pero a causa de las altas tasas de mortalidad materna causadas por fiebre puerperal, la inmensa mayoría solicitaban ser atendidas en la segunda clínica presente en Viena cuyas tasas eran tres veces inferiores. Con la finalidad de encontrar una explicación y poder poner solución a esta situación, Semelweis llevó a cabo un estudio profundo y meticuloso acerca de las diferencias entre las prácticas llevadas a cabo en ambas clínicas. A priori, sus estudios no arrojaban ninguna solución ya que ambas clínicas compartían iguales técnicas médicas así como prácticas ambientales y religiosas. La principal diferencia entre ambas radicaba en que en la

Primera Clínica Obstétrica del Hospital General de Viena se formaban a estudiantes de medicina, mientras que en la segunda a matronas.

Tras examinar el cadáver de su colega en Jakob Kolletschka en la primera clínica detectó patologías comunes entre éste y los cuerpos de las puérperas que ya había estudiado anteriormente, concluyendo que tanto los médicos como los estudiantes de medicina habían transportado en sus prácticas partículas cadavéricas y de ahí las altas tasas de mortalidad. Semelweis decidió establecer un protocolo de lavado de manos y la tasa, que a priori había llegado a alcanzar el 18,3%, descendió hasta el 1,2% e incluso llegó a ser inferior al de la segunda clínica de Viena. Pese a este gran hallazgo, un gran sector de la comunidad científica criticaba su actuación ya que aún concebían la fiebre puerperal como el fruto de un desajuste entre los cuatro humores del hombre y, consecuentemente, la solución radicaba más bien en el diagnóstico de cuál de esos cuatro humores estaba desajustado: la sangre, la flema, la bilis amarilla o la bilis negra. Por ello, Semelweis solo recibía por parte de este sector un aluvión de críticas a su solución simplista del “lavado de manos” (Gawande, 2009). Aquí encontramos, una vez más, un claro ejemplo de la división de opiniones con respecto a la esencia de la excelencia en medicina: por un lado aquellos que abogan que ante todo ha de estar fundamentada en análisis de datos, por el otro, aquellos que la conciben como una forma mucho más compleja, holística y demasiado humana como para ser tratada únicamente desde una visión puramente estadística. Este ejemplo confirma la potencialidad de un enfoque biocultural para abordar las problemáticas de la salud, mediante el cual, a partir del estudio de las prácticas, se pueda generar conocimiento de las posibles soluciones.

5.2.5.1. Conflictos educativos

En la primera parte de este bloque analítico hemos visto cómo desde los enfoques biomédicos se conciben los estilos de vida como desordenados e insanos, a consecuencia de una falta de civilización de los comportamientos alimentarios. Preparando de esta manera el terreno para la legitimación de la estrategia de la educación nutricional, que se corresponde con el fenómeno de la *medicalización* de la alimentación y los comportamientos. Lo que en su trasfondo parece representar un modelo estratégico *biopolítico* que reduce los aspectos culturales a una relación unidireccional entre el sujeto y la carga que su sobrepeso supone para la colectividad, trascendiendo así a una dimensión moral. Los objetivos de la educación nutricional serían hacer llegar hasta el último rincón de la sociedad y a todos los grupos sociales las nociones médico-nutricionales, que proveerían a las personas de las herramientas oportunas para saber adoptar las elecciones correctas en aras de mejorar su salud. Hasta este punto, y salvando ciertos discursos o *doxas* que tachan a los sujetos de irresponsables, esta empresa parece apropiada, pues una de las cuestiones más importantes de la vida del ser humano es saber alimentarse correctamente, ya que es una práctica que realiza a diario. Sin embargo, los discursos biomédicos predominantes que defienden la hipótesis educativa presentan algunas problemáticas y contradicciones que merecen la pena analizar.

En primer lugar porque hemos observamos que la mayoría de los expertos del ámbito biomédico descargan la responsabilidad educativa en los padres por encima de las instituciones u otros agentes sociales, sin tener en cuenta el nivel de capital cultural, social, económico y simbólico del que se parte, así como el grupo social. Aspectos que tras los análisis realizados hasta el momento parecen cruciales comprender si se quieren cambiar/modificar las prácticas alimenticias:

Entrevistador: bueno, los expertos suelen atribuir el papel educativo, principalmente a los padres, por otro lado a los profesionales sanitarios y en última instancia a la escuela ¿Usted qué peso le daría a cada uno?

J. Revenga: atribuyéndoles un número cuantitativo sobre 100% es difícil, pero desde mi punto de vista primero serían los padres, luego la escuela y finalmente el personal sanitario (...)

(J. Revenga, nutricionista, 2018)

La misma percepción observa en el nutricionista y profesor:

Entrevistador: algunos expertos me comentan que es una cuestión de responsabilidad. En cuestiones de responsabilidad ¿a qué le daría más peso, a la responsabilidad paterna o a la responsabilidad del Estado como me comenta?

Nutricionista (investigador): ¡hombre!, con respecto a la obesidad infantil en un 90% a la paterna, claro, y luego un 10% a la del Estado, pero la más importante es la de los padres (...)

(Nutricionista, profesor universitario, 2017)

Esta perspectiva está muy extendida siendo secundada por niños, padres, docentes, abuelos y cocineros, lo que parece convertirlo en un discurso de la verdad. Con todo, plantea ciertas contradicciones e inconsistencias argumentales, a tenor de las críticas registradas por los propios expertos del ámbito biomédico poniendo en evidencia que, ni los mismos profesionales sanitarios son capaces de mantener una actualización de conocimientos permanente:

C. González: porque los pediatras no se las leen (se ríe), así está la cosa, es decir, hay un tremendo desconocimiento sobre nutrición y sobre otras

muchas cosas y hay una costumbre muy arraigada en España de dar unas recomendaciones sobre alimentación infantil sin base científica y obsesivas hasta llegar a lo patológico, que te dicen hasta los gramos de cada cosa...

(C. González, pediatra, 2017)

Este discurso pone en evidencia la incoherencia de exigir a los padres que transmitan de la verdad científica nutricional a sus hijos, cuando los mismos expertos parecen no cumplir adecuadamente su función disciplinaria actualizándose y refinándose continuamente. Otra contradicción de este enfoque educativo es que se ha puesto de manifiesto en reiteradas ocasiones que los padres poseen abundante información sobre aspectos relativos a la nutrición. En este sentido un experto del mismo ámbito biomédico refiere que la población en general está “bien informada”:

Entrevistador: sí, me comento el otro día que en el segundo estudio que realizaron analizaron las concepciones sobre alimentación sana ¿no es así?

J.J. Gazcón: sí, sí

Entrevistador: y a nivel general ¿cómo perciben los padres lo que es una alimentación sana?

J.J. Gazcón: sí bueno, en ese estudio hay una cosa que llamó especialmente la atención y es que la población está bien informada y no es lo que ocurría hace años cuando se pensaba que se tenían concepciones erróneas y mitos sobre lo que es la obesidad y salud, y ahora creo que la gran información que hay y el acceso a la misma pues hace que la población tenga bastantes conocimientos y además bien fundamentados, no hay concepciones erróneas, y además otra cosa que nos llamó la atención fue que se identifica el término “casero” o sea lo que es preparado en casa, se identifica como saludable, (...)

(J.J. Gascón, profesor universitario-epidemiólogo, 2018)

De los hallazgos observados en el estudio de J.J. Gascón podemos subrayar que se pone en entredicho que las personas tengan pocos conocimientos médico-nutricionales o que los que se tienen sean erróneos, sino que, por el contrario, hay una gran expansión de la información médico-nutricional y “no hay concepciones erróneas”, lo que contradice los enfoques biomédicos predominantes analizados hasta el momento. Uno de los discursos más representativo de estos hallazgos lo escenifica una madre a la que podríamos asignar el *habitus alimentario legítimo* sobre el que profundizaremos más adelante.

Entrevistador: para romper el hielo podemos empezar hablando de lo que considera usted por obesidad infantil y adolescente y la relevancia que ha adquirido la alimentación.

Victoria: sí sí, yo sé mucho sobre alimentación porque leo mucho y me preocupo de que mis hijos coman saludable, porque entiendo que esto es bueno no solo para su desarrollo intelectual sino también para que no tengan enfermedades en el futuro (...)

Entrevistador: para usted ¿En qué consiste una alimentación saludable?

Victoria: intento alimentar a mis hijos de la forma más sana posible en casa. Durante casi 1 año siempre me han pedido leche de vaca y copos de avena para desayunar con un poco de miel o un poco de cacao puro sin azúcar, sin embargo, desde hace unos pocos días él pequeño me pide leche sola para desayunar. Lo que sí que les encanta son unas galletas que hago en el horno de plátano con avena, sirope de dátil o de flor de coco y canela. Lo casero al final siempre es lo mejor. A medio día y en la merienda les suelen gustar los plátanos, naranjas, mango, aguacate, kiwi, manzana. Los suelen comer cortados en trozos porque se los doy así desde muy pequeños, porque yo

soy muy partidaria de la técnica “baby let wining”, aunque a veces la niña se come las manzanas en compota porque le gusta así. El plátano lo suelen comer también en galletas que hago con avena, canela y sirope de dátil sin azúcar. También hago crema de verduras, quinoa o arroz con verduras, al horno, a la plancha... Antes les encantaban los tomates cherry y ahora nada. Los champiñones sí que los come. Si hago lentejas con un sofrito de pimiento, apio, etc muy triturado, sí las acepta. Los yogures intento que sean bio. Luego los cereales intento comprar ecológicos, en casa todo lo que compramos es integral (arroz, pasta, cous cous), aunque también a veces me regalan cereal refinado, y lo cocino esporádicamente. A veces les he ofrecido mijo y polenta, pero en general no nos ha gustado a ninguno. La quinoa, aunque no es un cereal propiamente dicho, sí que nos gusta a todos (...).

(Victoria 37 años, madre de dos hijos no obesos, 2018)

Como se puede advertir, a la par que esta madre despliega sus conocimientos alimentarios *legitimos*, llegando a demostrar un nivel avanzado, expone la moral que se asocia al triple esfuerzo de aprender de forma consciente, de saber hacer aquello que se aprende y de convertirse en un instrumento pedagógico de enseñanza que conduzca a sus hijos hacia la disciplinada vida saludable. En el siguiente se fragmento expone este *maremágnum*, del que podemos destacar la especificidad de sus conocimientos en la aplicación de la técnica también mencionada por P. Ojeda: “Baby let wining”.

No obstante, resulta paradójico encontrar expertos que en la misma entrevista defienden una postura y a su vez la contraria. Este es el caso de C. Casabona, quizá el experto más riguroso a la hora de acusar los sujetos de falta de voluntad y compromiso con las recomendaciones médico-nutricionales:

C. Casabona: A ver, la información la tienen

Entrevistador: sí, pero luego no se refleja en la realidad porque en los recreos ves que salen al patio y han comprado una napolitana de chocolate...

C. Casabona: : la información la tiene, pero no se ejecuta porque ellos no son los responsables de lo que es su vida, esta frase es de Julio Basulto, que si puedes hablar con él te lo ampliará es el mejor dietista de España y él dice que el niño jamás es responsable del sobrepeso te lo repito: “el niño jamás es responsable del sobrepeso que tiene”, la familia es la que se va el sábado y el domingo al McDonalds, la familia es la que toma las decisiones y si el niño se compra unas oreos es porque no lo han educado bien, es decir jamás tiene el niño la culpa”.

(C. Casabona, Pediatra, 2017)

Así, observamos el contrasentido que supone admitir que los sujetos tengan la “información”, cuando hemos observado en otros momentos de su entrevista que sostiene que las familias con menos recursos económicos están peor informadas. No menos importante es la frase que expone: “ellos no son los responsables de lo que es su vida”, que recoge del experto J. Basulto, al que pone como referente del conocimiento nutricional en España, y al que hemos intentado entrevistar sin éxito. Pues nos trata de conducir hacia una reflexión profunda de connotaciones filosóficas y morales. Retomando de nuevo el discurso de responsabilización y culpabilización hacia los padres que confirma la necesidad de contar con el enfoque *hackingniano*, dado que nos puede ayudar a detectar los efectos de este marco de comprensión de manifiesta responsabilización sobre los individuos obesos

5.2.5.2. Capacidad educativa de la Escuela

Otra cuestión relacionada con este enfoque educativo, es la problemática que surge en torno a la capacidad de la Escuela como institución para dar respuesta a la labor educativo-nutricional, una función reclamada de forma unánime desde las instancias expertas biomédicas principalmente. En este caso encontramos también ciertas incongruencias en el sentido de que se ha constatado que esta tarea ya se lleva a cabo:

Entrevistador: en ese sentido ¿qué papel juega la escuela? ¿Cree que hace falta más información en la escuela?

Pedagoga 1: pues la escuela es otro pilar, como la familia. Por ejemplo, aquí tenemos el día de la fruta los jueves, yo por ejemplo mi hijo va a tres años y le han estado hablando de la alimentación sana en el segundo trimestre, han venido mamis y les has estado haciendo talleres de fruta. Entonces, aunque había niños que no tomaban fruta, al pintarles caritas y también al ver ellos que sus compañeros comían fruta, pues todos comían fruta. A lo mejor unos se comían una manzana y otros dos granos de uva, pero al final todos comían fruta, es decir que comían fruta por imitación de sus compañeros, de los modelos de los padres, de los profesores, el modelaje es fundamental (...)

(Pedagoga 1, 2016)

Así, en los centros educativos donde realizamos nuestra investigación vemos que se cumple con la expectativa de transmitir nociones médico-nutricionales a los niños. En este punto nos encontramos con diferentes problemáticas, pues por un lado se detectan formas explícitas de estructuración de los comportamientos alimentarios, cuando se fomenta el consumo de alimentos categorizados como saludables, frutas y verduras principalmente, con iniciativas como la que muestra la pedagoga 1: “(...), han venido mamis y les has estado haciendo talleres de fruta

con la participación activa de padres en talleres”. Y también con la imposición de normas higiénico-nutricionales de consecuencias imprevisibles, como el interesante caso que nos narra el profesor de matemáticas Mariano:

Mariano: (...) resulta que teníamos problemas con la limpieza del patio que siempre quedaba lleno de bolsas y papeles tras el recreo, pues bien de pronto dijimos, vamos a hacer una cosa, los niños saldrán al recreo pero deben dejar los envoltorios, bricks, etc... en la papelera de clase y entonces ya baja tomándolo. Pues bien, el objetivo en un principio era no tirar papeles, y al poco tiempo nos dimos cuenta de que había un objetivo muchísimo mayor que se estaba dando, porque claro, el crío que traía el típico “biofrutas” o el “actimel” se lo tenía que beber corriendo antes de salir al patio para poder salir o perdía tiempo de estar en el recreo, además nosotros teníamos un control de lo que traían para desayunar, cosa que antes no nos percatábamos, no tengo datos exactos de la experiencia pero lo que sí que te puedo decir es que la mayoría de la clase traían alimentos de envoltorios y cosas comoditas para comer, todo esto que la madre compra y es la solución rápida, pues un años después te puedo garantizar que a base de decir “que no traigas eso, que te traigas el bocadillo de toda la vida, el bocata de tu pan, no ese de molde...” y cosas así cómo “ole por ese bocata”, pues cosas así, han hecho que hoy las cosa esté totalmente revertida y de 25 niños te puedes encontrar a 5 o 6 que siguen con el “biofrutas” y el “actimel” y los restantes 20 se traen su bocata... entonces tú dices jolines, de qué forma más tonta he conseguido, no solamente tener el patio limpio, que era el primer objetivo, sino un segundo que es más importante que es que los críos han empezado a decir en la casa “que me echas un bocadillo de pan que si no tardo más tiempo en irme al recreo y además hay un tío ahí dándome la tabarra con que me lleve un bocadillo en lugar de la típica bolsita del “bolly-

cao”, esa iniciativa que empezó con un objetivo cumple con el inicial y con otro mayor que es que traigan un bocadillo de verdad.

(Mariano, docente, 2017)

Lo que de paso demuestra que los criterios que rigen las elecciones alimenticias de los niños no siempre están vinculados a los criterios saludables, sino por interacción social con los amigos y en su entorno familiar (padres), en lo que la pedagoga define como “modelaje”. Y por, otro lado, observamos los efectos de los consejos y las normas de Mariano, en sentido más coercitivo, que también transforman los comportamientos alimentarios de los niños, pero con respuestas que no aportan una comprensión de los criterios saludables ni un vínculo afectivo. Sino por la prioridad de unos niños que no quieren perder tiempo de juego en el recreo. Lo cierto es que nos hemos topado con un “día de la fruta” y un “Mariano” en todos los colegios en los que nos hemos adentrado. Sirva de ejemplo otras actuaciones impositivas llevadas a cabo en otro centro escolar que más que educar buscando un aprendizaje significativo, parece atemorizar a los niños bajo la implacable mirada de un maestro de gimnasia:

Entrevistador: cuénteme algo más de este proyecto,

Abuela Josefa: pues te puedo decir que todos los miércoles va un camión que les lleva frutas y verduras, unas veces les llevan tomates cherry, otras veces les llevan zanahorias, otras veces les llevan melón, otras veces les llevan..., eso les llevan todos los miércoles para almorzar a todos los críos,

Entrevistador: ¿es una donación o lo costea el colegio?

Abuela Josefa: yo creo que eso es una empresa que se ha “comprometió” con el colegio, no sé si el colegio pagará algo, la verdad no lo sé, (...) y en la cantina están prohibiendo mucha comida basura y tienes que tener mucha fruta, plátanos, peras, manzanas, tarrinas de melón y sandía... mira por

ejemplo con lo del melón y la sandía cada rodaja cuesta 20 céntimos entonces se juntan 4 o 5 críos y por un euro bajan y se suben su “bandejica” con sus 5 rodajas de melón que están bien “fresquicas” (...)y es que luego está el profesor de gimnasia observando a ver quién compra fruta y les pone un positivo si lo que compran es fruta, si se compraban un bocadillo no se lo ponían entonces muchos se esperan a que se vaya... (se ríe), el profesor si ve que es un bocadillo de atún, de jamón de york, de jamón serrano o de todo eso él no dice na, él lo que no quiere es que pidan de bacon. “Ah” y la mayonesa también nos la han quitado, antes era el bocadillo de atún con mayonesa pero ya no se puede, o le ponen tomate o el atún solo pero ya mayonesa no se puede dar. La verdad es que en mi colegio dan mucho el follón con ese tema de los alimentos que no son saludables para los críos, el colegio está en el programa ese de la salud de los colegios de Murcia y la verdad es que hacen cosas, bueno, lo de quitar la mayonesa, la fruta y los puntos eso ha sido por el maestro de educación física la verdad, es que ese hombre se levanta por las mañanas y hace 10 kilómetros antes de ir a trabajar, y él es el encargado en el colegio del programa ese de salud que te he dicho antes, y el hombre vive en Murcia... así que mira, yo creo que es un obseso de la gimnasia y la comida la verdad. Mira, en mi colegio cuando es el cumpleaños de una profesora pues suelen llevar un bizcocho, lo parten a “trocicos”, o traen una caja de galletas o algo así, pues mira, el de educación física cuando es su cumpleaños lleva una bandeja de fruta, vamos que es obsesionado, obsesionado, obsesionado (se ríe).

(Abuela Josefa, 56 años, 2017)

Esta estrategia educativa parece una representación del esquema oferta/prohibición en el que se encuentra la sociedad actual, como comentaba el antropólogo A. Martínez. Resulta que el colegio de la abuela Josefa en el que trabaja como cocinera, existe la posibilidad de los niños compren bocadillos de

“bacon”, un alimento categorizado como insano, pero el profesor de gimnasia vigila que no se consuma utilizando incentivos para aquellas prácticas opuestas que él etiqueta de saludables. Por lo que encontramos dos diferentes debates controvertidos, el primero es que resulta cuestionable la forma en que se intentan moldear las prácticas alimenticias de los niños canjeando las calificaciones de la asignatura de gimnasia por los gustos y preferencias de los niños. En segundo lugar, que los alimentos poco saludables que se venden en un centro escolar conllevan un mensaje implícito de normalización que contradice la misma norma médico-nutricional que se intenta transmitir generando confusión y alimentando la cacofonía informativa ya señalada. En tercer lugar, que se pueden generar ciertas ansiedades en los niños por los etiquetamientos y estigmas en los que se ven envueltos aquellos que transgreden la norma, acrecentado por la importancia que se le otorga a estas edades a los juicios sociales de los compañeros. Lo que puede repercutir en el desarrollo de ciertos trastornos alimenticios.

De todas las actividades e iniciativas escolares empleadas para mejorar las prácticas alimenticias de los escolares, la estrategia que más nos ha llamado la atención, por la forma en que podría dar una respuesta integral al enfoque biocultural de la obesidad infantil/adolescente que proponemos, es el proyecto del “Huerto escolar”. Una iniciativa que hace ya algún tiempo M. Montessori promovía implícitamente en su “Casa dei Bambini” al fomentar el cuidado e integración de las plantas dentro del ambiente del niño. Pues bajo su punto de vista, se consigue desarrollar múltiples destrezas y valores:

Los niños cogen flores para apoderarse de ellas y las destruyen: la manía de la posesión material y de la destrucción siempre van juntas. En cambio, si el niño conoce las distintas partes de la flor, el tipo de hojas, la curva del tallo,

no nace en él el deseo de coger y destruir, sino el de observar. Experimenta un interés intelectual por la planta, y se apodera de ella intelectualmente. Por ejemplo, matará una mariposa para apoderarse de ella, pero si la vida y la función del insecto han despertado su interés, entonces se concentrará en la mariposa, pero para observarla, no para apoderarse de ella y matarla. Y esta posesión intelectual se manifiesta con una atracción tan fuerte que casi podemos llamarla amor: conduce al niño a tener cuidado con las cosas y a tratarlas con extremada delicadeza. Podemos decir que esta pasión, si es dictada por un interés intelectual, se realiza en un nivel superior, e impulsa al niño a progresar en el estudio de la vida. En vez del instinto de poseer, en este interés más elevado hay una aspiración a conocer, amar y servir.

(Montessori, 2015, p. 199).

Estas facetas educativas del cuidado de las plantas son descritas a lo largo de su obra "La mente absorbente del niño" y se pueden sintetizar en los siguientes puntos:

1. Mejora la observación del niño de los fenómenos de la vida y el cuidado de los seres vivos.
2. Fomenta la autoeducación al comprender que los seres vivos dependen de su cuidado (las plantas hay que regarlas, vigilarlas), lo que conduce a determinados actos que se producen sin la intervención de la maestra.
3. Los niños aprenden a tener paciencia observando el lento proceso de crecimiento de las plantas, adquiriendo un equilibrio de conciencia.
4. Se potencia el amor por la naturaleza y los seres vivos, desarrollando confianza en ellos y siguiendo el desarrollo natural del ser humano. (Algo que, bajo nuestro punto de vista, podría ser decisivo en nuestro contexto actual, definido como consumista por los expertos, al adquirir conciencia

del abuso que se hace de la naturaleza consumiendo en exceso productos alimenticios industriales con envoltorios plastificados) .

5. Finalmente, esta estrategia educativa conecta el progreso individual del ser humano con el del resto de la humanidad. Reconciliando, a nuestro entender, el paso de una vida conectada con la naturaleza y a los alimentos que se consumían, a un contexto actual industrializado que produce alimentos artificiales que no se corresponden con su origen.

Nuestra inquietud por profundizar en los efectos que puede producir la propuesta educativa de la doctora M. Montessori, es la que nos condujo a entrevistar a Mariano, pues 3 años antes de concedernos la entrevista se embarcó en la empresa de coordinar un “Huerto escolar”, como un complemento al programa educativo de su centro. De manera muy resumida presentamos la labor llevaba a cabo por este docente:

Entrevistador: no, no, claro que no. Bueno, usted ha impulsado la implantación de un “Huerto escolar”, ¿en qué edades se centra esta actividad?

Mariano: bueno, nosotros tenemos niños que van desde los 3 años hasta bachillerato, entonces como centro concertado y que aún preserva la jornada partida (que somos el único de Lorca) (...) Entre las actividades extraescolares figura la del “Huerto escolar” que es una actividad optativa y la ofertamos como tal y tenemos más de 50 niños apuntados, además la actividad se hace extensible al resto de críos que quieren ir con sus respectivos profesores de ciencias, y bajan alumnos de todas las edades, desde el bachiller que han estado hace poco bajando a ver qué ocurría con unos bichitos que posteriormente han visto con las lupas y microscopios, hasta los niños más pequeños que simplemente han ido ahí para ver una

mata de brócoli o una lechuga, pero sí que es verdad que todo está organizado y dirigido por las personas que están en esta actividad extraescolar (...).

Entrevistador: me da la impresión de que lleva mucha tarea la coordinación del mismo...

Mariano: sí ahí lo que pasa es que hemos tirado de los recursos que tienes a tu mano, la administración colabora, y de hecho el tema de los "Huertos escolares" está muy de moda y desde la Consejería de Murcia no se para para animar a los colegios a que se sumen a la iniciativa, hay un montón de colegios ya. La ayuda por parte de la Consejería es servir de guía acerca de cómo hacerlo y este año nos han dotado con 150 euros de material tipo azadas, carretillas, rastrillo...cosas así, pero la verdad es que no da para mucho.

Entrevistador: ¿usted cree que esto se podría incorporar en el currículum como un método para integrar asignaturas, (...)

Mariano: a ver el tema de integrarlo o no volvemos a lo de antes ¿de dónde sacas el tiempo o a qué se lo quitas...? El otro día leía que Andalucía está planteándose hacer 5 horas de educación física semanales, eso implica que si van a ampliar esta materia se la van a quitar a otra cosa (...) ¿meterlo en el currículo por sus beneficios? Pues claro que sí, que los niños están aprendiendo muchas cosas por supuesto, mira aquí en Lorca es una zona donde hay plantado mucho brócoli, alcachofas... por todos sitios y sin embargo te ves a los niños que habían visto una alcachofa pero no tenían ni idea de dónde empezó todo, que era un pedazo de cepa que se plantaba ahí y que después de 30 días, 40 días, 50 días empezaba a aparecer la primera alcachofa, o que una lechuga se empezaba plantando en un cepellón..., es decir todo va a ser bueno para el niño y todo va a ayudar, por ejemplo, en el tema de la nutrición pues le apetezca más comer un vegetal ¿no?, (...) nosotros afortunadamente (...) tenemos una gran parcela donde meter un

tractor y hacer un huerto en condiciones, yo he visto otros compañeros que sus huertos consisten en un "parterre" de 8 metros cuadrados, evidentemente eso no es un huerto... eso es un "parterre" donde el crío puede ver que hay 3 lechugas, 4 alcachofas, una tomatara, dos plantas de pimientos, una planta de brócoli y poco más...cuidado que yo no digo que eso no sea positivo, pero tienen un hándicap muy importante que es el espacio. Nosotros tenemos la suerte de que teníamos mucho sitio, y los niños pueden incluso ver a un tractor preparando el terreno para que ellos luego planten, cosa que nunca habían visto antes, o bien que involucras a otro padre que tiene ganado y consigues que te traiga un remolque de estiércol de sus ovejas y los niños disfrutaron no te lo puedes ni imaginar cómo, con una carretilla repartiendo caca de cabra por ahí encima empleando sus propias manos, y esperando a que el tractor viniera y la moliese, y después todos a lavarnos las manos y todos felices (...)

(Mariano, docente, 2017)

Como se puede observar la principal ventaja que parece aportar el "Huerto escolar" es la conexión que posibilita entre los niños/adolescentes y los alimentos que consumen, una relación perdida especialmente en las zonas urbanas. Otros beneficios menos evidentes es la forma en que se potencia el trabajo cooperativo, algo muy importante en nuestra sociedad moderna multidisciplinar y multidimensional. Lo que, irónicamente, podría solucionar la falta de entendimiento entre las distintas ciencias para estudiar el fenómeno de la obesidad infantil/adolescente. Sobre el empleo de este tipo de iniciativas hemos preguntado expertos de diferentes perspectivas. Desde el ámbito biomédico se encuentran opiniones a favor:

Entrevistador: ¿Qué le parecen medidas como los Huertos escolares? Me han hablado de un profesor de Lorca que está entusiasmado con este proyecto, porque parece que los niños se involucran mucho,

P. Ojeda: ¿En Lorca?, ¿puede ser Juan?

Entrevistador: se llama Mariano, me iban a conseguir su teléfono porque quiero entrevistarlo, él está llevando a cabo actividades como el “Huerto escolar”, donde los niños se apasionan con el cultivo de las verduras, con la recolección, en fin eso tiene una tarea impresionante de organización...pero luego también realizan otras actividades como por ejemplo se llevan a un chef que los enseña a cocinar esas verduras, también se llevaron a una chica que había salido en un programa televisivo tipo “MasterChef Junior” que les enseñó a cocinar un calabacín relleno... ¿usted esto cómo lo ve?

P. Ojeda: pues debería ser obligatorio, porque en la implicación de los niños es donde está su educación, cuándo los niños se implican, en la nueva metodología de educación alimentaria “Baby-let Wining” no sé si te han hablado de ello, ¿no te han hablado nunca de esto?

(P. Ojeda, nutricionista, 2017)

Resulta paradójico que un experto del ámbito biomédico defienda un aprendizaje significativo que implica el empoderamiento de los niños/adolescentes, para saber manejar la alimentación por sí mismos con técnicas como el “baby let wining”. Y que en general el discurso de los expertos del ámbito sanitario promueva la *medicalización* de la alimentación y los comportamientos alimenticios de las familias. Una táctica que más que enseñar al alumno a pensar qué debe hacer, se limita a decir qué se debe pensar y hacer. Sobre esta cuestión hemos obtenido algunas reflexiones interesantes que parecen capaces de ver las grietas de una estrategia educativa que se ha demostrado que no funciona:

Entrevistador: ¿crees que los niños necesitan más conocimientos nutricionales? ¿Crees que se deberían dar en la escuela?

Socióloga 1: yo es que creo que esto es un error, o sea está visto que los niños saben mucho de alimentación, entonces ¿para qué dar más? Lo que hay que entender, que parece que somos un poco ceperros, es que la educación no es solo dar unas directrices y esperar a que los niños o sus padres hagan lo correcto. Cuando tenemos a la vuelta de la esquina comida basura, la tele nos bombardea con comida, se celebra todo con comida, no sé si me explico...

Entrevistador: más o menos,

Socióloga 1: esto es muy sencillo, si tú quieres plantar un árbol y que crezca sano, fuerte, rápido, primero tú eliges un sitio bueno para ese árbol, donde no se vaya a helar en invierno, un sitio soleado, ¿no? Luego tienes que ir regándolo periódicamente, ponerle una “cañica” para que no se parta con el viento, darle nutrientes al suelo, controlar las plagas. Este ejemplo de muy de nuestra tierra ¿eh? Pero al final el árbol se convierte en un ser independiente, que ya las raíces son tan profundas que a lo mejor ya no hace falta regarlo más, pero ¿dónde está la clave?

Entrevistador: no sé, ¿en el sitio?

Socióloga 1: efectivamente, eso eso, entonces si el entorno no es el adecuado, tu por mucho que riegues el árbol, por muchos cuidados que le des al final se va a helar o se lo va a llevar una riada si los has plantado en medio de una rambla.

Entrevistador: entiendo, ¿quiere decir que el entorno es importante? ¿Y en la obesidad?

Socióloga 1: Claro, en la obesidad es lo mismo, el niño, o lo que sea el adulto, todos. Aprendemos continuamente cogiendo información de todas partes, entonces si no se tiene en cuenta lo social para que tanta información. Pero no solo porque la comida no se deba ofrecer porque es mala para la salud o

cosas de estas, sino porque el niño de pequeño va aprendiendo de lo que ve que eso es lo que se come, no sé si me explico.

Entrevistador: si si.

Socióloga 1: entonces, por ejemplo, mi sobrino estuvo en el hospital y le pusieron para desayunar un brik de zumo industrial, perdón de néctar, que es peor. Un paquete de magdalenas y un vaso de leche. Si eso es lo que ponen en un sitio que se supone que representa la salud, que es lo que luego estamos haciendo con tanta información. Entonces el niño que hace en este caso, ¿no desayuna porque no es sano? ¿Se toma la leche solo con lo que gasta? Esto es así.

(Socióloga 1, 2017)

Esta reflexión nos motiva de nuevo repensar cómo se articula la relación médico-paciente en relación con el fenómeno de la obesidad infantil/adolescente, revelando la importancia de tener en cuenta a los sujetos como sujetos sociales que interaccionan con su entorno y en un contexto social, y no como simples objetos de intervención médica a los que administrarles recomendaciones y reglas sobre alimentación sana sin más. La importancia del contexto social en la educación del niño/adolescente es algo que ya advertía M. Montessori a principios de del siglo XX, cuando hablaba de la importancia del ambiente en el que aprende y se desarrolla el niño:

“El primer paso que tiene que dar el niño es encontrar la vía y los medios de concentración que establecen la fundamentos del carácter y preparar la conducta social. De repente aparece como obvia la importancia del ambiente para este fin; porque, desde el exterior, nadie puede dar al niño la concentración para organizar su psique, sino que debe hacerlo por sí mismo. (...)”

(Montessori, p. 203, 2015)

5.2.5.3. El comedor escolar

La escolarización masiva de los niños y adolescentes ha desplazado la labor de transmitir conocimientos sobre alimentación de padres a docentes, perdiendo fuerza la transferencia de saberes familiares o la imitación, en favor de un aprendizaje basado en pautas escolares y conocimientos nutricionales adquiridos por currículum. En relación con la forma en que los comedores escolares contribuyen a una nueva estructuración de la alimentación infantil/adolescente, observamos las críticas que algunos expertos realizan sobre el aprendizaje subliminal que implica la irrupción del comedor escolar:

Entrevistador: Y en la escuela ¿cree que los niños necesitan más información nutricional? Porque también se da este tipo de información.

C. González: a lo mejor lo que necesitan sobre todo es menos desinformación, es decir, por una parte algunos comedores escolares están dando una alimentación de muy mala calidad, tengo entendido que últimamente la cosa mejora pero de todas maneras muchas veces los comedores escolares optan por poner lo que sea más barato o más fácil de cocinar, o más fácil que el niño se lo coma... y venga flanes y natillas y “sanjacobos” y bueno, hay productos que simplemente no se deberían vender en la cafetería de un instituto o de una escuela porque los adolescentes ya se compran lo que quieren con su dinero, qué sentido tiene que en la cafetería de una escuela se puedan comprar refrescos, bolsas de patatitas o cosas así (...)

(C. González, pediatra, 2017)

Este experto revela que existen ciertos “gestos” dentro del ambiente escolar que también forman parte de la transmisión de *capital alimentario*, como por ejemplo la forma en que se naturaliza la venta y consumo de determinados

productos alimenticios; que abocan a los niños/adolescentes a la contradictoria situación entre la oferta de alimentos insanos de sus centros escolares y las reglas impuestas por un profesor. Propiciando una batalla en la que a veces parece ganar el gusto. Por ello, además de las ansiedades que conlleva esta espiral de oferta/prohibición, que podría estar detrás de algunos problemas como los TCA, la cuestión que nos planteamos sobre esta incoherente situación es: ¿Qué criterios forman parte de la selección de los alimentos que se ofertan y se consumen en un centro escolar? En este sentido hemos recabado algunos testimonios de los agentes responsables de la confección de los menús escolares. Nos parece llamativo el caso de un colegio concertado en el que la pedagoga del centro sea encargada de elegir el menú diario que se van a servir, en base a unos esquemas pre-elaborados por un especialista:

Entrevistador: (...) Corríjame si me equivoco, usted es pedagoga y además está encargada de confeccionar el menú escolar de este centro.

Pedagoga 2: no, bueno yo soy la coordinadora del comedor. A mí me pasa el catering el menú, que se supone que está hecho por una nutricionista. Lo único que yo puedo hacer, es cambiar el menú de día o cuando quiero sustituir un alimento por otro tengo un cajón con un tocho así (gesto con la mano de gran amplitud), que si por ejemplo tienes que sustituir un alimento por otro, dependiendo de las calorías que tenga pues tengo un listado de alimentos que tienen las mismas calorías.

Entrevistador: ¿tienes que cuadrar las calorías?

Pedagoga 2: si, bueno, se podría decir así.

Entrevistador: ¿todos los niños tienen un menú con las mismas calorías?

Pedagoga 2: hombre los pequeños comen menos y los grandes como luego salen al patio, aunque coman más lo desgastan.

Entrevistador: ¿qué criterio se sigue para elaborar los menús? ¿Crees que son saludables?

Pedagoga 2: pues supongo que sí porque viene todo especificado en los papeles que nos mandan y además nos dicen que está hecho por nutricionistas. Las kilocalorías, el tanto por ciento de las grasas, y a parte después consejos para la cena, si hoy has comido esto, de todo esto de aquí (señalando un folleto) qué es lo que podrías cenar hoy.

(Pedagoga 2, 2016)

En este caso concreto, el menú escolar lo elabora una docente no especializada en la materia, que simplemente elige entre un “tocho” que le proporciona la empresa de catering, bajo la legitimidad de un experto en nutrición. Podemos ver que el criterio principal es el equilibrio calórico que, paradójicamente, no tiene en cuenta la variedad de alimentos que se come, pues al final la coordinadora del comedor puede cambiar un alimento por otro, según un criterio que no explica, y además no se adapta a las necesidades de los niños según la edad. Pero lo más curioso es que este criterio del equilibrio científico se terminará auto-regulando por los propios niños en función de su limitación biológica de saciedad. Aunque esta pedagoga lo describa como parte de este esquema biologicista entre consumo y gasto: “(...) hombre los pequeños comen menos y los grandes como luego salen al patio, aunque coman más lo desgastan. (...)” (Pedagoga 2). También nos llama la atención las sugerencias que se proporcionan a los padres para completar con la cena estos criterios del equilibrio: “(...), y a parte después consejos para la cena, si hoy has comido esto, de todo esto de aquí (señalando un folleto) qué es lo que podrías cenar hoy. (...)” (Pedagoga 2). Algo que, al parecer resulta difícil de cumplir como nos comenta la abuela Josefa, que trabaja como cocinera en un centro escolar:

Entrevistador: ¿Se tiene en cuenta los aspectos saludables en su menú escolar? ¿Cómo lo elaboran? ¿Lo realiza un nutricionista?

Abuela Josefa: sí, ahí tenemos el menú de todo el año, tenemos el menú de seis semanas, y se van repitiendo, así es mucho más fácil, entonces eso lo hace una nutricionista y a cada padre se le da un papel y por detrás se le dice lo que esa noche se le debería cenar para que no se pase de equis calorías. Lo que pasa es que luego te encuentras que las madres les han dado lo mismo que nosotras en el colegio, entonces los críos comen espaguetis y cenan espaguetis, entonces todo el trabajo que hacemos aquí se deshace todo...

(Abuela Josefa, 56 años, 2017)

Que el menú escolar esté elaborado por un experto en nutrición no garantiza que los niños coman de forma equilibrada, debido a las circunstancias de los hogares que parecen recurrir a elaboraciones rápidas en la cena que pueden coincidir con lo que los niños comen el colegio. Luego se pone de manifiesto una vez más la necesidad de explorar qué motivaciones socioculturales hay tras las elecciones de los padres si de verdad se quiere llegar al ansiado equilibrio energético. Pero además, esta confianza desplegada por nuestros informantes sobre la elaboración del menú escolar por parte de un experto en nutrición, tampoco parece garantizar que se esté proporcionando una comida adecuada, pues siempre entra en juego los intereses de algunas empresas de catering, que buscan ajustarse en los precios para ofertar un menú de precio muy reducido:

Entrevistador: ¿Y la información que se transmite en el comedor escolar? C. González me comentaba que los menús escolares también deben dar ejemplo.

Nutricionista: por supuesto, mira yo es una cosa que no debería decir porque me puede traer problemas, pero si no pones el nombre te lo voy a

decir, porque yo una vez rechacé trabajar para un catering que servía comida en un centro escolar, porque casi me obligaban a firmar lo que yo no consideraba que era sano, porque era todo a base de fritos y congelados. ¿Qué pasa? Pues que si las empresas van buscando hacer un menú muy barato porque si no, no venden el menú y los colegios y los padres también ¿eh?, aquí todos tienen su cosa. Entonces, ¿qué es lo que queremos, que los niños coman sano o que nos salga barato darles de comer? Esto es lo que hay que preguntarse...

(Nutricionista especialista en TCA, 2018)

Esta experta se muestra conforme con la idea de la forma implícita de transmisión de *capital alimentario* que suponen los comedores escolares, poniendo en entredicho la ética del contexto socioeconómico que mercantiliza hasta la alimentación escolar. Aprovechando, como hemos visto, la necesidad creada por algunos centros que presentan “jornada partida” y la incompatibilidad de los horarios escolares y familiares. Aunque, se profundizará en este asunto en la tercera parte del análisis, para examinar las motivaciones que llevan a los padres a dejar a sus hijos en el comedor escolar. No obstante, como apunta C. González las cosas parece que están cambiando en los menús escolares, aunque aún queda mucho por hacer. La abuela Josefa nos comenta cómo se están reduciendo ciertas preparaciones catalogadas como insanas, aunque aún se siguen manteniendo en cierto grado:

Entrevistador: ¿Se tiene en cuenta los aspectos saludables en su menú escolar? ¿Cómo lo elaboran? ¿Lo realiza un nutricionista?

Abuela Josefa: (...) Allí la verdad es que no se hacen casi sofritos, no se fríe casi “na”, de freidora se hace muy poco, y todo es más o menos natural. El año pasado o hace dos años sí que se hacían más cosas fritas y se usaba la

freidora más, pero ahora se está recortando mucho. Porque antes sí que se hacían croquetas cada semana, y ahora cada 10 o 15 días. Hoy por ejemplo hemos tenido macarrones y atún con pisto,

Entrevistador: ¿El pescado es fresco?

Abuela Josefa: yo antes lo compraba fresco, pero cómo es menos jugoso y se empalaga un poco, pues yo ahora se lo echo de lata, yo hago el pisto con verdura y luego le echo el atún

Entrevistador: veo que el gusto también es importante en su comedor escolar, que les guste a los niños,

Abuela Josefa: sí, porque las cremas no les gustan, entonces no les puedes poner una verdura triturada, les tienes que poner un hervido que sí se lo comen. ¡Mira!, yo le echo tres zanahorias y tres judías, para que vayan probando sabores porque el menú tiene, un primero, un segundo, fruta y lácteos. Lo primero suele ser algo de cuchara, o algo más sustancioso y ya después se pone algo más "light", a lo mejor si un día hay de primero paella, pues luego de segundo hay un quesito, jamón de york o un frito, o algo así. Por ejemplo, los días que de primero hay hervido, de segundo se suele poner algo más fuerte como pollo frito o algo así. Los viernes quisieron quitarle la leche, pero a los críos no hay quien les quite la leche.

Entrevistador: ¿Por qué?

Abuela Josefa: porque les encanta, hay críos que se beben cuatro y cinco vasos de leche,

Entrevistador: ¿pero es que en su casa no beben leche?

Abuela Josefa: la verdad es que hay algunos que yo creo que no, porque al principio les tienes que dar la pajita para que se la beban, pero después se la beben como el agua. Incluso alguna madre me ha preguntado ¿qué tipo de leche les ponéis aquí? Porque mi hijo dice que aquí se la bebe y en mi casa no hay manera y otras preguntan: ¿Qué le echas a la leche? Porque en mi casa no se la beben y me dicen que la de aquí sí les gusta, pero claro en el mes de

junio y septiembre la pierden porque les meten otro tipo de lácteos como el yogurt o los helados,

Entrevistador: ¿helados?

Abuela Josefa: sí, esos helados de tarrina, una “tarrinica” pequeña, bueno algunos también repiten y si quieren algún helado, alguna natilla o algún petit-suisse, se les da opción a cambiarlos. Luego tenemos los celíacos, los alérgicos al gluten, los vegetarianos, (...)

(Abuela Josefa, 56 años, 2017)

De la explicación de Josefa se derivan diferentes incoherencias, como por ejemplo el hecho de que describa la comida de su menú escolar como natural, un criterio que parece darle la categoría de sano, y que contradictoriamente se siga ofreciendo croquetas (aunque en menor cantidad) y se opte por comprar atún enlatado, siguiendo el criterio del gusto de los niños: “(...) yo antes lo compraba fresco, pero cómo es menos jugoso y se empalaga un poco, pues yo ahora se lo echo de lata, yo hago el pisto con verdura y luego le echo el atún (...) (Josefa abuela-cocinera). Lo que parece malograr el trabajo previo del nutricionista que elabora el menú, pero que contempla en cierto modo los criterios socioculturales que también se presentan en los hogares. Esta cacofonía caracteriza todo su discurso, pues si se lee la entrevista en su totalidad se observa que critica a los padres por comprar congelados y productos que se conservan en casa de semana en semana, cuando ella hace lo mismo en el comedor escolar.

El contradictorio y cambiante discurso de la abuela Josefa, representativo de una personalidad “líquida”, despliega a la vez conocimientos nutricionales, y criterios socioculturales que afloran su *identidad cultural alimentaria*: “(...). Lo primero suele ser algo de cuchara, o algo más sustancioso y ya después se pone algo más “light”, (...)”. Así, categoriza la alimentación de cuchara como la

nutritiva, “la sustanciosa”. Esta idea de la comida “consistente” es identificada por Turmo (1995) como la comida propia de las clases populares, jornaleros en su mayoría, que necesitan comidas fuertes con alto contenido en calorías para afrontar el duro trabajo del campo. Lo que refleja el “viento de cola” de ciertos esquemas tradicionales que sitúan algunos alimentos y/o recetas hiper-calóricas dentro de la categoría de lo saludable. Quizá por ello en el comedor de nuestra informante también se ofrecen alimentos hiper-azucarados como los helados, las natillas o los “Petit-suisse”, a los que resta importancia utilizando un diminutivo como “tarrinica”. Además, otra cuestión controvertida que se desprende de los comedores escolares, es el de la transmisión de otro tipo de capital cultural que implica cuestiones morales y éticas como la dignidad de los niños a la hora de decidir si les apetece comer:

C. González: pero lo más grave todavía es que en muchísimas escuelas hay gente intentando obligar a comer a los niños, es decir monitores (...)

Entrevistador: Sí en este centro hay 10 monitores porque son muchos niños (...)

C. González: Monitores de comedor que se ponen en plan de: “no digas que no te gusta el pescado si no lo has probado”, tienes que comer al menos dos trozos”, “pues solo quiero este trozo y este”, “no has cogido los 2 trozos más pequeños y ahora te tienes que comer las zanahorias...”. Es decir que se dedican a discutir con niños de 3 años, jolín pero búscate un hobby colecciona sellos (se ríe)... a ver da mucha pena ver que hay adultos cuya máxima aspiración en la vida sea, parece ser, salir triunfantes ante un niño de 3 años, y eso no ocurre nada más que a los 3 o a los 5 años... ¿por qué? Ni a los 7, ni a los 10 ni a los 12 o 19 jamás nadie va a vigilar lo que comen los chicos en el instituto o en la universidad ni el profesor que da clases por la tarde se va a preocupar de si el alumno ha comido 2 platos para el postre o

se comió un bocata o no comió nada, entonces hay plena libertad, que me parece muy bien, para los chicos mayores aunque sean menores de edad, nadie en un instituto está diciéndole a un niño de 13 o 15 años que tienes que comer al menos 8 trozos de pescado, o que si no te acabas el pescado no sales al patio o estupideces como esta, pero los más pequeños pues bueno, como no tienen derechos humanos se les ataca sin piedad, eso también es educación nutricional, es decir, con esa continua actitud está enseñando a los niños que esa es una manera correcta de comportarse, ¿es posible obligar a la gente a comer algo en contra de su voluntad?

(C. González, pediatra, 2017)

Este pediatra propone una reflexión sobre las intervenciones normalizadoras que se producen en un comedor escolar algo polémica y que se confirma en la entrevista realizada al docente Mariano, en la que se pone de relieve los conflictos que supone para los profesores tener que obligar a los niños a cumplir la norma nutricional:

Entrevistador: ¿cree que los niños perciben la comida tradicional, de cuchara como la comida saludable?

Mariano: claro que se percibe, y por ejemplo en el comedor está supervisado por un nutricionista y las comidas de cuchara tienen un peso importantísimo, hablamos de que la comida sana empieza por una cuchara...y al final los críos lo saben, y los críos conocen que el plato de judías está ahí no porque queramos fastidiarlos, sino porque es lo que se debe comer, los críos lo saben... pero te encuentras casos de niños que te dicen que antes de venir al comedor jamás se habían comido un garbanzo y por tanto aquí tampoco me lo voy a comer... y se inicia una guerra en la que “no me lo como”, “pues te lo tienes que comer” y digamos que un crío de 6 años igual puedes reconducirlo, pero un crío de 12 años ya lo tienes casi

todo perdido aunque luego vendrá la juventud y ellos mismos vean que igual se están poniendo gordos y se planteen que igual tienen que empezar a comer un hervido con verduras o comer muchas ensaladas que anteriormente no lo habían hecho...

(Mariano, docente, 2017)

Es incuestionable que los niños tienen su dignidad como valor inherente a todo ser humano. Pero más allá de las libertades y cuestiones morales que median en las relaciones entre los monitores del comedor escolar y los niños, o sus consecuencias en el desarrollo del gusto alimenticio. Parece que se está dejando en el tintero que estas situaciones pueden estar generadas por cuestiones sociales, como las presiones que impone la propia organización de los horarios escolares y laborales, y por lo tanto de la sociedad en su conjunto. Cuestión que reconoce C. Díaz:

Entrevistador: y sobre los horarios laborales, se podría adoptar alguna medida para facilitar que se coma más sano o de forma más saludable en la casa, suelen decir algunos estudios que recurrimos a congelados y comida precocinada...

C. Díaz: sí, digamos que se reorganiza la vida doméstica en torno a la cocina, sí muchísimo, pero las mujeres son muy organizadas en ese sentido y se hacen muchos ajustes horarios pensando en cómo comer lo apropiado, es verdad que puede que ese sea uno de los elementos de desestructuración, es decir ¿por dónde se resquebrajan los hábitos?, por aquellas áreas de la vida cotidiana que supera a la vida doméstica y evidentemente el trabajo es una de ellas, además hay otro asunto, en España tenemos un horario raro para comer, raro y que no existe en el resto de Europa. Ya sabes que hay un debate sobre si debemos cambiarlo o no debemos cambiarlo... el horario que tenemos está pivotado entre las dos comidas principales, es decir, es un

horario pesado para comer, curiosamente, eso significa también que tenemos un trabajo dividido en dos jornadas de mañana y tarde, cosa que no tienen en el resto de Europa, pero nuestro horario pivota la comida en una comida larga del medio día y una comida importante, y una secundaria al final del día ya en la noche. Se comenta mucho lo de cambiar el horario, evidentemente, yo creo que un cambio de horario supondría un cambio en la alimentación, yo creo que si se plantea un cambio, que mucha gente considera que lo necesitamos, una de las cuestiones que se deben discutir es qué efecto tiene sobre la comida, porque nadie cena una fabada..., nadie. El cambio horario está bien para comer poco y rápido al mediodía como se hace en Inglaterra, eso significa que esas comidas fuertes que tenemos al mediodía nosotros, podrían desaparecer porque no son comidas de cena.

(C. Díaz, catedrática en sociología, 2017)

C. Díaz pone en evidencia la necesidad de amoldar las prácticas alimenticias a una organización socio-económica que exige dos comidas “fuertes” al día. Por ello, aunque los cambios en los horarios laborales son una medida a tener en cuenta a la hora de introducir mejoras en las prácticas alimenticias, sus efectos son impredecibles y puede que repercutan en los alimentos que se consumen o en las recetas que se elaboran; así como en las relaciones sociales y los intercambios culturales que se producen cuando nos sentamos en torno a una mesa. No obstante, tras contrastar las reflexiones de C. Díaz con las críticas realizadas por C. González, nos surgen las siguientes dudas, ¿qué se debería hacer si a un niño no le apetece comer lo que se le ofrece en el comedor escolar o no tiene mucha hambre en el horario que deja libre la jornada lectiva? ¿Permitir que el niño coma algo que sí le apetezca, lo cual tras lo observado en nuestros grupos de discusión, es muy probable que sea algo poco saludable? ¿Dejar que el niño comience el turno vespertino escolar y salga a mitad de una clase para comerse un bocadillo si

aparece el hambre? ¿Dejar que se coma mientras trabaja en el aula? ¿O dejar al niño sin comer hasta las 5 de la tarde? Aunque parezca poco digno puede que a veces se tenga que comer sin apetecer mucho o probar algo que no es tan gustativo como las zanahorias o las verduras, que paradójicamente recomiendan encarecidamente los expertos del ámbito sanitario. Además, como apunta P. Bourdieu desde su versión más funcionalista, las prácticas y los bienes que se poseen reflejan la relación recíproca de las diferentes clases, dentro de unos campos de práctica sistemáticamente diferenciados por estructuras de oposición homologadas entre sí. Es por esto que el *habitus* hace que se tenga lo que gusta porque gusta lo que se tiene (Bourdieu, 1995, p. 213-255). Es decir que el *habitus* de los sujetos crea el gusto y este a su vez define/vincula al sujeto con su disposición social naturalizándose prácticas y gustos.

Un ejemplo de estas reflexiones es el relato de la abuela Santi, a la que estos atentados contra la dignidad infantil que denuncia C. González no parecen preocuparle, especialmente cuando se han pasado épocas de escasez de alimentos en los que se tuvo que forzar a sus hijos a comer “de lo que había”. O cuando se trata de ajustar los gustos de los hijos a ciertos platos que simbólicamente constituyen para toda la familia una identidad cultural como el caso del arroz y conejo. A lo que habría que añadir las presiones del contexto social actual que exige alimentarse de forma saludable, conforme a las normas de los profesionales de la salud:

Entrevistador: estuve haciendo una entrevista a Carlos González, el pediatra, y me comentaba el problema en los comedores escolares a la hora de hacer que algunos niños comieran el menú que tenían establecido para ese día, y me comentaba esto en referencia a la dignidad de los niños a la hora de comer, porque los monitores les obligan a comerse las cosas,...

Santi: pues C. González puede decir lo que quiera pero si no se tiene otra cosa el crío tiene que comer de lo que hay. Además ¿qué pasa con esos críos que son unos canijos y no hay manera de que coman de nada?, porque yo por ejemplo mi hija pequeña ha sido malísima para comer, y no te puedes ni imaginar los problemas que me ha dado con el tema de la comida, por ejemplo, el arroz con conejo tendría 7 u 8 años y no había manera de que se lo comiera pero a base de obligarla se convirtió en su comida favorita, para que veas, y a veces es que hay que motivar a los críos para que coman, porque les das una fruta y tienes que animarlos y decirles “mira qué buena” o “qué rica que está, mmm”... hoy por ejemplo me ha sorprendido mi nieta con el zumo de naranja, porque ahora mismo las naranjas ya están más maduras y al escurrirlas tienen más pulpa y eso es muy bueno, y tú te crees que la cría que ha visto que tenía pulpa se ha encabezonado en que no se la bebía, “y que no, y que no y que no...”, y ya se la he colado para hacer la prueba y entonces se la he bebido toda, para que veas... entonces, ¿ que haces si no la quiere no se la das o intentas dársela más light pero que se la beba?, yo creo que es que hay que hacer porque coman, porque lo otro es lo más cómodo desde luego, es verdad que hay veces que hacemos cosas que sabes que no tienes que hacer, porque yo por ejemplo tengo que ponerle a mis nietos los dibujos para que coman, se entretienen con ellos y no se dan cuenta de que están comiendo y yo aprovecho para alimentarlos, porque hay veces que no hay manera, y sé que no lo tengo que hacer, pero lo primero es que coman y estén alimentados porque lo necesitan, (...).

(Santi 59 años, abuela, 2017)

Como se puede observar, frente a las exigencias de las normas médico-nutricionales, esta abuela prioriza que los nietos coman, aunque tenga que saltarse algunas reglas como poner los dibujos mientras estos comen. Lo que pone de manifiesto los *ajustes hackingnianos* que Santi debe hacer para adaptar los gustos de

sus nietos a las normas nutricionales. La disputa por la ingesta de zumo natural de naranja con pulpa escenifica la lucha que se mantiene para conseguir dicha adecuación. No obstante, bajo su punto de vista, como “buena madre”, o deberíamos decir “buena abuela”, son necesarios este tipo de procedimientos para conseguir como ella, que los hijos coman de todo. Una prioridad que representa, como se ha visto en otros estudios (Martín y Moreno, 2005), la importancia de tener “buena boca”, un esquema muy característico del *habitus alimentario tradicional*.

Estas narraciones ponen de manifiesto que, conforme a P. Bourdieu, los *habitus* operan como sistemas de estructuras estructuradas y estructurantes. Así, las prácticas alimenticias parten de esquemas de prioridades organizados por una relación recíproca entre la interiorización de los preceptos biomédicos que normalizan la alimentación y los esquemas internos incorporados por experiencia propia o transferencia cultural. No obstante, esta relación no siempre es equilibrada, sino que se ve mediada por fuertes vínculos afectivos que decantan la balanza hacia un lado u otro:

Entrevistador: (...). Para comenzar me gustaría preguntarle ¿Cómo definiría la obesidad en la infancia y la adolescencia? ¿Cree que es una enfermedad?

María: pues yo creo que es una enfermedad en la que la genética cuenta mucho. Porque yo veo a otros críos que comen lo mismo, ¿eh? Bueno, lo mismo no, comen peor, porque yo he visto en el recreo del colegio a los críos comiendo bollicaos y galletas de chocolate y bollería y no engordan, y los míos sin embargo que les pongo bocadillos, que es más sano, están los tres rellenos. Y yo he llevado a mi hija pequeña a los mejores médicos, nutricionistas y endocrinos porque ves que lo que te dicen unos no funciona y sigue sin perder peso y que sigue igual, y aunque le des solo pechuga de pollo y lechuga no pierde ni un gramo. Hemos probado todo tipo de dietas y

siempre te dicen que no tienes porqué pasar hambre, que es cuestión de comer alimentos de calidad y en su justa cantidad y sin embargo no perdía nada. La única manera de perder peso ha sido sin comer que la cría iba al colegio muy cansada y le tuvieron que dejar exenta de la gimnasia. Encima luego recuperaba los kilos que había perdido o ahora cuando la hemos llevado al cirujano y le hemos hecho la reducción de estómago. No es que le hayamos quitado un cacho, le ha puesto una especie de grapas o unos puntos que reducen la superficie de absorción y aunque coma ya no lo absorbe todo. Entonces lleva unos controles de sangre y una dieta muy estricta, le doy de comer en un plato que tengo solo para ella que le cabe una cantidad y no le puedo volver a poner más. Tiene que beber mucho líquido entre comidas, hacer cinco comidas pequeñas al día, no acostarse recién cenada, apuntar los alimentos que le sientan mal, bueno, un montón de cosas porque el cuerpo tiene que adaptarse al tamaño de estómago que ahora es más pequeño.

(María 52 años, madre de adolescente obesa, 2018)

María reconoce el etiquetamiento de la obesidad como una enfermedad, sin embargo, la argumentación genética le sirve para posicionarse como una “buena madre” que alimenta bien a sus hijos, frente a la desdicha de acumular peso por caprichos del destino. No obstante, se observa el sacrificio de esta madre que, fuera de la entrevista, nos comenta que ha tenido que pedir un préstamo para el procedimiento quirúrgico de su hija. Revelando implícitamente que la prioridad es no ver a su hija sufrir: “La única manera de perder peso ha sido sin comer que la cría iba al colegio muy cansada”. (María 52 años, 2018). Estos esquemas de prioridades conectan con los análisis que el experto J. Contreras explica a raíz de uno de sus estudios:

J. Contreras: claro, algunas madres les preocupa más que su hijo no coma que, que coma mal o que coma mal pero que coman demasiado ¿me explico? Otra frase, para que veas tú lo complejo que es todo esto, son frases que salen de nuestras entrevistas o nuestros grupos de discusión, mira una madre dijo “hay sí, mi hijo come fatal, pero saca muy buenas notas” (ambos se ríen) y te preguntarás ¿pero qué tiene que ver una cosa con la otra?, pues sí, tiene que ver, resulta que a las madres les preocupan tantas cosas de sus hijos y tienen tantos objetivos, que sean sanos, que sean guapos, que no incurran en según ciertas cosas, que saquen buenas notas...entonces hasta cierto punto pues no existe el hombre perfecto, así que mira, si saca buenas notas y es bueno en esto pues a lo mejor tendrá un buen futuro profesional...

Entrevistador: y es su prioridad imagino,

J. Contreras: insisto que más vale una frase que mil palabras, y este tipo de frases ponen de manifiesto la diversidad de pareceres que hay la cantidad de presiones a las que uno se somete y tiene que resolver, la cantidad de objetivos que se quieren satisfacer, y la precariedad en muchos casos, diríamos económica para hacer frente a todos ellos, (...)

(J. Contreras, catedrático en antropología, 2018)

Estos relatos ponen de manifiesto que si se quiere cambiar en algún sentido la alimentación, más que educar en conocimientos nutricionales, se debe tener en cuenta que los *habitus alimenticios* no son resultado de simples fuerzas yuxtapuestas, sino que operan como fuertes disposiciones fuertemente estructuradas. La cuestión que irremediamente surge tras el análisis de la implicación de la Escuela en la alimentación de niños y adolescentes es: ¿prepara la escuela a los niños/adolescentes para enfrentarse a la vorágine alimenticia del contexto actual? ¿Están los docentes preparados para este reto? Al respecto,

algunos expertos del ámbito sociocultural entienden que la escuela ya está muy saturada y no se debe sobrecargar más:

Entrevistador: ¿Y la escuela, qué papel jugaría la escuela para prevenir la obesidad en las etapas tempranas de la vida?

C. Díaz: te digo lo mismo que con la legislación, creo que una de las soluciones fáciles es decirle a la escuela que lo haga, eso es lo más sencillo, la escuela se lo traga todo, pero es uno más de los agentes, es que la escuela no lo puede hacer todo. Si me dices de hacer más cosas en la escuela, pues sí pero más cosas en todos sitios, la intervención en la Escuela tiene que estar al lado de la intervención con la industria, de la intervención con la publicidad, de la intervención con la producción, tiene que estar todo integrado, no hay una solución mágica en un solo sitio, y menos en la escuela, la escuela está saturada.

Entrevistador: Normalmente en los estudios se suelen sugerir que hay que implementar más programas educativos ¿usted cree que los niños necesitan más información del tipo nutricional en el colegio?

C. Díaz: te doy la misma explicación, o sea yo creo que llevarlo todo a la Escuela es la solución fácil, o sea no es que yo me oponga a ello evidentemente, creo que la escuela tiene que ocuparse de eso de cuidar cómo comer bien y probablemente cómo cocinar bien, pero es la vía sencilla para evitar afrontar el problema de una manera global.

(C. Díaz, catedrática en sociología, 2017)

Por otro lado, una experta en pedagogía expone algunas problemáticas que presenta la enseñanza de los criterios médico-nutricionales en la escuela:

Entrevistador: ¿qué papel juega el docente en la prevención de la obesidad infantil-adolescente?

Pedagoga 2: hombre pues depende del profesor, si el profesor es de los que hace sus cinco comidas al día, hace deporte y tal, pues supongo que la información que los niños reciban de este profesor será fantástica. Pero si el profesor es de los que pasan pues no se les va a dar una buena información.

Entrevistador: ¿quiere decir que los docentes no están suficientemente preparados para hablar a los niños sobre alimentación?

Pedagoga 2: probablemente no, yo creo que no.

(Pedagoga 2, 2016)

La información nutricional dependería, según esta experta, de si el profesor “predica con el ejemplo”. Es decir, que no solo debe poseer los conocimientos nutri-dietéticos adecuados, sino que los debe aplicar a su cotidianidad, debe vivirlos para que la inmersión de los niños en las “nuevas pastorales” sea completa. En cualquier otro caso, el docente no estaría preparado para dar “buena información”. Por otro lado, expertas del ámbito biomédico reconocen que los libros de texto con los que se enseñan nociones nutricionales a los niños en el colegio pueden tener contenidos e ideas que implícitamente pueden ser perjudiciales para los menores:

Entrevistador: ¿Crees que los niños necesitan más información nutricional en los colegios?

Nutricionista: ¡No! Para nada. Mira, mi hijo de cinco años precisamente trajo ayer a casa un libro que había terminado este trimestre en el colegio... Para mí, a mi parecer lleva más información de la que necesitan. Además, tiene cosas que no tienen porqué saber los niños, como por ejemplo las calorías que tienen dos manzanas... yo en mi época no sabía tanta cosa de nutrición, no se tenía tanta información. Muchas veces tener información de más también es malo, y ahora se tiene mucha, en la tele, en las revistas, en las tiendas y en todo... y eso al final perjudica y lleva a la obsesión a que todo el

mundo quiere ser igual. Incluso aun siendo correcta la información que te comento que lleva el libro de mi hijo, opino que es innecesaria bajo mi opinión. Esto continuado a lo largo de los años, pues al final lo saben todo y o lo saben todo correctamente o al final confunden y conlleva problemas, yo no soy partidaria de todo esto.

(Dietista-nutricionista 2, experta en TCA, 2017)

De este último relato podemos destacar la falta de reflexión de los efectos que pueden tener ciertos mensajes e ideas sobre la nutrición y el cuerpo que se transmiten en los centros escolares. Fomentando patrones alimentarios restrictivos que pueden estar detrás de los TCA y que encubren ciertas *violencias simbólicas* bajo la selección de un currículum que normaliza/homogeniza las formas corporales y las prácticas alimenticias: “(...) y eso al final perjudica y lleva a la obsesión a que todo el mundo quiere ser igual. (...)” (Dietista-nutricionista 2, 2017). Por ello, Bourdieu (2000) refiere que la AP opera delimitando e inculcando significados seleccionados por una clase que impone su arbitrariedad cultural. Así, la Escuela se convierte en un espacio donde se aprende a etiquetar o clasificar a los niños/adolescentes obesos. Errores que, bajo nuestro punto de vista, pueden estar motivados por la falta de cooperación entre diferentes disciplinas como venimos advirtiendo.

En conexión con la forma en que la escuela educa implícitamente en temas de alimentación P. Ojeda, desde su posición como padre y nutricionista, lanza una reflexión crítica sobre la forma en que se lanzan mensajes contradictorios promoviendo el consumo de alimentos insanos:

Entrevistador: entonces ¿por qué cree que no funciona esta promoción de hábitos saludables?

P. Ojeda: (...) aquí en Andalucía, yo te hablo de lo que tengo más cercano, ha salido al nueva ley contra la obesidad infantil de la promoción de hábitos saludables la cual ha dotado de unos ciertos medios como ha prohibido ahora vender bollería en los colegios, bolly-cao, donuts... en esas famosas cantinas de las que has hablado, pero por ejemplo el otro día escribí yo para Carlos Río, no sé si lo conoces, ahora está muy de moda por el tema del boicot al campo, de esto de la vida azul y este tipo de cosas, es un tío que tiene muchísimos seguidores y es muy influyente y le exponía lo que a mí me pasaba con mis hijas, y es que sale la famosa ley de la obesidad aquí en Andalucía, donde te prohíben que vendas bollería en los colegios, donde no puedes comprar un bolly-cao fantástico, pero sin embargo van a un taller saludable que tienen que ir una vez al año por obligación ¿eh? El taller fue precisamente ayer y mañana es el día de la paz en el colegio de mi hija y ¿sabes qué les van a dar de desayunar en el día de la paz?

Entrevistador: ¿chocolate con churros?

P. Ojeda: exactamente, chocolate con churros, pero esto no queda aquí, sino que hace 3 semanas, en navidad los llevaron a ver un belén y volvieron a desayunar chocolate con churros, pero es que fueron a una fábrica de hacer mantecados 2 días antes de los chocolate con churros...

Entrevistador: (Se ríe...)

P. Ojeda: y 3 días antes del consorcio de Estepa que fueron ahí a hacer mantecados, fueron a una fábrica de chocolate... y 4 días antes hicieron una actividad en la que fueron a un parque y pensé "coño una actividad saludable..." y la circular ponía específicamente que llevaran patatas, refrescos y de todo esto... es decir sale una ley diciendo pamplinas y no la dotas de carga, está vacía, pues entonces ¿de qué me sirve que salga una ley así?, ¿nos creemos que porque no vendas un bolly-cao en el recreo estamos solucionando el problema de la obesidad? Que no te vendan un churro... pero si eso después no está acompañado de una coherencia en una

educación... pues claro esto pasa... y después los padres no se queja, no acompañan y no se movilizan porque no les interesa, porque después en su casa no lo van a hacer, entonces ese es el problema, que no hay una ley que diga “señores, una asignatura de educación alimentaria desde chiquititos”, eso es fundamental (...)

(P. Ojeda, nutricionista, 2017)

Este relato pone en evidencia que en la educación de los centros escolares también entra en juego la reproducción de los *habitus alimentarios*, a través de sistemas que dependen del potencial del capital simbólico, económico, cultural y social y su peso en la estructura patrimonial. Que en este caso se evidencia en la relación de ciertas tradiciones religiosas con el consumo de alimentos insanos: “(...) en navidad los llevaron a ver un belén y volvieron a desayunar chocolate con churros (...)” (P. Ojeda, nutricionista, 2017). De lo que se deduce que el *habitus* provee de sentido común al campo, es decir, que delimita cómo comportarse de la forma más “razonable” en cada situación, incorporándose a las relaciones sociales y naturalizando ciertos esquemas alimentarios por simple transferencia cultural. Probablemente por este motivo los padre ven natural que los niños consuman alimentos hiper-azucarados en ocasiones especiales como las excursiones escolares o los cumpleaños y no se produzca respuesta alguna: “(...) y después los padres no se queja, no acompañan y no se movilizan porque no les interesa, porque después en su casa no lo van a hacer. (...)”. No obstante, profundizaremos sobre este tema más adelante.

En relación al papel que le corresponde a la escuela en la enseñanza de los denominados comportamientos alimentarios, el experto en historia se muestra en desacuerdo con la tarea que se le asigna:

Entrevistador: cada vez se invierte más en programas para la salud y educación nutricional en la escuela, sin embargo parece que esto no funciona ¿Por qué crees que ocurre esto?

Historiador: pues porque no es su ámbito y los críos lo perciben. En la escuela se enseña de todo menos lo que le corresponde, cada vez los niños son menos cultos. Yo he escuchado en un programa de radio preguntas a estudiantes universitarios en la puerta de la Complutense de Madrid que debería escandalizarnos, eso sí que debería ser un problema social de primer orden a tratar. Porque algunos no sabían que hubo una primera Guerra Mundial o una segunda, ni cuando empezó ni terminó la guerra civil española, ni cómo se llamaban los reyes católicos, (...)

(Historiador, experto en alimentación, 2017)

Frente al papel moralizador que se le otorga a la escuela desde el ámbito biomédico: en España se aprende todo de memoria... y eso no sirve para nada.

Médico de familia 1: (...) Para mí lo que me vale es que enseñen en la escuela que los niños sean buenos compañeros, que se preocupen por los demás, que sean amables con los profesores, que estén agradecidos con el profesor, con los padres... es decir que enseñen a los niños a ser solidarios, a ser competitivos, a trabajar la asertividad...

Entrevistador: ¿A trabajar la asertividad?

Médico de familia 1: ¡La asertividad es fundamental! (dice en un tono más alto), los drogadictos adultos son niños que no han aprendido a decir si o no cuando llegan a la etapa adulta se meten con las drogas por falta de asertividad, por no saber decir si o no. Para mí lo más importante, son los sentimientos y las emociones marcadas en la escuela, son importantes para conseguir un empleo o para llegar a la Universidad. La forma de ayudarles cuando sean adultos y poder mantener la seguridad social es esa. Eso marcará las consecuencias para que nuestro futuro sea mejor.

(Médico de familia 1, 2017)

Este experto entiende que el sistema educativo necesita un cambio en la forma de educar, apostando por estrategias que permitan fomentar valores como el respeto, la solidaridad y la competitividad. Otros expertos del ámbito sociocultural nos dan su punto de vista sobre el papel de la escuela, a la que se le reconoce una función educativa en cuestiones como saber comer, saber cuidar del cuerpo, pero excluyendo el papel moralizador:

Entrevistador: ¿y esto se puede solucionar con la educación? Porque al final todos me dicen lo mismo, que es una cuestión de educación, sobre todo lo dicen los expertos biomédicos que abogan por introducir en las escuelas más educación nutricional, por supuesto, y también educar en asertividad, en valores, ¿es esto otra forma de culpabilizar al sujeto?

A. Martínez: sí, es cierto que la educación es importante y además en la escuela no están enseñando a los chicos las cosas que van a necesitar en la vida, por ejemplo, cómo cuidar su cuerpo, cómo comer bien o cómo conducir un coche o una moto, me explico, ¿por qué esto tiene que estar fuera de la educación estandarizada si son cosas que realizamos los adultos, todos nosotros o las intentamos llevar a cabo? ¿No?, a mí la educación me parece adecuada desde el punto de vista nutricional, la importancia de la alimentación, la importancia del cuidado de tu cuerpo, de uno mismo... pero sin las angustias, o las ansiedades que se introducen normalmente a la poca aceptación de la diversidad en términos corporales ¿no?, igual que existe una diversidad humana referente a muchos aspectos genotípicos y corporales, pues también en cuanto a esto, sabemos que hay gente que tiene mayor dificultad para adelgazar, igual que otros para engordar, depende de su metabolismo, de varios factores. Igual que pasa en otras cuestiones, no sé si conoces el movimiento de la Neuro-diversidad de los autistas o los de alto

rendimiento que dicen que “nosotros no estamos enfermos nosotros somos diferentes” y los propulsores de la Neuro-diversidad proclaman que las personas son incapaces de aceptar la diversidad, pues ésta es una lógica semejante a la que tenemos aquí en relación con el sobrepeso o la obesidad, por eso a mí me parece muy bien que se eduque pero más bien en información nutricional pero que no haya moralina porque a veces genera una reacción contraria también y es lógico, por ejemplo en personas que tienen una mayor dificultad para adelgazar o que simplemente les gusta comer, lo que ellos consideran comer bien y se encuentran con una serie de mensajes que los están estigmatizando, entonces la información y la educación siempre es adecuada pero estas características de patrón único, que hay que hacerlo de esta manera, o de esta otra... Todo esto que genera un pensamiento único, voy a eso, eso sí que me parece criticable ya que es importante aceptar esa diversidad real y existente y la tolerancia al respecto ya que todos presentan peculiaridades propias y son más delgados, o más gruesos o lo que sea...

(A. Martínez, antropólogo, 2017)

Así, este experto nos aporta una de las claves para comprender el enfoque que desde la escuela se le podría dar a las problemáticas de la alimentación para resolverlas o prevenirlas. Como por ejemplo fomentar la aceptación de la diversidad corporal: “(...) no sé si conoces el movimiento de la Neuro-diversidad de los autistas o los de alto rendimiento que dicen que “nosotros no estamos enfermos nosotros somos diferentes” (A. Martínez). Lo que nos conduce también a reflexionar sobre la necesidad de pluralizar la definición de la obesidad infantil/adolescente, contemplando la multiplicidad de factores que intervienen en su producción. Evitando así los diferentes efectos colaterales que hemos ido desgranando a lo largo de este análisis como: el auge de las dietas milagro, la

excesiva preocupación por el cuerpo que despliegan los niños y en especial adolescentes, o la carga moral que soportan algunos padres que son señalados dentro de su matriz social como irresponsables o incivilizados.

5.2.6. Conflictos sobre el ambiente obesogénico

Hemos visto cómo el argumento educativo que defienden los discursos imperantes, excluye la influencia de determinadas presiones e intereses característicos de un sistema socioeconómico basado en la hiper-producción de bienes y la promoción de su consumo, pero también la intervención de los gustos en las elecciones alimenticias, especialmente en los primeros años de la vida cuando la salud se presenta como un criterio abstracto y difícil de complementar con las prácticas alimenticias hasta para un adulto. En este sentido exponemos un fragmento de la entrevista de Victoria (madre) porque representa las dificultades que los adultos tienen para aplicar los criterios saludables a su cotidianeidad, en estrecha competencia con el gusto de los niños:

Entrevistador: pasamos a otras cuestiones, ¿Qué papel desempeña la madre en la alimentación familiar? ¿Y el padre?

Victoria: Creo que más que hablar de padre o madre, se debería hablar del papel del que se informa, del que hace la compra y del que cocina. En nuestro caso, yo (la madre) he ido informándome de temas relacionados con la nutrición y esto se ha extrapolado a la manera de hacer la compra y la manera de cocinar. Poco a poco, el padre ha ido tomando conciencia y cuando él cocina y hace la compra tiene en cuenta los mismos criterios. Incluso, mis hijos cuando vamos al supermercado, me dan algo para que lo compre y me dicen: “mamá, lee a ver qué pone, ¿tiene...azúcar, aceite de palma, cosas artificiales...?”. De todas formas, cuando prueban ese tipo de cosas sí que les gustan las cosas artificiales.

(Victoria 37 años, madre de dos hijos no obesos, 2018)

En lugar de tener en cuenta este tipo de dilemas familiares, propiciados por el contexto socio-histórico en el que los sujetos se hallan inmersos, vemos que los discursos de los expertos biomédicos parten de la idea de un *ambiente obesogénico* creado por una educación laxa y carente de autoridad, que ha permitido comportamientos desaforados y consumistas, propios de sujetos dionisiacos. Por lo que se vuelve a partir de la suposición de que los sujetos gozan de plena capacidad de agencia:

Médico de familia 1: (...) el consumismo es consecuencia de que no le han puesto tope a la educación, pero no solo a la educación escolar, sino a la educación del adolescente, de los padres, a todo... Yo creo que la prueba la tenemos en el desastre económico que se ha producido en España, (...)

(Médico de familia 1, 2017)

Este enfoque ambiental hedonista contrasta con la explicación que nos aporta C. Diaz, pues en su discurso reduce la carga de responsabilidad de las personas, señalando los aspectos ambientales como algo más determinante de lo que se presupone, considerando la obesidad como algo que le sucede a gente "normal":

Entrevistador: Muchas gracias por haberme concedido esta entrevista (...).

Me gustaría comenzar con una pregunta un poco genérica: Bajo su punto de vista ¿cómo definiría la obesidad infantil y juvenil?

C. Diaz: No te voy a responder con una definición tal cual pero te voy a comentar algo que leí estos días de un analista, del director del servicio de obesidad del gobierno británico que dice como: "la obesidad es lo que le está pasando en la vida diaria a gente normal en circunstancias anormales" te comento esto porque me parece que la obesidad se está tratando como si

fuese una cosa excepcional cuando en realidad es algo que le está sucediendo a la mayor parte de la gente en las sociedades modernas simplemente llevando una vida normal, es decir no es que se esté comiendo de una manera desaforadamente extraña, sino que llevando una vida normal y corriente todos estamos engordando. Esto es lo que está pasando, no es una definición como tal de la obesidad pero permíteme que comience con esto

Entrevistador: No, si está muy bien, es bastante diferente a lo que se suele escuchar,

(C. Díaz, catedrática en sociología, 2017)

Esta definición de la obesidad muestra un enfoque social que problematiza los planteamientos ambientalistas biomédicos, pues al defender que la obesidad es algo que le está pasando a gente “normal”, se cuestiona implícitamente la estrategia *biopolítica* y su forma de categorizar los aspectos de la vida de los sujetos en normal o patológico. Encuadrando en lo patológico a la obesidad y todas sus representaciones, ya sean los comportamientos alimenticios o las formas corporales. Tampoco se sostendría el discurso de la falta de educación/*medicalización* de la alimentación y los comportamientos, desarticulando los procesos subjetivos de gobierno de la vida fundamentados en los efectos de la moralización de la norma. Y lo que es más importante, se descargaría a los niños/adolescentes, así como los adultos a su cargo, del estigma que soportan al ser señalados como sujetos enfermos provistos de una moral cuestionable. Otra cuestión que C. Díaz pone sobre la mesa es la posibilidad de que se esté produciendo un cambio en el sentido de una mayor aceptación de “lo social” desde los enfoques oficiales, pues el discurso que expone procede de una autoridad en el campo de la prevención de la obesidad británica. Lo que nos conduce a una reflexión, ¿Puede ser el enfoque del analista británico una puerta a

la integración de la perspectiva sociocultural? ¿Seguirá este camino España? Según

C. Diaz este cambio se está produciendo:

Entrevistador: existe una dialéctica entre los expertos de corte biomédico y de perspectiva social, sobre si estamos ante un problema de tipo médico o social,

C. Diaz: Si bueno, al principio decían que los factores de clase social ligados a los padres, pero parece ser que los últimos estudios asocian la obesidad a las variables sociodemográficas de las madres y no tanto de los padres. Quizá porque las madres son las responsables de la alimentación en el hogar y en ese sentido es la persona que más directamente está en contacto con las decisiones sobre la alimentación, las suyas propias y las del resto de la familia. Es un signo del género, vaya, no es una cosa, no es una culpabilización de las mujeres, es simplemente el reflejo de que la alimentación en todo el mundo está en mano de las mujeres.

(...)

C. Diaz: Ummm, creo que en los últimos años se ha modificado un poco esta tendencia tan dual entre las recomendaciones médicas y los expertos sociales de la obesidad, si me hubieras hecho esta pregunta hace 5 años o menos quizá, yo te hubiera dicho que estábamos derivándonos hacia una *medicalización* de la vida como consecuencia de la obesidad o que los factores biológicos estaban pesando más que los sociales cuando es una cuestión social; pero fíjate, yo creo que ahora la gente desde el ámbito de salud están estudiando los aspectos físicos-biológicos de la obesidad están empezando a considerar que ya no se pueden mandar mensajes por separado, están siendo menos, no sé cómo decirte..., menos adscrito a sus posiciones científicas y un poco más abierto pensando que la obesidad tiene que tener componentes biológicos y componentes... o análisis biológicos y análisis sociales compartidos. Entonces yo creo, no sé si es por el tiempo que llevo

aquí que aquí es un poco diferente a España, donde está mucho más dividido, y aquí hay una orientación mucho más tendente a la colaboración entre las ciencias sociales y las ciencias naturales para estudiar la obesidad de lo que nos encontramos en España. Probablemente mi respuesta esté condicionada por eso, yo creo que hace un tiempo estaba claramente dividido los mensajes de las ciencias naturales eran orientados a cuestiones biológicas y los de las sociales eran casi ignorados pero yo creo que ahora la tendencia es a una búsqueda de una definición que incorpore también en contexto, fíjate, ya no es la típica recomendación de usted come mal y debe de comer así que es la orientación más tradicional desde el ámbito de la salud ahora sí que se tiene la idea de que la gente toma decisiones en un contexto determinado y se está empezando, por ejemplo, a introducir análisis en los que se responsabiliza o se pone claramente la responsabilidad de la obesidad en la industria agroalimentaria por ejemplo. Quizá en España no estamos tan acostumbrados, somos muy poco beligerantes, sobre todo la academia es muy poco beligerante con la industria agroalimentaria, aquí lo es más... en E.E.U.U. lo es más, pero yo creo que la tendencia, por ejemplo como este de las tasas del azúcar a los refrescos, eso es una muestra, bueno, en España no ha salido adelante, pero bueno, saldrá... pero yo creo que eso es una muestra de que ya no está tan dualizado el análisis y por tanto tampoco es tan dual la respuesta que se está dando contra la obesidad.

(C. Díaz, catedrática en sociología, 2017)

Las reflexiones de C. Diaz nos conduce a nuevas vías de entendimiento entre los enfoques biomédicos y socioculturales: “(...) ahora sí que se tiene la idea de que la gente toma decisiones en un contexto determinado y se está empezando, por ejemplo, a introducir análisis en los que se responsabiliza o se pone claramente la responsabilidad de la obesidad en la industria agroalimentaria por ejemplo (...)”

(C. Díaz, 2017). Sería interesante seguir la estela de otros países de nuestro entorno que comienzan a poner su objeto de estudio, por ejemplo, en la industria agroalimentaria, dado que por diferentes motivos forman una parte muy importante del *ambiente obesogénico* en el que los sujetos se hallan inmersos. Es por ello, que hemos preguntado a otros expertos sobre este tema, con la intención de ponderar que nivel de implicación le otorgan a la industria alimentaria y, por defecto, al contexto social. Por un lado, encontramos expertos que plantean que la industria alimentaria se debe legislar mejor, pero en un sentido que permita a los sujetos mantener el equilibrio de calorías que propone el discurso biomédico:

Entrevistador: ¿Cree que se legislan los alimentos industriales como es debido?

Médico de familia 1: en Europa la última gestión que se ha hecho a nivel de azúcar y de grasas no han prestado la atención que tienen que prestar, por ejemplo como ocurre con los políticos nacionales, ¿por qué te crees tú que hay industrias alimentarias tan importantes para la creación de puestos de trabajo..., que estamos de acuerdo que es muy importante..., pero por qué no se hablan con ellas y se les dice que hagan las porciones más pequeñas, que las porciones tengan menos grasas, que tengan menos azúcares, que tengan menos aceites..., y aceites que no son saludables..., por qué no se les dice?, porque solo supone sentarse con la industria alimentaria, los políticos y sociedad y hacer todas esas cosas..., si es muy fácil, (...)

(Médico de familia 1, 2017)

La visión de este último experto, parte de una especie de construccionismo ingenuo que reduce la relación mercantilista de la alimentación industrial y el sujeto, como un problema de entendimiento entre la industria alimentaria y los gobernantes. Bajo su punto de vista la solución es fácil, simplemente se debe llegar

a acuerdos con la industria alimentaria, en el marco de una actitud colaborativa que ayude a consensuar qué ingredientes incluir en los productos industriales, cuáles excluir, qué porcentajes se debe incorporar de aquellos considerados insanos, como las grasas, y qué tamaño deben tener las porciones. Respecto a este punto de vista hemos preguntado a J. Revenga quien no parece estar de acuerdo con la “ilusión colaborativa” que propone Médico de familia 1, pues la mejora de la calidad de los productos alimenticios no cambiaría su categorización como alimentos basura y, por lo tanto, no serían dignos de ser incluidos en las guías alimenticias:

Entrevistador: (...) ¿por qué no se tiene la valentía de tomar la decisión de prohibir directamente determinados ingredientes en los alimentos industriales o legislar de una manera más estricta?

J. Revenga: José Pedro, no se puede hacer galletas sin azúcar, no se puede hacer una tortilla sin huevos, es decir, si tú quieres hacer bollería y te dicen puedes hacer bollería con verdura, con legumbres y no se...con fruta, es decir, vale, vale... pero con eso no se puede hacer bollería

Entrevistador: pero por ejemplo ¿echarle una grasa un poco más saludable?

J. Revenga: no, no, yo estoy en contra, a ver porque un cubo de basura, le quitas un poco de basura, y profesionalmente hablando, siempre seguirá siendo lo mismo aunque le pongas muchas florituras o aunque le cambies la bolsa normal por una bolsa que tenga aroma a pino, da exactamente igual, es decir, el segmento en sí, el grupo en sí, si estamos hablando por ejemplo de bollería, es un producto insano que no merece estar dentro de las guías alimentarias dirigidas a la población en general, con lo cual, si no debería estar dentro de esas guías, no debería publicitarse, y menos publicitarse como un producto saludable como, por ejemplo, lo hace el bolly-cao con un 50% de la cantidad diaria recomendada de hierro, a día de hoy, es decir no, es que me da igual que le pongan hierro o que le quiten el aceite de palma y

le pongan el aceite de oliva virgen extra, me da igual, la categoría no es una buena categoría...

(J. Revenga, nutricionista, 2018)

Esta observación resulta interesante, porque pone en entredicho las medidas que se están tomando para mejorar la calidad de los productos alimentarios industriales, puesto que su alto contenido en azúcares no dejan de ser un riesgo para la obesidad infantil/adolescente. No obstante, el regular ciertos ingredientes o la publicidad podría potenciar la vinculación simbólica de los productos alimenticios industriales con las categorías de alimentos sanos, un aspecto que ya es explotado de forma desproporcionada por la industria alimentaria. Sin embargo, a pesar de sostener este enfoque constructorista, J. Revenga concibe la regulación de la industria agroalimentaria como una forma más de disciplinar al consumidor, otorgándole de nuevo plena responsabilidad sobre sus elecciones alimenticias:

Entrevistador: Bien, pues según los datos actuales del crecimiento de la obesidad entre nuestra población incluidos los niños y adolescentes, y dada la poca eficacia de las medidas que se han tomado hasta el momento ¿considera que son necesarias otras medidas preventivas además de las adoptadas?, ¿cuáles propondría? ¿Qué opina sobre la subida de impuestos a las bebidas azucaradas?

J. Revenga: está claro que la educación es un pilar fundamental y sería muy bonito vivir en la isla de la utopía de Tomás Moro, pero no es suficiente, necesitamos que además de una correcta educación, que no se está haciendo, y que no hay indicios de que se vayan a hacer..., necesitamos de una regulación que tenga esa doble vertiente cuando hablamos de la publicidad y comercialización de determinados productos, tanto los insanos como los

más sanos, o vamos a nombrarlos como aquellos con mejor perfil nutricional y aquellos con peor perfil nutricional, en esa regulación hay implícita, por un lado la prohibición de realizar determinadas prácticas y en la visualización o prohibición de realizar esas determinadas prácticas, una cierta educación, es decir la gente que no pueda, o a lo mejor en un momento dado no ha oído hablar del tema o no está sensibilizada con una cuestión de estas, en el momento en el que lea en un titular que el gobierno, las administraciones deciden incrementar el impuesto sobre un alimento con un perfil nutricional determinado o al contrario, bonificar con los impuestos a base de extensiones a aquellos alimentos con un mejor perfil nutricional, pues eso ya tiene al mismo tiempo, aparte de la prohibición o de la regulación, tiene un papel educativo intrínseco (...)

(J. Revenga, nutricionista, 2018)

Nuestro informante percibe en las medidas legislativas impuestas a los productos alimenticios industriales poseen una doble función educativa: una que incluye la prohibición de alimentos tabú y por defecto de las conductas alimenticias insanas, con una función coercitiva y explícita. Y otra labor educativa implícita que implica procesos subjetivos mediados por relaciones de *biopoder* en las que los sujetos serán concienciados de sus actos y las consecuencias de estos sobre su cuerpo. Con la finalidad de establecer una dialéctica sobre este enfoque, hemos preguntado a otros expertos sobre esta labor educativa de la regulación de la alimentación industrial:

Entrevistador: ¿Se podría ayudar un poco a estas familias que tienen un poco menos de conocimientos con una... por ejemplo, una legislación de la publicidad un poco más agresiva?

P. Ojeda: mira si es que está legislado, lo que ocurre es que no se hace, tú no puedes a partir de X gramos de azúcar sacar en un horario determinado este

tipo de anuncios pero es que no se hace (...) mira hay un anuncio que debería estar totalmente prohibido que es el de unas galletitas que sale una galletita tirándose a un bol de leche cuando tiene tal cantidad de azúcar esa galletita que no podría estar en "break time", ¡pero no pasa absolutamente nada y no hay ningún tipo de multa, no pasa nada!

(P. Ojeda, nutricionista, 2017)

Este experto, entiende que la industria agroalimentaria ya está suficientemente legislada, Sin embargo, en nuestra fundamentación teórica hemos visto que El código de regulación vigente es un mero acuerdo ético de buenas prácticas que no es de obligado cumplimiento para la industria alimentaria. Esta laxitud legislativa y los intereses de la industria alimentaria es lo que permite que se siga infringiendo las normas establecidas en dicho acuerdo generando la indignación de los expertos:

Entrevistador: lo que ocurre es que en el código "PAOS" que es un conjunto de normas éticas a las que la industria alimentaria se responsabiliza de cumplir pero que no es realmente una legislación en sí que les obligue,

P. Ojeda: si te metes en mi twitter puse yo este mismo twitt anunciando que si la industria alimentaria se sigue regulando nos van a vender quinoa por avena (se ríen ambos), puse este twitt y además un enlace a un estudio hace 4 días, en fin, una historia, y claro es esto, no puede ser, no lo podemos dejar en manos de la industria, puse varias fotografías del tema de los engaños alimenticios que hay con la leche avena, está la leche normal y esta que pone "leche con avena" y lleva un 0,9%" mire usted, esto no es leche de avena y el dibujo de la avena en grande resaltando y tienes que leer la composición pero claro, mucha gente al no tener educación alimentaria no sabe leer las etiquetas, por ejemplo otra ponía leche con quinoa y contenía quinoa en un

0,01%, mire usted, me está engañando, pero como tenemos esto de la autorregulación del código como tú dices...

Entrevistador: código "PAOS"

P. Ojeda: claro no puede ser, pero lo que pasa es que da tanto beneficios y tanto dinero...

Entrevistador: aquí lo tengo su twitter del 19 de enero, que aparece gallina Blanca, las cremas de harina almidón con fécula de patata...

P. Ojeda: exactamente, pues eso te ponen en grande "champiñones" y lo que tiene es un 1'2% de champiñones, oiga usted, usted me está engañando... eso tiene que tener unos mínimos...para que ponga "champiñones" si pone avena tiene que tener un mínimo de avena, si pone "quinoa" igual... pero no, con esto de la autorregulación y, además tuvo bastante éxito que tuvo 50.000 o 60.000 visitas...

(P. Ojeda, nutricionista, 2017)

Se observa cómo la industria alimentaria engaña con total impunidad y los expertos denuncian a través de las redes sociales esta situación, luego esta herramienta se ha convertido también en el vehículo de transmisión del *capital alimentario* muy potente, como se ha observado en el discurso de la madre Victoria que conocía la figura de C. González. Tras las entrevistas a estos expertos hemos podido comprobar los miles de seguidores que tienen expertos como Julio Basulto, Carlo Casabona, Aitor Sánchez, J. Revenga, y un gran grupo de expertos que extienden su *capital alimentario* y sus discursos a través de las redes sociales de internet:

Entrevistador: Bien pues no sé cómo agradecerle su colaboración...

C. Casabona: pues puedes colaborar con lo que investigáis ya que entre todos formamos un equipo y en twitter tienes que seguirnos a todos nosotros P. Ojeda que cada día pone trabajos muy, muy interesantes, J.

Revenga, Julio Basulto, Aitor Sánchez, Cecilia Romero... Pues hay mucha gente que estamos en twitter muy, muy unidos y cada día nos apoyamos y retwiteamos experiencias e investigaciones del día a día, compartimos blogs, trabajos, vídeos propios de youtube... y te invito a que formes parte de esta comunidad.

Entrevistador: Lo haré, no le quepa duda, sin más un fuerte abrazo y muchísimas gracias por su colaboración.

C. Casabona: Bien, estamos en contacto.

(C. Casabona, pediatra, 2017)

A través de estas redes hemos observado cómo los expertos denuncian lo que les parece abusivo, injusto o ilegal en relación a la abundante disponibilidad de productos alimentarios industriales, como por ejemplo máquinas de “vending” que se disponen en los centros de salud, los hospitales o los colegios. Lo que forma una parte determinante del *ambiente obesogénico*.

Entrevistador: Sí en Méjico han prohibido la publicidad dirigida a niños en horario infantil.

C. Casabona: no solo sobre bebidas azucaradas sino también a bollería, flanes..., es decir, todo lo que lleve una cantidad de azúcar por encima de unas cifras que habría que consensuar con unos expertos: tanto azúcar zasca una tasa de tal a tal azúcar un poco menos y por debajo de esto, es decir, las tasas están para productos insanos. Una cosa, prohibida, pero prohibida publicidad de productos insanos en TV, en internet para que no estimule el consumo, rediseño de los envases que se vean las calorías y que se vea el azúcar que tiene y evitar el efecto “halo”, máquinas de vending fuera de institutos, colegios, hospitales, centros de salud... todo eso nos invade ahora por todos sitios, no nos vamos a morir de hambre en un viaje de 3 horas, si no te compras unos kit-kat, entonces todo esto pues también...

Entrevistador: aquí en Murcia sí que se sacaron las máquinas expendedoras de bollería de los colegios, [...]. Sin embargo sí que siguen habiendo refrescos.

C. Casabona: aquí en los institutos sí que hay, en institutos y universidades y luego lo más triste es que estén en los hospitales y centros de salud de salud.

(C. Casabona, pediatra, 2017)

En cierto modo, estas redes sociales se podrían entender, un sentido *foucaultiano*, como un tipo de resistencia frente a la laxitud legislativa de la industria alimentaria y la permisividad de los gobiernos. La cuestión que nos planteamos ante esta pasividad gubernamental es, ¿por qué no se legisla de una forma más rigurosa? En este sentido, tras investigar las denuncias efectuadas por asociaciones como Justicia Alimentaria Global, hemos indagado en la posibilidad de que existan ciertos intereses gubernamentales:

Entrevistador: sí, yo lo estuve leyendo. Esto me lo comentó también Carlos Casabona porque esta asociación de la “justicia alimentaria global” que te he comentado denuncia también las puertas giratorias los intereses políticos que hay, las relaciones entre la industria alimentaria y el Gobierno...

P. Ojeda: hay un documental muy interesante sobre el tema del azúcar que se iba a aprobar en el Parlamento Europeo hace unos años, referente al tema de las etiquetas.

Entrevistador: sí lo he visto, del semáforo alimentario,

P. Ojeda: ¡ah! Lo has visto, cuando se retiró y en la última votación salió empate

Entrevistador: si exacto, presionaron los diputados británicos...

P. Ojeda: en efecto, se rajaron a última hora, para que veas el tema de los lobbies y este tipo de cosas, no interesa, no interesa está claro, por lo tanto el

único arma que tenemos nosotros es la educación, no nos queda otra cosa, pero la educación tanto a los niños como a los padres,

(P. Ojeda, nutricionista, 2017)

Frente a la posibilidad de desplegar un construccionismo frustrado que piense que no se puede hacer nada para modificar la situación actual. Este experto presenta otra cara de la función educativa: la rebelde. Así, la educación sirve para generar resistencias que ayuden a cambiar las cosas, más allá de los intereses de la industria agroalimentaria y las “puertas giratorias” de los gobiernos que permiten ventas de productos que los expertos rechazan y catalogan como insanos:

Entrevistador: claro, lo que pasa es que si percibe que esos productos industriales insanos gozan del beneplácito del Gobierno para ser anunciados y además los presentan relacionándolos con la salud, pues se distorsionan las recomendaciones que tú puedas dar sobre comida saludable, ¿Qué opina?

P. Ojeda: sí, sí... si seguimos en las mismas con esto “de la vida azul”... la fundación “Alimentia” es ésta que cuando tú estás viendo un anuncio de repente te pone debajo “hábitos de vida saludable”

Entrevistador: sí eso creo que fue la ministra Ana Mato la que... (es interrumpido)

P. Ojeda: sí, es que mire usted, no me ponga “hábitos de vida saludable” porque está usted engañando a la gente, ponga “hábitos de vida saludable” cuando el niño se está tomando un Cola-caó y el otro está encestando una canasta, entonces el padre ve que el niño está encestando una canasta, los otros 2 se están chocando la mano y van y te ponen “hábitos de vida saludable”, entonces el padre ¿qué va a pensar?, coño el Cola-caó es bueno porque crea relaciones saludables, es deporte y crea no sé cuántos hábitos de vida saludables...

Entrevistador: ¿y qué propone usted para luchar contra esto?

P. Ojeda: esta pregunta sí que es muy buena pregunta, pues lo primero cambiar la ley, bueno, quizá no es cambiar la ley, sino que la ley se cumpla, porque hay leyes para eso, es decir, primero que la ley a nivel audiovisual se cumpla, después yo, indudablemente grabaría, porque se ha demostrado en los países que se han grabado los productos con azúcar que ha descendido el tanto por ciento del consumo, pondría como hemos dicho, el sistema de semáforos, a mí me gusta mucho en tema del etiquetado del semáforo porque en un golpe de vista ves la calidad nutricional de los componentes y no ahora que no tienes ni idea de lo que lleva...

Entrevistador: sí, la verdad es que está difícil de averiguar cuáles son los componentes...

P. Ojeda: una persona que no entienda no se va a parar... pero si a simple vista ves grasa en verde, azúcar en rojo... no sé qué, no sé cuánto... pues dices "coño esto es malo, esto no es bueno" ¿vale?, y sin duda, referente a educación yo pondría una asignatura, hombre (exclama), es que es nuestra vida, comemos todos los días, nos pasamos miles de horas delante de un plato, las matemáticas hay matemáticas que la gente no volverá a ver nunca en su vida, no volverá a ver lengua en su vida... (se ríen ambos), pero esto es nuestra vida, y las mayores tasas de muerte en todos los países son relacionadas por los hábitos, por nuestros hábitos, la mayoría de los cánceres, de los infartos son causados por malos hábitos y que no haya una educación en alimentación esto clama al cielo, nos gastamos mucho más dinero en combatir que en prevenir, si se le diera la misma importancia a la prevención que a la intervención (...)

Entrevistador: ¿y por qué se invierte más en intervención que en prevención, porque es más aplicable, por el tipo de sistema de salud que tenemos... (lo interrumpe)?

P. Ojeda: o quizá porque interesa, porque todavía hay muchos lobbies, muchos medicamentos, mucho desarrollo, porque quizá todavía interesa (...)

(P. Ojeda, nutricionista, 2017)

Estos últimos enfoques biomédicos de corte constructorista, aunque se muestran a favor de una regulación más contundente de la industria alimentaria, no dejan de posicionar implícitamente al sujeto obeso como responsable de su situación, mientras que lo arrojan a la tentación de consumir productos alimenticios prohibidos. AL defender por encima de todo la tarea educativa. Lo que deriva en un planteamiento cuyas aplicaciones se reducen a procesos subjetivos en los que el niño/adolescente obeso se convierte en un objeto de estudio médico, en base a preceptos biomédicos contruidos sobre discursos que no trascienden del plano teórico. Eludiendo que su potencialidad reside precisamente en la coherencia de la aplicación a nivel práctico de esta teoría sobre los factores ambientales que condicionan la capacidad de agencia de las personas. Así, por ejemplo, reducir las porciones que vende la industria alimentaria, elaborar los productos industriales con menos grasa, colocar semáforos distintivos, obligar a que se cumpla la ley o educar en hábitos saludables en la escuela. No deja de derivar en el sujeto la responsabilidad de su inadecuada alimentación, objetivando el problema como una cuestión moral cuando, paradójicamente, más bien parece ser la mala ética del gobierno la que permite la comercialización de alimentos que producen niños/adolescentes obesos y un gran gasto sanitario en atención médica. No todos los discursos expertos secundan esta perspectiva ambivalente de oferta/prohibición, pues otros expertos se muestran más tajantes en temas legislativos. El discurso más representativo lo ha presentado C. González, quien

concibe la implicación de la industria alimentaria como un agente con gran poder para manipular las conciencias de los sujetos:

Entrevistador: (...) ¿qué opina sobre las medidas como el aumento de impuestos a bebidas azucaradas? ¿Cree que son efectivas este tipo de medidas?

C. González: Me parece que como mínimo, a ver, ahí podría ser efectiva de dos maneras, si el aumento de impuestos a bebidas azucaradas puede disminuir el consumo de bebidas azucaradas, pues ya es una gran eficacia pero incluso si no lo disminuye pues entonces está claro que el aumento del impuesto producirá un aumento del ingresos de hacienda, aumento que va a necesitar para la atención médica para los niños víctimas de las bebidas azucaradas, con lo cual algo hace eso, aunque solo sea coger dinero para contratar más endocrinos..., que los vamos a necesitar (se ríe).

Entrevistador: Y medidas como por ejemplo mejorar la información que se aporta en el etiquetado, o medidas como se hacen en los países del norte de Europa como, o Inglaterra o Noruega como poner el código de semáforos... este tipo de medidas

C. González: Supongo que puedan ser útiles, imagino que habrá algún tipo de estudio comparativo que diga si es más útil poner semáforos o poner la cifra, o poner el qué y de todas maneras hay cosas que simplemente se podrían prohibir es decir no (...)

Entrevistador: ¿Qué nivel de responsabilidad cree que le correspondería en este caso a los padres, a la industria o al Estado? Un ejemplo, de su competencia, el que los niños coman y se alimenten con leche materna hasta la etapa que un pediatra lo recomiende o tome leche adaptada ¿de quién depende más?, de las ideas que tienen los padres, de sus circunstancias sociales, de la presión de la publicidad y la industria alimentaria...

C. González: (...) a ver es que hay problemas de base que sencillamente opino que la publicidad dirigida a niños debería estar prohibida como si no me equivoque está prohibida en Europa por ejemplo, toda la publicidad dirigida a niños, no solo la que hable de porquerías, entonces ¿por qué se permite eso? ¿Por qué se permite manipular la decisión, la mente de los niños y hacerles comprar cosas o hacer que pidan hasta la extenuación a sus padres que compren ciertas cosas?

Entrevistador: ¿Por qué no se prohíben directamente? ¿Cree que el Estado recibe presiones de la industria?

C. González: a ver supongo que el Estado recibe las presiones de los expertos y recibe las presiones de los industriales. Son muchas presiones, es decir, hace unos años tuvimos la amenaza, no sé si se llevó a efecto o no, de cerrar la fábrica de Coca-cola en Madrid que se iban a perder 2000 empleos o así, ¿no? Y bueno, vimos a los sindicatos y a los partidos de izquierdas defender esos puestos de trabajo. A ver, el escollo es no son los puesto de trabajo de la fábrica de Coca-cola, un producto inútil que nunca ha hecho un bien a nadie..., pero bueno estamos en esto, no se tiene el valor de afrontar las consecuencias de las decisiones pues estaremos toda la vida poniendo parches..., y queremos que los niños no tomen Coca-cola pero no queremos que se cierren las fábricas de Coca-cola porque no queremos que se pierdan los puestos de trabajo, pues oye... entonces para qué vamos a comprar la Coca-cola, ¿para solidarizarnos con ellos?, si la compramos es porque nos la vamos a tomar, porque si no lo ves no lo compramos(...)

(C. González, pediatra, 2017)

Este discurso se podría clasificar dentro de una visión construccionista, por la forma en que concibe que el contexto social guía la voluntad humana: “(...) ¿Por qué se permite manipular la decisión, la mente de los niños y hacerles comprar cosas o hacer que pidan hasta la extenuación a sus padres que compren ciertas

cosas? (...)” (C. González, pediatra). Bajo el punto de vista de este experto, la solución pasa directamente por no permitir que se fabriquen productos alimentarios insanos, o: “(...) entonces para qué vamos a comprar la Coca-cola, ¿para solidarizarnos con ellos?, si la compramos es porque nos la vamos a tomar, porque si no lo ves no lo compramos (...)” (C. González, pediatra, 2017). Aunque determina un campo social en el que el sujeto parece no participar de la estructura que lo categoriza, nos ofrece un enfoque a tener en cuenta por las interrogantes que plantea. Pues, ¿por qué no prohibir directamente los productos alimenticios insanos en lugar de taparse con “parches”, como una regulación más eficaz de la publicidad de alimentos dirigidos a niños o con subidas de impuestos? En este sentido los gobiernos parecen ser cómplices de una estructura que determina más de lo que pudiera parecer en principio: “(...) queremos que los niños no tomen Coca-cola pero no queremos que se cierren las fábricas de Coca-cola porque no queremos que se pierdan los puestos de trabajo, (...)” (C. González, pediatra). Así vemos las contradicciones que presenta un proyecto estatal que señala implícitamente a los sujetos como culpables por el gasto que suponen para la sanidad pública, a la par que se permite la producción de alimentos industriales porque las multinacionales generan trabajo. A pesar de que con sus discursos contribuyen a cierto estado de complementariedad, los intereses gubernamentales son reconocidos por todos los expertos del ámbito biomédico:

Entrevistador: he estado leyendo un informe de la asociación “justicia alimentaria global” acerca de las puertas giratorias y los intereses que existen entre la industria alimentaria y la administración pública, esta asociación denuncia la forma en la que se ha creado o extendido, con el beneplácito del gobierno, unos discursos que fomentan que las personas relacionen algunos productos industriales con algo realmente saludable, mensajes del tipo “no existen alimentos buenos ni malos”, “todo depende

del conjunto de la dieta"... este último emitido por una universidad de prestigio que no voy a nombrar, ¿qué influencia tiene sobre la alimentación de la familia, los niños y los adolescentes estos mensajes de la industria alimentaria ligados a la salud?

J. Revenga: pues muchísima José Pedro, porque precisamente tenemos que tener en cuenta que se diseñan par que tengan gran impacto, si no tuvieran ese impacto deberían replantear que su estrategia no funciona... porque lo que están haciendo con esos mensajes es precisamente establecer que tengan el impacto que ellos quieren, es decir, que aumenten su cuota de mercado o su balance de ventas, es decir, estamos ante la presión de grandísimos lobbies de la industria alimentaria que tienen agarrados por el cuello a las administraciones, incluida la administración sanitaria y esta administración sanitaria en muchas ocasiones se comporta como un pelele en sus manos y terminan haciendo lo que la industria quiere y que la industria se beneficie, y esto no lo digo yo, esto está en el "Libro blanco de la nutrición en España" no sé si lo conoces, de la FEN de la "Fundación Española de la Nutrición", y las propias guías de la alimentación saludable no son solamente unas formas de hacer llegar un mensaje sobre cómo comer saludable a la población general, sino que al mismo tiempo son una herramienta política en manos de determinadas industrias, pues si están manejando hasta la propia pirámide de los alimentos, que por cierto es una mierda, y precisamente porque está manejada es una mierda...pues evidentemente, si consiguen eso, evidentemente ¿qué no van a conseguir? ¿Cuál es el impacto?, pues muchísimo, ¿por qué?, pues porque está diseñada para tener ese impacto (...)

(J. Revenga, nutricionista, 2018)

Así, según este experto incluso las guías y recomendaciones médico-nutricionales, pueden estar adulteradas por los fines mercantilistas de las

multinacionales de la alimentación que controlan a las propias instituciones en su provecho. Pero nos llama especialmente la atención la denuncia que este experto vierte sobre la pirámide de los alimentos, un pilar básico en el proceso de *medicalización* de la alimentación infantil defendido por otros expertos del ámbito biomédico, y que bajo su punto de vista también está manipulada: “(...) hasta la propia pirámide de los alimentos, que por cierto es una mierda, y precisamente porque está manejada es una mierda (...)” (J. Revenga, nutricionista, 2018). Lo que desmontaría los propios discursos biomédicos que vuelcan sus esperanzas de solución de la obesidad infantil/adolescente en esta herramienta de *medicalización* de la alimentación y los estilos de vida.

Con el objetivo de contrastar estos enfoques hemos preguntado a expertos del ámbito sociocultural. Según J. Contreras, la regulación de la publicidad o la legislación de los productos alimenticios industriales no son medidas sobre las que se tenga que volcar nuestra atención, porque en la alimentación entran en juego múltiples factores socioculturales que conforman el campo social alimentario; tales como los intereses de la industria, los intereses contradictorios del propio gobierno o la percepción que se tiene de la salud y el cuerpo:

Entrevistador: sí, los expertos nutricionistas apuestan por reducir o eliminar el IVA de productos más saludables y por una legislación más seria en general, hablábamos antes de la estrategia “Naos” y dentro de la misma encontramos el código “PAOS” que son normas éticas de autorregulación, esto ha sido criticado muchísimo por ejemplo por una asociación llamada “Justicia Alimentaria Global” que denuncian constantemente el incumplimiento de la publicidad de la industria alimentaria, aparte también han emitido recientemente un informe sobre los intereses y las puertas giratorias que hay entre el gobierno y la industria alimentaria,

J. Contreras: ahaaa...

Entrevistador: parece difícil conseguir una regulación de la publicidad o de los alimentos industriales que facilite una alimentación más saludable en las familias,

J. Contreras: a ver, aquí hay varias cuestiones y empezaré por un ejemplo que repercute en la salud y en muchas otras cosas, mira cuando se ha querido controlar las cuestiones de alcoholemia y todo esto siempre ha habido diferencias importantes dentro del mismo gobierno, o del mismo partido, el ministerio de sanidad y el ministerio de agricultura o ministerio de industria, porque están defendiendo intereses distintos, vale, obviamente a las empresas en definitiva podríamos decir que les da lo mismo procesar los alimentos de una manera u otra, a ellos lo que les interesa es obtener beneficios,

(...)

J. Contreras: bueno, en muchas cosas sí, las verduras están arriba esto está claro, entonces, claro en una sociedad que es más tolerante por convicción o por conveniencia, en plan de no pelearse con los niños para que la comida no sea una batalla diaria, o bien porque los niños ya aprenderán... pues entonces estamos ante una sociedad más tolerante con los gustos, antes habían lentejas todo el mundo comía lentejas mientras que ahora en una familia de 4 personas puede ser que hayan 4 comidas distintas, ¿eh?

Entrevistador: sí,

J. Contreras: ¿ves?, entonces ¿te das cuenta de la cantidad de factores que hay y de carácter distinto? Pues claro, esta es la otra cuestión, la alimentación no puede abordarse desde un único ángulo con una única óptica porque influyen muchas cosas, muchas cosas, obviamente, una misma causa puede influir de manera muy distinta en contextos muy distintos, o en personas distintas, depende en definitiva de los objetivos, si una persona cree que la belleza reside en un determinado IMC y quiere ser bella o parecer bella gastando una talla tal o cual... bueno pues ahí queda,

otras personas ven que la belleza puede ir por otro lado, que el bienestar pasa por otro lado o lo que sea, es decir hay una diversidad de factores por un lado y esa diversidad de factores que afecta también a lo que dicen determinados perfiles de población, personas o lo que sea.

(J. Contreras, catedrático en antropología, 2018)

El *ambiente obesogénico* que da forma a este complejo campo de la alimentación quedaría descrito por este experto como un complejo engranaje de condicionantes externos, como los intereses contradictorios entre industria y gobierno, que condicionarían la capacidad de agencia de los actores. A lo que habría que sumar los múltiples factores socioculturales de unos sujetos que moldearían sus prácticas alimenticias en función de sus “convicciones y conveniencias”, como unos gustos más tolerantes (probablemente por las circunstancias del contexto socio-histórico de abundancia), las prioridades de los padres en su lucha cotidiana por alimentar a los hijos, las percepciones y creencias en torno a la salud y la belleza. Y todo un cúmulo de factores intrínsecos que revelan cierta capacidad de agencia de los sujetos para decidir sobre sus acciones. Por ello este experto cree que no se puede abordar este problema desde un único ángulo. En esta misma línea C. Díaz rechaza aportar un análisis de las responsabilidades que se le otorga a los agentes señalados hasta el momento por otros expertos y que estarían implicados en el fenómeno de la obesidad infantil/adolescente. Argumentando que el análisis no se puede centrar en un único agente:

Entrevistador: ¿de quién sería responsabilidad el aumento de consumo de comida rápida en este caso, de los niños, de los adolescentes, de los padres o del gobierno por dar tantas licencias para la apertura de este tipo de restaurantes?

C. Díaz: eso es una pregunta, malintencionada... no... no se puede decir que el tema de la obesidad como decíamos al principio es tan complejo, tiene factores tan diversos que si asumes la responsabilidad en un solo agente probablemente estás equivocándote en el análisis. El ejemplo no me parece del todo correcto para decir que estemos en peligro con la comida rápida me parece que es un ejemplo de lo que yo te acabo de decir antes que eso se usa, se integra... pero que no desestructura el resto de la alimentación. A ver, los jóvenes españoles no están engordando por las veces que van al McDonald's esa no es la explicación, la explicación puede estar en otro sitio.

(C. Díaz, catedrática en sociología, 2017)

Esta experta parece entender que se quiere centrar el análisis en un “único agente”, lo cual nos hace redirigir el foco de este análisis sobre las percepciones y concepciones sobre el cuerpo, la belleza y la salud. Pues como indica J. Contreras: “(...) otras personas ven que la belleza puede ir por otro lado, que el bienestar pasa por otro lado o lo que sea, es decir hay una diversidad de factores por un lado y esa diversidad de factores que afecta también a lo que dicen determinados perfiles de población, personas o lo que sea, (...)”. Con el objetivo de profundizar en una de las cuestiones más trascendentales de este problema, como es la estigmatización que sufre el niño/adolescente obeso, las formas implícitas de violencia simbólica que suponen las categorizaciones expertas del cuerpo y los efectos de los discursos predominantes.

HABLAN LOS PADRES Y LOS ABUELOS

Las prácticas alimenticias no se establecen únicamente a partir de categorizaciones y representaciones científicas de la alimentación y la salud, sino que los conocimientos médico-nutricionales se acomodan a la jerarquía de valores, identidades, simbolismos, significados y gustos, que forman parte del juego de relaciones sociales y la cotidianeidad de los sujetos. A lo que habría que añadir los constreñimientos de un contexto socio-histórico cargado de informaciones contradictorias, abundancia de alimentos así como las limitaciones prácticas.

En este sentido, entendemos que para explicar el problema de la obesidad infantil/adolescente, se debe tener en cuenta las adaptaciones que las personas realizan en un campo social alimentario en continua transformación. Por ello, queremos centrar esta última parte del análisis en el estudio de las racionalidades alimenticias de cada sujeto y grupo social, prestando especial atención a los mundos locales y la constelación de procesos subjetivos que modulan las formas de hacer y pensar frente a la alimentación y el cuerpo. Partiendo del marco analítico que no ofrecen Hacking, Foucault y Bourdieu, vamos a examinar cómo la exposición de los sujetos a las ideas y preceptos expertos, no solo repercute de una manera restrictiva o negativa, sino que también van a producir ciertas resistencias y adaptaciones en base a estos significados, simbolismos, gustos e identidades.

Como ya se adelantó en nuestro marco teórico, para agrupar de forma efectiva el gran abanico de respuestas registradas, se analizarán en base a tres dinámicas representadas por tres *habitus alimentarios*, que repasamos brevemente:

- a) En primer lugar vamos a encontrar el *habitus alimentario posmoderno*, un esquema que refleja adaptaciones flexibles de la norma médico-nutricional, a la cotidianeidad de los sujetos, pasados por el matiz de los esquemas previos y las limitaciones materiales de cada contexto. Este sería el esquema en el que se encuentran todos los participantes de nuestro estudio, sin embargo, conviene explorar los extremos hacia los que se decantan sus esquemas de pensamiento y acción, si se pretende establecer estrategias efectivas.
- b) El siguiente por orden de importancia es el *habitus alimentario legítimo*, un esquema que refleja una apropiación y aplicación taxativa de los consejos médico-nutricionales, ajustando gustos y prácticas a una especie de vida asceta caracterizada por el autocontrol y el rechazo a los placeres culinarios.
- c) En último lugar, nos vamos a encontrar con un *habitus alimentario tradicional*, cuya esencia se puede rastrear en aquellas formas de afrontar la alimentación basándose en las propias experiencias y vinculada simbólicamente a la autenticidad/pureza de un modo tradicional de vida. Aunque este esquema no se presenta de forma pura en ningún participante, conviene estudiarlo como el referente de un modo de vida idealizado por la norma médica, que no implica necesariamente una asunción de los preceptos médicos sobre la salud y el cuerpo. Y que en su versión cercana al polo moderno/legítimo comprende formas de resistencia a los modernos procesos de industrialización.

5.3. CONSTRICCIONES SOCIOCULTURALES

Con el objetivo de solucionar el problema de la obesidad infantil/adolescente, los expertos del ámbito biomédico entrevistados señalaban la necesidad de un cambio en los estilos de vida y los hábitos alimenticios de los niños/adolescentes, así como de su entorno familiar. Defendiendo explícitamente la *medicalización* de las prácticas alimenticias y la cotidianeidad de los sujetos como

el método más efectivo, por su potencial efecto moralizador. Sin embargo, este marco ha demostrado ciertas limitaciones, en primer lugar, porque no ahonda lo suficiente en las constricciones de un sistema socioeconómico que ha complejizado la tarea de alimentar a los hijos, entrando a formar parte del juego exigencias de tiempo y dinero. En segundo lugar, porque las categorías expertas tienen diferentes efectos sobre la vida cotidiana y los legos de los sujetos. Y en tercer lugar, porque los conocimientos nutricionales expertos han pasado a formar parte de las jerarquías culturales con las que los sujetos se interrelacionan.

Para dar respuesta a estas demandas, en los siguientes párrafos vamos a analizar la conexión entre aspectos estructurales y socioculturales que ordenan la cotidianeidad de los grupos sociales analizados.

5.3.1. Las comidas familiares

La práctica de comer en familia es defendida de forma unánime, desde los discursos expertos y profanos, como una práctica saludable y ejemplar. Sin embargo, la forma en que se explican los cambios que han propiciado la pérdida paulatina de estas modélicas formas de vida difieren en su esencia, pues mientras que los expertos del ámbito biomédico reclaman que la recuperación de la alimentación doméstica requiere del restablecimiento de cierto orden moral: “(...) habitualmente oímos que no se tiene tiempo para cocinar pero se tiene tiempo para ver 2 horas y 20 minutos que dura “MasterChef” y es curioso, no tienes tiempo para cocinar y sí para ver casi 3 horas de programa... así que sí, la escala de valores ha cambiado, sí.(...) (J. Revenga, 2018). Para los expertos del ámbito sociocultural las comidas familiares estarían influidas por ciertas constricciones estructurales que limitan el margen de maniobra de los sujetos:

C. Díaz: (...) en España tenemos un horario raro para comer, raro y que no existe en el resto de Europa, ya sabes que hay un debate sobre si debemos cambiarlo o no debemos cambiarlo... el horario que tenemos está pivotado entre las dos comidas principales, es decir, es un horario pesado para comer, curiosamente, eso significa también que tenemos un trabajo dividido en dos jornadas de mañana y tarde, cosa que no tienen en el resto de Europa,

(C. Díaz, catedrática en sociología, 2017)

Así, vemos que los horarios de las comidas están pensados para ajustarse a la jornada laboral, en lugar de favorecer las costumbres familiares. Complicando la posibilidad de complacer las exigencias de expertos, matriz social y las ideas propias, en cuanto a la idealizada forma de organización familiar tradicional:

Moderador: ¿Se han perdido esas recetas?

Madre 3: claro, no hay tiempo para estar en la cocina toda la mañana, tienes que ir a llevar y recoger los críos del colegio y tienes que hacer los "mandaos" (recados), y tienes que ir al gimnasio (se ríe). Había por ahí un wasap en plan sarcástico que, algo así como que decía que las mujeres de hoy en día tienen que hacer la comida, llevar a los niños al colegio, recogerlos, darles la comida, trabajar fuera de casa, llevar por la tarde los críos al baile o a hacer gimnasia; es bastante difícil hacer de cocinar igual que las antiguas porque llevamos una carga mucho mayor.

Madre 1: eso si es verdad.

Madre 5: vas con la sogá al cuello todo el día.

(Grupo padres Las Claras, 2018)

Las constricciones ambientales ejercen una presión importante sobre las madres que se posicionan en torno a los esquemas familiares modernos o

tradicionales, llevando el discurso al espacio simbólico en el que entran en juego esquemas de distinción entre la buena madre o mala madre:

Moderador: ¿Los demás también comen en familia?

Madre 2: sí yo siempre tengo un plato para cuando los críos vienen del colegio como siempre se ha hecho, y los fines de semana si no nos juntamos en casa con mi hermana, nos vamos fuera, a veces por algún bautizo, alguna comunión, sea por una cosa o por otra casi siempre comemos juntos,

Madre 3: yo es que dejo a los niños en el comedor escolar porque trabajo y salgo a las tres, me he pedido trabajar en la consultas externas porque me ayuda a organizarme porque aunque salgo a las tres por lo menos paso los recojo y ya los tengo por la tarde y hacemos cosas, pero en la cena sí que cenamos en familia con su padre y eso,

Madre 4: yo igual, trabajo toda la semana y entonces mi hijo se queda en el comedor, ahora está en un campamento aquí cerca y allí les dan todo, desayuno, comida, cena y merienda. Pero por lo menos me queda el consuelo de que comen muy sano porque está controlado por la nutricionista, y por lo menos allí come de todo, porque en casa de lo que yo le hago no prueba bocado, aunque le haga una tortilla o unas nuggets, es que no come casi nada, y yo no sé qué hacer, por eso he venido a esta charla a ver si hay alguna idea,

(Grupo padres Carrión, 2018)

Aunque en estas narraciones vemos diferentes formas de organización familiar moduladas por factores como el tiempo, el tipo de trabajo o las posibilidades del entorno social. En el fondo no son simples contingencias que condicionan las circunstancias sociales de cada personaje. Sino que observamos que se atienen a esquemas de pensamiento finamente trazados que ordenan los ajustes que realizan estas madres en torno al arquetipo de la comida familiar y de

buena madre entregada a su familia. Así, en unos casos las madres presumen de tener siempre un plato de comida encima de la mesa cuando sus hijos regresan del colegio, cumpliendo con las recomendaciones expertas y a su vez con el oficio de la buena madre *del habitus alimentario tradicional*. En este punto nos surge la duda sobre si esta actitud representa un *habitus tradicional* o *legítimo*, debido a ciertas coincidencias. Puesto que en otros casos estos modos de vida son secundados también por madres que adoptan la norma médico-nutricional de forma taxativa, exponiendo todo un “arte de vivir legítimo”:

Entrevistador: bajo su punto de vista, ¿qué influencia tienen las jornadas laborales en la alimentación familiar y por defecto en los niños?

Victoria: En nuestro caso, yo no trabajo porque considero que cuidar de mis hijos, que coman sano y tener tiempo para educarlos es la mejor inversión que se puede hacer en la vida. Se puede prescindir de otras cosas, pero para estar todo el día trabajando y llegar cansada y hacerles unas salchichas Frankfurt y mandarlos a la cama o a ver la tele porque te duele la cabeza de no dormir, prefiero tener menos cosas y desayunar con mis hijos todas las mañanas sin el estrés del horario y las prisas por no llegar. A medio día soy yo la que les da la comida con tiempo para que no nos estremos a la hora de llevarlos a colegio o a otras actividades como gimnasia, piscina. Yo soy yo la que elijo lo que les doy (...)

(Victoria 37 años, madre de dos hijos no obesos, 2018))

En los discursos analizados vamos a observar que la diferencia entre la concepción de la vida familiar tradicional y legítima es sutil. En el caso del *habitus tradicional* se puede rastrear en la forma en que la madre 2 resalta su sacrificio por dar continuidad a las prácticas alimenticias tradicionales: “(...) sí yo siempre tengo un plato para cuando los críos vienen del colegio como siempre se ha hecho, (...)”

(Madre 2, Carrión). Desde el ángulo de Victoria, su *habitus alimentario legítimo* revela como principios regidores de las prácticas alimenticias familiares, los aspectos nutricionales y criterios saludables.

En otras circunstancias las trabas de los horarios laborales obligan a realizar diferentes ajustes que permiten a las madres acercarse lo máximo posible a la categoría de una buena madre y la práctica de la comida familiar, aunque se cumpla parcialmente su cometido. Este esquema representaría la ductilidad del *habitus alimentario posmoderno* cuya principal característica es la adaptabilidad de una personalidad líquida a los avatares de los contextos modernos: “(...) aunque salgo a las tres por lo menos paso los recojo y ya los tengo por la tarde y hacemos cosas, pero en la cena sí que cenamos en familia con su padre y eso, (...)” (Madre 3, Carrión). El tercer caso, la madre 4, representa una variante particular del *habitus alimentario posmoderno*, que también trata de ajustarse al criterio moral de la buena madre de la matriz social, justificando la asistencia de sus hijos a un comedor escolar, por las dificultades que en su casa encontraba para amoldar los gustos de los hijos a la norma médico-nutricional. Así, su labor como buena madre queda resuelta por la acertada decisión de delegar en los monitores del comedor una tarea que ella no consigue en casa: “(...). Pero por lo menos me queda el consuelo de que comen muy sano porque está controlado por la nutricionista, y por lo menos allí come de todo, porque en casa de lo que yo le hago no prueba bocado” (Madre 4, Carrión).

Esta percepción contrasta con el discurso del pediatra C. González en el que critica la forma en que los monitores de los comedores escolares fuerzan a los niños para que “coman de todo”, dando mal ejemplo por la relación traumática

con la alimentación que experimentan los niños y el atropello contra la dignidad que supone:

C. González: Monitores de comedor que se ponen en plan de: “no digas que no te gusta el pescado si no lo has probado”, tienes que comer al menos dos trozos”, “pues solo quiero este trozo y este”, “no has cogido los 2 trozos más pequeños y ahora te tienes que comer las zanahorias...”. (...) pero los más pequeños pues bueno, como no tienen derechos humanos se les ataca sin piedad, eso también es educación nutricional, es decir, con esa continua actitud está enseñando a los niños que esa es una manera correcta de comportarse, ¿es posible obligar a la gente a comer algo en contra de su voluntad?

(C. González, pediatra, 2017)

Sin entrar en debates sobre las estrategias que los monitores de comedor escolar puedan utilizar para dar de comer a los niños, la cuestión es que contrariamente a la percepción de C. González, en algunos casos la estrategia de los monitores se ensalza porque los padres entienden que ellos consiguen que los niños se ajusten a las exigencias de la norma médico-nutricional. Aunque también cabe la posibilidad de que sea una forma de justificar ante los juicios de las otras madres, una práctica que se lleva a cabo como una elección libremente decidida o parcialmente forzada por condicionantes externos, lo que parece problematizar las relaciones entre padres:

Moderador: ¿por qué?

Madre 2: pues porque hoy se valoran otras cosas, por ejemplo yo estoy de excedencia porque prefiero quedarme con mis hijos y criarlos yo, darles de comer cosas hechas en casa, ayudarles con las cosas del colegio, hacerle a mi hija de diez años los ejercicios que le mandó el fisio para que luego no tenga

problemas con sus pies valgos, llevarlos yo al colegio para hablar con su tutora y poder solucionar sus problemas,

Madre3: si, pero eso te lo puedes permitir si tienes dinero, porque si tienes una hipoteca no puedes dejar de trabajar,

Madre 2: pues no necesariamente, porque yo tengo hipoteca y mi marido gana un sueldo “normalico”, eso es una cuestión de prioridades porque yo vengo de una familia muy humilde, de, podríamos decir de pobreza, porque mi madre tenía que comprar el pan o pedirlo del día anterior para poder hacer unas sopas de ajo para que comiéramos todos. Entonces yo me conformo con menos, porque a mí no llena tener tres televisiones de plasma en mi casa, ¿Cuántas teles tienes en tu casa? (se quedan todos en silencio). Entonces, si tú sacas cuentas de lo que te tienes que gastar en guardería, que son 300 euros multiplicado por tres que tengo yo, más comprar comidas congeladas que al final son más caras o a lo mejor tienes que dejarlos en el comedor escolar que son cinco euros el menú y al mes se te va también una pasta, porque yo con cinco euros pongo comida para los cinco que somos en casa. Y luego no me digas la calidad de vida que llevan tus hijos de recogerlos a su hora, de comer a su hora, de controlar lo que les pasa en el colegio, no es lo mismo.

(Grupo padres Carrión, 2018)

Aunque profundizaremos más adelante en las prioridades de cada familia a la hora de alimentar a los hijos, de esta discusión queremos resaltar cómo los debates sobre las prácticas alimenticias se componen de juicios en los que se cuestiona la voluntad y la moral de los sujetos por anteponer las cuestiones económicas y/o personales a la alimentación saludable de los hijos. Poniendo en este caso al esquema de la buena madre tradicional como ejemplo de un estilo de vida ideal, propio del sujeto apolíneo descrito por los expertos del ámbito

biomédico. En este sentido el estilo de vida tradicional representa el sacrificio que supone renunciar a la posibilidad de ganar más dinero con un trabajo remunerado, a cambio del bienestar de los hijos y una crianza al estilo tradicional.

Así, los juicios sobre la buena madre se traslada a un juego de prioridades y de integridad moral, más que a un acumulo de *capitales alimentarios* o discursos sobre la verdad nutricional. Sobre este asunto el caso del chef Alfonso se posiciona en contra de que elaborar comidas sanas a la vez que económicas sea una tarea difícil de conseguir hoy en día:

Entrevistador: sé que ha realizado algunos talleres de cocina con escolares, ¿considera que los niños poseen suficientes conocimientos acerca de la alimentación?

Alfonso: pues mira, cuando he ido a colegios es verdad que los niños sabían muchas cosas sobre la clasificación de los alimentos, su propiedades y todo eso, pero es como si no supieran lo que de verdad deben de saber, me explico, a lo mejor es que los consejos de los expertos no son los que deberían ser, la comida se experimenta, se siente y de eso creo que saben muy poco, por ejemplo tú puedes cocinar en casa algo con ellos muy rápido y saludable, si tú compras merluza fresca, que la merluza chilena por ejemplo está muy bien de precio, sobre 9 o 10 euros y es fresca, no tienes por qué comprarla congelada, pues si coges esa merluza, un tomate, una zanahoria, una cebolla, tres ajos cortados, agua un chorro de aceite y perejil, eso lo hierves un poco, no mucho, eso se llama un caldo corto, coges eso en 15 minutos lo tienes y antes de que se termine coges una rodaja de esa merluza y la dejas caer ahí 3 minutos, solo 3 minutos, que es el tiempo ideal para que se haga correctamente, yo cojo a esa merluza y le echo 2 bolsas de manzanilla, y lo aromatizo con ella, un chorro de aceite de oliva y ahí tienes un trozo de merluza y unas verduras en 15 minutos hecha, tienes un plato

de lo más saludable, ese plato lo tengo yo en carta ahora mismo, yo pongo un tronco de merluza sin piel, sin espinas, limpio, limpio, es más, como te sobre siempre caldo reservas ese caldo para el día siguiente y tienes una espléndida sopa, así que mira si puedes economizar dinero en comida dentro del hogar y comer a la vez saludable, con dos comidas en una. (...)cuando nos dirigimos a comida para niños, es que los guisantes tengan un color verde bonito y atractivo a los ojos, a los niños les gustan las cosas bonitas, el sentido de la vista es lo primero que empieza a funcionar, seguimos con la nariz, el olfato que si percibe algo sabroso te hace comenzar a salivar solo con verlo y olerlo y para colmo logras que esté bueno o integre por ejemplo un crujiente de pan frito que tú cuando te lo echas a la boca hace “¡crass! ¡crass!” y tu oído percibe ostras qué sensación total, yo mis manos son mi sentido para todo, lo palpo todo, el punto del pescado, todo, son mis ojos en la cocina que me guían a hacer un plato que disfrute el comensal, no concibo esa gente que se pone guantes para cocinar, yo soy cocinero y antes de cocinar me lavo muy, pero que muy bien las manos, no soy perfecto, pero intento perfeccionar mis platos tanto como puedo sin un plástico que medie entre nosotros,

(Alfonso, chef, 2017)

Alfonso se erige como proveedor del buen gusto por la forma en que denuncia que los niños “no saben lo que tienen que saber” en cuanto a alimentación. Además cuestiona que la falta de tiempo o poder adquisitivo sean impedimentos para elaborar una comida casera y de buen gusto que resulte atractiva para los niños. En los grupos de discusión de padres se han recogido percepciones parecidas, es decir, los guisos tradicionales se perciben como una alimentación fácil, económica y de calidad. Y no es de extrañar, puesto que los guisos que se categorizan como tradicionales son el legado cultural de las recetas

tradicionales de los jornaleros. Adaptados a los productos que se disponían en el entorno, a menudo sin carne y en general caracterizados por las carencias de otras épocas (González, 1995). Lo que paradójicamente se han convertido en la comida de referencia de los grupos sociales con mayor nivel sociocultural y económico, que además buscan consumir productos ecológicos que añadan autenticidad a esos guisos:

Madre 2: ...también que la que llega, o la que llegamos con todas esas cosas y no nos paramos a pensar sale más barato un potaje de acelgas con garbanzos, un cocido, unas lentejas, todo eso vale menos dinero, no es por la economía... No creo que gaste más dinero, yo creo que ahorra más dinero la mujer que... Yo no creo que tenga que ver con la calidad, yo creo que cuanto más pobre eres más sano se puede comer. Porque los... con patatas son los productos más sanos y económicos que hay.

Padre 8: ... bueno un kilo de patatas a un euro veinte, un porcentaje muy inferior, en Madrid un Kilo de patatas te cuesta la friolera de 4, 50, luego una familia que no tenga dinero no puede comprar ni siquiera patatas, porque esto es así, pueden permitir, mi hermano ha estado viviendo en Mallorca y tener que comprar los limones..., yo los limones los cojo de la huerta...

Madre 5: no te cuento los pimientos de 400 gramos que me he dejado yo en el horno, de esos ecológicos. Que vas tú al mercado ecológico de los sábados de Orihuela y hay de todo, pero claro, es que vale una pasta. Pero la verdad es que está todo buenísimo, yo voy porque me gustan los garbanzos y unas alubias que trae un hombre que cría en su huerta.

(Grupo padres pilotaje, 2017)

Curiosamente, algunos padres contradicen la extendida percepción de que los guisos tradicionales son saludables y esto es confirmando con la aportación la

madre 5 que entiende que lo tradicional es más caro porque lo vincula a los productos ecológicos que ella compra, lo que además parece darle cierta distinción dentro del grupo por la forma en que los productos ecológicos que adquiere le permiten acercarse a la ruralidad perdida y a la categorización de buena madre tradicional.

5.3.2. El ambiente obesogénico

Otra cuestión a debate es la forma en que el estilo de vida tradicional sano se ve amenazado por un *ambiente obesogénico* que propicia ciertos desequilibrios energéticos con la complicidad de las personas implicadas. En este sentido existen prácticas reprochadas por los expertos en medicina, como por ejemplo C. Casabona: “(...) y bueno, el sábado y domingo empieza el festival de la caloría barata, viernes tarde pizza por ahí, el sábado salimos por ahí y pedimos papas bravas, el sábado y domingo con los padres al McDonalds (...)”, por la transgresión de la norma saludable que supone. Sin embargo, podemos observar que para algunos grupos sociales el salir a comer fuera, aunque sea a restaurante de comida rápida, adquiere un valor simbólico de distinción:

Moderador: ¿Salen a comer fuera de casa?

Alba: yo sí salimos los sábados por la noche.

Moderador: ¿Dónde van?

Alba: pos depende, los llevo al burger o los llevo a donde hacen las pizzas.

Según lo que se tercié. Yo sé que eso no es pa todos los días pero por un día que se salga no pasa na, así también descansa la máma un poco. Además, mi Ricardo es el único día que me come bien, que se lo come to, yo sé que no es comida buena, pero es que he intentado hacer lo mismo y no me sale igual, me dicen: “esto no echa el mismo gusto” y yo le echo el “kechu” y “to” eso que le echan ellos pero es que no se lo comen, no les gusta.

(Grupo padres Centro Cívico, 2018)

De este relato se pueden obtener diferentes conclusiones. Por un lado vemos que, coincidiendo con otros estudios como el de Martín y Moreno (2005), el salir a comer fuera de casa supone una liberación de la madre de las obligaciones domésticas. Y, por otro lado, esta práctica parece revelar un *habitus* de clase que estructura los gustos y las prácticas, cuya función es acercar a esta familia a los gustos de otros grupos sociales mejor posicionados, como se describe en el estudio de de Morais, Gittelsohn, Unsain, Roble y Scagliusi (2016). No obstante, los avances tecnológicos y la globalización han permitido a las personas moverse por diferentes campos reduciéndose las diferencias sociales que limitaban el acceso a comer fuera de casa a familias con mayor capital económico.

En relación a esto, C. Díaz planteaba que el *capital cultural alimentario* que poseemos en España podría tener la capacidad de protegernos frente a las influencias externas, principalmente, por la emancipación tardía de los hijos: “(...) Yo tengo la sensación de que esa emancipación tardía, lo que hace es que los saberes alimentarios se trasladan al nuevo hogar pero no hay unas prácticas totalmente diferentes de las del hogar de origen, (...)” (C. Díaz, Catedrática en sociología). En relación con esta reflexión, vemos que algunas participantes sienten el orgullo de confirmar que nuestros productos alimenticios y nuestras recetas, tienen la capacidad de cautivar a cualquier persona, por muy aferrado que se muestre a su *habitus* y su *capital alimentario*:

Madre 5 : bueno, referente a lo americano, yo tengo uno en mi casa y llevo unos cuantos años con él que ese no desayuna, come y cena paella porque no puede, del jamón serrano no falta allí, que yo ya tengo una “hartura”... me dice yo no soy delicado... me gusta el jamón, y es norteamericano y de los que cuando vino aquí comía hamburguesas y demás y yo pensaba “uff...

este se muere en dos días” y venga comer de esto y de lo otro... y son 20 años los que lleva aquí pero está encantado, la pata de jamón, la paella y las lentejas que no falten, y me dice “pero es que esto está riquísimo, con chorizo, y no sé qué...”,

(Grupo padres Mar Menor 2018)

La otra cara es mostrada por aquellos padres que sienten cierta frustración por el sacrificio que realizan para alimentar a sus hijos de forma saludable en casa, tratando de ajustar los gustos de los hijos a las recetas y las prácticas saludables. Un esfuerzo que se ve malogrado por las tentaciones ambientales, entre las que se encuentran ciertos esquemas subjetivos en los que interviene la forma de relacionarse en sociedad. A lo que hay que añadir ciertas condiciones materiales propiciadas por la industria alimentaria y el ocio sedentario:

Madre 2: yo quiero decir algo.

Moderador: adelante.

Madre 2: si, eso está muy bien, en casa no le compras ningún “caprichico” y les tienes el frigorífico lleno de bajocas y lechugas, pero algún día se irán al Dos Mares (centro comercial) con los amigos. ¿O no le vas a dejar ir al cine con los amigos? ¿Lo vas a tener encerrado toda la vida? Y entonces se van a comprar lo que les apetezca, se van a comprar un menú “Bigmac” de esos porque no le vas a dar 100 euros para cenar en un vegetariano a un adolescente, le vas a dar 20 o 50, depende de tu economía y se van a comprar algún helado y se van a comprar una hamburguesa, algo barato, comida mala, para que les sobre dinero para el cine.

Madre 5: o para otro día, como que no lo he hecho yo cuando era joven (se ríe).

Madre 1: pues mira, yo no creo que tenga que encerrarlo para que no se coma una hamburguesa, lo que tienes que hacer es e-du-car-lo (lo dice en un

tono alto y deletreándolo). Yo tengo uno de 16 años y cuando sale con los amigos sé que puedo confiar en él porque cuando vuelve me dice: “mamá mis amigos se han comprado unas porciones de pizza de esas grasientas” Eh, porque mi hijo sabe comer y me dice: “yo me he comido un bocadillo de pechuga de pollo y una ensalada, y les digo que esa pizza está asquerosa, que si probaran la de mi madre con todo casero sabría lo que es bueno”. Igual que cuando mi hijo le dice a sus amigos que le gustan las lentejas o las habichuelas de su madre, porque mi hijo come de todo gracias a que su madre se molesta en ir a comprar comida fresca y se la hace. Ahora se hace todo fácil vas te compras unos botes de esos de potitos que eso sabe hasta mal y se los metes, que a saber qué llevará eso, si acaso lleva nada más que patata y luego los críos están todo “enratonaos”. Yo cuando tenía mis hijos pequeños iba anca la vecina que estaba criando los pollos “casericos” con amasijo y le hacía una “ollaca” de verduras y pollo que se caían de espaldas y eso sabía a gloria.

(Grupo padres Las Claras, 2018)

En este fragmento vemos cómo la discusión se eleva a un plano moral, observándose el enfrentamiento de dos *habitus alimentarios*. Por un lado una madre que parece querer justificar ciertos “caprichos” alimenticios de los niños, con el argumento de que no sirve de nada el esfuerzo de alimentar saludablemente a los hijos frente a las tentaciones que ofrece el *ambiente obesogénico* y la naturalización de que la comida basura se conciba como el vehículo de las relaciones sociales de los adolescentes. Lo que podría representar la flexibilidad de un *habitus alimentario posmoderno*. En oposición, encontramos una buena madre, la madre 1, que con un elocuente *habitus alimentario legítimo* se muestra capaz de amoldar los gustos filiales a los criterios saludables, como se observa cuando refiere que su hijo “sabe comer”. Consiguiendo así despertar en sus hijos un “gusto por lo sano”, que a

modo escudo parece protegerlos frente a las tentaciones de la comida basura e incluso a las presiones de los amigos.

Sin embargo, esta problemática no parece quedar zanjada ante la ofensa que supone acusar implícitamente de no saber educar: “(...), lo que tienes que hacer es e-du-car-lo (...)” (Madre 1, Grupo Las Claras, 2018). En respuesta se cuestiona el esfuerzo de transmisión de *capital alimentario legítimo*, tampoco sería suficiente en un ambiente en el que no parece haber nada que escape a toxicidad de la industrialización:

Madre 2: pues hija tú misma te estás contradiciendo.

Madre 1: ¿yo por qué?

Madre 2: si, porque yo también les hacía potitos caseros, pero de qué te sirve darles comida tan sana tan sana, si luego va cuando se hace grande y se come un bocadillo de pollo por ahí que a saber el pollo ese cómo será, será un pollo se esos blanquinosos que los crían con piensos en dos meses y con un pan de esos congelados que llevan un montón de aditivos para que se conserven. ¿Tú no sabes que esos panes llevan tantas porquerías que se conservan un montón de tiempo? ¿Sabes qué llevan?

(Grupo padres Las Claras, 2018)

Así, vemos que las madres juegan con las categorías y criterios saludables para posicionarse como una buena madre, revelando que los *habitus* más profundos se nutren de la construcción de ideas expertas sobre lo que se considera saludable y mostrando a su vez, paradójicamente, cierta resistencia a los discursos expertos sobre la responsabilidad paterna. En este sentido, las madres se defienden de la presión social a la que están sometidas señalando algunas de las luchas que

mantienen contra la abundancia de alimentos insanos e hiper-apetecibles que sus hijos les exigen:

Moderador: ¿quieres decir con que ahora hay más alimentos pocos saludables que hace años?

Josefa: hay más alimentos poco saludables y que los chiquillos te piden te piden y tú, ¿qué puedes hacer?, pues si tienes les das hasta que no tenga y ya pues ya está no hay más, pero que ellos ahora es que están “to” el santo el día con la tele y la consola que les han “comprao” “pa” la comunión y ¿qué les vas a hacer? Si hasta los príncipes juegan a la consola y luego mira a lo mejor pueden llevar un avión de esos como el príncipe de la Diana o (la interrumpen)

Milena: sí o ir a la luna en nave espacial (se ríen todas)

Josefa: tú no sabes “pa” donde va a tirar, ¿tú qué sabes?, envidiosa, (...)

(Grupo padres Centro Cívico, 2018)

Madre 4: En el Decathlon ahora te hacen ir por una fila llena de curvas que ni el Jarama (circuito de carreras) como borregos hasta la caja entre un montón de linternicas, barritas energéticas y bebidas isotónicas que me supone un suplicio atravesar ese pasillo para que los niños no toquen nada.

Madre 6: son estrategias de marketing. Es lo mismo que hacen en el Ikea, te llevan como borregos siguiendo una flecha por un camino en el cual tú ves toda la tienda y al final te terminas llevando algo porque ves tantas cosas que dices ¡Ay! Si me vendría bien estas perchas que tengo pocas.

(Grupo padres Las Claras, 2018)

Estas madre escenifican una lucha ya señalada por C. González: “(...) ¿Por qué se permite manipular la decisión, la mente de los niños y hacerles comprar cosas o hacer que pidan hasta la extenuación a sus padres que compren ciertas

cosas? (...)”. Así vemos el conflicto que supone batallar contra los condicionantes que rodean la cotidianidad de los hijos como la publicidad de productos alimentarios insanos hiper-apetecibles o el ocio sedentario. Pero nos llama especialmente la atención la forma en que esta madre compara las prácticas insanas de sus hijos, con las de otros niños pertenecientes a otra categoría, confirmando que, como apuntaba P. Bourdieu, una clase social aspira a los valores de otra a la que considera más legítima, exponiendo de nuevo que las prácticas alimenticias forman parte de un juego de distinción.

Como apuntaba el sociólogo francés: “ Una práctica inicialmente aristocrática puede ser abandonada por los aristócratas —y eso es lo que sucede las más de las veces— cuando empieza a ser adoptada por una fracción creciente de los burgueses y de los pequeños burgueses, (...)” (Bourdieu, 1997, p. 15). Lo que ya se ha visto que es la estrategia más utilizada en los anuncios publicitarios de comida insana como, por ejemplo, cuando se contratan personas categorizadas dentro de un grupo social de prestigio y éxito social (futbolistas, tenistas, cantantes). No obstante, a pesar de que estas formas de relación social se van complejizando debido a la rapidez con la que en el contexto social actual se va transformando y se mercantilizan las identidades y culturas. Observamos que sigue existiendo el mismo juego de inversiones de gustos y prácticas sociales de otras épocas, al que se le han añadido criterios saludables:

Madre 3: el otro día estaba yo hablando de eso, que no nos damos cuenta de lo americanizado que está todo, y que si nos comemos las hamburguesas y los perritos en vez de comernos nuestra tostada de pan con un buen chorro de aceite de oliva y tomate, o sea todo lo bueno nuestro nos lo llevamos para afuera y nosotros nos comemos todo lo americano, toda la hamburguesería y demás comida basura, que te ponen en los anuncios tan grande como tú

quieras, que si es XXL... o sea los tenemos como los vecinos de "Joé mira qué bien viven..." tienen mucha tecnología... y luego los ves en las series esas y los ves super graciosos, beben leche para comer, comen guisantes, zanahorias y luego resulta que por la mañana se desayunan una pizza. Sí que es verdad que allí ahora está funcionando todo lo contrario, se dan cuenta del problema que tenían y están cambiando bastante, está funcionando todo lo contrario, se está cogiendo otro concepto. Yo creo que el ser humano, casi como con todo, hasta que no llegan a un tope hasta que no llega al punto ese de "aquí o salto o me estrello", al final los americanos sí que tienen el concepto ese de vida saludable, pero lo malo es que en estas generaciones ya se está quedando como un poco encallado y ya va a ser difícil que se quiten todas esas cadenas de hamburgueserías...

Madre 4: de aquí hasta San Pedro del Pinatar ¡cuantísimos centros comerciales hay con comida rápida!, es que no paran de abrir uno detrás de otro, es una auténtica locura luchar contra eso, no podemos hacer nada,

Madre 2: sí, es que eso es como cuando antes íbamos de fiesta a Murcia y parábamos a comer en las Ventas, que tenían sus jamones chorreando encima de la cabeza y comías tus morcillas, tu morcón (...)

Madre 3: es que yo creo que esto ya no va a parar porque no paran de abrir, además del Burguer King y el Mc Donals van a abrir un KFC justo al lado, y enfrente esté el Dos Mares que también tiene dentro lo suyo... (se ríe)

(Grupo padres Mar Menor, 2018)

En esta discusión se pone de manifiesto que estas madres no solo son conscientes de las categorías alimenticias que se pueden encontrar en el campo social alimentario, lo americano es insano, lo "nuestro" sano. Sino que además se asocian a determinados procesos subjetivos como la pérdida paulatina de unas identidades culturales y valores que se han ido diluyendo en un contexto

globalizado e industrializado que ha propiciado el abandono de alimentos y costumbres tradicionales. Por otro lado, resulta llamativo cómo algunas madres parecen adoptar el papel de un crítico ajeno a la sociedad, recriminando que los sujetos no se dan cuenta de la manipulación a las que están sometidos hasta que se “estrellan”. Elevando así el discurso a una cuestión moral, en la línea de los expertos de corte biomédico entrevistados.

Así, aunque prevalecen los *habitus alimentarios* y valores que posicionan la buena alimentación como la tradicional, a la par se denuncian las presiones ambientales que orientan las prácticas hacia este nuevo paradigma alimentario. Paradójicamente, se reconoce esta inversión de prácticas de lo tradicional a lo moderno como una situación difícil de cambiar, debido a que estos nuevos modelos de vida y de alimentación parecen estar calando en los *habitus alimentarios* de las nuevas generaciones. En este sentido resulta interesante la aportación de la madre 2 que invita a reflexionar sobre cómo el consumo de comida basura en restaurantes de comida rápida fuera del hogar, constituye una forma de emancipación de los adolescentes. Un comportamiento similar al de otras épocas, cuando esta madre entablaba relaciones sociales con sus amigos en las tradicionales ventas de carretera.

Otra cuestión relacionada con las inversiones y cambios en los modos de alimentación, es la contradictoria situación de oferta/prohibición en la que se encuentra el comensal moderno:

Moderador: Hay otra pregunta que yo quería hacerles ¿Creen que los niños se alimentan de forma saludable actualmente?

Madre 1: yo pienso que hemos pasado a una alimentación totalmente distorsionada de la que se comía antes. O sea, yo una hamburguesa de McDonald's no la he comido jamás en mi vida. O sea, porque yo no he

tenido ese hábito, esa costumbre y además es que me da asco como, soy un poco aprensiva. Claro hoy en día es muy raro que un cumpleaños no se organice en un sitio y al final se termine comiendo ese tipo de cosas, y dices: “bueno un día es un día”, vamos al McDonald’s y lo celebramos allí, quiero decir que todas esas cuestiones que antes, como no las conocíamos tanto pues no lo hacíamos. Entonces conforme lo vamos conociendo pues vamos desaprendiendo lo bueno.

Madre 2: claro al final es según la oferta. Porque yo cuando era pequeña mi madre me mandaba al supermercado y me decía: “compra un cartón de huevos”. Y entonces tú llegabas a la tienda y veías ¡ay! Esta marca de galletas, esta marca de chocolate. Ahora tú vas a un supermercado y hay una invasión de chocolatinas, de patatas fritas...

Madre 3: Hoy en día es supernormal que ellos tengan chucherías. Yo en mi casa no tengo chucherías. Y hay mucha gente que me critica porque no tengo. Yo no tengo porque no consumo y no quiero que ellos consuman, porque no creo que eso sea muy sano. Ellos cuando van a cumpleaños y van al cine, pues hombre claro, pues vamos al cine. No sé, pobre de ellas si no les dejas en algún momento que coman algo de chucherías si les apetece, pero yo creo que al final como hay tantísima oferta y hay tantísima gente y todo está tan viciado, podríamos decir, frente a la alimentación, que dices tú es que es como si tuvieras que ir luchando contra todo y contra todos (...)

Madre 3: lo malo es que, bueno ayer estuve en una comunión y ¿Habéis visto que se han puesto de moda las mesas de chuches?

Madre 1: si la mesa de chuches.

(Grupo padres Mar Menor, 2018)

A pesar del avance de las nuevas tecnologías en las interrelaciones sociales de los niños y adolescentes (López y Rodríguez, 2014), nuestros participantes ponen de relieve que sigue teniendo especial relevancia aquellas que se establecen

en espacios físicos. En este caso vemos que se van naturalizando e incorporando determinadas costumbres alimenticias insanas a dichas relaciones, debido a que existen posibilidades que antes no existían como, por ejemplo, la extendida costumbre de poner una “mesa de chuches” en bodas, bautizos, comuniones y cumpleaños, entre otros eventos sociales. Lo que genera ciertas tensiones especialmente en aquellas madres más cercanas a un *habitus alimentario legítimo* por el contraste con los esquemas propios de alimentación: “(...). Yo en mi casa no tengo chucherías. Y hay mucha gente que me critica porque no tengo. Yo no tengo porque no consumo y no quiero que ellos consuman, porque no creo que eso sea muy sano (...)” (Madre 3 Mar Menor. De estas narraciones podemos extraer que el ambiente condiciona la capacidad de agencia de los sujetos, en mayor cuantía de la que se le parece otorgar desde instancias expertas y este, a su vez, posibilita tensiones entre las madres que se ven entre atrapadas en una espiral de “normas” nutricionales y reglas de socialización. El estilo de vida tradicional se posiciona como un referente de unas prácticas alimenticias saludables. Sin embargo, los constreñimientos ambientales de la sociedad moderna/reguladora actual ponen ciertos límites a un modo de alimentación que contradictoriamente implica un mayor índice de autonomía:

Madre 1: si lo hiciéramos todo casero como antes y no compráramos tantas marranadas quebrarían las empresas y no tendríamos más remedio que hacernos nuestra comida sin aditivos ni venenos de esos.

Madre 3: pues nos vamos todos al campo otra vez a secar los pimientos en el parral de la casa y a hacer matanza. Solo que nos va a faltar terreno para repartir entre los 46 millones de españoles.

Madre 4: me parece que ahora no está tan fácil hacer matanza, tienes que hacerle un montón de analíticas al cerdo y de historias. Mi padre que hacía matanza de cerdo como “antes” ahora lo lleva al matadero, lo cria él, porque

para que esté bueno lo tienes que cebar tú con cosas buenas, pero lo lleva a que se lo analicen y se lo maten.

Madre 3: ves al final hay que poner algún control sanitario porque hasta lo de antes puede ser malo, te pillas una bacteria de esas malas y te mueres, como le pasó al marido de una amiga, que terminó en la UVI que le estuvieron filtrando la sangre pero al final se murió.

(Grupo padres Las Claras, 2018)

La madre 1 propone un sacrificio colectivo para contraatacar la industrialización de la alimentación, por el riesgo de envenenamiento que supone para la salud los aditivos. Mientras que desde otras posiciones más ambiguas se legitima el control institucional y sanitario de los alimentos que se consumen, dado que prima el criterio de la salud frente a otros encuadres tradicionales más puros. Esta cosmovisión aparece también en los discursos de expertos, en los que la alimentación y la salud se presentan interconectadas mediante el criterio del tiempo:

Alfonso: (...) también es verdad que hay mucha alimentación muy deteriorada, no en lo referente a que esté en mal estado, no, me refiero a que tú por ejemplo coges un salmón y el salmón está alimentado en muy poco tiempo... coges una ternera y pierde muchísima agua al hacerla, es decir que la materia prima con la que se trabaja es muy importante, el proceso de alimentación de un salmón, de una ternera, de un pollo y muchos otros alimentos está en la actualidad muy adulterado con respecto a épocas anteriores, es un proceso acelerado no es un proceso natural entonces lo único que hacen es producir kilos para vender más, esto pasa por ejemplo con los tomates, hoy en día no hay un tomate bueno, ¿por qué? Pues porque el tipo de tomate que había anteriormente no es el de hoy, han ido a quitarse

de encima aquellas variedades que no son productivas, que no son rentables ¿me entiendes?,

(Alfonso, chef, 2017)

Así, al igual que el tiempo se convierte en un constreñimiento para la dedicación de la madre a la alimentación tradicional doméstica, también condiciona la forma en que se producen los alimentos. Estableciéndose ciertos paralelismos entre los alimentos que se produce rápido o despacio y los adulterados o naturales, que define un campo social alimentario fragmentado de la siguiente manera:

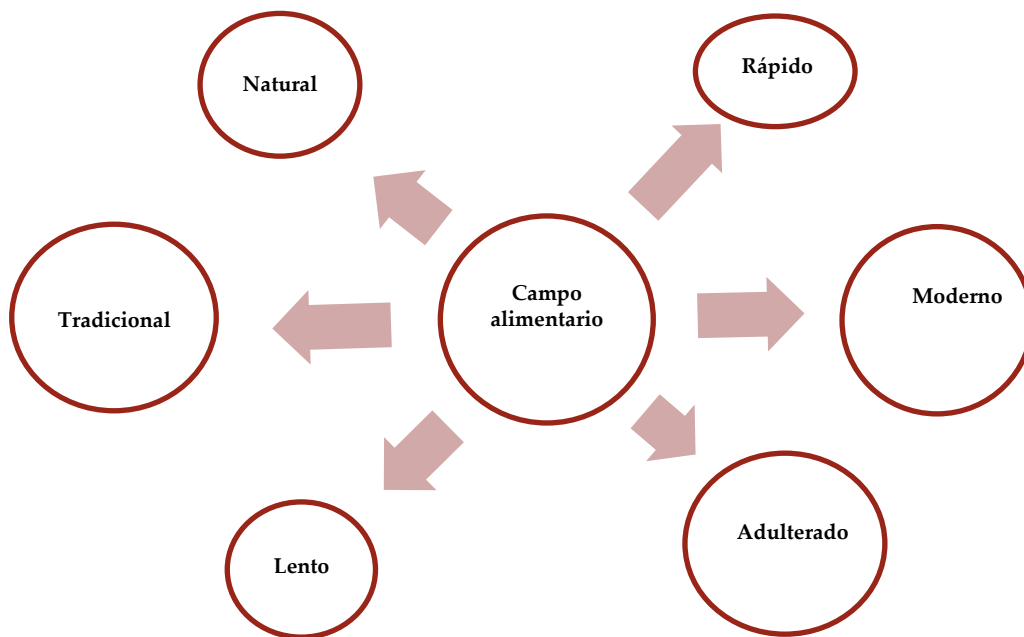


Figura 6. Campo social alimentario. Creación propia.

Esta discusión representa las tensiones que produce un modelo de vida tradicional idealizado por los discursos expertos y profanos, en un contexto social que dificulta llevarlo a la práctica. Así, más que una posibilidad factible, en los discursos de los padres el esquema tradicional representa un modo de resistencia a

un ambiente moderno industrializado que produce alimentos adulterados, despoja al sujeto de su identidad cultural alimentaria y limita la autogestión de los alimentos que se consumen. En otros grupos de discusión se revela de forma clara el enfoque de un *habitus alimentario posmoderno* que pone de relieve la capacidad de adaptación de los sujetos a las múltiples posibilidades del entorno:

Madre 2: la comida hecha en casa siempre será la mejor (todos asienten), aunque esté toda llena de pesticidas y no sea como la de antes (se ríen), pero yo sé lo que le echo a la olla, le pongo un pollo campero, le pongo la verdura que he elegido yo en el mercado de la calle, que a veces en los puestos tienen verduras que ellos mismos cultivan y eso se nota, yo voy a uno que conozco de aquí del Mirador que trae sus calabacines sus cebollas y sus patatas y la verdad es que se nota porque están buenísimas y unas patatas de esas de eso hombre las pones en la bandeja del horno y los críos se las comen que da gusto, porque están como boniatos, yo no sé si las han hecho el “monsalto” ese pero a mí me parecen muy buenas y saben muy bien,

Padre 6: hombre para que las judías y los tomates estén como antes te tienes que ir a un sitio de esos “perdío” de la mano de Dios y comerte una olla gitana con unas judías de esas pintas que son como las de toda la vida, yo me encontré un sitio de esos en Asturias, en un “pueblecico” que no había carretera asfaltada e ibas por el borde de un precipicio con un torrente de agua, y entonces allí nos pusieron una fabes de esas que hacen ellos que te caes de espaldas, pero claro nosotros le preguntamos: “¿Cuál es el secreto para hacer esto tan bueno?”, y la mujer nos dijo niño pues con cosas frescas, tienen que echarle las fabes frescas de aquí de mi huerta que las voy plantando yo todos los años. Claro la tía se recogía las habillas aquellas y se ve que unas las secaban y las dejaba para plantarlas al año siguiente.

(Grupo padres Carrión, 2018)

Así, ante el apocalíptico panorama de aquellos participantes que ven, si no imposible, muy difícil comer conforme a los criterios puros tradicionales. La madre 2 pone en valor la comida casera como un “último reducto” desde el que defenderse de los constreñimientos de un ambiente globalizado e industrializado y potencialmente tóxico. Erigiéndose como una estrategia que permite un cierto grado de autonomía, satisfacción del requerimiento de la entrega de la buena madre tradicional, al tiempo que consigue satisfacer el gusto por una alimentación tradicional. No obstante, la traslación histórica de los modos de vida tradicionales a los modernos, no son únicamente consecuencia de los avances tecnológicos, o de unas limitaciones sistémicas impuestas desde fuera. Sino que responden a un proceso de desarrollo sociocultural e histórico en el que las experiencias de escasez pudieron desvalorizar un modo de vida que requería sacrificio a la par que generaba incertidumbre y precariedad:

Madre 4: si, en la época de mis abuelos era raro ver alguna acelga por las motas de los caminos, lo tenían todo repelado, se comía mucha verdura. Mi abuela tenía cerdos, pero los criaba para después venderlos y pagar las púas (deudas) de la tienda, se tiraban todo el año llevándose de fiado y luego al final del año vendían el cerdo para pagar en la droguería, en la tienda y para tener algo por si tenía que pagar el médico. Hombre, alguna vez se comían el cerdo pero vamos que comían sobre todo cosa vegetal y cosas que criaban ellos, que eran mucho más sanas.

Madre 3: sí, comían mucha verdura pero porque no tenían más remedio, pero luego se morían de otras enfermedades por falta de vitaminas de la carne, anemias y cosas de esas. Yo no creo que se coma peor ahora que antes solo que se come demasiado, pero hay mejores opciones para comer mejor.

Madre 1: hombre si tú tienes cabeza para saber lo que tienes que comer y lo comes en su justa medida, pues sí que puedes comer mejor, pero hoy en día,

en general digo, se come peor porque se comen muchas más grasas animales y se comen muchos azúcares que están relacionados con el cáncer o la diabetes.

(Grupo padres Las Claras, 2018)

De nuevo se evidencia el enfrentamiento entre dos *habitus*, que hacen una lectura muy diferente de las constricciones ambientales que modulan las prácticas alimenticias. De este modo la madre 3, desde un impreciso enfoque cercano al polo legítimo, concibe la vida de los “abuelos” como un modelo alimenticio saludable, por el mayor porcentaje de alimentos legítimos consumidos (verduras principalmente), mientras que desde un enfoque posmoderno, se entiende que las opciones que propicia el contexto actual mejoran las condiciones de precariedad e inseguridad alimenticia vivida hace décadas, además de que la salud no estaba tan asegurada como en la actualidad. Sin embargo, a pesar de la actual posibilidad de comer mejor y la considerable mejora de la salud de la población moderna. Existen otros peligros denunciados especialmente desde los enfoques más partidarios de estilo de vida tradicional y que se deriva del excesivo proceso de industrialización de la alimentación y la desconexión de los sujetos con los alimentos que consume:

Madre 6: pues mira, se come peor, porque yo no concibo que una cría hoy en día no sepa ni qué es un huevo frito.

Moderador: ¿Qué quiere decir?

Madre 6: pues eso, que mi hija la apunté al comedor porque yo salía del hospital a las 3 y un día me dijo: “mamá la Carlota no sabe lo que es un huevo frito”. Y yo le dije ¿qué dices? “Si porque le han puesto un huevo frito con patatas y me ha dicho que si lo blanco se come y yo le he dicho: ¡pues claro! Y ella me ha dicho Ah ¿sí? Yo me pensaba que era de plástico”. O sea, hasta qué punto la comida de esa familia está tan, tan artificial que no

reconoce ni un huevo frito, ¿es que no le ha hecho su madre nunca un huevo frito? Yo no es que esté encerrada en la cocina todo el día como mi abuela que empezaba a las 6 de la mañana limpiando el mondongo (una parte del intestino o estómago del cerdo o la vaca utilizado en un guiso tradicional murciano parecido a los callos) y se tiraba toda la mañana liada en la cocina. Pero intento hacer las cosas.

Madre 5: sí, se pasaría toda la mañana haciendo la comida, pero eso a su fuego lento con todos sus arreglos ¿Cómo sabía luego? Eso sí que era comida.

Madre 6: y lo que disfrutaba ella luego viéndonos comérsola.
Se ríen todas.

(Grupo padres Las Claras, 2018)

De este modo se pone de relieve que los niños no solo no saben lo que comen, sino que la desconexión con el origen de los alimentos que se consumen y los avances tecnológicos, pondría también en peligro el valor del sacrificio que supone para la madre meterse en la cocina para elaborar recetas tradicionales y, por otro lado, estaría la problemática pérdida del buen gusto tradicional que identifica a los niños/adolescentes con su pasado y su entorno social. Así, el estilo de vida tradicional y la comida casera van de la mano, pero no se trata sólo de formas de afrontar la alimentación en función de las posibilidades del entorno en el que se vive, sino que forman parte de la dimensión valorativa del campo social alimentario. De este modo, la elaboración de comida tradicional sirve para jerarquizar la labor de la buena madre en función del tipo de alimentos que se cocine, la forma de cocinarlos, el lugar donde se compran, la satisfacción de los gustos familiares o el tiempo que se dedica a la cocina, entre otros parámetros:

Madre 6: también se llevan la ensalada esa que viene ya lavada y troceada para no perder tiempo, con lo poco que cuesta hacer trozos una lechuga y una zanahoria.

Madre 1: a mí me da asco solo de pensar en los pollos esos envasados llenos de conservantes, echan hasta peste, donde se ponga una comida casera. Es que sale hasta más barata, yo voy al mercado de la calle y con 50 euros me llevo comida para toda la semana y verdura fresca, y patatas de verdad, del terreno de temporada, no de esas del Mercadona que vienen de Francia que están blandas, que a saber el tiempo que tienen. Y tú con cuatro o cinco euros puedes poner una olla de verdura y carne que te quedas muerto que sabe mejor, les gusta más y es más sano. Ahora hay que echarle su tiempo.

Madre 3: pues yo compro bolsas de ensalada ya preparadas y están muy buenas y frescas, tampoco creo que sean tan malas las verduras congeladas, te facilitan hacer la comida un poco más rápido y como están ultracongeladas no han perdido las vitaminas y no pierdes el tiempo troceando.

Madre 1: sí, te comes una ensalada fresca ya troceadita con su lechuga sus canónigos y su salmonela, ¿no sabes que eso lleva salmonela?

Madre 3: pues no porque yo la lavo, aunque ponga que ya está lavada yo la lavo, luego seguro que salís por ahí a comer fuera y os ponen las alcachofas congeladas en el arroz y la lechuga sin lavar y no os fijáis tanto.

(Grupo padres Las Claras, 2018)

En este fragmento se expone una disputa en la que los esquemas tradicionales son utilizados por estas madres para posicionarse en la escala de la buena madre. De este modo, desde el prisma de un *habitus alimentario tradicional* la madre 1 quiere exhibir su sacrificio y buen gusto por la elección de alimentos poco procesados y libres de aditivos, además de desplegar un *capital alimentario tradicional* que permite elegir buenos productos autóctonos que dan el sabor

auténtico a los guisos tradicionales. Por otro lado, la madre 3 defiende el uso de alimentos pre-elaborados porque le ayudan a ahorrar tiempo sin renunciar a consumir alimentos que se siguen categorizando como saludables desde un esquema legítimo: “(...) como están ultra-congeladas no han perdido las vitaminas y no pierdes el tiempo troceando (...)”.

5.3.3. Malabarismos y desigualdades

5.3.3.1. Conciliación de la vida laboral y familiar

A pesar de que los estudios indican que el hombre participa cada vez más en las labores domésticas, se ha constatado que la incorporación de la mujer al mundo laboral ha complejizado la forma de alimentarse de las familias, teniendo que hacer auténticos juegos de malabares para compaginar cuidado de los hijos y trabajo, debido a que sigue siendo la que lleva el mayor peso del trabajo doméstico. Lo que en cierto modo supone un tipo de *violencia simbólica* por relegar a la mujer ciertos trabajos menos valorados en la sociedad, a través de una relación de dominación del hombre respecto a la mujer que se ha ido naturalizando en la cotidianidad de las familias. Esto se pone de manifiesto, por ejemplo, en el hecho de que los grupos de discusión que hemos organizado, han sido mayoritariamente compuestos por mujeres:

Moderador: Bueno, lo que más me llama la atención es que habéis venido solo mujeres y otra cosa que es muy de agradecer es que hay variedad respecto a las edades, porque veo que habéis venido jóvenes y mayores,

Josefa: ja ja, es que nosotras vamos a todos lados juntas,

Alba: a “to” esto los hombres “na” de “na”.

(Grupo padres Centro Cívico, 2018)

Salvo algunas excepciones muy forzadas por el investigador que se reducen a la asistencia de uno o dos hombres a un grupo de discusión y una entrevista posterior a uno de ellos. En este aspecto C. Díaz argumenta que esta evidente desigualdad entre el hombre y la mujer, paradójicamente, nos confiere una ventaja.

Entrevistador: Por ejemplo, y sobre la organización familiar, ¿Cree que eso puede influir en la obesidad infantil?, ¿cómo ha influido la incorporación de la mujer al mundo laboral?

Cecilia Díaz: Cuando nosotros hicimos la investigación sobre la alimentación global ya en el año 2000 una de las cosas que más nos sorprendió fue que hubiera una participación tan alta de mujeres dispuestas a hacer el trabajo del resto de la familia, precisamente porque algunas eran amas de casa, pero pocas..., la mayor parte eran mujeres que trabajaban fuera de casa y trabajaban dentro. En el caso español, yo creo que aunque utilice una expresión que nos salió precisamente de estos análisis, y es que nosotros comemos bien gracias a que somos una sociedad muy desigual, es probable que sea una barbaridad.

Entrevistador: deduzco que no desempeñan el mismo papel en la alimentación el hombre que la mujer en el hogar...

C. Díaz: no, no en absoluto no, no... los únicos grupos sociales que nosotros hemos visto que se integra a las tareas culinarias en una medida similar a las mujeres son la gente de tu edad, gente de un nivel educativo alto y que trabaja, que trabaja fuera de casa, o sea nivel universitario de más de 40 o en torno a 40 ese es el perfil de hombre que se integra, pero vamos no... es un sector pequeño, la comida sigue en manos de las mujeres. Hombre me dice un amigo que tenemos que considerar que en la casa hay que hacer muchas cosas y que el que cocina no limpia ¿no?... bueno, digamos que lo he mirado para ver si es verdad o no, porque con la encuesta del "uso del tiempo" se

puede saber si, cuánto tiempo dedican los hombres y las mujeres a las labores domésticas, y bueno no recuerdo ahora la cifra, pero no se compensa el tiempo dedicado de los hombres al hogar con el tiempo de las mujeres, no es igual ni mucho menos. Yo sigo pensando que nosotros comemos bien, es decir..., la pregunta hay que hacerla al revés ¿qué está cambiando?, pues ¿está cambiando el hogar por la incorporación de la mujer...? ¡No! ¿Cómo es posible que con la incorporación tan generalizada que ha habido de mujeres al trabajo externo remunerado sigan las mujeres ocupándose de que la familia coma bien? O sea lo sorprendente es eso, comemos bien porque somos desiguales, de momento (...)

(C. Díaz, catedrática en sociología, 2017)

Esta experta sugiere que las mujeres siguen ocupándose de la comida y las tareas del hogar en mayor medida que el hombre, aunque bajo su punto de vista esta desigualdad posibilita que sigamos comiendo bien. Lo que nos genera diferentes dudas: ¿se come bien a costa del sobre-esfuerzo de las mujeres que luchan por mantener unas prácticas alimenticias saludables, a pesar de tener menos tiempo? ¿Cómo repercuten los *habitus* de *género* implicados en la alimentación de los niños? Para comenzar, queremos examinar la perspectiva del único participante hombre que se encarga de manera exclusiva de las tareas domésticas y, por supuesto, de la alimentación de los hijos. Una situación que parece haber sido forzada por circunstancias laborales que le empujaron a asumir el papel que antes tenía asignado su mujer:

Entrevistador: (...) ¿Quién se encarga de tareas como el cocinado o la compra de los alimentos?

Paco: desde que me quedé parado soy yo el que se encarga de las tareas, soy yo el que va a la compra y el que hace la comida y el que recoge la mesa, el que limpia y tal, estoy hecho un buen marujo (se ríe).

Entrevistador: ¿Y su mujer participa? ¿En qué medida?

Paco: Mi mujer también hace cosas los fines de semana, cuando hacemos una limpieza más profunda, pero yo trato de que esté por lo menos la comida hecha, las cosas básicas limpias, las camas hechas y todo recogido, porque bastante tiene ella con trabajar. Ahora yo me lo tomo esto como un trabajo, que también es importante porque si haces bien la compra ahorras, si haces bien la colada ahorras y si no desperdicias mucha comida también ahorras.

Entrevistador: ¿Siempre ha sido así?

Paco: pues la verdad es que no, yo ayudaba bastante, limpiaba los sábados con ella, fregaba los exteriores, limpiaba los coches y llevaba el papeleo y eso, pero llevar los críos al colegio, traerlos, llevarlos al médico, hacer la comida y eso se encargaba mi mujer. También es verdad que ella se había pedido una reducción de jornada para tener más tiempo y yo como ganaba bastante pues teníamos una mujer que venía una vez por semana. Entonces es lo que te digo, entre que no tienes mujer que te limpie, que mi mujer no tiene la reducción y tal, si sumas eso te sale un sueldo. Entonces hemos dicho de que mientras que me quede paro y no me salga un buen trabajo, pues me quedo yo en la casa a ver cómo nos va y tal.

Entrevistador: por lo que he podido comprobar lo habitual es que la mujer se encargue de las tareas del hogar, incluso si ésta trabaja a costa de dejar seleccionar lo básico que se quiere mantener limpio, hacer la comida, etcétera. A veces en esta selección se precisa de recursos que agilicen la preparación de la comida usando alimentos precocinados. ¿Cómo vive usted su día a día? ¿Le da tiempo a cocinar comida tradicional?

Paco: la verdad es que yo he aprendido a valorar el trabajo de la casa, porque es más duro de lo que yo pensaba, porque te carga psicológicamente y físicamente. Para mí al principio fue muy estresante porque se me pasaban las cosas, hasta un día que se me olvidó recoger al crío que venía de una

excursión, me llamaron y me quedé helado, entonces reaccioné y me di cuenta de que tenía que organizarme mejor y tal. Desde ese momento me puse un calendario en la cocina y me iba anotando a qué hora salía cada uno de las clases y de las extraescolares, las citas del médico, las cosas que les tenía que comprar para el colegio, que ahora cuando empiezan te van pidiendo un montón de cosas las tutoras, que si un paquete de folios, que si el libro tal, que si la circular de las extraescolares, que si la ropa para hacer gimnasia. Sí que es verdad que hay muchos adelantos y mucha tecnología, te compras una rumba que te aspira la casa sola y tienes lavadora, secadora, microondas y tal, así te pueden organizar, y salir en bici un par veces hacer deporte, no sé.

(Paco 43 años, padre de hijo obeso, 2018)

La figura del “amo de casa” es poco frecuente, por ello, contar con el testimonio de Paco nos da la oportunidad de examinar las ideas y cuestiones prácticas que giran en torno a la división sexual de las tareas del hogar desde otras miradas menos habituales en los estudios cualitativos. La primera cuestión a destacar es la forma en que este padre reconoce la importancia del trabajo doméstico, equiparándolo casi al trabajo de un economista, únicamente tras vivirlo en primera persona. Mientras que antes de su actual situación laboral la mujer se encargaba de las tareas del hogar y el cuidado de los hijos, adaptando su trabajo y su tiempo a una obligación que parece ser interiorizada y naturalizada. Lo que pone de relieve el tipo de *violencia simbólica* que supone la devaluación implícita del trabajo doméstico que, a pesar de ser regulada como profesión desde el año 2014 en el RD 1620/2011 de 14 de noviembre. A nivel ideológico y social sigue sin ser socialmente reconocida, como se desprende por el lenguaje empleado: “(...) estoy hecho un buen “marujo” (...) (Paco 43 años, 2018). Lo que pone de

manifiesto que las reglamentaciones y normas no cambian a la misma velocidad que las ideas, las categorías de personas/cosas y *habitus* familiares.

El empleo del término “marujo” en su trasfondo revela la categorización de la mujer como una persona “chismosa”, es decir, una categoría de persona reprochable aficionada a contar secretos o murmurar cosas de otras personas. Lo que en realidad refleja el menosprecio a una labor femenina que ha servido durante siglos de enlace en las relaciones familiares y sociales, a través de la incorporación de un *habitus femenino* (Bourdieu y Passeron, 2010). Esta asignación histórica de la mujer ha sido especialmente decisiva en otras épocas para la transmisión oral del *capital cultural alimentario*, como se observa en los trabajos de Racionero (2010), Martín y Moreno (2005, p. 139) o I. González (1995), en los que se ha mostrado la importancia del papel de la mujer en la transmisión de las normas y valores que operan decisivamente en las racionalidades alimenticias de los niños y sus familias.

En este sentido, vemos que las madres son el principal vehículo de transmisión de *habitus alimentarios* a los hijos, debido a su papel de cuidadora principal y como eslabón entre intergeneracional:

Moderador: ¿de dónde soléis obtener la información acerca de la alimentación?

Alumna 4: en mi casa se van pasando las recetas de las comidas de abuelas a madres y así,

Alumno 8: pues en mi casa mi abuela se inventa algunos platos y mi madre la intenta imitar en casa,

Alumno 5: yo tengo la información de la familia, mi tía le pasa recetas a mi madre,

(Grupo discusión 4º A Primaria, 9-10 años, 2017)

La respuesta de un alumno de 10-11 años constata que el paso de la madre por la consulta de un experto en nutrición condiciona la alimentación de toda la familia.

Moderador: ¿y en qué creéis que piensa la madre cuando cocina, en la salud o en que esté bueno?

Alumno 8: yo creo que en la salud, porque mi madre se ha puesto a dieta y todos comemos lo mismo que se hace para ella, (...)

(Grupo 5º B Primaria, 10-11 años, 2017)

Además también se expone en los grupos de discusión de adultos, que la mujer es una pieza importante en la resistencia frente a la pérdida de recetas tradicionales:

Moderador: por allí quieren decir algo.

Madre 6: yo sí que tengo todas las recetas de mi abuela y de mi madre apuntadas en una libreta a mano, que no veas lo que me costó conseguir descifrarlas, porque ella lo hacía todo a “ojo de buen cubero”, me decía de ese “vasico” dos “dedicos”, una pizca de sal, y claro, los “dedicos” de ese “vasico”, no de otro. Yo tuve que hacer mis propias medidas y cuando cocino algo no estoy con la olla destapada dándole vueltas tres horas, lo meto en la exprés y se hace en media hora, porque tengo que hacer muchas cosas. Pero sí que quise conservarlas porque no quería que se perdieran, no quería que se perdieran esos dulces que hacía mi abuela.

(Grupo padres Las Claras, 2018)

Finalmente, otra cuestión que queremos resaltar del anterior relato de Paco es la forma en que representa un *habitus alimentario posmoderno*, por la utilización de los nuevos “adelantos” tecnológicos que le permiten sacar tiempo para sí mismo: “(...) Sí que es verdad que hay muchos adelantos y mucha tecnología, te compras una rumba que te aspira la casa sola y tienes lavadora, secadora, microondas y tal, así te pueden organizar, y salir en bici un par veces hacer deporte, no sé.(...) (Paco 43 años , 2018). Un esquema que contrasta con el valor de la entrega de una madre del extremo tradicional y unos *habitus alimentarios* que no incluyen la utilización de precocinados que se permiten ahorrar tiempo:

Moderador: esta es una de las cuestiones que quería preguntarles el cómo influye la publicidad en la alimentación,

Madre 2: ayer me decía una madre, “he hecho pollo al chilindrón” y le dije que me diera la receta y va y me contesta “no, no, si es una de esas bolsas que echas cosas raras y calientas y ya está, se hace en un momento”, fíjate, al final yo creo que los niños deben de aprender de nosotros y el problema de muchísima gente es que no hay conciencia de eso,

(Grupo padres Mar Menor, 2018)

Estas particularidades son más relevantes de lo que puede parecer a simple vista, pues nos permiten retratar las circunstancias materiales y los ajustes de una sociedad plural:

Moderador: pero ¿quién decide en casa qué es lo que se cocina y qué es lo que se va a comprar?

Madre 5: los dos, yo paso mucho tiempo también trabajando, bueno ahora acabo en junio, pero los dos por igual en mi caso, yo creo que es porque le gusta,

Madre 1: yo es que no tengo marido, así que lo que hay que hacer lo hago todo yo,

(Grupo padres Mar Menor, 2018)

Este relato nos hace repensar que los discursos biomédicos de exigencia de adaptación a las normas médico-nutricionales, no contemplan la diversidad de modelos familiares. Así, podemos encontrar desde un acople perfecto entre hombre y mujer que permite sobrellevar ciertas tareas relacionadas con la alimentación de una manera más sencilla, lo que podría facilitar el ajuste con la norma. Pero también existen circunstancias familiares que limitan la capacidad de agencia de los sujetos debido a un menor apoyo familiar o social, como en el caso de las familias monoparentales. Un aspecto a tener en cuenta en los abordajes de la obesidad infantil/adolescente, si de verdad se quiere llegar a abarcar la multidimensionalidad del problema. No obstante, a rasgos generales, en los grupos de discusión nos hemos encontrado madres que denuncian las dificultades para seguir con las prácticas alimenticias saludables, ya sean tradicionales o legítimas. Derivando en disputas morales en las que, paradójicamente, parecen pesar más ciertas trabas estructurales impuestas por la organización socio-laboral:

Moderador: ¿Por qué cree que se está perdiendo?

Madre 7: pues por las prisas, porque no tenemos tiempo para hacer esa comida que lleva tanto tiempo.

Madre 1: bueno tampoco lleva tanto tiempo, porque tú puedes poner un cocido por la noche en 10 minutos y lo tienes hecho para la mañana siguiente.

Madre 3: si lo vas a hacer todo por la noche, limpiar, la comida, el trabajo que te llevas a casa, atender a los críos que no se peleen, corregirles los deberes (la interrumpen).

Madre 5: es que los deberes no deberían mandar ya, eso está obsoleto, porque yo tengo amigas que llevan sus hijos a otros colegios y ya no se llevan deberes a casa.

(Grupo padres Las Claras, 2018)

Así, la madre 1 del grupo de Las Claras, muestra una posición cercana al esquema tradicional saludable, proponiendo un sacrificio extra para seguir manteniendo las recetas y guisos tradicionales, lo que se conseguiría cocinando por la noche si es preciso. Una propuesta que genera la oposición de otras dos madres que denuncian la sobrecarga de tareas que tienen que sacar adelante para cumplir con su labor de “buena madre”, pues no solo tienen que limpiar, cocinar y cuidar de los hijos sino que además deben controlar su educación vigilando que estos hacen los “deberes escolares”. Una exigencia extra que complejiza el oficio de la ama de casa posmoderna que debe hacer un “encaje de bolillo”. Estas últimas posiciones coinciden con lo expuesto por A. Martínez cuando reflexionaba sobre las contradicciones de la organización social actual que no deja tiempo para cocinar y comer con el tiempo necesario que exigen los mismos expertos: “(...) todos sabemos que tener un tiempo para comer, comer lentamente, dar tiempo a que tu estómago esponga a tu cerebro que ya estás saciado, y necesitas unos 20 minutos para que llegue esa información... entonces digamos que hay que comer lentamente y tranquilamente y eso con el ritmo de vida actual pues no se produce (...) (A. Martínez, antropólogo). Lo que reafirma que la autonomía de los padres para adaptar los gustos de los hijos a las prácticas alimenticias saludables está condicionada en gran medida por los horarios escolares. A pesar de ello hemos encontrado casos de madres que, consiguen ajustar la alimentación familiar a la norma médica, acercándose más en este sentido a un *habitus alimentario legítimo*:

Entrevistador: pero en la actualidad las madres trabajadoras deben de luchar mucho en lo referente a la alimentación de sus hijos (lo interrumpe)

Isabel: sí, pero eso es lo que hago yo, yo estoy trabajando, entonces tú el sábado llenas tu ollas, te haces tú olla de pollo, tú olla de ternera y tú olla de pescado, vas controlando las cantidades, porque por ejemplo ternera que son carnes rojas solamente has de darle una o dos veces a la semana y no más, porque eso lo leí en las hojas que te da la pediatra del Servicio Murciano de Salud, tienes que darle tres o cuatro veces a la semana pollo, tres o cuatro veces pescado y una o dos veces ternera o carne roja, entonces mira, tú te haces tus tres ollas, te preparas tus “tapex” y te haces para toda la semana te etiquetas lo que es cada cosa y al congelador, entonces yo cada noche miro a ver qué le toca y lo saco y al día siguiente que el crío va a la guardería pues le llevo su comida casera y se lo toma ahí, y mi hijo está comiendo sano, no precocinado ni na... lo mismo me pasa con el calabacín, yo cuando me pongo a hacer claro, a poco que le echas entre la cebolla, el tomate, el calabacín y tal pues te sale bastante cantidad y eso no lo vas a tirar, entonces hago lo mismo, lo guardo en mis “botecicos” y al congelador y lo voy sacando conforme lo necesito porque claro, ¡no vas a tenerlos en el frigorífico más de tres días! Que eso no es bueno, prefiero congelarlo porque no voy a estar haciendo todos los días medio calabacín, así que lo congelo que es como menos propiedades pierde, bueno, al menos eso se supone,

(Isabel 35 años, madre de dos niños no obesos, 2018)

A pesar del trabajo desempeñado fuera de casa, esta madre nos muestra el sobre-esfuerzo que realiza el fin de semana para mantener las prácticas alimenticias de sus hijos dentro de la norma médico-nutricional. Para ello debe adquirir un amplio *capital alimentario legítimo* que incluye conocimientos nutricionales, recomendaciones médicas de alimentación infantil o nociones sobre

tiempos de conservación. Además de un dominio técnico de electrodomésticos y gestión de las tareas domésticas, que permite a Isabel distinguirse de otras malas madres que hipotéticamente dan de comer precocinados a sus hijos. El *habitus* de Isabel coincide en cierto modo con el esquema del sacrificio del *habitus alimentario tradicional* que puede ser el resultado de una transferencia cultural de madre a hija, como se deduce de la siguiente explicación:

Moderador: ¿Qué pesa más a la hora de alimentar a los niños, el que se le dé un alimento que sea saludable o que les guste?

Madre 2: lo más importante es que sea saludable, si no le gusta ya le gustará, yo de pequeña no me gustaban las habichuelas, el potaje o la olla gitana, pero a base de que mi madre me forzara conseguí que me gustara, ahora como de todo, verduras, fruta, hortalizas, legumbres y los hidratos y las grasas en su justa medida. Pero todo fue gracias al trabajo de mi madre, que eso siempre se lo tendré que agradecer. Por eso yo intento hacer lo mismo porque entiendo que por darle algo que le gusta a mi hijo y no verle llorar o para que se lo coma rápido luego le estoy perjudicando.

(Grupo padres Carrión, 2018)

Paradójicamente esta estrategia coercitiva, aprendida por transferencia cultural entre generaciones, describe una microfísica del poder empleada tanto por un progenitor del polo legítimo, que trata de amoldar las prácticas alimenticias de los hijos a las normas médico-nutricionales, como se puede observar en el relato técnico de la madre 2. Como por una madre del polo tradicional que quiere ajustar los gustos filiales a los esquemas de un *habitus alimentario tradicional*. Aunque desde el punto de vista de algunos informantes esta práctica se estaría perdiendo:

Alfonso: (...) es que el primero que tiene que dar ejemplo es el padre, partimos de la base de que hay que empezar a educar, y educar ¿cómo?,

pues enseñando a nuestros hijos que hay que comer y probarlo todo. Recuerdo que antiguamente te sentabas en la mesa a comer con todos y decías “no me gusta” y te contestaba la madre “pues sin problema”, y seguidamente el plato se pasaba a las 5 de la tarde... y si no... pues se pasaba a la noche, pero si tú por el contrario ante el “no me gusta” vas y les haces un plato de patatas fritas pues ya estamos fastidiando el invento... ¿Me entiendes?, no podemos ser permisivos en esas cosas, y eso conlleva a una economía equilibrada, lleva a que las relaciones sean mejores, imagínate que llega a casa a comer tu hijo y empieza a dar el follón con que no quiere comerse el guiso que tú has estado preparando la noche de antes para que al día siguiente tengan un plato de cuchara para comer... pues eso origina el primer conflicto del día fijo, todo el mundo de punta...

(Alfonso, chef, 2017)

Estos discursos probablemente están indicando la resaca de un modelo familiar patriarcal observado también en el estudio de Martín y Moreno (2005), en el que el “comer de todo” se convierte en una de las prioridades para no desequilibrar la economía familiar, por encima de los criterios nutricionales o incluso el gusto. Paradójicamente, esta metodología no siempre funciona, pues entran en juego otros principios y esquemas:

Entrevistador: ¿Qué influye más en la elección de los alimentos que cocina o compra para sus hijos? ¿El sabor o el que sea saludables?

Olga: pues lo primero que sean saludables, pero si no les gusta, por muy saludable que sea, no van a comer nada, entonces yo hago un pacto con ellos, les digo: “os coméis esto y luego os dejo de lo otro”, así por lo menos comen algo de verduras, porque si no es que se irían al colegio sin comer. Ya lo intentamos una vez con la técnica de dejarle las lentejas para la cena y el desayuno y todos esos rollos que a veces dicen las madres con mucho

orgullo, pero no sirvió de nada, a los dos días el de en medio no había comido nada y estaba que desfallecía, no puedo mandarlo al colegio así. ¿Qué le voy a hacer?

(Olga, 41 años, madre de niña obesa, 2018)

De este modo, en la negociación por amoldar las prácticas familiares a las normas nutricionales se observa la claudicación de esta madre tras llegar a estar los sin comer los hijos dos días, casi una “huelga de hambre”. El resultado es que se establecen unos “mínimos”, comer algo de verduras antes de comer los alimentos menos sanos que se adquieren la etiqueta de recompensa. Así, se observa que en las estrategias empleadas entran en juego esquemas afectivos y valorativos. Los mismos esquemas y prioridades que llevan a la siguiente madre a luchar incansablemente por averiguar el problema alimenticio de su hija:

Madre 3: hombre está claro que los niños tienen que comer algo saludable, lo dicen los expertos lo importante que es para su desarrollo que los niños tengan una dieta equilibrada que no tenga grasas, que no tenga azúcar para que no engorde y cuando son más pequeñitos hay que ir introduciendo los alimentos poco a poco para que no desarrollen intolerancias. Porque hoy en día hay muchas intolerancias porque los críos comen desordenadamente y se les dan alimentos sin esperar a su etapa de maduración y luego te encuentras con todas esas alergias alimentarias que son un problema muy grave porque no les puedes dar de todo y, o no te cogen peso o te engordan. Yo mi hija estaba muy delgada y no le gustaba la comida y le dolía la barriga, vomitaba, llegamos a llevarla a un psicólogo porque pensaba su médico que era cosa de la edad, ella tenía 12 años y su pediatra decía que algunas crías se les adelantaba la pubertad y se ponían tontos empezaban con la adolescencia y los complejos por el cuerpo. Pero por medio de un amigo que era médico nos recomendó un especialista que nos mandó unas

pruebas y resulta que era celíaca resulta que la cría lo que le pasaba es que no le sentaba bien el gluten y nosotros respiramos porque pensábamos que iba a tener un problema psicológico o algo de eso. Menos mal que lo llevamos por lo privado porque la seguridad social a veces no te responde y si fuera por el médico del seguro..., mi hija llegamos a darle unas gotas para que se tranquilizara, es tremendo.

Entrevistador: me imagino que tras esa experiencia su relación con la comida ha cambiado...

Madre3: pues ya ves, yo tengo que comprar con cien ojos, porque antes no miraba nada y a raíz de esto te das cuenta de hay un montón de cosas que llevan gluten, te puede llevar gluten hasta un helado.

(Grupo padres Carrión, 2018)

Tras este suceso se resignifica la alimentación como una herramienta con la que se puede conseguir una vida equilibrada y saludable. Además, como ya adelantábamos en la segunda parte del análisis, se revela la importancia de los *capitales* acuñados por P. Bourdieu, en la gestión de la salud y la alimentación. Como, por ejemplo, el capital social, con el que la madre 3 consigue el acceso a un especialista de prestigio. En definitiva, vemos la forma en que esta madre se distingue como una buena madre que ha luchado por encontrar solución a los problemas de salud de su hija, sobrepasando los etiquetamientos médicos que categorizaban a su hija como un sujeto débil que se había dejado llevar por los ideales corporales, llegando a sospechar un trastorno mental. Otra cuestión es la forma en que esta experiencia marca las prácticas alimenticias familiares como se ha observado en otros casos, pero con ciertas particularidades:

Moderador: ¿ha cambiado también su forma de cocinar?

Madre3: si si, claro, yo antes no cocinaba mucho, pero ahora me gusta cocinar yo, cuando los críos están de vacaciones les dejo la comida preparada para que coman cuando los recoja del cole de verano. Cuando hay cole normal, porque ellos van a un cole de jornada partida y entonces se quedan en el comedor, ellos ya saben lo de la cría y le ponen la comida especial. El problema es cuando sales por ahí fuera porque tienes que ir advirtiéndolo, tienes que andar con cien ojos porque no todos saben esto lo que es, no todos los cocineros saben lo que es la celiaquía y por eso no todos te ponen comida que realmente no lleve gluten. Entonces tú por mucho que les digas pues..., y luego sales del restaurante y la cría empieza a decir: “mamá me duele la barriga”, y eso es porque algo llevaba gluten, algo lo llevaba. Entonces desde que nos ha pasado esto, ya hasta salimos menos o se come lo que sabe seguro que no lleva gluten o me llevo algo que ella pueda comer, lo prefiero a que mi hija tenga que tomar medicamentos para el dolor o pase mala noche,

(Grupo padres Carrión, 2018)

De este modo, vemos el giro que experimenta la función doméstica de esta madre que antes de la enfermedad de su hija “no cocinaba mucho”, en cambio tras este evento asume las riendas de la alimentación familiar, manteniéndose en un estado de alerta casi continuo, como se reclama desde las “nuevas pastorales”. Y se reducen las salidas a restaurantes como estrategia de prevención. En líneas generales, los discursos de las madres se convierten en una lucha moral por demostrar su entrega a los hijos, entrando en juego ciertas prioridades que las posicionen como una buena madre, en la línea de lo que apuntaba J. Contreras: “(...) resulta que a las madres les preocupan tantas cosas de sus hijos y tienen tantos objetivos, que sean sanos, que sean guapos, que no incurran en según ciertas cosas, que saquen buenas notas...entonces hasta cierto punto pues no existe

el hombre perfecto, así que mira, si saca buenas notas y es bueno en esto pues a lo mejor tendrá un buen futuro profesional...(...) (J. Contreras, antropólogo). En algunos casos el gusto es la prioridad a la hora de alimentar a los hijos, como efecto secundario de una situación económica precaria. Porque en algunos grupos sociales no se pueden permitir que los niños no coman, poniendo de manifiesto cómo los *habitus alimentarios* también se ajustan al capital económico y cultural:

Moderador: en la elección de un alimento, qué pesa más el que sea del agrado de los chiquillos o que sean saludables,

Alba: miro un poco todo, pero que le guste al final es lo que más miro porque si no se lo van a comer es dinero “tirao” a la basura, y no está la cosa para ir tirando, no se puede, (...)

(Grupo padres Centro Cívico, 2018)

Otras madres, también priorizan los gustos de los hijos, pero su mayor capital económico les permite llevar a la práctica el *capital alimentario legítimo* adquirido:

Victoria: intento alimentar a mis hijos de la forma más sana posible en casa. Durante casi 1 año siempre me han pedido leche de vaca y copos de avena para desayunar con un poco de miel o un poco de cacao puro sin azúcar, sin embargo, desde hace unos pocos días él pequeño me pide leche sola para desayunar. Lo que sí que les encanta son unas galletas que hago en el horno de plátano con avena, sirope de dátil o de flor de coco y canela. Lo casero al final siempre es lo mejor. A medio día y en la merienda les suelen gustar los plátanos, naranjas, mango, aguacate, kiwi, manzana. Los suelen comer cortados en trozos porque se los doy así desde muy pequeños, porque yo soy muy partidaria de la técnica “baby let wining”, aunque a veces la niña se come las manzanas en compota porque le gusta así. El plátano lo suelen

comer también en galletas que hago con avena, canela y sirope de dátil sin azúcar.

(Victoria 37 años, madre de dos hijos no obesos, 2018)

De este modo, las prácticas alimenticias de los hijos de Victoria se aproximan a los criterios médico-nutricionales de los expertos, porque su posición económica le permite comprar productos como el sirope de dátil o de flor de coco, edulcorantes de elevado coste. Pero además, esto le permite poner en práctica estrategias recomendadas por los expertos en nutrición como la técnica “baby let wining”. En la que el niño experimenta y desarrolla sus destrezas alimenticias de manera autónoma, abordando la alimentación desde un enfoque biopsicosocial. Lo que también supone un desperdicio de alimentos que en otras familias no podría producirse, por lo que las prioridades de Victoria en este caso se decantan por una alimentación saludable. En otras ocasiones la prioridad es que los niños cumplan con los horarios escolares, como se ha evidenciado en las maratonianas descripciones de aquellas madres que nos hablan en clave de tiempos y horarios escolares:

Moderador: ¿cómo influyen los horarios escolares en la alimentación de los niños y adolescentes?

Madre 1: pues muy sencillo, si tienes que levantarte a las 7 de la mañana, llevar los críos al servicio de madrugadores, después te vas a trabajar, sin desayunar tú porque solo te ha dado tiempo a darle de desayunar a los críos y vestirlos, después tienes al medio día uno que sale a la una y media y el grande que está en la ESO sale a las dos, entonces tienes que pagar la extraescolar del pequeño para que no esté solo por el patio hasta que salga el hermano y vas a recogerlos a los dos a la misma hora.

Madre 3: eso, tú que puedes venir a recogerlos temprano, porque yo salgo a las tres, pero si en infantil entran tres tardes a la semana a las tres y media, pues tienes que dejarlos en el comedor porque a ver cómo te los llevas las das de comer y los vuelves a traer en media hora, imposible.

Madre 6: si, y luego, los dejas en el comedor para que les pongan san jacobos y barritas de merluza de fripozo.

Madre 3: hombre la comida del comedor es buena, la controla un dietista que le mide las calorías y está todo equilibrado.

(Grupo padres Las Claras, 2018)

Este punto de vista permite hacer una lectura biopsicosocial del fenómeno de la obesidad infantil/adolescente, al sacar a relucir la combinación de prioridades nutricionales, tensiones emocionales/afectivas y luchas por los posicionamientos sociales que intervienen en la alimentación de los niños y adolescentes. De este modo, en este último grupo de discusión se expone la incoherencia de un contexto social en el que expertos del ámbito sanitario denuncian el riesgo de determinadas prácticas alimenticias insanas y estados corporales obesos, al mismo tiempo que se imponen trabas estructurales que dificultan una alimentación saludable. Así, una madre con hijos de diferentes edades, no solo tiene que hacer el esfuerzo de madrugar e ir a trabajar sin desayunar porque tiene que dejar los hijos en el servicio de madrugadores y en la batalla por el desayuno prioriza la alimentación de los hijos. Sino que además debe batallar con los diferentes horarios de salida que establece el colegio en función de las edades, algo que claramente favorece al centro escolar que se beneficia cobrando actividades extraescolares, o un menú escolar, puesto que también hay “jornada partida” incompatible con los horarios laborales.

5.3.4. Naturalización y dominación

Como se puede observar las mujeres son las que en su mayoría muestran preocupación por la planificación de la alimentación familiar, una tarea que se ha complejizado con su incorporación al mundo laboral. Estas formas naturalizadas de concebir que las tareas domésticas y la crianza son quehaceres exclusivos de la función materna constituyen auténticas *violencias simbólicas* que pasan desapercibidas en la mayoría de los casos. En este sentido, conforme a Bourdieu (2000) la *violencia simbólica* se instaura con el beneplácito del dominado que acepta de forma consciente e inconsciente las categorías que lo determinan. Esto lo hemos visto en el desarrollo de la conversación que manteníamos con la pedagoga 2, en la que pasa desapercibido el hecho de que las niñas no practiquen deporte en el patio del centro escolar porque “necesitan contarse sus cosas”. Lo que concuerda con los mencionados *habitus femeninos* que revelan la asunción de la función femenina de establecer las relaciones sociales entre familias y en la sociedad:

Entrevistador: pero se ve a todos los niños jugando al fútbol y las niñas están sentadas en corros. No hay ninguna haciendo alguna actividad física. ¿Por qué ocurre esto?

Pedagoga 2: porque no se ven fuera del colegio y necesitan contarse sus cosas. Cada vez hay más niñas jugando al fútbol, pero no llegan a los niños ni mucho menos. Por ejemplo yo tengo en segundo una niña que juega al baloncesto, bueno hay clases que las niñas juegan casi todas. En secundaria ya te digo, hay clases que sí, pero la mayoría no llega a igualar... En sexto se están jugando partidos de fútbol y cada vez hay más niñas. A lo mejor les gusta otro tipo de deporte.

(Pedagoga 2, 2016)

Estos *habitus de género* también aparecen en algunos grupos de discusión de madres cuyas percepciones contribuyen a ajustar las categorías que determinan cualidades que parece inherentes al sexo:

Remedios: mis chiquillos sí que corren aquí en la casa de su abuela, más que en el colegio, porque tenemos el campo ahí enfrente, pero los que están en el pueblo o en el piso se pasan “to” el día ahí encerrados. Las chiquillas sí que se quedan más en la casa recogías ellas prefieren hacer otras cosas, se quedan ahí viendo unas revistillas de famosas que tengo “toa” la tarde hablando, ellas les gusta de leer más, o si no, se van “toas” juntas a comprarse unos flas al quiosquillo pero ellas son menos de correr porque tienen sus cosas de ellas, alguna nieta, porque yo es que tengo 12 nietos,

Moderador: ¡uf, cuantos!

Remedios: sí, entonces siempre tengo alguna que me ayuda con las cosas, siempre tengo alguna que dice: “abuela me dejas a mí”, mi Yarea es muy hacendosa, esa va a ser muy buena mujer de su casa, (...)

(Grupo padres Centro Cívico, 2018)

Así, vemos que se normaliza que los niños sean más activos y las niñas más hogareñas sociables y tranquilas. Además de interesarse en mayor medida por la cocina como mandan los esquemas de la “buena mujer de su casa”. Sobre los esquemas que transfieren las abuelas a los nietos profundizaremos más adelante, la cuestión es que existen formas inconscientes de dar continuidad a las desigualdades entre el hombre y la mujer, al menos en cuanto a su función dentro del núcleo doméstico se refiere. Una forma de mantener estos esquemas se produce cuando se intenta maquillar la falta de colaboración del marido en el hogar, quizá por miedo a los juicios sociales:

Madre 3: bueno mi marido sí que ayuda bastante en casa, hace las cenas y a veces baña a los críos, yo tengo dos así que uno para cada uno.

Todas: se ríen.

Madre3: Pero la verdad es que podría colaborar más.

Madre 1: yo es que no trabajo y lo hago yo casi todo, pero sí que hace algunas veces comida, sobre todo los fines de semana, le gusta hacer paella o barbacoa y se recoge su ropa y la lleva a la lavadora, se recoge su vaso del desayuno y lo deja en el fregadero, es muy apañado.

Moderador: y las demás, se reparten las tareas de forma equitativa, ¿Cómo influye esto en la comida de los hijos?

Madre 7: mi marido sí que hace lo mismo que yo, en casa nos repartimos el trabajo a partes iguales.

Moderador: pero, normalmente, ¿quién decide los alimentos que se van a comprar y hace la compra?

Madre7: yo, bueno yo lo decido, hago la lista y él va y lo compra o me acompaña.

Moderador: ¿Cómo puede esto repercutir en la alimentación familiar?

Madre 1: pues eso es muy fácil, se van y compran bolsas y bolsas de comida precocinada (...)

(Grupo padres Las Claras, 2018)

Aunque la tendencia es hacia el equilibrio de las tareas del hogar:

Madre 3: yo por suerte mi marido me ayuda mucho, no es porque esté aquí presente, pero hace muchas cosas y lo repartimos muy bien, porque aquí aportamos los dos a la casa por igual y tenemos que repartir las tareas por igual también.

(Grupo padres Carrión, 2018)

En algunos grupos sociales la mujer lleva la mayor parte del peso en cuestiones logísticas como decidir qué comida se compra, controlar las vacunas, bañar a los niños, controlar que hagan los deberes que le mandan desde el colegio, y un largo etcétera:

Moderador: ¿quién cocina en casa habitualmente?

Remedios: yo

Moderador: ¿cocinan los hombres alguna vez?

Remedios: uf, los hombres, eso no se ha “arrimao” a la cocina en su vida, na más que “pa” abrir una bolsa de almendras o abrirse una cerveza,

Milena: ya sé por dónde tú vas, nosotras hacemos las cosas en la casa el hombre tiene otras cosas los hombres salen y hacen otras cosas,

Moderador: la compra también la hace la mujer en su caso,

Milena: no eso yo voy con mi marido porque tenemos que ir con la furgoneta para traernos muchas cosas, nos traemos varios paquetes que pesan,

(...)

Moderador: ¿Y quién lleva los hijos al médico?

Milena: al médico, yo, a eso de las vacunas y cuando se coge algo al pecho

Samara: toma, no a ver qué vas a hacer.

(Grupo padres Centro Cívico, 2018)

Madre 3: yo vengo porque así aprendo algo, en vez de irme fuera a la Verdeli a tomar café (un bar cercano al centro escolar), pues me quedo aquí y aprendo un rato de alimentación y eso. Es por aprender un rato. Y porque también será bueno para mis hijos y eso (...)

(Grupo padres Las Claras, 2018)

Moderador: ¿Quieren aportar algo los hombres? ¿Influye en la alimentación de los niños y adolescentes la incorporación de la mujer al mundo laboral?

Padre 6: hombre yo no soy de hacer mucho en casa, pero sí que hago muchas cosas, llevo a mi mujer a comprar y estoy todos los días arreglando cosas.

Madre 1: en la alimentación ya te digo yo cómo influye, pues comprando más cosas precocinadas, más botes de caldo, más cosas que se cocinen rápido,

Madre 4: hombre las circunstancias te llevan a ello, y luego los anuncios también ayudan, porque no me digáis que el Arguiñano a todas horas en la tele, yo la pongo poco, pero lo poco que la pongo siempre me sale el anuncio de Arguiñano vendiendo el caldo o las pastillas esas que tú dices, entonces es un poco todo, es tus circunstancias de tu vida y que te empujan un poco a ello, (...)

(Grupo padres Carrión, 2018)

Este último relato evidencia que la mujer está más interesada por las cuestiones escolares y la salud de los hijos que el hombre, como ya se había puesto de manifiesto por su masiva asistencia a los grupos de discusión. Pero además también sirve a esta madre 3 del grupo de Las Claras para posicionarse como una buena madre que quiere aprender por el beneficio de sus hijos, en contraste con otras madres que optan por pasar el rato en una cafetería cercana al centro escolar. Luego, la perpetuidad de las *violencias simbólicas* que motivan los cambios alimenticios en los hogares, al forzar el consumo de alimentos procesados por falta de tiempo. Podría estar motivada también por la extensión histórica de la dimensión moral de una buena madre tradicional, que en el contexto moderno se autoimpone ciertas cargas que le sirven para distinguirse de otras madres. Esta auto-exigencia de la mujer como cuidadora, responsable de la alimentación de la familia y trabajadora a la vez, representa otro tipo de violencia amortiguada e

invisible que pasa desapercibida para la propia víctima. Aquella que estigmatiza a la mujer a través de la auto-depreciación de su cuerpo y su persona, al igual que le sucede a los niños y adolescentes que se han retratado en la primera parte del análisis, cuando manifiestan descontento con su cuerpo como una cuestión de sexo:

Alumna 4: yo es que creo que siempre se ven gordas, eso es por nuestra propia forma de pensar, yo creo que las chicas siempre están buscando estar perfectas y nunca se aprecian a ellas mismas, y están pensando o es que no confían en su propio ser en su propia idiosincrasia de ellas mismas, supongo que nosotras tenemos más... no sé, los chicos son más pasotas y a nosotras nos importa todo mucho y a rajatabla siempre y pensamos que tenemos que tener el cuerpo así, así y así porque si no soy fea,

(Grupo 5, 6º primaria, 11-12 años, 2017)

La depreciación del cuerpo se ha corroborado de forma generalizada en todos los grupos de discusión de padres, reafirmando con sus explicaciones un tipo de *violencia simbólica* que estigmatiza a la mujer porque las describe como sujetos más débiles a los estereotipos corporales, sirva de ejemplo el pasaje de siguiente un grupo de discusión:

Moderador: ¿Se preocupan los niños y los adolescentes por su imagen corporal? ¿Influye esto en su alimentación?

Madre 1: pues a lo mejor el pequeño no se fija tanto, pero el grande sí que se pasa media hora delante del espejo colocándose el pelo en su sitio.

Moderador: ¿Quién se preocupa más, los chicos o las chicas?

Madre 2: los chicos se preocupan menos porque ellos desgastan todo lo que comen, se pueden comer una flauta de jamón de medio kilómetro que luego se pegan un partido de fútbol y lo queman todo.

Moderador: ¿y las chicas?

Madre 2: pues las chicas sí que se ponen un poco tonticas cuando les llega la edad del pavo y se quitan de comer muchas cosas.

Madre3: si pero se quitan de comer lo que tienen que comer, es que algunas quieren estar guapas a base de no comer nada, pero seguir comiendo dulce, porque yo en mi casa (no se entiende) con mi hermana que tiene bulimia de esa, empezó así tonteando con la comida, que no quería comer y luego se atiborraba a dulces y los vomitaba.

(Grupo padres Las Claras, 2018)

Estas aportaciones confirman los hallazgos obtenidos en los grupos de discusión de niños /adolescentes, en resumen, las mujeres se preocupan más por su aspecto físico, los varones se empiezan a introducir en las nuevas tecnologías corporales y además conforme se avanza en edad va aumentando la preocupación por la imagen corporal. La cuestión que se nos plantea ante un posible abordaje de esta problemática es averiguar los orígenes de los esquemas corporales que los jóvenes toman como referente, tratando de adecuarse a una normalidad corporal que se transmite desde agentes sociales, expertos, padres, amigos y publicidad. En este sentido, ya hemos constatado la forma en que los expertos del ámbito biomédico, con su *doxa*, contribuyen a resignificar el cuerpo interviniendo sobre las imperfecciones y los estados patológicos mediante relaciones de *biopoder*. Y en el caso de los padres se observa que existen ciertos *habitus de género* que contribuyen a la estigmatización de los niños y adolescentes que se inquietan por su aspecto físico:

Moderador: ¿Por qué creéis que les ocurre esto?

Madre 2: pues porque las mujeres somos más (no se entiende) susceptibles a las cosas que nos dicen.

Moderador: en la actualidad ¿Qué creéis que mueve más a los jóvenes a perder peso, el estar sanos o estar guapos?

Todas: (hablan todas a la vez)

Madre 2: ¡guapos! No estamos pensando nada más que en estar guapos, y ahora que llega el verano nos ponemos a dieta porque se me ve un “michelín”, se me ve una lorza.

Todas: se ríen.

Madre 1: pero eso también les pasa a los críos, que ahora también se fijan mucho en su cuerpo, los ves que van todos al gimnasio y se compran cremas, cosa que en mi época era impensable.

(Grupo padres Las Claras, 2018)

Las explicaciones de estos padres, conceptualizan a los jóvenes, y especialmente a las mujeres, como sujetos vanidosos que solo piensan en su cuerpo, como si los esquemas corporales de los jóvenes fueran algo tangible cuya determinación biológica hace que los niños se inclinen por las formas corporales musculadas y las niñas por la delgadez, en lugar de percibirse como el resultado de su interacción con la sociedad y los *habitus* aprendidos en su familia. Lo que implícitamente contribuye a homologar los estereotipos corporales y caracterizaciones de la masculinidad y la feminidad del contexto actual. Así, por ejemplo como en otros relatos ya destacados (entre los que se incluyen expertos, padres y niños) se aprecia un incremento de la preocupación por la imagen corporal en los varones, un hecho que parece sorprender a la madre 1 por entender que es una actitud que no le corresponde a los hombres, exponiendo implícitamente la disrupción que supone para un esquema masculino de otra “época”.

5.3.5. Tecnologías del cuerpo

Las explicaciones paternas sobre la creciente preocupación de los jóvenes por la imagen corporal, puede ser un buen punto de partida para examinar los efectos en las prácticas alimenticias de los jóvenes las conceptualizaciones corporales expertas, las formas de mercantilización del cuerpo o la función simbólica que se le asigna feminidad y masculinidad dentro de un grupo social.

Uno de los efectos más visibles de las conceptualizaciones expertas de lo sano en las prácticas alimenticias y las conductas de los jóvenes, es el solapamiento de los esquemas de belleza, salud e ideal corporal. Lo que podría reflejar el “viento de cola” de unos esquemas tradicionales que priorizan la fortaleza por encima de otros valores como la salud, la sociabilidad, la amistad o la serenidad, entre otros.

Moderador: ¿Qué es más importante la belleza, la salud, la amistad, la solidaridad? No sé decidme lo que se os ocurra.

Alumno 4: la amistad,

Moderador: quiero que respondáis sinceramente

Alumno 3: lo más importante es que se sientas bien,

Alumno 2: si pero si no estás sano no te vas a sentir bien,

Alumno 3: no, porque tú lo digas

Alumno 2: pues sí, porque si no tienes fuerza para jugar al fútbol, no vas a tener amigos,

Alumno 6: eso es verdad porque hay uno que se queda sentado solo en el recreo porque no lo quiere nadie en su equipo

(6ºA Primaria, 11-12 años)

Alumno 7: pues yo vi en la tele a un hombre muy gordo que lo pusieron a mover un avión,

Moderador: ¿Os parece que las personas obesas sean más fuertes?

Alumno 7: yo creo que sí porque aunque no parezca que tengan músculos con las grasas son fuertes,

(...)

Alumna 11: pues en WWE hay luchadores que como (dicen el nombre de 2 luchadores que no se escuchan muy bien) no son obesos pero su fuerza hacen que pese más y luego hay otros luchadores pero que pesan menos y tienen más fuerza y a veces se burlan de ellos porque parecen que no van a tener tanta fuerza como los que parecen obesos,

Moderador: ¿Qué diferencia hay entre ellos? ¿Crees que la salud se corresponde con la fortaleza?

Alumna 11: pues yo creo que sí porque aunque están más gordos al final tienen más fuerza en el cuerpo,

(4ª B Primaria, 9-10 años, 2017)

Moderador: ¿creéis que la obesidad se percibe como un riesgo para la salud a estas edades?

Padre 6: ni a esas edades ni cuando son grandes, porque en mi barrio hay uno que pone ruedas, vamos que tiene un negocio de poner ruedas de coche, que está toda la vida gordo y el tío se tiene por fuerte, y en el barrio la gente también, cuando hay algún problema, una vez habían ladrones y salieron a llamarlo porque era el fuerte, pero lo que está es gordo, lo que tiene es un montón de grasa (se ríen todos). Ahora tiene un montón de problemas de salud, el riñón echo harina, el corazón no sé cuántos cateterismos le han hecho, vamos que está hecho polvo, estuvo un montón de tiempo sin abrir el negocio y se pensaban que se había muerto, ahora ha contratado un tío para que le monte las ruedas porque el médico le ha dicho que no haga esfuerzos,

Madre 1: esa percepción se tiene, yo me creo en todos los sitios que el hombre grande es un fuertote,

Madre 2: totalmente de acuerdo, el grande se le ve como fuerte, el gordo más bien diríamos,

(Grupo padres Carrión, 2018)

Aunque la versión más extendida en los grupos de discusión de padres y jóvenes, es la que conceptualiza el cuerpo musculado como sinónimo de salud:

Moderador: entonces ¿se come para estar saludable o por la búsqueda de una determinada imagen corporal?

Madre 2: hay gente que se cuida y quieren estar sanos, y otra que come en base a quedarse más delgados más fibroso, y muchos que están haciendo deporte que se toman 20 claras de huevo y solo comen pechugas de pollo y ya ves tú el control nutricional que puede tener eso, pero ahí sí que se están cuidando porque tienen una meta física pero también miran los nutrientes que tienen las cosas, yo creo que en el fondo lo que quieren es una estética perfecta, no van buscando una buena complexión del cuerpo o mejorar la salud,

(Grupo padres Mar Menor, 2018)

Así, las personas con una fijación por la estética perfecta y que miran los nutrientes de los alimentos que ingieren representarían el extremo legítimo de un *habitus corporal* que en diferentes grados es compartido por la mayoría de los participantes. No obstante, estos esquemas convergentes nos permiten reflexionar sobre lo que P. Bourdieu entiende como la representación de la clase social en el cuerpo. En este caso, no solo se trata de la tradicional aspiración de una clase social a los gustos de otra a la que se le presupone mejores valores, como si de un juego entre el ratón y el gato se tratara. Sino que determinados *habitus*, como ir al gimnasio y el gusto por el cuerpo musculado o fibrado, se debe a un conglomerado de esquemas de belleza, salud y distinción que es compartido por

personas de diferentes clases sociales *ipso facto*, difuminándose las barreras que separan unos sujetos de otros en determinados espacios sociales.

El gusto por un cuerpo musculado, parece ser beneficioso para prevenir la obesidad en los jóvenes, siempre que no se lleguen a ciertos extremos, como la obsesión por la delgadez. Un hecho social que hemos analizado como efecto de la estigmatización y marginación que sufren los niños y adolescentes obesos como consecuencia de determinados encasillamientos expertos y sociales que propician una devaluación del cuerpo. No obstante, no siempre se percibe el cuerpo estilizado como un ideal corporal, pues depende del valor que se le otorga dentro de cada grupo social y/o familia, en base a esquemas minoritarios sobre la masculinidad y la feminidad:

Remedios: pero lo que no veo bien es esos chiquillos que parecen tubos, que no tienen cuerpo, que no tienen fuerza “pa na” porque están que si se ponen no levantan ni una “brazá” (no se entiende bien),

Alba: sí pero es que si te sale un chiquillo que no es “comiente” y no coge kilos ni para la de tres, ¿qué haces? Porque yo he probado de todo con mi Ricardo y no hay manera, el chiquillo se está criando “delgadico” y lo llevé al pediatra y me dijo que no pasaba “na” que el crío tenía los dientes bien y no estaba flojo, yo le pedí un “análisis” de sangre por si tenía algo pero me dijo que estaba bien y no le mandaba “na”, entonces eso depende de lo que tú tengas, de si te sale “comiente” o si su forma es así más de “gordico”,

Milena: no te preocupes nena que “aluego” ya tendrá tiempo de ponerse grande como su padre, ya tendrá tiempo de echar cuerpo de hombre, ahora es que es muy chiquillo y lo queman “to” porque están “to” el día “parriba” “pabajo” y no paran, entonces lo que comen lo queman, no esperes tú que, a no ser que el chiquillo sea tranquilo y sea muy “comiente” y esté más “entrao” en carnes, (...)

(Grupo padres Centro Cívico, 2018)

Así, paradójicamente, en determinados grupos sociales la devaluación del cuerpo del niño/adolescente se puede producir en el sentido contrario al habitual, es decir, que se le resta valor a la forma corporal delgada en base al significado corporal que se le otorga a la masculinidad (fortaleza) o a la feminidad (maternidad). Lo que podría representar el *habitus alimentario tradicional* de un esquema familiar patriarcal. Como ejemplo de este esquema, en el mismo grupo de discusión, observamos que la ganancia de peso durante la adolescencia se percibe como una preparación para la maternidad:

Remedios: ¡a ver! Yo es que los chiquillos es normal que de pequeños estén más “delgadicos”, porque les gusta que se vean bien y gustar a los demás, y arreglarse, yo casi “toas” mis nietas van que parecen monumentos, van las chiquillas que parecen modelos, cuando se arreglan se ven unos tipazos que da gusto verlas, pero ya cuando se hacen grandes es normal que cojan un poco de cuerpo, pero es que tienen que coger cuerpo porque si no, ¿cómo va a criar “aluego”? Yo cuando tenía 15 años estaba así (muestra un dedo en señal de delgadez) pero “aluego” fui cogiendo kilos después del embarazo y ya no los he “soltao”,

Milena: a mí me pasó igual (se ríe)

(Grupo padres Centro Cívico, 2018)

En este fragmento se observa la predilección de las jóvenes de este grupo social, por los estereotipos corporales sociales asociados a la delgadez y la sexualización de la belleza de la mujer. Una belleza que, desde las generaciones precedentes, se normaliza que se debe perder para cumplir con la función materna de un esquema patriarcal en el que el cuidado de los niños estaría por encima del auto-cuidado. En este sentido, las madres no muestran sus acciones

sólo como un símbolo de distinción de una buena madre, sino como resultado de ciertos constreñimientos socioculturales de las que ellas son partícipes:

Milena: nosotras no nos podemos permitir, no nos podemos poner a ir al médico, mi hija me deja los chiquillos y no puedo ir, ¿quién va a hacer la comida? Tú vas ya si te estás muriendo, si te da algo fuerte, pero si me duele la garganta me tomo un “neoprofeno” y me se quita, si me da fiebre ya sé que se baja con “gelocatín”, yo soy mi médica,

Remedios: pues eso es una cosa que hacemos “mu” mal, “mu” mal porque a lo mejor te duele la cabeza porque tienes tensión, o porque te ha “subió” la azúcar, yo qué sé. Yo me dejé y me dejé y al final mira lo que me pasó, me puse muy mala y me tuvieron que ingresar en Los Arcos (el hospital de la zona) con los goteros y “to”. No tenemos remedio, no tenemos remedio, es que “semos” así. Eso es algo que a veces pasa, pero “debieramos” de mirarnos más, porque yo he “pasao” mucho yo no he ido “pa ná” he hecho las cosas de mi casa con una venda en el tobillo por no ir, y el tobillo se me ha “tardao” en curar varios meses, porque no tenía tiempo ni de ir con siete que tenía, no se puede parar con siete, imagínate con siete,

(Grupo padres Centro Cívico, 2018)

El cuidado del estado de la salud dentro de un canon ideal legítimo podría estar supeditado a la función cuidadora que han asumido las mujeres de las generaciones precedentes, y que exploraremos en profundidad, lo que repercute en una falta de tiempo para “mirarse”, no solo por motivos socioeconómicos y estructurales. Sino también como una forma de aprehender una función doméstica de la mujer que denota una *violencia simbólica* imbuida en las mentes de estas mujeres. A través de procesos subjetivos de normalización de los comportamientos de las

mujeres que pueden ser transferidos de una generación a otra. Estos *habitus de género* femeninos que priman en la adolescencia parecen ser potenciados por los *mass media*, no solo por las lógicas de consumo de se asimilan a través de los anuncios publicitarios. Sino por la transmisión de capital simbólico que convierte a la mujer en un objeto sexualizado y un proyecto incompleto e imperfecto, que motiva a las jóvenes a hacer inversiones estéticas para asemejarse a los prototipos que ven:

Milena: yo es que creo que hay “angunos” críos que es que se han obsesionado con “to” eso de la tele y la “guapura”, mi Melani se le metió que quería ser como la de la Gaviota(personaje de novela) y se pintó el pelo igual y se echó una moldeadora, y mi Tamara se le metió que quería ser como “La Rebe” (personaje un programa televisivo cuyo título es “gisy king”) y se pone la misma ropa y se peina igual y “to” eso,

(Grupo padés Centro Cívico, 2018)

No obstante, aunque estos esquemas patriarcales parezcan alejados de los esquemas modernos en su trasfondo presentan ciertos paralelismos que revelan los *habitus* más profundos que rigen las relaciones sociales. Como el valor de la masculinidad vinculada a la fortaleza, bien sea con un cuerpo grande o con un cuerpo musculado, o la feminidad ligada a la sexualidad y la maternidad, como símbolo de la dimensión social que los esquemas estéticos adquieren. Por ello, aceptando que las personas se comportan como *categorías interactivas*, los sujetos no sólo asimilan la sexualización femenina de los *mass media*, de la objetivización corporal de los discursos expertos o los esquemas de dominación social, sino de la interacción con la matriz social que también construye esquemas corporales en base a sistemas de significados, identidades y representaciones culturales. De este modo, la forma en que los niños/adolescentes van a afrontar la alimentación y

manejar el peso, depende de la conceptualización de la gordura en su entorno familiar y social. En este sentido aunque las concepciones expertas sobre la obesidad parecen haber calado en los discursos de algunas madres, se aprecian razonamientos que denotan la importancia de los juicios sociales:

Moderador: ¿Creen ustedes que la obesidad infantil sea una enfermedad?

Madre2: Yo creo que sí.

Madre1: bueno la obesidad es el índice de masa corporal mayor de no sé cuánto, en cada edad, en las revisiones pediátricas se siguen haciendo estos parámetros, pero si estamos hablando de una persona con sobrepeso high no sé qué que se dice en inglés, pero esa persona puede hacer mogollón de cosas y no está para nada enfermo, es decir, puede jugar al fútbol, saltar, correr, estudiar, interaccionar con un mogollón de gente, ir a la biblioteca, yo no lo tengo tan claro que sea una enfermedad.

Madre 3: es que la obesidad no es una enfermedad, es una circunstancia que te lleva a una enfermedad.

Madre 5: hombre si engordas porque tienes un problema hormonal como yo, pero te salen bien las analíticas pues..., pero si es porque te alimentas mal, al final te puede repercutir a nivel cardíaco, a nivel de hígado, de todo eso. Hombre a nivel físico sí que me puede repercutir, porque es eso al llevar tantos kilos pues si me echo una carrera contigo seguramente me fundes, o sea, no me gusta nada porque encima no es calidad de vida (...)

(Grupo padres Mar Menor, 2018)

Resulta interesante cómo la madre 1 comienza relacionando la obesidad con una etiqueta diagnóstica biomédica (IMC) que categoriza a los niños/adolescentes obesos de una forma matemática, sin contemplar los aspectos biopsicosociales, y termina dando un giro al discurso al negar o dudar sobre el encasillamiento de la obesidad como una enfermedad, por cuestiones de orden socio cultural. Lo que

nos hace cuestionarnos si esta conclusión puede estar fundamentada por la presencia de una persona con exceso de peso en este grupo de discusión. Cómo se confirma cuando la madre 5 justifica su obesidad por cuestiones “hormonales”, lo que además parece descargarle de culpa ante los posibles juicios de las madres presentes. En este mismo sentido, la percepción de la gordura, la salud y la enfermedad que se proyectará en los niños/adolescentes, depende en gran medida de las experiencias de los padres, especialmente si estos han sufrido en su persona la marginación de sus compañeros de colegio:

Madre 2: de todas formas hay pequeños matices, yo por ejemplo no he contado que cuando era pequeña sí que me crié, no gorda, pero si un pelín más rellenita yo por ejemplo comparada con mi hermana, pues yo era la gorda de la casa. Sí que es verdad que fue algo metabólico porque a mí fue venirme la menstruación y quedarme, cuando pegué el estirón me quedé delgada. A mí se me quedó ese recuerdo de cuando era pequeña, (habla en un tono muy bajo) que yo no sé si es un tipo de trastorno, de cuando era pequeña que me decían: “venga vamos a jugar al no sé qué”, “venga tú para mi equipo, no no tú no (...)”.

Madre 5: bueno pero no hay maldad, es que...

Madre 2: bueno eso de que no hay maldad...

Madre 5: ¡escúchame! Yo hablo de niños, niños. Luego hay muchos (palabra malsonante) por ahí.

Madre 2: pero eso ya te condiciona a que intentes llevar un equilibrio e intentar que eso no te vuelva a suceder. De hecho hay una cosa super curiosa, de las tres hermanas que somos, yo soy la que más delgada me he quedado.

Moderador: ¿cree que esto ha condicionado su alimentación?

Madre 2: yo creo que sí, porque eso ya se te queda grabado y es como el síndrome del patito feo, al final eso te queda un poco ahí, las raíces te

quedan a lo largo de tu vida y dices “yo no quiero volver a pasar por eso” yo no quiero volver a sentirme gorda.

Moderador: ¿Y en la alimentación de tus hijos?

Madre 2: hombre yo no quiero que mis hijos pasen por lo mismo que he pasado yo, por eso no les dejo pasarse con el chocolate, no les dejo picotear antes de comer (...)

(Grupo padres Mar Menor, 2018)

En este discurso se pone de manifiesto la dimensión biopsicosocial de la obesidad infantil/adolescente, pues el manejo del peso está muy influido por las percepciones e interacciones con la matriz social y las repercusiones psicológicas de estas interacciones. Incluso más que por la mera asimilación de las concepciones de los mensajes expertos que advierten de las consecuencias de la obesidad a futuro o los etiquetamientos de ésta como una enfermedad epidémica. Así, la forma corporal adquiere diferentes significados que permite a los sujetos posicionarse dentro de un grupo social concreto, lo que se traduce en diferentes formas de percibir la gordura como una enfermedad o como una fortaleza, como se pone de manifiesto en el siguiente relato:

Moderador: la obesidad en la infancia y adolescencia, ¿cree usted que es una enfermedad?

Josefa: ¿en los chiquillos? Eso es según su forma del cuerpo, es su fortaleza, si te sale un chiquillo flojo, que a veces sale, pero eso no suele pasar, a nosotros no suele pasar, ¿tú has visto muchos chiquillos gitanos enfermos?

Milena: Los chiquillos no están malos porque tengan un cuerpo grande, los chiquillos tienen que estar estiraos y tener cuerpo “pa” lo que pueda venir. Que yo he visto pasar mucha hambre. Yo tengo tres nietos y uno de ellos de mi hija Mari Luz nació muy pequeñico muy pequeñico (señala con las

manos una distancia pequeña) y gracias a su abuela y sus buenos potitos lo “habemos” “sacao”, lo “habemos” “sacao”.

(Grupo padres Centro Cívico, 2018)

Así, los *habitus alimentarios* más cercanos al extremo tradicional, se componen de un conglomerado de concepciones ambientales que interactúan con la legitimación de la experiencia individual de los progenitores, delimitando esquemas corporales que dan un valor e identidad al niño/adolescente que pertenece a un grupo social concreto. Como en otros relatos ya analizados, la experiencia de escasez de Milena se convierte en un factor que modula las percepciones, las relaciones sociales y las prácticas ligadas a los alimentos. Si cabe más que la mera acumulación de conocimientos nutricionales o la percepción de riesgo de la gordura que puedan representar los mensajes expertos. Además a este razonamiento habría que añadir la percepción de que la obesidad es algo genético que favorece o perjudica a la supervivencia, por lo que la enfermedad no estaría conectada con las forma de alimentación como una relación causal.

5.3.6. Cacofonía informativa

En el anterior apartado del análisis se ha evidenciado que el gran cúmulo de ideas contradictorias y cambiantes que caracteriza el campo de la alimentación moderna, complejizando la relación de los sujetos con ésta. Por ello se ha exigido un continuo estado de auto-vigilancia desde instancias médicas que garantizase la correcta adhesión a los “verdaderos” discursos nutricionales. Sin embargo, conviene profundizar en algunas dificultades que presenta este planteamiento, como por ejemplo la imposibilidad de poder clasificar determinados alimentos dentro de las categorías de lo sano:

Moderador: ha comentado anteriormente que solía mirar el etiquetado de los alimentos,

Madre 5: bueno, no siempre, siempre, a veces sí y a veces no,

Moderador: y las demás ¿miráis el etiquetado?,

Madre 2: sí,

Madre 4: yo sí,

Moderador: ¿qué os parece? ¿Viene la información lo suficientemente clara?

(...)

Madre 2: pero a mí lo que me choca mucho es que hayan esas diferencias entre los mismos productos, que unos llevan conservantes y otros no, porque tú vas a las charcuterías y sabes que todo es fresco, pero a la hora de comprar ¿cómo va a pararse el consumidor a mirar todo lo que viene en las etiquetas?, debería de ser la propia sanidad la que controlara lo que le meten,

Madre 1: partimos de la base de que, yo hablo por mí misma, yo tengo un gran desconocimiento, pero no creo que porque lleven conservantes, lleven no sé qué... sean tan malísimos para la salud,

Madre 2: hombre depende de qué conservante sea,

Madre 1: pero ¿tú te los sabes?, porque yo no, o sea yo no sé... a ver cuál es el que me va a producir cáncer,

Madre 2: sí, pero lo que sí puedes ver es la cantidad de azúcares y sales que llevan,

Madre 1: obviamente si tú puedes permitirte ir todos los días a comprar y tienes tu pescadería y tu carnicería de confianza y lo compras todo fresco probablemente vas a hacerlo mucho mejor, esto es genial, eso no quiere decir que no lleve conservantes y demás, porque todos los productos que se venden, incluso los de la carnicería tienen que estar visados por un veterinario, por un grupo de personas... los que sean... yo pienso que el desconocimiento que tenemos de lo que es bueno o es malo, o sea yo no sé si

el E-427 es malísimo y el E-424 es mejor, o sea es muy difícil valorar, lo que está claro es que quien se pueda permitir el lujo de ir a comprar todos los días va a hacerlo fenomenal o mucho mejor que yo por ejemplo que solamente puedo ir a comprar un día a la semana, a lo mejor un día sí puedo acercarme a comprar una cosas puntual, pero la compra gruesa la hago un día a la semana, y compro algunas cosas congeladas y otras que, aunque las compro frescas al final las tengo que congelar, porque para mí es un lujo poder ir a comprar todos los días, o ir a la frutería porque si es justo los sábados por la mañana yo no puedo ir.

(Grupo padres Mar Menor, 2018)

Como se puede observar, a pesar de que se poseen conocimientos sobre las categorías de alimentos sanos/insano, los imparable avances bio-tecnológicos complejiza la tarea de adquirir un *capital alimentario tecno-científico* que permita a las madres comprender lo que se lee y lo que se come, en un marco que Contreras (2011) define con el concepto de: “crisis de cultura alimentaria”. Confirmando, como sostiene Racionero (2010) que el comensal moderno está más informado que nunca pero jamás había estado más perdido respecto a lo que come. Otra cuestión importante en relación con este asunto, es la responsabilización del sujeto respecto a los productos alimenticios que consume, desde los discursos expertos, un enfoque que no contempla la limitación de la capacidad de agencia de las madres. En primer lugar la dificultad de acaparar todos los conocimientos especializados en torno a los aditivos y categorías de alimentos sanos e insanos ante la inmensidad existente y la falta de tiempo: “¿cómo va a pararse el consumidor a mirar todo lo que viene en las etiquetas?, debería de ser la propia sanidad la que controlara lo que le meten, (...)” (Madre 2, grupo Mar Menor). En segundo lugar, por las trabas que presenta la organización socio-laboral: “si tú puedes permitirte

ir todos los días a comprar y tienes tu pescadería y tu carnicería de confianza y lo compras todo fresco probablemente vas a hacerlo mucho mejor, esto es genial, eso no quiere decir que no lleve conservantes (...)" (Madre 1, grupo Mar Menor). En algunos casos, los niños y adolescentes se ven afectados por los mensajes científico-alimenticios ambivalentes de su entorno social y familiar, cuando ciertos mensajes expertos son utilizados para justificar determinadas prácticas insanas que se convierten en un instrumento simbólico de distinción. Así, la posibilidad de comprar chucherías se convierte en una especie de capital simbólico que posiciona a determinados grupos sociales dentro de la estructura social:

Moderador: y lo de las chucherías, ¿se las comen también en vez de la comida?

Alba: los míos saben que no pueden comer antes de comer, pero por ejemplo en la merienda sí se van al quiosquillo con los de la Milena y se compran lo que quieren y se preparan una buena merienda ellos se apañan bien como te decía ella; pero luego se lo esconden y ellos ya van comiéndoselo y no hay manera de que se lo suelten, eso ya no lo puedes controlar, lo esconden y se lo comen a escondías,

Remedios: es que los chiquillos no tenían que tener los caramelos escondíos, yo voy se los quitaba,

Alba: pero si se van a veces con su padre y con su tío y se lo gastan "to" se vuelven con unas bolsas llenas que yo les digo. ¿"ande" vais con eso? Pero es que "pa" un día que se van con su tío no les vas a decir nada, ¿cómo les vas a decir na? Si los grandes son peores que los pequeños (se ríen todas)

Milena: es que no se pasa "na" por probarlos de vez en cuando, además la azúcar es bueno que lo dicen los médicos porque da energía y los chiquillos necesitan tener fuerzas "pa" correr y jugar. Ellos lo quemán "to", ellos no tienen problemas, ya tendrán que recortarse cuando les venga el colesterol

ya tendrán tiempo, y entonces no podrán comer de “na”, no tendrán más remedio que no comer de “na”, (...)

(Grupo padres Centro Cívico, 2018)

Así, en la discusión sobre la lucha porque los hijos coman o no coman chucherías, vemos que la práctica de ir al quiosquillo se apuntala bajo dos ideas, la primera y más evidente es la justificación de que el azúcar es una sustancia recomendada por los expertos en medicina, argumentándose en el discurso del equilibrio energético. Y la otra, menos palpable, es una percepción de la salud muy alejada de la enfermedad, en el sentido de que la alimentación insana no se percibe como una amenaza para la salud hasta que no se presenta una enfermedad o una anomalía prescrita por un experto en medicina como, por ejemplo, el aumento del colesterol por encima de los niveles recomendados. Lo que representaría una percepción de la salud propia de un *habitus alimentario tradicional*. Como ya adelantábamos, la cacofonía informativa también comprende las continuas alertas/crisis alimentarias que impregnan el campo social alimentario. No obstante, estas alarmas generan recelos y desconfianzas, especialmente en aquellas madres experimentadas que ya han vivido varias crisis, como el caso del aceite de palma:

Moderador: esto ya me lo han comentado anteriormente, que existe un poco de desconcierto a la hora de elegir en la compra, como en el caso del huevo, si se debe o no comer a diario...,

Madre 1: eso es como antes en la época que recomendaban el aceite de girasol porque era lo mejor, ahora el aceite de girasol no es tan bueno, es lo peor del mundo, ahora está de moda el aceite de palma que hay quien lo ha eliminado completamente de su dieta y sin embargo está presente en todo, hasta en los geles como estabais comentando por aquí, (...)

(Grupo padres Mar Menor, 2018)

De este discurso podemos sacar en claro que la información que codifican estas madres sobre las alertas alimentarias en torno a las grasas, dan lugar a múltiples interpretaciones que no solo se sostienen sobre fundamentos científicos sino las experiencias propias o la observación de comportamientos de personas del entorno social: “(...) el aceite de palma que hay quien lo ha eliminado completamente de su dieta (...)” (Madre 1, Mar Menor). Lo que pone de manifiesto la influencia de los esquemas de la matriz social. A nivel estructural, observamos la incoherencia percibida frente a las supuestas recomendaciones expertas que desaconsejan el consumo de la grasa de palma y la contradicción de detectar que esta grasa “está presente en todo”.

5.3.7. Resistencias y desconfianzas

Hemos visto cómo los gustos conllevan un tipo de resistencia al acomodo de los preceptos médico-nutricionales, debido a que responden a *capitales culturales* adquiridos por transferencia cultural, limitaciones prácticas y experiencias que se han ido asentando a lo largo de muchos años en las familias. A estos elementos que impiden la integración de los valores de la alimentación sana, debemos añadir la desconfianza que las alarmas sanitarias han generado sobre los productos alimenticios industriales:

Madre 2: sí, sí, yo miro siempre las etiquetas porque me gusta saber lo que como.

Madre 6: si yo también.

Moderador: ¿Qué buscáis en la etiqueta? ¿Creéis que está lo suficientemente clara la información?

Madre 2: no, no está clara. Yo me pongo siempre a mirar lo primero qué tipo de grasas lleva, después miro los azúcares y después los aditivos. Eso es así lo más importante que yo miro.

Madre 6: yo recuerdo un documental que vi en la noche temática de la uno, que se intentó aprobar en el Parlamento europeo una nueva normativa del etiquetado de los alimentos industriales y al final la presión de los lobbies pudo contra esta propuesta. Se intentaba poner una especie de colores que tú identificaras.

Moderador: ¿El código de semáforos?

Madre 6: si, eso, el código de semáforos. Eso está ya en Inglaterra, pero aquí la (nombra una multinacional) tenía comprado al eurodiputado que tenía que votar a favor de esta propuesta.

Madre 4: ¡qué disparate! Si es que está todo perdido.

Madre 2: ¡está todo corrupto!

(Hablan todas al mismo tiempo)

Moderador: ¿Creéis que este tipo de medidas mejorarían la alimentación de los niños y adolescentes?

Madre 6: hombre claro, si tú le puedes decir a tu hijo, “lo que lleva el código rojo o naranja no te lo comas, pues a lo mejor puede que no te haga caso, pero el que sea obediente pues lo tendría más fácil para darse cuenta de qué no puede comprar porque está lleno de azúcar y grasa.

Madre 2: si, y también sería más fácil para las abuelas que hacen la compra para los nietos que no ven tres en un burro y con la vista cansada menos, con esas letras tan pequeñas y esa cantidad de información que no te aclaras, que si cantidades diarias recomendadas, que si (la interrumpen).

Madre 5: pero eso no hace falta que te vayas a una abuela, yo ya tengo presbicia y no veo de cerca bien. Si te tienes que poner a leer en el supermercado todas las etiquetas te tiras toda la mañana y no haces la compra, con el poco tiempo que tenemos (...)

(Grupo padres Las Claras, 2018)

Se observa la desconfianza que muestran las madres que revisan el etiquetado, puede tener ciertas connotaciones beneficiosas en la alimentación de los niños y adolescentes, por la resistencia que supone frente a la sobreabundancia de productos alimentarios cargados de aditivos y las transformaciones que han experimentado los productos alimenticios industriales que complejizan la tarea de reconocer qué se compra y qué se come. Esta práctica de mirar el etiquetado de los productos industriales, se reconocía también en los grupos de discusión de los niños/adolescentes, a pesar de no ser una materia contemplada en el currículum escolar. Sino más bien una iniciativa puntual de un profesor, como se muestra en el siguiente ejemplo:

Entrevistador: ¿y qué otras cosas trabajan con los niños más grandes o los adolescentes?

Pedagoga 1: pues eso ya depende un poco del profesor, hay uno que está muy empollado de estas cosas de la alimentación y trabaja con los niños componentes de los alimentos, a lo mejor se lleva un paquete de galletas y de una marca y otro de otra y les dice, a ver ¿cuál creéis que es más sano?

(Pedagoga 1, 2016)

Lo que pone en evidencia dos cuestiones, por un lado, que la educación nutricional debería enfocarse a estas cuestiones, en lugar de a un mayor conocimiento de las nociones nutricionales de los alimentos, que más bien parecen acrecentar la preocupación por el peso corporal y no ha demostrado surtir efecto. Y menos si en el ambiente social en el que se desarrollan los niños/adolescentes, se transmiten implícitamente mensajes contradictorios como es el caso de la publicidad de productos alimenticios insanos y/o el exponencial incremento de restaurantes que facilitan el acceso a la comida basura. Esta incoherencia educativa es similar a la que explica la siguiente madre:

Entrevistador: ¿cuál es la respuesta?

Olga: pues yo creo que los gobiernos quieren contentar a todos y no hacen nada, o no son muy espabilados y no saben qué hacer.

Te pongo un ejemplo con otra cosa. Esta semana están poniendo la música muy alta en el recinto ferial del ayuntamiento, que me ha puesto a 1 kilómetro de mi casa, pero como no hay casas, sopla el viento de levante y la música se oye como si estuviera enfrente. Entonces me voy a poner una reclamación a la policía municipal y me comenta el agente, que por cierto no estaba muy de acuerdo con esa fiesta, que era una peña que le habían dado permiso para hacer una fiesta de la cerveza y que la recaudación era para donarla a Aidemar (Asociación de discapacitados). Entonces, tú fíjate la incoherencia que me dijo el hombre, están mandando a los policías a los colegios a que les digan a los chiquillos que lo pueden pasar bien sin beber alcohol y luego das permiso para que celebren la fiesta del alcohol y además no dejen a los vecinos descansar para ir a trabajar descansados.

(Olga, 41 años, madre de niña obesa, 2018)

Este discurso está en consonancia con los discursos de aquellos autores que manifiestan que se requiere de una actuación coordinada de todas las partes involucradas: gobiernos, industria alimentaria, el sector de la publicidad, la comunidad educativa e incluso los padres. Las estrategias deben canalizarse desde una implicación colectiva tendente a reducir las desigualdades sociales y a proporcionar una educación en materia de alimentación, adaptada al nivel social y cultural de la población. Por otro lado, existen vías educativas que facilitan el desarrollo de habilidades que permiten a los alumnos actuar y pensar por sí mismos, fomentando así su capacidad crítica y la capacidad de agencia. Un aspecto muy importante ante la continua transformación del sistema agroalimentario y la cacofonía informativa en la que el sujeto del contexto

moderno se halla inmerso. Esta desconfianza genera discusiones que implican las categorías de alimentos vinculados simbólicamente a la señalada dicotomía entre lo tradicional y lo moderno, lo natural y lo adulterado, lo rápido y lo lento. De este modo, los debates se elevan de nuevo a una dimensión moral en la que se pone en tela de juicio los valores ecológicos, constreñimientos económicos y, sobre todo, los valores de los propios sujetos:

Madre 5: yo pienso que ahora hay muchos más controles sanitarios,

Madre 3: sí, pero ahora se crían los pollos con hormonas,

Madre 4: yo estaba este fin de semana pasado en una comunión y saltó un padre que nos dijo que él estaba cultivando papayas y entonces salió el tema de que hoy en día la demanda es altísima por ello no podemos comer lo mismo que hace 30 años, y una cosa de las más crueles que puede haber hoy en día es el despilfarro de comida que hay, entonces no podemos comer todos los días carne, todos los días legumbres, todos los días pescado... y tener el frigorífico lleno y la despensa llena de alimentos y que eso no tenga ninguna repercusión entonces ahí está el tema de que por la necesidad de producir tantísima comida se han utilizado tantísimos plaguicidas que ahora nos preguntamos si no se enferma de cáncer por la propia comida que comemos,

Madre 3: pero es que somos nosotros mismos, los que provocamos todo eso, porque si vemos una manzana con un gusano directamente no la compramos,

Madre 4: pero hay gente que sí consumen lo ecológico y le da igual que tenga un gusano,

Madre 5: lo ecológico también está fumigado pero menos,

Madre 4: sí, también se utilizan fertilizantes, sí que es verdad que hemos sido nosotros mismos los que hemos hecho que hayan cosas que estén más bonitas pero que nosotros hemos sido los que hemos creado ese tipo de

alimentación, así que lo que hacen las productoras es vendernos lo que nosotros queremos, porque la gente ¿qué quiere? una leche barata pero que tenga buena calidad, ¿perdona?, aquí una de las dos cosas, o la leche tal, o la vaca... entonces al final todo es una cadena, pero la culpa está en los consumidores que tienen que valorar que lo bueno cuesta dinero, a lo mejor deberíamos invertir menos en casas, menos en coches y menos en otros artículos e invertir más en alimentación, (...)

(Grupo padres Mar Menor, 2018)

Aunque la crítica a la artificialidad de los productos alimenticios industriales aparece en todos los *habitus*. Las desconfianzas y recelos respecto de los procesos de producción de la industria agroalimentaria, provoca en este grupo de discusión el enfrentamiento de dos polos opuestos. Por un lado, la óptica de la madre 5 refleja un *habitus posmoderno*, cuya confianza en la ciencia y las autoridades sanitarias le permite concebir una amplia gama de alimentos como seguros para su consumo, a pesar de que en la matriz social se salgan de las categorías de lo natural y saludable. Algo inconcebible para la madre 4 y especialmente la madre 3, cuyos esquemas legítimos les hace percibir los alimentos actuales como envenenados, como se aprecia cuando se refiere que “ahora se crían los pollos con hormonas” o se critica el abuso de químicos en la producción de alimentos, como resultado de un desorden sistémico que genera una especie de ambiente tóxico. Aunque estos argumentos se asemejen a las críticas hacia la pérdida de los alimentos naturales, visibilizada en informantes del extremo más tradicional, la diferencia con respecto a estos enfoques macro-políticos es que se responsabiliza a los sujetos de “haber creado ese tipo de alimentación” con sus exigencias hedonistas. De este modo, desde los puntos de vista legítimos se categoriza implícitamente a las personas en dos tipos: las dionisiacas que priorizan la belleza

de los alimentos a los criterios saludables, y las apolíneas que anteponen la salud a los criterios económicos o la estética: “(...) pero hay gente que sí consumen lo ecológico y le da igual que tenga un gusano, (...)” (Madre 4, Grupo Mar Menor, 2018).

Otro efecto destacable, generado por la resistencia y desconfianza hacia el contexto agroalimentario actual, es la búsqueda auto-gestionada de un discurso de la verdad que permita identificar los productos alimenticios saludables, en base a criterios individuales que trasponen los patrones tradicionales y/o legítimos. Resultado una actitud ecléctica predispuesta a los cambios de categorizaciones de alimentos que presenta la modernidad líquida:

Moderador: ¿Creéis que los alimentos industriales son de confianza?

Madre 2: no. Yo de productos industriales compro solo lo imprescindible. Todo lleva aditivos, hasta las alcachofas de bote llevan conservantes que son malos para la salud y les ponen ácido cítrico para engañar y que te creas que es zumo de limón, pero (...)

Madre 1: hombre, algunos sí y otros no. El tomate Hida de aquí (marca de tomate frito envasado murciano), yo lo compro porque sé que es casero, no lleva aditivos, eso es el tomate y el aceite de oliva, la sal y punto. Otras cosas sí que no las compraría jamás, como un pollo asado envasado de esos o una tortilla de patatas.

(Grupo padres Las Claras, 2018)

Estos patrones alimentarios auto-elegidos se caracterizan por un conglomerado de criterios de selección de alimentos que combinan patrones tradicionales de naturalidad/pureza, concepciones legítimas sobre la salud/nutrición, correspondencia con una identidad local y el gusto. Además, como se observa en el siguiente discurso, este summum de capacidades permite

desarrollar una actitud crítica a escala particular y global, legitimada por la experiencia personal:

Moderador: los demás, ¿también tienen ese control de la comida?, ¿se fijan en el contenido de los productos que compran?

Madre 1: yo cuando llegué acá, una cosa que me chocó es la cantidad de alergias que tienen los niños, yo creo que es por lo adulterada que está la comida y la cantidad de harina de trigo refinada que se come, nosotros allá usamos mucho más el arroz y el maíz, con la harina de maíz hacemos masa para cocinar, pan, y hasta para hacer postres porque le da un sabor mejor y es más nutritivo,

Madre 3: bueno el maíz también está bajo la sospecha de que tiene gluten, lo que pasa es que estas cosas no se han estudiado suficiente todavía,

Madre 1: pues chica es la primera noticia que tengo, el maíz de siempre no ha tenido gluten, es un alimento completísimo, tiene antioxidantes, tiene magnesio, hierro, fósforo, es buenísimo para el crecimiento de los niños, allá se lleva comiendo desde hace siglos, que digo siglos miles de años, desde la época de los aztecas y no creo que lo hicieran porque fueran tontos porque se ha estudiado mucho de ellos y resulta que sabían más cosas que nosotros, (...)

(Grupo padres Carrión, 2018)

De este modo la madre 1 percibe que hay menos intolerancias o alergias alimentarias porque en su país la alimentación es diferente, ya que se ingiere otro tipo de hidratos de carbono con menos gluten (arroz, maíz). Desplegando a su vez un *gran capital alimentario legítimo* e histórico cuando le cuestionan sus razonamientos. En otro sentido, en los patrones auto-decididos también influye el *capital alimentario* adquirido por transferencia cultural:

Madre 7: en algunos si, en otros no. Yo no compro nada que lleve aceite de palma, cuando miro y veo que tiene aceite de palma lo dejo en la estantería. Hace mucho tiempo que no compro nada que lleve palma.

Madre 5: si, es muy malo.

Madre 2: eso porque está de moda, pero el aceite de palma se le está echando a los botes de comida industrial desde hace mucho tiempo. Yo recuerdo a mi padre que hace 35 años vino con una analítica de colesterol de una clínica privada y ya entonces le dijo el médico de allí que qué comía y mi padre le dijo “almuerzo un tomate con una lata de atún...” , entonces el médico ya le dijo a mi padre que si el atún ese iba en aceite, mi padre lo compraba en aceite vegetal pensando que era más saludable, el médico le dijo: “¿usted no sabe que eso es un engaño, ponen vegetal para camuflar que en realidad lleva grasa de palma que es malísima para la salud?” Desde entonces mi padre ya empezó a comprar el atún y todas las conservas en aceite de oliva.

Madre 7: si pero bueno, eso pasa con muchas cosas, que te intentan maquillar la realidad diciendo que la fabada es como la hacía tu abuela, o te ponen una etiqueta de natural o los de danone te dicen que la cuajada está hecha con la receta tradicional, que creo que ya aparecen en todos los envases industriales por defecto, salen de la fábrica del “Tetra Pack” con la palabra “natural” o “tradicional”.

(Grupo padres Las Claras, 2018)

Como se puede observar, la madre 2 construye sus propios criterios saludables en base a la experiencia transmitida por su padre. Lo que sirve para no dejarse engañar por los mensajes malintencionados de la industria alimentaria que trata de crear la falsa percepción de que lo que se vende es natural, casero o saludable. Confirmando que los sujetos tienen cierta capacidad de agencia para no dejarse engañar por los anuncios publicitarios. Al igual que le sucede a la madre7,

que ironiza con el machacante y simbólico mensaje de la “naturalidad” empleado por la industria alimentaria durante décadas, y que parece haber perdido credibilidad. En este sentido, algunos padres demuestran también una gran capacidad crítica con otra de las estrategias más utilizadas por la publicidad, el uso de un agente social de prestigio:

Madre 4: si o te ponen al Arguiñano vendiéndote avecrem para la paella, a lo mejor le echa él avecrem (En tono irónico).

Madre 2: ¡buaf! Esas pastillas llevan muchísima sal, grasas de palma y glutamato monosódico que es un potenciador del sabor que es cancerígeno. Esos sí que engañan, te ponen bajo en grasa. ¡Pero cómo va a ser bajo en grasa, si es grasa concentrada! No sé cómo cocineros como Arguiñano se prestan a vender esas cosas, con lo que nos han ayudado a muchas amas de casa a hacer comidas saludables ricas y rápidas de hacer.

(Grupo padres Las Claras, 2018)

Además, no solo se excluyen de la cesta de la compra aquellos alimentos o productos cuestionados por una alarma sanitaria. Sino que esta situación genera una actitud de vigilancia que se traslada a una amplia gama de productos alimenticios:

Madre 2: pues yo respecto a eso, mira... el tema de la grasa de palma está de moda en este momento como sustituto de otro tipo de grasas pero que son más caras, mira toda la revolución que se ha producido, yo nunca me había fijado, pero a raíz del revuelo con lo del aceite de palma me fijo más y me he dado cuenta de que el queso fresco Burgo de Arias no lleva conservantes y por ejemplo el de marca del Mercadona sí que los lleva, o el jamón envasado por ejemplo, también lleva muchísima sal y conservantes...y dices tú, “pero bueno...”, un día me di cuenta de estas cosas típicas que las ves y demás y

lees sin colorantes, sin conservantes... y entonces tú piensas “entonces es que los demás sí que lo llevan”, entonces fue cuando empecé a mirar un poco más las etiquetas, yo pienso que el queso o el jamón ¿por qué tienen que llevas esto y lo otro?, porque si los hay que no les echan... ¿por qué le echan?

Madre 3: a ver, es que si quieren que el producto tenga una longevidad adaptada a lo que el consumidor necesita deben emplear esos aditivos, porque el consumidor no puede hacer la compra a diario, y no solo se adaptan a las necesidades de los consumidores e incluso potencian que sea mucho más fácil adquirir los productos pero de fondo siempre buscan aumentar sus ventas,

Madre 4: los conservantes yo creo que es por tener más margen económico, porque yo cuando voy a la charcutería y veo toda esa cantidad de carne que es fresca pues la que no venden la tienen que tirar, y eso no creo que sea muy rentable,

Madre 2: pero a mí lo que me choca mucho es que hayan esas diferencias entre los mismos productos, que unos llevan conservantes y otros no, porque tú vas a las charcuterías y sabes que todo es fresco, pero a la hora de comprar ¿cómo va a pararse el consumidor a mirar todo lo que viene en las etiquetas?, debería de ser la propia sanidad la que controlara lo que le meten,

(Grupo padres Mar Menor, 2018)

En algunas ocasiones los padres descubren que los alimentos que entran habitualmente en las categorías de lo sano pueden también ser adulterados, lo que reafirma la necesidad de mantener una actitud de alerta:

Madre 1: ilustre.

Madre 2: pues para tu información los panes industriales llevan hasta derivados del petróleo, antioxidantes, algo así como butilhidrotolueno (butilhidroxitolueno), o también gluten o sustitutos del gluten como el xantano que te hace polvo las paredes del estómago y el intestino y luego tenemos un montón de gente con la enfermedad de moda del colon irritable y no se dan cuenta de lo que pasa. Es que estamos comiendo veneno.

Madre 3: si, muchas cosas que comemos llevan no sé qué potásico que es cancerígeno, nos están dando veneno (...)

(Grupo padres Las Claras, 2018)

En otro sentido, esta auto-gestión de los aspectos alimenticios, se traslada a una vigilancia y cuestionamiento de los estereotipos sociales. Emergiendo una actitud crítica que se desmarca de las explicaciones estigmatizadoras de los expertos en psicología y medicina que aluden los TCA a una actitud perfeccionista y una debilidad moral de unos niños/adolescentes, que se dejan llevar por agentes sociales influyentes:

Moderador: ¿cómo se puede solucionar esta excesiva preocupación por el cuerpo?

Madre 2: yo creo que las redes sociales, internet, ha hecho mucho daño, están distorsionando las personalidades totalmente, yo he leído una noticia hace poco super interesante que se llamaba “mi amigo el del Facebook” y hablaba un poco de la cara oculta que hay en las personas que hay en las redes sociales, hay gente que en Facebook lo cuelga todo y muestra una vida super divertida y luego su vida no tenía nada que ver con eso, de hecho salió no hace mucho una “influencer” que se había suicidado... es que hay muchísima gente que de cara a la galería venden un tipo de vida que claro... en muchas ocasiones lo que nos importa es el número de seguidores que

tienes en Instagram y como no tengas una personalidad fuerte pues te dejas llevar e intentas mostrar tu cara más guay...

Madre 1: el perfil de la anoréxica o de la bulímica es siempre el mismo, aunque cada vez es cierto que hay más chicos pero la mayoría siempre son chicas, tienden a ser personas muy exigentes consigo mismas, que sacan buenas notas y yo creo que eso es un poco así, todos tendemos a lo mejor,

Madre 2: pero es que ese perfil ya existía antes pero a lo mejor existían revistas y en la televisión salían mujeres con un cuerpo perfecto, porque yo en mi época estaban de moda las top-model, pero no se hablaba de los chicos top-model y hoy en día hay tantos chicos que están buscando unos cuerpos perfectos de gimnasio con tableta y tal, que yo creo que cada vez van a haber más casos con chicos con anorexia y en general todo tipo de trastornos alimentarios.

Madre 5: es que yo creo que es una presión de la sociedad también, de en el caso de los niños, los niños menos, los adolescentes. Yo en el caso de, bueno voy a contar algo personal pero no es íntimo, en el caso de mi hija yo considero que mi hija no necesita teléfono, esto es algo personal, y tampoco considero que necesite una tableta. El ordenador está en casa, yo es que tengo esa personalidad, hay muchísimas cosas que no me gustan y ya está. Y yo tan contenta, y ella me dice "mamá es que", y yo "no lo necesitas", y sabe que no, y no lo necesitas. Entonces estoy contrarrestando, estoy evitando, y sé que a la larga pues el teléfono será, pero sé que ahora el teléfono no lo necesita. Por un lado se le está haciendo daño en el entorno, a lo mejor se lo estoy haciendo yo, pero yo creo que no.

Moderador: ¿por qué cree que le está haciendo daño?

Madre 5: pues porque mi hija me dice: mamá como no llevo teléfono nadie quiere estar conmigo y me dejan sola, y no me hablan, eso es así. Que ella está sola y que hay también algunas niñas que también no tienen teléfono, pero bueno que es lo que hay.

(Grupo padres Mar Menor, 2018)

Como se aprecia, la madre 1 reproduce las explicaciones expertas de los TCA que hemos registrado en la segunda parte del análisis. Por el contrario, las madres 2 y 5, muestran una posición crítica respecto a la capacidad de agencia que tienen los jóvenes en un ambiente hostil, en el que el entorno de amigos presiona para homogeneizar los gustos y las prácticas. Adviértase la presión que sufre la hija de la madre 2, para que se conecte a las redes sociales, lo que coincide con la situación de acoso vivida por la hija de Olga:

Olga: es que mi hija, la mayor, ha sufrido mucho, he tenido hasta que cambiarla de colegio por el acoso o por el mobbing que le estaban haciendo, me da igual como lo llames porque seguro que el año que viene se pone de moda otro nombre, el caso es que la pobre no podía vivir, no quería ir al colegio y yo le decía: “¿Marta que te pasa? ¿Te duele la barriga?”. Estuvo con depresión todo el año porque no paraban de meterse con ella.

Cuando por fin pude averiguarlo por casualidad, porque aunque he luchado mucho con que no se haga el twitter o el Instagram al final todas sus amigas lo tienen y yo le he hablado mucho de los peligros de esto, pero ya llegan a una edad que no puedes restringírselo porque es como aislarla del mundo (...)

(Olga, 41 años, madre de niña obesa, 2018)

Una situación parecida se recoge en el relato de Marta:

Marta: hombre en el colegio mi hija tiene sus amigas, sí que a veces llega y me dice, porque a mí me lo cuenta todo, yo no le digo: “ me tienes que contar todo”, pero le he dado la confianza de que cuando me cuenta algo no lo utilizo después para reprocharle algo como hacía mi madre conmigo y eso a ella le da mucha confianza, entonces me dice: “mamá este crío me ha dicho

foca, este otro me ha dicho tal”, entonces sí que la cría sí están todos los días diciéndole pues coge complejo, pero para eso estoy yo para decirle: “tú eres grande de constitución pero eres muy guapa, además la belleza se lleva por dentro no solo por fuera, ¿no has visto que hay gente guapa de cara que te resulta desagradable porque están todo el día con una cara de vinagre que no se soportan así mismos?, y luego hay gente que se sale de los estereotipos que es muy simpática y todo el mundo quiere tenerlo como amigo porque le agrada su compañía”, (...)

(Marta, 38 años, madre de niña obesa, 2018)

Resulta interesante cómo el no tener secretos puede suponer un valor moral que distingue a esta familia y que puede ayudar a superar la presión social por el cuerpo delgado. Igualmente, como en otros casos, se distingue como “buena madre” por los buenos valores que transmite a su hija, que le ayudan a contrarrestar la influencia de los juicios sociales. La preocupación de estas madres está sobradamente justificada, puesto que el rechazo social que sufren los niños obesos, puede generar serios problemas de autoestima, siendo especialmente significativo cuando se trata de adolescentes niñas, debido a que se encuentran en una etapa crucial de su vida en la que se está desarrollando su sexualidad y su personalidad (Velásquez y Alvarenga, 2001). A lo que además debemos añadir la presencia de los “influencers”, agentes que en el contexto actual gozan de gran prestigio y credibilidad entre los jóvenes, llegando a convertirse en auténticos proveedores de ideas diversas, entre la que, por supuesto, se encuentra la alimentación o los estereotipos corporales. Esta problemática es denunciada por las expertas en psicología:

Psicóloga 2: (...) La característica, común es el perfeccionismo, es la fuerza de voluntad que se proponen, debes de ser muy potente para pasar esa fase

del hambre, pero luego está sobre todo en bulimia cuando aparece el “yo quiero ser perfecta” pero como no lo controlan pasan al polo contrario “es que yo soy un desastre”, no soy perfecta, y en internet tienen hasta su nombre las “Want to be”, las que quieren ser, así se llaman, las que quieren ser y no pueden, dicen “es que yo soy una guanabi”(…)

(Psicóloga 2, experta en TCA, 2018)

Psiquiatra: Bueno, también se da el caso de que adolescentes que se obsesionan con su cuerpo, debido a los ideales de cuerpo delgado, se obsesionan con controlar su alimentación, y al final terminan perjudicando su propia salud. Además, se encuentran en una etapa en la que necesitan identificarse con un grupo y buscan referentes en las revistas y en la tele, normalmente, son personas de éxito que están delgadas. Si te metes en internet verás la página Pro-Ana y Pro-Mia, Pro-anorexia y pro-bulimia donde encuentras mensajes como: “nada sabe tan rico como ser delgada” y unos mandamientos ¡de espanto! toda una religión de la delgadez.

Entrevistador: ¿no se pueden bloquear este tipo de webs?

Psiquiatra: no sé, creo que no, porque no es ilegal. Sí que existe una asociación que simula que es pro-anorexia, para prevenir de las mentiras que se publican en esta página web a las adolescentes que está buscando información para adelgazar. De todas formas si las cierran, las vuelven a abrir por otro sitio con otro nombre, es muy fácil.

(Psiquiatra, experta en TCA, 2018)

De este modo, a pesar de los discursos culpabilizadores que despliegan las expertas del ámbito psicológico, implícitamente informan de los efectos que genera el *maremagnun* en el que se encuentran los jóvenes de la modernidad líquida, entre promoción del consumo, restricciones alimentarias y control del cuerpo. Una

contradictoria y perjudicial situación que limita la capacidad de agencia de los niños y adolescentes y, por suerte es detectada por los padres. Aunque la estrategia de aislar al hijo de las redes sociales parezca una “misión imposible”. En definitiva se pone de manifiesto que permitir a las personas desarrollar su capacidad de agencia, puede repercutir en favor de una alimentación más saludable en los hogares. Repercutiendo probablemente en la transmisión de una actitud crítica que permita a los niños desenvolverse en el campo social alimentario moderno, caracterizado por mensajes expertos ambivalentes y cambiantes, así como estrategias de marketing publicitarias mercantilistas y engañosas.

A continuación resumimos con un esquema de ejes, característico de P. Bourdieu, los *habitus alimentarios* de los padres entrevistados en los que se representan las categorías halladas. Se ha elegido esta distribución porque nos permite representar los solapamientos de ideas y prácticas alimenticias, distribuidos según los siguientes criterios:

1. Los ejes representan las tendencias hacia las que se inclinan los discursos, existiendo la posibilidad de que una idea o alimento sea compartido por diferentes *habitus alimentarios*, aunque como ya se ha expuesto en el análisis desarrollado, esto presenta diferentes matices. Como por ejemplo, la relación de lo tradicional con lo saludable.
2. Las frases horizontales entrecomilladas se corresponden con citas textuales que representan ingredientes, recetas y alimentos que mejor representan el *habitus alimentario* de cada informante.
3. Los textos horizontales sin comillas sintetizan las ideas y principios observados

4. Finalmente, en posición vertical se describe la disposición social de los informantes.

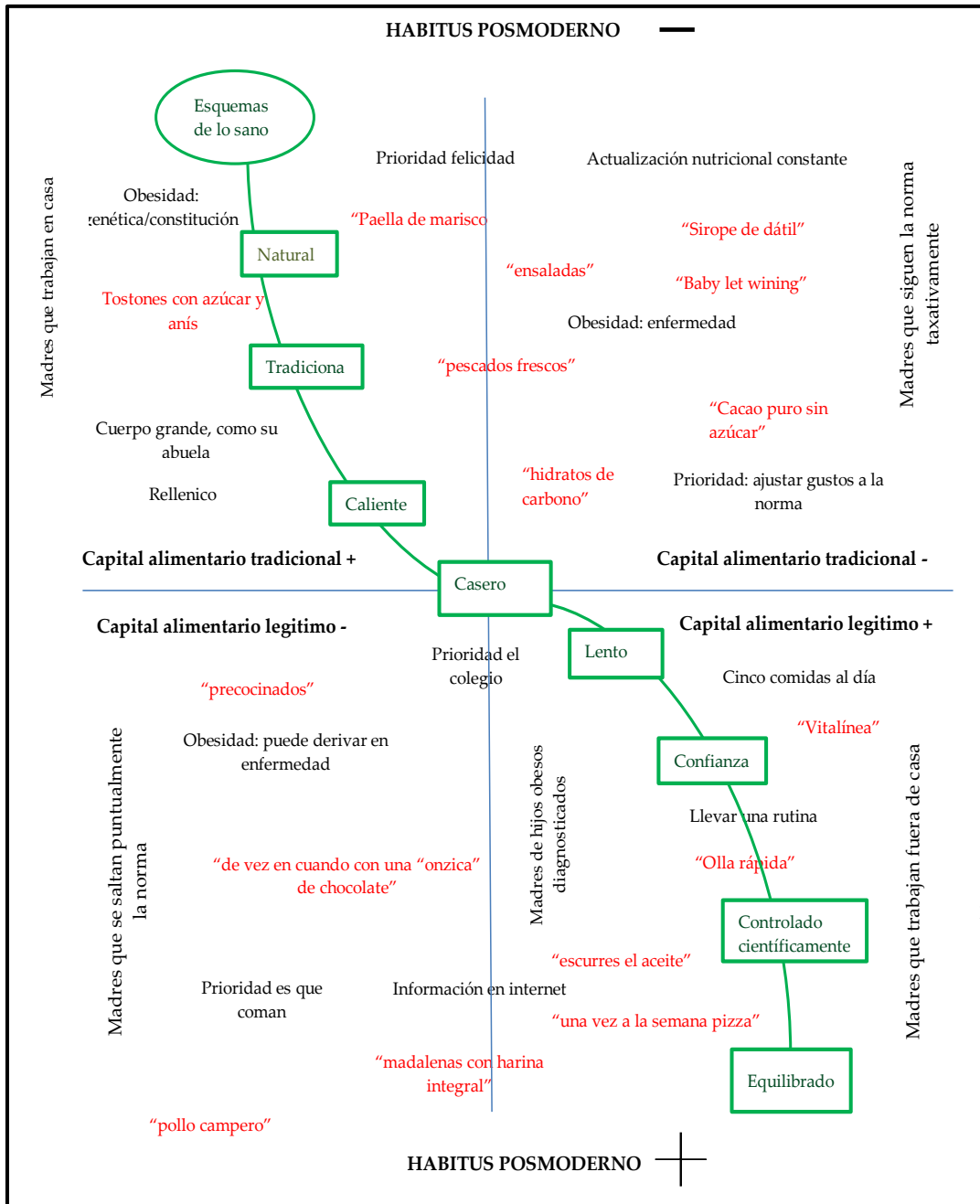


Figura 7. *Habitus alimentario* de los padres. Creación propia.

5.3.8. Feminización de la vejez

En los grupos de discusión y las entrevistas realizadas se ha reafirma que los abuelos forman una parte muy importante del complejo engranaje social alimenticio de los niños y adolescentes. Sobre todo por el apoyo que suponen para unos padres atrapados en una espiral contradictoria de horarios escolares partidos incompatibles con la jornada laboral de los padres, de presiones expertas por mantener unos estilos de vida sanos ajustados a la norma biomédica o de juicios morales de los propios expertos y la matriz social. Sin olvidar los esquemas de distinción que caracterizan a cada familia y/o grupo social, en los que el valor de la comida tradicional sirve de elemento de distinción para la una buena madre:

Moderador: veo que las abuelas son a veces un recurso importante.

Hablan todas al mismo tiempo.

Madre 2: un recurso no, yo mi madre son mis manos y mis pies, si no la tuviera no sé qué haría porque se queda muchas veces con ellos y me hace un mundo. Bueno y el abuelo, el abuelo los recoge y la abuela les hace la comida.

Moderador: ¿les gusta la comida de la abuela?

Madre7: ¡uhhh, muchísimo!, yo creo que más que la mía.

Todas: se ríen.

Madre 2 claro porque les dan algún caprichico.

Moderador: ¿es saludable la comida de la abuela?

Madre 2: siiii.

Madre7: siiii.

Madre 3: pues depende, porque en el fin de semana los hinchán a comer de todo.

Madre 2: pero la comida de las abuelas siempre es más sana porque lo hacen todo casero, con la "olla destapa", como decía ella antes. Si es verdad que les

dan algún dulce y que les hacen repetir, que yo llevo una batalla con eso, pero eso era antes ahora ya ha comprendido que tienen que comer sano y equilibrado.

Madre 7: yo con mi madre siempre han comido muy bien, porque ella sigue cocinando como antes, los guisos esos de cuchara que son tan sanos, las habichuelas, los garbanzos, las lentejas, las pelotas, son todo legumbres y verdura que eso se está perdiendo.

(Grupo padres Las Claras, 2018)

Así, vemos la importante función de los abuelos en la atención de los hijos cuando salen del colegio, siendo la alimentación un elemento central de esta faceta. Ante lo que nos surgen diferentes cuestiones: ¿Qué efectos tiene la intervención de los abuelos en el fenómeno de obesidad infantil/adolescente? ¿Alimentan de forma saludable a los nietos? En líneas generales, existe la percepción de que la participación de las abuelas en la alimentación de los nietos parece suponer más bien un beneficio que un perjuicio. Aunque también existen opiniones divergentes que contradicen la extendida creencia de que los abuelos manejan un tipo de alimentación saludable que las madres de hoy en día no dominan. En primer lugar observamos la idea de que el contacto de los nietos con los abuelos permite que estos coman bien, porque las abuelas suelen cocinar recetas propias de la alimentación tradicional saludable: “(...) yo con mi madre siempre han comido muy bien, porque ella sigue cocinando como antes, los guisos esos de cuchara que son tan sanos (...)” (Madre 7, Grupo Las Claras, 2018). Incluso aunque se tenga poco capital económico, las abuelas tienen la capacidad de sacar lo más sano de cada elaboración: “(...) no estoy de acuerdo porque hay familias que tienen muchísimo menos y comen mejor porque tienen las natillas de la abuela, (...)” (Madre 3, Grupo pilotaje, 2017). Y lo que es más importante, este contacto entre

abuelos y nietos puede implicar una transmisión implícita de *capital alimentario* y valores tradicionales que los niños llevarán a sus futuros hogares, protegiéndoles de las influencias externas como apuntaba C. Díaz:

Entrevistador: bueno, cuénteme qué es para usted una alimentación saludable,

Raimundo: pues mira la mejor comida es la de la huerta, yo tengo un huerto aquí cerca en el camino de los muertos, que tengo naranjas, limones, “abercoques”, unas ciruelas dulces como la miel que de esas no las has “catao” tú en tu vida. Son así pequeñas y verdes que las ves y dices: “vaya unas ciruelas más esmirriás” pero luego están de muerte, luego tengo “pa” mayo pongo unos hilos de patatas y tomates que no les hecho “na” más que basura y unas grapas de polvos “pa” los gusanos pero luego me gustaría que las probaras eso sí que está bueno,

Entrevistador: entonces, ¿esa es la comida que comen sus nietos?

Raimundo: sí, claro cuando vienen aquí porque su madre está trabajando, pues su abuela les hace sus “guisaos” con pataticas de mi huerta y sus conejos caseros que le compramos a un vecino que solo les echa avena y “ramicas” de limonero que saben a gloria, ellos se los comen les gusta mucho, bueno el crío a veces cuesta una “miaja” que se coma “to” el plato pero la cría se come “to” el plato y lo limpia con el pan, sopa con el pan, le encanta, tu sabías que hasta el rey sopa con el pan (se ríe)

(Raimundo, 78 años, abuelo, 2018)

En este discurso quedan patentes las categorías de alimentos, esquemas prácticos y valores que este abuelo puede transmitir a sus nietos cuando se sientan en su mesa. Como, por ejemplo, la idea de que la alimentación saludable es la que se cultiva en su huerta, lo que confiere a los alimentos que se consumen diferentes valores como la pureza/confianza de ser productos cultivados por él mismo o

criados por un vecino, además de la identificación simbólica con el entorno y la transmisión/acomodación del gusto a los alimentos que se consumen. Conectando así con la teoría de P. Bourdieu sobre la forma en que los gustos son adquiridos a través de la cultura y cómo estos están mediados por procesos de distinción. Como se revela en la referencia a las prácticas alimenticias que supuestamente realiza el rey: “(...) *hasta el rey sopa con el pan* (...)”, al que se utiliza implícitamente como modelo por el prestigio y el buen gusto que se le presupone, ligado a una clase de elevado nivel social. Una estrategia que como podemos observar sirve a Raimundo para amoldar los gustos y prácticas alimenticias de los nietos a los esquemas prácticos y valorativos de un *habitus alimentario tradicional* caracterizado por un “gusto por la necesidad”. Cuyos principios son: no dejar nada en el plato y aprender a gustar lo que se tiene “(...) ellos se los comen les gusta mucho, bueno el crío a veces cuesta una “miaja” que se coma to el plato, pero la cría se come to el plato (...)” (Raimundo 78 años).

Así, se pone de relieve la faceta de los abuelos como transmisores de *capital alimentario* y modales en la mesa, una faceta educativa que puede ser beneficiosa o perjudicial según el prisma desde el que se mire. En el caso de los abuelos, algunos puntos de vista parecen sostener que sus esquemas son cruciales para cambiar las malas costumbres alimenticias de los jóvenes del contexto actual:

Josefa: Hoy en día el marido llega e igual se tiene que poner a hacer la cena porque la mujer igual llega dos horas después que él. ¿Qué pasa? Pues que el crío lo recoge unas veces la madre, otras veces el padre, otras veces la abuela, otras veces la tía, y las criaturas no están como antiguamente, antiguamente estábamos mucho mejor para educar y para todo que hoy, porque el estrés que llevamos también se lo pasamos a ellos.

Entrevistador: Sí por eso también estoy entrevistando abuelas, porque se está dando el fenómeno de la feminización de la vejez, que consiste en que los abuelos adquieren el papel de la madre que antes trabajaba en casa,

Josefa: sí, y algunas madres encima se quejan de que la abuela no le da de comer bien al nieto,

Entrevistador: Para una abuela ¿qué importa más? ¿Que la comida sea saludable o que le guste al nieto?

Josefa: a ver, los gustos, si tú desde pequeños los enseñas a comer de una cosa, comen de eso porque el crío no saben si están comiendo judías o están comiendo escalope, ahora si tú le pones el escalope, el escalope le va a gustar más, entonces hay que empezar a cambiar los hábitos desde pequeños y darles más verduras. Porque, es lo que estábamos hablando, si tú desde pequeño lo acostumbras a eso, el crío comerá de eso. Pero ¿qué pasa? ¿Qué el crío no quiere comer de eso? Pues le doy de lo otro.

(Abuela Josefa, 56 años 2017)

Además en el relato de la abuela Josefa se pone de manifiesto de nuevo el papel del tiempo en el complejo engranaje alimentario actual de educación y alimentación infantil/adolescente, especialmente si se pone como referente el esquema alimenticio tradicional. Así sus percepciones añaden, si cabe, más presión a unos padres “estresados” que son juzgados moralmente al compararse con los abuelos, a los que se les presupone una mayor capacidad de organización doméstica y una mejor posición para amoldar los gustos de los hijos/nietos a los esquemas alimenticios tradicionales saludables.

Curiosamente, la construcción ideológica de que “las abuelas” cocinan de forma saludable, está tan extendida que incluso expertas del ámbito psicológico reconocen esta versión beneficiosa de los abuelos. Sirviendo además, como en el

caso de la abuela Josefa, para construir un discurso explicativo en el que se compara implícitamente unos valores tradicionales entregados a la salud y el orden, frente a las costumbres alimenticias desordenadas de los padres actuales:

Psiquiatra: (...) Pero también hay familias que es justo al revés, que no cuidan nada la alimentación y los niños comen lo que quieren todo el día, se inflan a patatas fritas y coca cola porque los padres no están pendientes de ellos, porque no les educan, ni les hacen comida casera como hacían nuestras abuelas, no cenan, ni tienen un orden en la alimentación comiendo a la misma hora todos juntos (...)

(Psiquiatra, experta en TCA, 2018)

Así, según la versión de esta experta, la comida casera que elaboran los abuelos sería la antítesis de la comida insana por el orden moral que transmiten las reglas que sigue un entorno familiar tradicional, respecto al seguimiento estricto de los horarios de las comidas o la norma de comer en familia. En este sentido las abuelas se posicionan como una importante pieza de cohesión familiar, cuando juntan a la familia en torno a la mesa en un día festivo. Una práctica que no solo permite la transmisión de *capital alimentario tradicional* sino también de un capital cultural que identifica a todos, hijos y nietos, con su grupo social y con su tierra a través de recetas tradicionales como, por ejemplo, el “arroz con conejo”:

Moderador: ¿alguien más sale a comer fuera?

Madre 2: yo salgo, a la casa de mi madre

Todas: se ríen.

Madre 2: el arroz con conejico no puede faltar los domingos.

Madre4: yo también voy a casa de mi madre, unas veces hacemos paella y otras hacemos asado que también está muy bueno, a los críos les gusta mucho.

(Grupo padres Las Claras, 2018)

Así, las recetas de las abuelas y sus valores implícitos, parecen ser transmitidos por una interacción social mediada por la comida. En contraste con estos enfoques que abogan, implícita o explícitamente, por la presencia de los abuelos en la cotidianeidad familiar, para mantener los saludables modos de vida y recetas tradicionales. Otros expertos, hipotetizan con esta posibilidad destacando algunas desventajas respecto a la aportación de los abuelos al cuidado de los nietos en el desarrollo de la obesidad infantil/adolescente:

Entrevistador: (...) una socióloga me estuvo hablando de un fenómeno que se ha definido como la “feminización de la mujer”, esto es que los abuelos adoptan el rol de la madre, esto es algo bastante habitual, ver que si el padre y la madre trabajan pues a veces se recurre un poco a los abuelos, entonces ¿Cómo influye esto en la alimentación de los más jóvenes?

P. Ojeda: afortunadamente nuestros padres comían bien, comían buenos productos, lo que sí es verdad es que en cada casa se cuecen habas, sí es verdad que consienten mucho..., y esto va por casas yo hablo de mi caso, en mi propia casa y tengo que pelearme con mi familia, con mis padres de vez en cuando para que no les den chucherías, bollería, porque lo más cómodo cuando salen cuando entran, es darle de esto,

(P. Ojeda, nutricionista, 2017)

Este experto nos habla desde su experiencia personal, defendiendo la idea de que los nietos con los abuelos comen bien, porque cocinan “buenos productos”. Por lo que implícitamente se reconoce que poseen un *capital cultural alimentario* que les permite reconocer los alimentos sanos. Por otro lado, muestra uno de los conflictos más habituales en la cotidianeidad de las familias, la batalla que supone prohibir a los niños determinados alimentos insanos que conocen a través de

amigos, publicidad u otros medios. (Véase el ejemplo de los “dippers”, unas golosinas conocidas por muchos de nuestros informantes). Una disputa emocional en la que los abuelos también se ven atrapados y en la que parecen ser más vulnerables, por el afecto que sienten por los nietos.

En un lance de su entrevista, C. Casabona expone de forma implícita su punto de vista sobre los motivos por los que los abuelos proporcionan comida insana a los nietos, la debilidad. Aunque no especifica si se trata de una debilidad física o moral: “(...) entonces los pobres abuelitos ceden, porque no están para muchos trotes, (...)”. Aunque en parte pueda tener razón en otras entrevistas, hemos observado que esta “cesión”, se encuentra atravesada por diversos factores socioculturales que limitan la capacidad de agencia de los abuelos. Como, por ejemplo, la disponibilidad de determinados alimentos insanos en casa comprados por los propios padres o los esquemas corporales de los abuelos característicos de un *habitus tradicional*, en el que la enfermedad se encuentra muy alejada de cualquier representación corporal y menos en el caso de que la nieta esté “delgada”, además de ciertos esquemas que parecen vincular la genética con la personalidad y el apetito:

Concha: viene de gimnasia rítmica, ésta su madre la ha apuntado a gimnasia porque le gusta mucho el baile y el cante, la otras es que es más “tranquilona”

Nieta: sí hago así (empieza a dar giros)

Entrevistador: ¿Qué comes?

Concha: son “galleticas” de esas “pequeñicas”, como las “Príncipe” pero más pequeñicas (la interrumpe)

Nieta: ¡Son chips Ahoy!

Entrevistador: si sí, se de lo que me habla,

Nieta: ¿quieres una? (Le ofrece una al entrevistador)

Concha: ¡mira que amable es! Te da una, luego a su hermana no le quiere dar,

Entrevistador: muchas gracias, la verdad es que está muy buena, ¿esa es tu merienda?

Nieta: no ahora voy y me abro otra,

Entrevistador: ah,

Concha: Esta es que lo que coma no le engorda, no la ves lo flaca que está, es que no para es muy nerviosa y luego también es que su constitución es así, es de estar “delgá”. Mira ahora viene con otra bolsa, ¡ay yo no puedo con estas crias! (se pone la mano en la cabeza), ella no suele merendar estas bolsas, es que se las ha comprado su madre y las tenía ahí, pero las ha visto y ¡jala, a comérselas todas de golpe! (dice el nombre de la niña) ¡Cuando venga tu madre verás cómo se va a poner! ¡No comas más! Ay yo no puedo, si es que no puedo!

Entrevistador: sí, parece difícil manejarla porque por aquí ha pasado corriendo varias veces en el poco tiempo que está (...).

(Concha 74 años, abuela, 2018)

Curiosamente, vemos cómo esta abuela excusa la práctica alimenticia insana de la nieta con esquemas sacados del discurso biomédico, como son el argumento genético y el discurso del equilibrio: “(...) es que no para es muy nerviosa y luego también es que su constitución es así, es de estar “delgá (...) (Abuela Concha, 74 años, 2018). En la línea crítica de C. Casabona, otros expertos reflexionan sobre la hipótesis de que los abuelos sean buenos para alimentar a los nietos poniendo en entredicho la idea generalizada de que sean buenos proveedores de alimentación sana, apoyándose en la idea de que existen múltiples posibilidades, que se corresponderían con la heterogeneidad de la sociedad y de los *habitus* de los

sujetos implicados. Pero decantándose por la teoría culpabilizadora que señala a los aspectos subjetivos/afectivos que condicionan las decisiones de los abuelos:

J. Revenga: pues a medias José Pedro, un abuelo por el mero hecho de ser abuelo no va a dar buenos o malos consejos, “usted es abuelo pues entonces da buenos consejos” o quizá “usted es abuelo pues entonces da malos consejos”...

Entrevistador: hombre imagino que dará lo mejor que sabe...

J. Revenga: sí, dependerá del abuelo, de su sentido crítico, de la experiencia que ha tenido... y poniéndome más del lado de Carlos Casabona, ten en cuenta que muchos abuelos se quieren ganar a sus nietos, esto es igual que cuando se le da un trofeo o un premio a un perro, que te lo quieres ganar...perdona por la comparación que parece un poco bestial...jaja (se ríe), pero claro los abuelos se quieren ganar a los niños y es cierto que a veces les dan productos que no son los más recomendables...pero al mismo tiempo también es cierto que en el marco de unos abuelos, si son unos abuelos entiéndaseme “como Dios manda”, pues es mucho más probable de que haya una comida más tradicional, más a la antigua, más basada en el producto original que en alimentos procesados... es decir, todo ese tipo de cosas dependerá de cada caso, se pueden dar las dos situaciones, pero no podemos decir que por el mero hecho de ser abuelos vayan a hacerlo bien o mal, es igual que con los médicos, por el mero hecho de serlo no lo vas a hacer bien o lo vas a hacer mal (...)

(J. Revenga, nutricionista, 2018)

Del discurso de J. Revenga se desprende que existen dos categorías de abuelos, aquellos reprochables que quieren “ganarse” a los nietos recurriendo a productos alimenticios poco saludables, como los procesados, cuyos esquemas reprochables podríamos encasillar en un *habitus posmoderno*. Y por contra

encontraríamos otra categoría de abuelos intachables que solo manejarían productos originales y recetas tradicionales/antiguas, representando un *habitus alimentario tradicional*. Luego el análisis de la influencia de los abuelos en la alimentación de los niños/adolescentes y su repercusión en la obesidad, se convierte de nuevo en una doxa que moraliza implícitamente los comportamientos de un grupo social que parece imprescindible en el contexto actual. En este sentido, a tenor de los análisis realizados hasta el momento, sería prácticamente imposible encontrar abuelos que se encuadren en esta última categoría “pura” tradicional. Pues debemos tener en cuenta que los alimentos tradicionales no son tan originales o puros como los percibimos.

Entrevistador: ¿se puede prescindir de los aditivos en la actualidad?

Historiador: difícilmente, todo esto tiene un origen que es el proceso de transformación que han sufrido los alimentos, antes se utilizaba la sal o el aceite para conservar la comida, ahora también, pero la gama de productos es tan amplia y la transformación de los alimentos tanta que es necesario todos estos aditivos derivados del petróleo para evitar que la gran cantidad de grasas que llevan se rancien.

(Historiador, experto en alimentación, 2017)

Aceptando esta radical transformación del sistema agroalimentario, las recetas tradicionales saludables serían imposibles de reproducir en su formato original, no solo porque los avances tecnológicos han posibilitado nuevos cruces de especies vegetales más resistentes a plagas: “(...) el tema de Monsanto es que las modificaciones que ellos hacen es por ejemplo para que las plantas puedan resistir herbicidas cada vez más fuertes como el famoso glifosato que se sabe que es cancerígeno, ese es el tema. (...)” (Historiador, 2017). Sino porque ha cambiado

hasta la forma de criar los animales que se consumen, empleando productos químicos artificiales:

Historiador: Mira, mi padre nació en el treinta y nueve, o sea, justo cuando acabó la guerra, y ellos no pasaron necesidad porque mi bisabuela era comadrona y entonces claro si la gente no te podía pagar en dinero, te pagaba en especies, entonces le daban un pollo, un conejo o incluso un pavo en navidad, (...) mi bisabuela mataba el pavo y no se metía en ningún frigorífico ni nada, se tiraba colgado en la despensa una semana, y estamos hablando de Cartagena, o sea, ciudad industrial con una calidad de aire pésima donde se ha estado tirando veneno al aire un año y otro y otro, y el pavo no se estropeaba porque aquellos animales estaban sanos. Ahora como los animales no están sanos, pues les tienen que echar aditivos para conservarlos o para darles un aspecto rojo, porque a la carne también le añaden un aditivo para darle un aspecto que parece que está vivo todavía, (...)

(Historiador, experto en alimentación, 2017)

Pero además, debemos tener en cuenta que existen multitud de factores socioculturales que pueden transformar las recetas tradicionales en un tipo de alimento sano o insano. Sobre estos aspectos reflexiona el antropólogo J. Contreras:

Entrevistador: si eso pasa, yo me he encontrado en los grupos de discusión muchas quejas sobre los horarios escolares y la falta de tiempo para cocinar sano. Ya que se suele identificar la comida tradicional, elaborada en casa, con la comida sana.

J. Contreras: si eso hay mucha gente que lo identifica así, también hay que tener en cuenta otra cosa sobre la comida de cuchara, es decir, yo hago caricaturas, porque las caricaturas también son buenas para pensar:

“lentejas, ¿Qué hay para comer? Lentejas, que sí que son buenas, pero yo en mi época se comía lentejas viudas, ¿eh? No sé si sabes esta expresión, de lentejas viudas...”

Entrevistador: si, se dice cuando no llevan ni chorizo y ni tocino.

J. Contreras: ¡ahí esta! Bueno se le echaba un poquillo de tocino porque era lo más barato. ¡Hoy las lentejas son polígamas!

Entrevistador: si (se ríe)

J. Contreras: Están casadas con el chorizo, con la panceta, con la morcilla, etcétera, etcétera. ¡A ver!, son mucho más gustosas pero obviamente también son mucho más grasas, ¿eh? Entonces, tenemos que decir que antes las lentejas que eran viudas eran sanas, ahora que son polígamas no son tan sanas, pero se les sigue considerando como comida casera, comida de cuchara etcétera. Es decir, es otra historia, esto hoy en día tiene contenidos muy diferentes, igual que el cocido, hay el cocido que se le puede echar tocino y el cocido que diríamos de “sota, caballo y rey”. Luego también hay muchos platos complejos y diversos que tienen su versión cotidiana y festiva, o su versión pobre y su versión rica.

(J. Contreras, antropólogo, 2017)

Así, este relato invita a reflexionar sobre la controversia que genera la construcción de la idea de que la alimentación tradicional y casera sea la más saludable. Pues se no advierte las múltiples variantes de recetas que pueden producirse dependiendo de: gustos, experiencias, constreñimientos ambientales, posibilidades económicas, conocimientos médico-nutricionales, creencias y percepciones del grupo social al que se pertenece, entre una gran multitud de factores de índole sociocultural. Esto se pone de manifiesto en los relatos de algunas abuelas en los que se exponen las múltiples estrategias y adaptaciones que

realizan en base a sus conocimientos culinarios, sus esquemas afectivos y su rol como abuela/cuidadora:

Emilia: (...) mira asómate a la “ollica” esa, asómate...

Entrevistador: ¿a esa de ahí?

Emilia: sí,

Entrevistador: ¿Qué le haces? ¿Lo haces ahí en esa olla?

Emilia: yo lo pongo en una olla como esta, en una olla normal y yo le echo una rama de apio, un tallo, una hoja o dos, un par de hojas de apio, le pongo una cebolla, le pongo un tomate, le echo un “trocico” de eso... a ver si me acuerdo, cuando hago ese caldo solo le echo el apio, le echo la cebolla, le pongo el tomate, un puerro y le pongo un esqueleto, y to eso lo estoy cociendo ahí, y si quiero que algún día coma su “carneca” que le corresponde le echo su trozo de ternera, to eso se lo pongo y se está cociendo el “trocico” de ternera su “muslico” de pavo que hoy precisamente es carne de pavo la que se va a comer y otro muslo de pollo, y eso se lo cuezo to, luego le saco la carne y se lo pongo en “cacharricos” y el caldo solo, y hoy le vació su cacharro solo ¿sabes?, con su carne que ya está cocida para no tenérsela ahí mucho tiempo.

(Emilia, 67 años, abuela, 2018)

La receta que nos describe Emilia podría representar el tipo de comida casera/tradicional que se categoriza como saludable desde diversos enfoques científicos y profanos. Pero como podemos ver no es sólo la expresión de un *capital alimentario* adquirido por experiencia, transmisión oral o asimilación de preceptos médico-nutricionales, sino que además su discurso y sus prácticas están cargadas de simbolismos y racionalidades que la vinculan al valor de la entrega de la buena abuela del *habitus alimentario tradicional*, como se manifiesta por el lenguaje cuando refiere que utiliza la “olla normal” o por la forma en que describe el tedioso trabajo

de elaboración de la comida y reparto equilibrado en “cacharricos” que con tanto cuidado prepara para su nieto de 9 meses. Este discurso, nos da la oportunidad de confirmar las particularidades que atesora la alimentación tradicional en cada hogar, en consonancia con la reflexión realizada por J. Contreras, y abre un debate sobre la multiplicidad de variantes de esquemas tradicionales que nos podemos encontrar en los grupos de discusión, como se observa en las siguientes narraciones:

Madre 6: buena sí que está pero sana, sana, yo no creo que sea tan sana, porque mi suegra que es de un pueblo de León, hace unas lentejas con su panceta y su chorizo que cuando se queda de un día para otro le das la vuelta a la olla y se queda de punta.

Todas: se ríen.

Madre 6: Si, es como una gelatina de grasa que se queda tiesa, podrías pegar azulejos. Luego tienen el colesterol alto y tienen que tomar pastillas, bueno a su marido le han tenido que poner tres muelles en la pierna porque se le dormía cuando caminaba mucho, eso es porque se le quedaba la grasa pegada en las paredes de las venas y la sangre no circulaba.

Madre 5: si pero ¿y lo a gusto que se comía las lentejas? (se ríe)

Madre 6: si feliz si pero enfermo, fíjate que las sobras se las daban al perro y se puso tan obeso que no podía ni respirar. Al final le dio un infarto y murió.

Madre 2: ¿Tu suegro?

Madre 6: no, el perro. Pero mi suegro terminará igual.

Todas: se ríen.

(Grupo padres Las Claras, 2018)

Así, las recetas tradicionales se matizan dependiendo de identidades culturales, productos del entorno o de las condiciones materiales: “(...) mi suegra que es de un pueblo de León, hace unas lentejas con su panceta y su chorizo (...)

(Madre 6, Grupo Las Claras, 2018). A lo que podríamos añadir, tras el bagaje que llevamos analizado, la intervención de los *habitus alimentarios* locales conformados por experiencias de escasez, el viento de cola de unas costumbres alimenticias adaptadas al duro trabajo del campo o la perpetuidad de consejos expertos obsoletos sobre el consumo de carne o azúcar. Estas concepciones tan dispares, plantean un debate en torno al “sentido común” de los padres para saber discernir el valor saludable de los alimentos, más allá de que se trate de recetas tradicionales o alimentos pre-elaborados:

Moderador: entonces ¿en qué consistiría una alimentación saludable?

Madre 1: hombre, la alimentación de nuestros abuelos o nuestros padres era mejor que la de ahora.

Madre2: sí era más sana, sin aditivos artificiales.

Madre 1: lo que pasa es que como todas las cosas está el ponerle un poco de cabeza, porque si un día comes lentejas con tocino y chorizo, otro día haces un cocido con morcillas, al otro haces rechihuelas fritas, al otro conejo al ajo cabañil, pues te metes una cantidad de grasa que terminas enfermo. Luego, claro también depende del aceite que utilices, yo uso uno ecológico que me trae una amiga de su finca. Los dulces que no hay que pasarse, o comer como mucho una vez por semana y si puede ser hecho en casa, por eso yo suelo hacer bizcocho casero (le interrumpen).

Madre 2: yo también hago bizcocho casero, pero le pongo aceite de oliva en vez de mantequilla, y la mitad de azúcar de lo que dice la receta.

Madre 4: porque le echas un poco de mantequilla tampoco pasa nada, si no, no sabe igual, ni sube tanto y se queda muy seco.

Madre 6: yo si le echo margarina.

Madre 4: ¿margarina? no sé si sabes que la margarina le falta una molécula para ser plástico y tiene muchas grasas trans que se pegan en las paredes de las arterias y hace que se formen placas de ateroma. La mantequilla tiene

más grasas saturadas, pero muy poco más. Es preferible comer un poco más de grasas saturadas a comer grasas trans.

Madre 6: eso de que es casi plástico es un bulo, ya hace años leí en un blog que se estaban diciendo muchas mentiras sobre la margarina, si es verdad que tiene más grasas trans, pero no es peor porque sea casi plástico, porque hay muchas cosas que si les cambias una molécula se transforman en otra cosa totalmente diferente. Lo que sí es verdad es que tiene menos calorías porque está hecho con aceites vegetales.

(Grupo padres Las Claras, 2018)

En este fragmento se pone de relieve que la idealización de lo tradicional puede llevar a la falsa creencia de que una receta tradicional siempre es saludable. Además, se revela los efectos de los discursos expertos que reclaman la auto-vigilancia de los aspectos nutricionales. Lo que resulta en diferentes efectos que van desde la sobresaliente auto-gestión de las alarmas alimentarias de la madre 6 o el reajuste saludable de la receta tradicional del bizcocho de la madre 2, hasta el extremo alarmista y obsesivo que despliega la madre 4. Lo representarían un *habitus alimentario posmoderno* en las versiones más flexibles que siguen utilizando la grasa (madre 6), y un *habitus alimentario legítimo* en la actitud intransigente con las grasas tabú. Por otro lado, se ha constatado que la perpetuidad de ciertos esquemas tradicionales, puede estar motivada por la legitimidad de los consejos médicos de un momento histórico en el que se adaptaron a las necesidades nutricionales de las personas de esa época, como sucedía con la recomendación del consumo de carne, visto en el apartado anterior. Esto se ha visto reflejado en unos *habitus alimentarios* interiorizados por los abuelos que se ven contrariados en el actual contexto de abundancia de información médico-nutricional, que desmiente sus esquemas alimenticios más profundos. Como ejemplo vemos que la abuela

Concha descubre que las recomendaciones expertas recibidas cuando ella estaba embarazada son desmentidas por las ideas que transmiten los expertos por televisión:

Entrevistador: ¿Cómo nos afecta lo que nos dicen los expertos sobre alimentación o en nuestro entorno social?

Concha: ¿nos afecta?, pues ya ves si nos afecta. Cuando en mis tiempos a las mujeres que estaban en “estado” (embarazada) les decían que podían comer de lo que querían porque tenían que fabricar leche y podían comer carne, comer dulce, comer de “to”, y en el programa de los gordos que sale ahí en la tele dijeron que no porque estuvieran en “estado” tenían que salirse de su dieta normal saludable que estuvieran tomando. Luego hay un programa, yo ahora no tengo canal sur, pero lo he tenío y había un programa de gente gruesa y ahí también te enseñan cosas, (la interrumpen)

(Concha 74 años, abuela, 2018)

Resulta interesante la credibilidad que esta informante da a la información recibida desde este medio de comunicación, posicionándolo como una herramienta con un gran potencial de transmisión de *capital alimentario*. Confirmando lo expuesto por el historiador entrevistado:

Historiador: (...) o sea tienes un medio de comunicación que sigue siendo el “top”, estamos hablando de la televisión, que además es altamente adictivo. Pues utilízalo y mete entre programa y programa una cuña, oye esto, esto (hace gestos con las manos señalando un camino). Tienes gente, psicólogos y tal, que saben cómo captar la atención de la gente, ¿por qué no se hacen campañas en televisión?

(Historiador, experto en alimentación, 2017)

Así estos nuevos preceptos médico-nutricionales adquiridos a través de la televisión pueden llegar a tambalear los esquemas tradicionales que Concha había asimilado de su entorno familiar:

Entrevistador: bueno, puede contarme más de ese programa de gente gruesa que enseña cosas... ¿Qué tipo de cosas ha aprendido?

Concha: Ahí te enseñan a comer mejor, la cantidad que puede ser normal, lo que lleva mucho azúcar, por ejemplo la Coca Cola lleva muchísimo azúcar, si le quitas el agua se queda una cosa así de azúcar (señala con los dedos una medida),

Entrevistador: Cuénteme más sobre lo que se le aconsejaban a las mujeres embarazadas en su época,

Concha: yo cuando tuve al primero, como todavía estaba en el pueblo, allí mi madre me decía: “niña tienes que comer chocolate no sé qué, que tienes que comerte el caldo de la gallina”, porque allí por aquellos tiempos se llevaba matar dos o tres gallinas cuando paría una mujer y le daban el caldo, porque ese caldo era bueno para hacer teta, “pa” la leche, las tazas de chocolate por la mañana y un vaso de vino “quina” después de la comidas para ayudar a la digestión

Entrevistador: ¿vino dulce?

Concha: no, vino “quina” es vino con azúcar,

Entrevistador: y, ¿usted se bebía el vino?

Concha: ¡uf! Yo no podía, ¡pero mi madre se bebía lo que no está escrito!

Entrevistador: ¿bebía mucho vino?

Concha: ¡Uh! Y ponches con huevo y brandy, y el caldo de la gallina, que antes no había frigorífico como ahora y entonces se mataban las gallinas y se guardaban en aceite dentro de una olla para que se conservara así, (...)

(Concha 74 años, abuela, 2018)

El *capital alimentario tradicional* de las generaciones de esta abuela tenía el objetivo de asegurar la supervivencia de los recién nacidos y para ello se ofrecía a las mujeres embarazadas o recién paridas alimentos que, según un *corpus* de conocimiento popular, podía fomentar la producción de leche materna. La carne y el azúcar eran alimentos escasos a los que se les otorgaba propiedades curativas y energéticas adquiriendo el valor de la supervivencia, es decir, que se convirtieron en una categoría de alimentos saludables muy alejada de los actuales etiquetamientos médicos actuales, por lo que no es de extrañar el asombro de esta abuela al comprobar que las nuevas recomendaciones expertas van en la dirección contraria. Resulta curioso cómo esta práctica alimenticia parece el análogo de lo que sucede en la actualidad cuando se administra en el hospital sueroterapia intravenosa con azúcares, iones y analgésicos, para ayudar a las mujeres recién paridas a sobrellevar los días posteriores al parto. En esta línea, queremos destacar los *habitus* que intervienen en el proceso de atención salud/enfermedad, que representa los rituales y costumbres del pueblo de Concha al parir una mujer: "(...) porque allí por aquellos tiempos se llevaba matar dos o tres gallinas cuando paría una mujer y le daban el caldo, porque ese caldo era bueno para hacer teta, "pa" la leche, las tazas de chocolate por la mañana y un vaso de vino "quina" después de la comidas para ayudar a la digestión (...)" (Abuela Cocha, 68 años), así como la estratégica distribución de las viandas que recae en la figura de la madre que asume el papel del "sausiere" que describe M. Montanari:

(...) elegido el tipo de cocción y determinadas las combinaciones, el tercer acto estratégico de la salud en la mesa ya no compete al cocinero, sino al "maestro de la casa" (llamado antiguamente sausiere o director de la mesa". El orden en que se presentan las viandas, durante la comida, según una sucesión que favorezca su buena absorción, la buena digestión. (...)
(Montanari, 2004, p. 53).

En esta línea vemos que los *habitus alimentarios tradicionales* de algunos abuelos no solo chocan con los criterios saludables de expertos, sino también con los adquiridos por las madres cuando, por ejemplo, utilizan estrategias ligadas al gusto para conseguir que los nietos se ajusten a los esquemas tradicionales:

Entrevistador: ¿consideras que los niños actualmente comen mal?

Santi: yo creo que no es que comen mal los críos, sino que los alimentamos mal los padres o en algunos casos los abuelos, yo particularmente como abuela intento darles lo más sano posible, pero bueno, por ejemplo, hoy le he dado una galletica a modo de chantaje porque ésta en concreto (se refiere a la nieta que está en casa) como no es “comiente” tienes que ir a base de darle unas cosas para que coma otras que me interesa, pero nada, vamos que es una galletica así (indica un gesto pequeño con las manos) de una oreo, que sé que eso no es nada bueno, y mi hija se ha cabreado, porque dice que no tengo que darle esas marranerías porque luego le crea hábito y no sé qué (...)

(Santi 59 años, abuela, 2017))

Así vemos que a pesar de que Santi entiende que alimenta de forma saludable a sus nietos, es regañada por su hija porque haber utilizado un alimento prohibido por la norma. Una estrategia que, en su trasfondo, trata de ajustar las costumbres alimenticias de la nieta al esquema tradicional de “la buena boca”, el mismo esquema exhibido por el abuelo Raimundo cuando en referencia a su nieto nos comentaba: “(...) el crío a veces cuesta una “miaja” que se coma “to” el plato” (...). Paradójicamente, estas disputas intergeneracionales por ajustar las prácticas alimenticias de los hijos/nietos a los criterios saludables, han propiciado diferentes adaptaciones de algunas abuelas que parecen haber cambiado sus recetas y actitudes para ajustarse a la norma médica: “(...) Si es verdad que les dan algún dulce y que les hacen repetir, que yo llevo una batalla con eso, pero eso era antes

ahora ya ha comprendido que tienen que comer sano y equilibrado. (...) (Madre 2, Grupo Las Claras, 2018). Las aportaciones de estas madres se corresponden con la clase de 5º de primaria del centro escolar en el que recogíamos los siguientes testimonios, y que confirman estos cambios de las recetas tradicionales hacia las pautas médico-nutricionales:

Moderador: cuando cocina la abuela ¿creéis que piensa en que la comida sea saludable o que os guste?

Alumna 1: yo creo que no lo piensa mucho,

Alumno 2: mi abuela sí lo piensa,

Alumno 4: mi abuela piensa en que sea saludable y que me guste, en las dos cosas,

Alumno 5: yo es que como no me cocina mucho, cuando cocina para mí hace lo que me gusta para que esté contento,

Alumno 7: mi abuela piensa en lo sano, porque el otro día me hizo una hamburguesa verde así de grande de espinacas que la verdad estaba buena, (...)

(Grupo 3, 5ºB primaria, 10-11 años, 2017)

Así, vemos el sacrificio extra de algunas abuelas que se ven en la tesitura de satisfacer los gustos de los nietos, para ganarse su cariño, mantener las tediosas elaboraciones tradicionales y ajustar sus recetas a las nuevas exigencias de la racionalidad nutricional, inclinando sus esquemas tradicionales y sus valores hacia un *habitus alimentario legítimo*:

Santi: (...) y a veces es que hay que motivar a los críos para que coman, porque les das una fruta y tienes que animarlos y decirles “mira qué buena” o “qué rica que está, mmm” ... hoy por ejemplo me ha sorprendido mi nieta con el zumo de naranja, porque ahora mismo las naranjas ya están más

maduras y al escurrirlas tienen más pulpa y eso es muy bueno, y tú te crees que la cría que ha visto que tenía pulpa se ha encabezonado en que no se la bebía, “y que no, y que no y que no...”, y ya se la he colado para hacer la prueba y entonces se la he bebido toda, para que veas... entonces que haces, si no la quiere no se la das o ¿intentas dársela más light pero que se la beba?,(...)

(Santi 59 años, abuela, 2017)

Esto dará lugar a ajustes diversos y debates sorprendentes como la situación que se da cuando es abuela es la que instruye a la hija/nuera en las nuevas prescripciones nutricionales, legitimando aún más la imposición de los esquemas alimenticios tradicionales frente a los modernos:

Entrevistador: entonces ¿por qué engordan los niños hoy en día?

Emilia: yo me creo que es que comen más marranerías, porque es lo que te estaba diciendo de la noche esa que fuimos a cenar y las veo salir con las pascuas esas de los fideos esos y eso era la cena para los críos, entonces si tú en puesto de eso le haces a tu hijo una rodaja de eso... o un huevo “pasao” por agua con pan y aceite de oliva, pues no les pasa “na”... es que mira, dicen que no quieren darle pan a los críos, y yo creo que es un error muy grande,

(...)

Entrevistador: ¿tiene obesidad?

Emilia: ¿Qué si está gordo?, ¡está tremendo!, está muy gordo para su edad, lo que no puedes hacer es comprarles cacharros de esos de fideos y una noche y otra y otra... Que tampoco tienen tantos hijos, una tiene 3 y la otra tiene 1, que eso no es un disparate de críos, (...)

(Emilia, 67 años, abuela, 2018)

Desde su perspectiva como “buena abuela”, Emilia critica las comidas precocinadas de sus sobrinos, lo que relaciona con la obesidad mórbida del hijo de uno de ellos. Pero lo más destacable es que su discurso se plantea implícitamente por la oposición entre dos esquemas alimentarios que parecen opuestos. Por un lado, el tradicional que supone sacrificio: “(...) Que tampoco tienen tantos hijos (...)”, y la elaboración de recetas que forman parte de un *capital alimentario tradicional* que ya se ha observado en otras abuelas (Josefa) como, por ejemplo, el “huevo pasao por agua” con pan y aceite de oliva. Lo que, por la frecuencia con que aparece en los discursos, parece formar parte de la identidad cultural alimentaria de las personas que entrevistamos. Por otro lado, estaría la comida moderna de “las pascauas” (recipientes de comida precocinada) que representan la comodidad y una alimentación moderna e insana. Pero además, Emilia no sólo legitima su discurso con conocimientos culinarios y esquemas tradicionales, sino que adquiere un *capital alimentario legítimo* que le ayuda a apuntalarlo cuando tiene algún conflicto con su nuera por la alimentación de los nietos:

Entrevistador: ¿por qué no quieren darle pan?

Emilia: en eso mismo mi Vanesa (su nuera) me dice muchas veces “pan no, pan no” y yo creo que los críos deben de comer una cantidad de pan, por ejemplo en bocadillo sí que me deja que les dé pero si no es en bocadillo me lo dice a todas horas que no les de pan. ¡Mira!, es que ella misma se pone a comer y yo se lo digo “mira Vanesa que se te quite de la cabeza lo del pan, y lo de la corteza del pan, porque estuve viendo un programa que hizo Chicote e hizo la prueba de lo que puede engordar más o menos, si la molla o la corteza y resultó que lo que menos engordaba era la molla del pan”, lo empaparon en agua lo que es la corteza sola y lo que es la molla sola entonces salió que la molla engordaba muchísimo menos, entonces que no esté con la cosa de quitarle a los críos la miaja de pan que le doy porque

malo no es. Ella está con la manía de darles pan bimbo de ese y yo le digo “mira que sepas y entiendas que el pan normal le engorda menos que el pan bimbo” porque el pan bimbo sí yo puedo tener a lo mejor aquí alguno pero los críos ahora es que ya no te lo piden tampoco ¿sabes? Antes a lo mejor sí, a lo mejor tengo alguno así por la tarde y me dice “abuela ponme un sangüi” “quiero de salchichón” te dice (se ríe), de “salchichón y queso” de queso de ese de untar

Entrevistador: sí,

Emilia: entonces le pongo una rodajilla de esas que son muy “finicas” y le pongo eso ¡venga! Que ya ves tú eso con lo pequeño que es como una tapa, “partio” por la mitad y es eso lo que le doy, ahora ya ellos solos de su cuenta te piden lo que es pan, pan, y entonces le dije en puesto de echarle de eso, échale un trozo de pan que ella se queda más satisfecha y engorda menos, aun dándole un “sangüi” que sea muy pequeño eso le engorda más que dándole una barra de pan más grande, porque llevan un montón de azúcar y un montón de tonterías para conservarlo,

(Emilia, 67 años, abuela, 2018)

5.3.9. Percepciones corporales de los abuelos

Otra cuestión importante es la transferencia de *habitus de género* y esquemas corporales que se produce entre abuelos y nietos. Una circunstancia que, como adelantábamos, en algunos aspectos contribuye a perpetuar ciertas *violencias simbólicas* y esquemas de percepción que pueden estar detrás del exceso de peso de niños/adolescentes de determinados grupos sociales:

Entrevistador: ¿Cómo ve usted a sus nietos? ¿Cree que deben cambiar su forma de comer? No sé quizá algunos alimentos con mucho azúcar...

Raimundo: eso son tonterías, eso que dicen los médicos que la nocilla engorda. Los críos necesitan energía, los críos están fuertes. Sí, están un poco

gordos, pero no se han puesto malos nunca ni na, menos algún resfriado que se les ha pasado enseguida, ellos no han “estao” nunca malos, lo que pasa es que aquí tienen de “to” que les tiene su abuela y vienen y abren el armario y salen corriendo “escapaos” porque son muy listos que no los pillas y su abuela le dice: “dejar eso ahí eso es para la merienda”, que luego no vais a cenar “na” pero los críos son críos no vas a estar “to” el día riñéndoles.

Entrevistador: ¿No le preocupa que puedan tener problemas de salud en el futuro?

Raimundo: Que si luego les puede salir enfermedad, pues eso ya tendrán tiempo, yo no he ido al médico nunca y “pa” una vez que fui me sacó colesterol, “triconiceridos”, y una “miaja” de azúcar que no es “diabetes” ni na pero “pa” mis 78 años que tengo está muy bien, que más quieres. Ahora yo sí que tengo que comer menos “mantecaos” y menos tocino “pa” almorzar,

Entrevistador: ¿tocino? ¿Almuerza usted tocino?

Raimundo: sí una “miajica” que me corto “asín” (muestra una medida con la punta de su dedo), pero no todos los días, por un día no pasa “na”, ahora si estás todos los días ya te puede venir algo porque mucha grasa es mala. Pero vamos que tampoco estoy comiendo mortadela todos los días, es un tocino casero que compro a un vecino de aquí que tiene un bajo y se dedica a las ventas, el vende a las tiendas y trae un lomo y un queso que te chupas los dedos. ¡Nena sácale un trozo de queso de ese de agujeros gordos! Ya verás que bueno, ya verás,

Entrevistador: no hace falta que saque el queso he almorzado hace poco, (...)

(Raimundo, 78 años, abuelo, 2018)

Este abuelo refleja un *habitus alimentario tradicional* que vincula el exceso de peso a la fortaleza, a no ser delicado y a no mirarse mucho. Además, a este *continuum* salud/enfermedad que representa muy alejado de la vida asceta que se

exige desde las instancias médicas, habría que añadir el esquema de la comensalidad que organiza su forma de establecer las relaciones sociales a través de la comida, como se desprende de su insistencia por invitar al entrevistador, como un gesto de cordialidad. La cuestión es que, si siguiendo sus principios y su forma de entender la salud, la alimentación y la corporalidad ha llegado a los 78 años sin visitar al médico, ¿para qué se iba a preocupar por la alimentación de sus nietos? Otras aportaciones indican que las percepciones de la gordura de los abuelos distan de las que se desprenden de los discursos expertos. En un grupo de discusión se evidencia que la obesidad no se reconoce como enfermedad si está vinculada a los esquemas de vida tradicionales:

Josefa: pos en mi caso es que todos venimos de ser gordos, pero creo que la verdad, “pos” a lo mejor tenemos también un poco de culpa los mayores, pero también es que hay más cosas que antes, mira antes estábamos gorditos pero más sanos porque comíamos de “to” y estábamos siempre en la calle y lo quemábamos “to”, entonces era grasa de la buena pero ahora están gorditos pero son grasas malas, los críos están deseando que la vieja les dé tres euros “pa” comprarse unos pastelillos que venden en el supermercado nuevo de aquí al lado, cada uno tiene tres palmos de largo y se los jalan a escondías los pellejos, y mira, de eso antes no había,

(Grupo padres Centro Cívico, 2018)

El *habitus alimentario tradicional* de la abuela Josefa revaloriza simbólicamente una forma corporal obesa que se concibe como saludable al teñirse de un estilo de vida tradicional, lo que podría contribuir a una percepción errónea en las generaciones de hijos y nietos. No obstante, las abuelas también pueden convertirse en un importante agente de transmisión de *habitus de género* para los nietos. En este sentido, queremos destacar el discurso de la abuela Emilia, por su

particular forma de definir lo que ella considera que debe hacer una mujer o un hombre:

Entrevistador: ¿por qué?

Emilia: yo creo que va en la genética de la mujer, eso es como hoy en día que hacemos muchas comparaciones, ¿es que todos tenemos que tener la misma igualdad en el hombre que en la mujer, los dos deben de hacer lo mismo?, y tú, por lógica, si estás criando a tus críos vas a ver cómo tu hijo se encauza sin tú decirle na a lo que es la cosa precisamente vuestra que a lo de su padre, ¿sabes? Porque se les ve, la crías se les ve conforme van creciendo que tiran “pa lo que tira”, y el crío tira “pa lo que tira”, porque yo ahora mismo tengo a Ainara (nieta de ocho años) y al Izan (nieto de cinco años) y entonces a él lo ves y ella a lo mejor viene se pone y se sienta enfrente de ahí, coge un lápiz, se pone a pintar una flor o lo que sea, él se pone a pintar, si es que coge un papel porque ve a su hermana y le da envidia, y él se pone a dibujar una casa o un animal, y ya solamente en eso ves que él se va a lo suyo, te pones a jugar o empieza con alguna “cosucha” de crías y ella le dice hermano vamos a jugar a lo que sea y empiezan a jugar juntos y duran dos minutos, en seguida él sale corriendo en busca de la pelota, en busca del coche y la cría ya ves que va en busca de algo pero ya va en busca de otra cosa, de un papel, de lo que sea... pero ya no la ves con las mismas orientaciones, y a ella la pones ahí ahora mismo y ella ya empieza a peinarse y todo eso, el otro... le dices “¡ven que te peine esos pelos!” y te contesta “¡no me toques que me haces daño!”, entonces es que notas la diferencia en “to”, a la hora de comprarle a la cría algo, le pregunto y ella me dice “a mí unos deportivos” y el crío te dice “a mí un coche”, es que el pensamiento del crío tira más siempre a lo que es de crío y la cría tira más a lo suyo,

(Emilia, 67 años, abuela, 2018)

Sin darse cuenta, Emilia despliega una lógica que contribuye a la perpetuidad de determinadas desigualdades entre el hombre y la mujer. Llama especialmente la atención la forma en que utiliza el argumento genético para asignar cualidades y gustos específicos a los nietos que los encasilla dentro de los esquemas de la feminidad o la masculinidad. Como cuando refiere que las niñas se fijan más en la imagen corporal, porque se peinan y piden ropa de regalo, mientras que los niños piden cosas “de hombres” como un coche. Naturalizando así unos *habitus de género* que no contemplan los aspectos socioculturales que intervienen en la conformación estos esquemas como, por ejemplo los juicios de valor que someten a las mujeres a más presión social que al hombre (Gil y Coria, 2007). O las relaciones de poder y subordinación que suponen el atribuir a la mujer ciertas cualidades innatas:

Emilia: (...), en mi casa hasta por la forma de colgar las toallas sabíamos si las toallas las habían colgado una mujer o un hombre, si la había colgado mi hermano estaba por encima del aro, que ya ves tú lo que cuesta levantarlo y meter la toalla por medio. Fíjate qué cosa más simple te estoy diciendo, hacían antes lo imposible que el eso, lo hacía más imposible que lo fácil, pues no señor, ellos cogen la toalla y la ponen por encima del toallero, o sea que si te pones a analizar muchos puntos, son muchísimos puntos lo que ves de diferencia de la cría al hombre. Te han de hacer las cosas igual, sin ir más lejos mi marido sube a colgar la ropa y tiende los calcetines por la boca del calcetín, yo cojo los calcetines por la punta del calcetín, le digo ¿Para qué lo coges de la boca, extiéndetelo que te lo haces más fácil” por lo que te estoy diciendo de lo difícil, porque lo más fácil es engancharlos de la punta, pues por más que se lo digo él no lo hace. Y luego lo que te estoy diciendo, para que te salga una persona que de hombre que le llame la atención “voy a limpiar esto, voy a limpiar lo otro...” pues eso no, porque yo entro al aseo e

intento de dejar el lavabo limpio, termino de ducharme e intento de secarlo como yo le digo a ellos, con un trapo, y nada... ellos se duchan y ahí se queda to, porque sabéis que viene la madre, que viene la madre detrás,

(Emilia, 67 años, abuela, 2018)

En las explicaciones de esta abuela, vemos la *violencia simbólica* que se desprende de un *habitus* de *género* que asume que la mujer, por genética, hace mejor que el hombre trabajos que casualmente en la sociedad no suelen estar valorados, como cocinar o tender la ropa:

Entrevistador: ¿Colabora el hombre en casa a la hora de cocinar? ¿Se reparten las tareas de manera equitativa?

Emilia: eso no ha sido nunca ni será,

Entrevistador: ¿por qué es así?

Emilia: pues por lo que yo te digo, por el instinto de la persona, para que salga un crío que quiera arrimarse a la cocina, vuelvo a poner a mis nietos por ejemplo, la cría viene “¡abuela! ¿qué estás haciendo?, ¿te ayudo?, ¿cómo haces esto?, trae que pele yo la patata”, le sale a ella decirme “trae que te pelo la patata” y el crío es totalmente diferente...cuando te dice “déjame, déjame que te ayude” y se pone, coge el cuchillo y le digo “bueno, na, ¡cuidado que te cortas al pelarla!” y él hace dos veces con el cuchillo encima de la patata así, ¡zas zas! y de seguido dice “¡vá!, esto no me gusta” y se ladea, entonces yo creo que es inercia de por sí, ya es la diferencia de ser crío a ser mujer.

(Emilia 67 años, abuela, 2018)

Así, observamos cómo las convicciones de Emilia le impiden ver que las preferencias de los nietos pueden ser en parte construidas por la propia forma en

que ella les habla y los considera. Como se observa el hecho de apartar implícitamente, al nieto de la cocina porque no corta bien las patatas, teniendo 5 años, mientras que a su hermana se le atribuye un don especial en la cocina por ser mujer. Algo que contrasta con un contexto social en el que los cocineros más prestigiosos son hombres y la mujer es relegada al ámbito doméstico. El caso es que, estas formas de pensar y actuar se transfiere a los nietos conformando una especie de cultura somática, que contribuye a mantener ciertas formas de control y dominio entre el hombre y la mujer, formas que interfieren en la alimentación de los jóvenes. A modo de síntesis de los *habitus alimentarios* de los abuelos exponemos el siguiente esquema, siguiendo los mismos criterios descritos anteriormente:

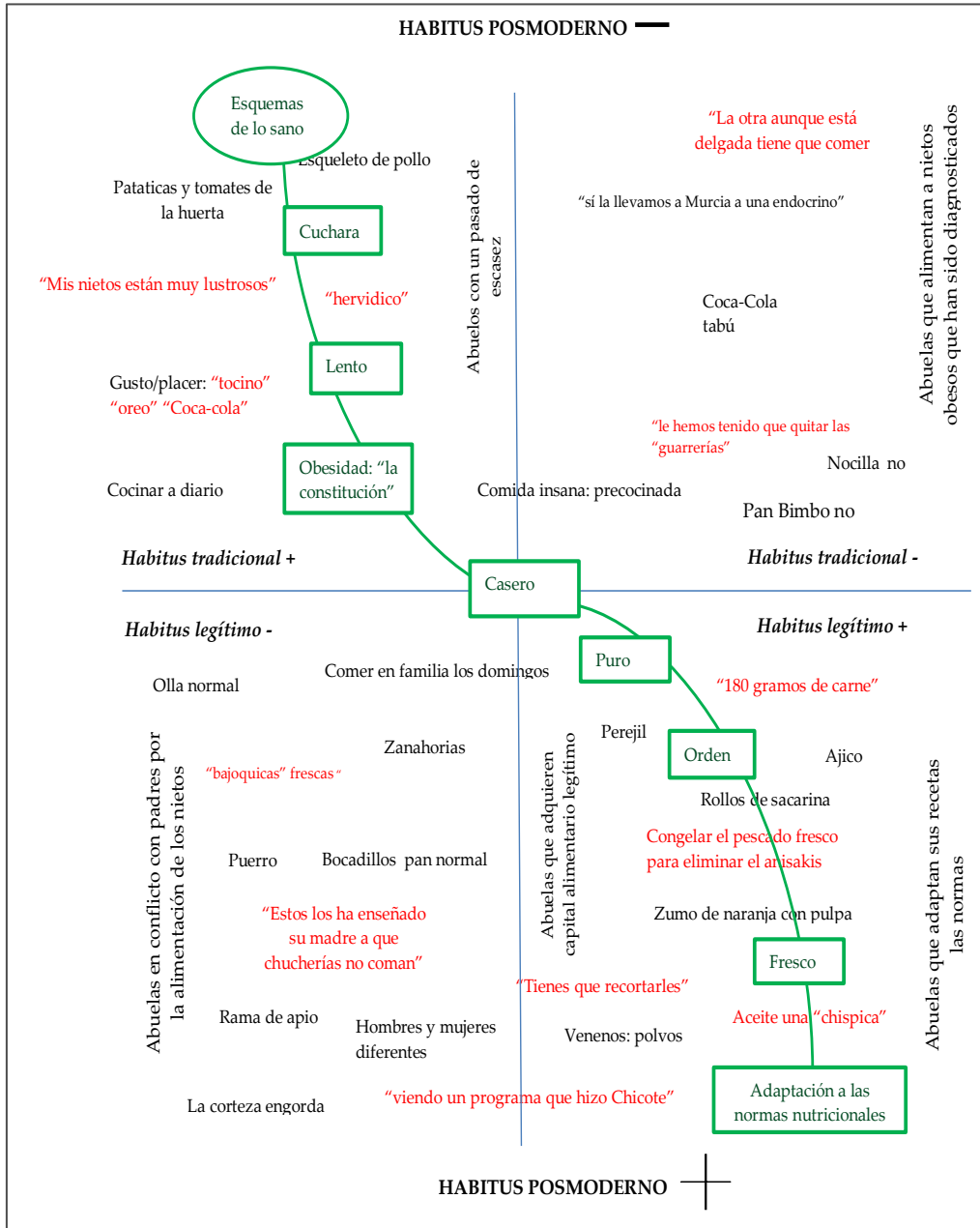


Figura 8. *Habitus alimentario* de los abuelos. Creación propia.

CAPÍTULO 6: CONCLUSIONES

“La vida es el arte de sacar conclusiones suficientes a partir de datos insuficientes”

(Samuel Butler (1835-1902))

6.1. CONCLUSIONES

Llegado el momento de hacer una síntesis final, nos invade una extraña sensación de melancolía y felicidad, pues reparamos en las transformaciones personales y científicas que hemos experimentado desde las concepciones iniciales hasta el resultado final. Deseábamos explorar los factores socioculturales implicados en el problema de la obesidad infantil/adolescente, centrándonos especialmente en los aspectos estructurales que lo condicionan, pero conforme fuimos profundizando en el estudio nos dimos cuenta de que no se puede explicar un fenómeno tan complejo como este, sin examinar también en los procesos subjetivos que intervienen en la cotidianeidad de los sujetos implicados.

Tras un laborioso bagaje de cinco años de movimientos de la teoría al campo y del campo a la teoría, hemos conseguido configurar un marco teórico que se ha adaptado a nuestras inquietudes, profundizando en aspectos casi inéditos como los efectos del discurso médico-nutricional en las prácticas alimenticias de las familias o la relevancia de las abuelas en la organización socio-laboral del contexto actual. Cuestiones que nos han servido para complementar los objetivos iniciales y que pasamos a sintetizar en su conjunto:

6.1.1. Objetivo general

Analizar las fundamentaciones onto–epistemológicas que explican el fenómeno de la obesidad infantil y adolescente desde una perspectiva biocultural e integradora, estudiando los efectos del discurso especializado en el comportamiento alimenticio de las familias.

Tras el análisis de las entrevistas realizadas a expertos, se ha constatado que las clásicas explicaciones genetistas sobre la obesidad, cuyo máximo exponente es la hipótesis del “gen ahorrador” de J. Neel, parecen perder fuerza en favor de un

enfoque que magnifica el poder de gestión de las Ciencias médicas para transformar las conciencias de los sujetos. Bajo este marco, este fenómeno se formula como un designio que parte del propio sujeto, cuya responsabilidad se traslada a los progenitores y abuelos, confirmando las relaciones entre el sujeto y el discurso médico sobre la verdad de sí, que M. Foucault denominó como: “las nuevas pastorales de la salud”.

De este modo, hemos podido comprobar que en el campo social alimentario se establece una dialéctica entre la racionalidad que representa el discurso especializado, y que albergan los profesionales del ámbito sanitario, y la actitud irracional que despliegan las personas afectadas por obesidad cuya condición parece tener su origen en una crisis moral/ética global. Lo que, en cierto modo, nos evoca a la antigua dialéctica *platónica* respecto a la existencia de un mundo perfecto conformado por las ideas y la razón, frente al mundo sensible que perciben los sujetos y que es la “sombra” imperfecta del primero. Esta es la base epistemológica que caracteriza a la mayoría de los discursos registrados, representada fundamentalmente por expertos en medicina, pediatría, nutrición, psicología y pedagogía. Sin embargo, hemos observado que lejos de desplegar un conocimiento racional se trata de un discurso que hemos denominado: *doxa alimentaria biomédica*. Con el que a partir de conjeturas e interpretaciones científicas vagas, se recrimina constantemente a los sujetos obesos sus conductas alimentarias desordenadas y su falta de compromiso con la colectividad por el potencial gasto que suponen. Como dato interesante, vemos que ésta percepción también se extiende a los propios padres y abuelos que despliegan una especie de moral de la buena vida.

La *doxa alimentaria* impregna la interpretación que los expertos hacen del denominado *ambiente obesogénico*, concibiéndolo como una relación estática entre el

individuo y la sociedad, en el que la persuasiva industria alimentaria y las ideas en torno a la belleza se presentan como tentaciones a las que no se debería sucumbir de poseer los conocimientos nutricionales y actitudinales adecuados, es decir, de estar integrado en las “nuevas pastorales”. Otra característica destacable de esta *doxa* es la facilidad con la que se rechaza y/o se omiten los saberes que pueden aportar otras ciencias al estudio del fenómeno de la obesidad infantil/adolescente; poniendo el acento en los factores individuales, en detrimento de los procesos de carácter estructural, cultural y simbólico que también forman parte de este complejo engranaje biopsicosocial. De este modo lo sociocultural es visto como una relación *sustancialista* y/o unilineal entre el sujeto y los objetos del entorno social, concibiéndose los factores socioeconómicos como elementos que condicionan el acceso a los conocimientos médico-nutricionales y/o la adquisición de categorías de alimentos sanos (habitualmente más caros que los saludables). En este marco, se revalorizan los modos de vida tradicionales, como referencia de las buenas prácticas alimenticias, a la vez que se introduce en la matriz social elementos que paradójicamente se pueden entender como subjetivos como la cuestión del hedonismo instaurado por la modernidad. Lo que justifica, si cabe aún más, la extensión global del control de las entidades médicas sobre la sociedad en general. En esta línea, las explicaciones expertas del fenómeno de la obesidad infantil/adolescente y las posibles soluciones que nos proponen, conllevan un proceso que M. Foucault define de *normalización*, y que pasa por establecer dos polos: el de la ignorancia, los excesos y la imprudencia (que caracteriza a la anormalidad), frente al polo de la razón, la medida y el orden (que caracteriza a la normalidad). Lo que constituye implícitamente los presupuestos que subyacen a las campañas educativas.

Sin desdeñar la parte de responsabilidad que los sujetos puedan tener sobre el cuidado de sí, hemos podido comprobar que los constreñimientos del discurso biomédico pueden tener su origen en la forma en que se centran en juzgar si los comportamientos son civilizados o irracionales, precisamente por intentar dar una respuesta al fenómeno de la obesidad infantil/adolescente como un “todo”, una reflexión que probablemente surge de la aceptación generalizada de su dimensión global/epidémica. Mientras que se pasan por alto las “pequeñas cosas” que emanan de determinados procesos subjetivos ligados al grupo social de pertenencia y el entorno donde se vive. Por ello, se revela necesaria la perspectiva biocultural que hemos pretendido desplegar en este estudio, con la que hemos tratado de unir las concepciones entre el objeto y el sujeto. No obstante, se ha puesto de manifiesto que los aspectos nutricionales no se pueden desligar del marco social en el que los niños y adolescentes se encuentran inmersos, como por ejemplo las diferentes percepciones sobre lo que se considera un alimento sano, una receta tradicional, un cuerpo saludable, una buena madre/abuela o la legitimación de los discursos médico-nutricionales frente a los saberes adquiridos por experiencia o transferencia cultural. A lo que debemos añadir los constreñimientos estructurales que moldean estas percepciones como la conciliación de la vida laboral y familiar, los avances tecnológicos y/o la transformación del sistema agroalimentario que va aparejada a la pérdida de contacto del comensal moderno con los alimentos que consume.

Otra cuestión importante que pone sobre la mesa la *doxa alimentaria* observada en los discursos biomédicos son los efectos que produce en la población infanto/juvenil y la matriz social que los rodea. En primer lugar por las tensiones que genera entre padres, abuelos y jóvenes, así como su matriz social, pues las normas médico-nutricionales no se presentan como simples directrices

alimenticias, sino que establecen esquemas morales que pasan a formar parte del juego de jerarquías de valores sociales. Como ejemplo hemos visto que la racionalidad médico-biológica atraviesa las tradicionales inversiones alimenticias que se producen entre clases, como parte de un juego de distinción social. Entremezclando criterios corporales, de salud, de la buena maternidad y de buen gusto.

Otro efecto observado, especialmente en los niños/adolescentes diagnosticados de obesos así como sus padres/abuelos, es que se ha perdido el valor de la experiencia como un modo de auto-gestión, sustituyéndose por una relación complementaria médico-paciente en la que el sujeto debe auto-vigilarse adquiriendo las categorías y conocimientos nutricionales que provee la ciencia médica. En algunos casos, esta asimilación se ha reflejado en las actitudes de aquellas madres que cambian tanto la alimentación de su hijo como la de toda la familia, llegando a cambiar también el círculo de amigos, con el objetivo de introducirlo en entornos sociales donde se valoren las mismas categorías saludables recomendadas por los expertos. El efecto más extremo de la asunción de las categorías médicas, se ha observado en unos padres que llegan a hipotecarse para pagar una operación quirúrgica, con tal de no ver a su hija sufrir la marginación de los compañeros del colegio. Lo que refleja la otra cara menos amable de la auto-exigencia y la depreciación que sufre el cuerpo del niño/adolescente en la sociedad. Lo que hemos reconocido como un tipo de *violencia simbólica*, de la que la propia víctima es partícipe.

En cierto modo estas actitudes conectan con las teorías de M. Foucault respecto a la forma en que el control gubernamental de los individuos ha pasado de ser un control punitivo y externo, a un control interno mediado por procesos subjetivos en los que intervienen tecno-políticas que ensalzan el valor del cuerpo y

la salud. No obstante, el proceso de normalización nutricional y corporal, que se extiende a través de medios de comunicación y redes sociales produce diferentes efectos que se hemos recogido en las siguientes tendencias:

- a) una aplicación fiel de las normas y preceptos médico-nutricionales, (como parte de su efecto más restrictivo).
- b) Adaptaciones eclécticas que incluyen el acomodo de ciertas pautas alimenticias expertas a los esquemas previos adquiridos por transferencia cultural (o conocimientos acumulados por experiencia).
- c) Resistencias y/o desconfianzas generadas por los mensajes ambivalentes de los expertos y/o las alarmas sanitarias alimenticias que emiten los medios de comunicación basándose en investigaciones científicas. Lo que produce una pérdida de legitimidad de los discursos expertos y un desencanto de la modernidad y los avances científico-técnicos.
- d) Y por último, reacciones de rechazo hacia las normas expertas por un conflicto que parte del asentamiento de unos esquemas de pensamiento fortalecidos por una experiencia de escasez alimentaria o la marginación que sufre el sujeto obeso en la matriz social.

Este abanico de respuestas ha encontrado una explicación complementaria en las teorías y conceptos de I. Hacking. Pues nos ha llevado a la reflexión de que las prácticas alimenticias, no solo son el resultado de constricciones materiales, la absorción de conocimientos expertos y/o la transferencia familiar de un *capital cultural alimentario*. Sino también el resultado de las convenciones de un marco social específico en el que las categorizaciones y descripciones científicas pasan a formar parte de las interacciones sociales.

6.1.2. *Objetivos específicos*

Explorar cómo se define y explica el fenómeno de la obesidad infantil/adolescente desde los diferentes ámbitos científicos, examinando los objetos que se producen y las ideas que se construyen.

El análisis de los conocimientos que nos provee la Historia, el Arte y la Arqueología, nos ha permitido conocer cómo el exceso de peso ha acompañado al hombre a lo largo de los tiempos, adquiriendo diferentes significados y simbolismos. Paradójicamente, hasta un periodo relativamente reciente la obesidad estaba bien valorada, al contrario que sucede en la actualidad, constituyendo un elemento de distinción social e incluso un ideal de belleza femenino. Aunque ya en la Antigua Grecia Hipócrates sentaba los precedentes del actual abordaje científico que concibe la obesidad como una cuestión moral, como refleja su conocida comprensión de la gordura como una falta de moderación o *temperancia*.

Pero lo que más nos interesa para comprender la problemática de la obesidad infantil/adolescente actual, es la forma en que según M. Foucault desde el siglo XX la obesidad se ha convertido en un problema público de salud, detectándose las primeras formas de gobierno de la vida. Una percepción que se ha confirmado en nuestro estudio en los discursos de expertos que etiquetan explícita e implícitamente a las personas obesas como sujetos desordenados, irracionales y faltos de fuerza moral. Una construcción ideológica que ha contribuido a crear una percepción negativa de la obesidad y cuyas repercusiones pueden ser la marginación y estigmatización del niño/adolescente obeso.

La cuestión es que esta lectura se ha convertido en uno de los pilares de los enfoques biomédicos, siendo especialmente reforzado por diferentes

acontecimientos históricos como el nacimiento de la medicina moderna a mediados del siglo XVIII, vinculada a la visión del hombre como una fuerza de trabajo y el surgimiento de la corriente positivista en el siglo XIX, que promueve un conocimiento científico que reduce las problemáticas del hombre a sus partes biológicas. Es precisamente en esta época cuando se comienza a explicar la obesidad como un problema genético. Una concepción a la que los expertos del ámbito biomédico parecen restarle importancia en la actualidad, debido a que, como indica una de las nutricionistas entrevistadas, sobre eso “no se puede hacer nada”. Dando a entender que escaparía al control experto. Curiosamente, la explicación genética aparece en nuestro estudio como parte de un lego que parece sacudir la culpa de los sujetos obesos que pasan de convertirse en un enfermo, según las versiones oficiales, a un objeto victimizado por su destino, lo que pone de manifiesto los inverosímiles efectos de los procesos interactivos acuñados por I. Hacking.

El argumento genético encaja además con la explicación que más fuerza ha ido ganando entre las explicaciones del ámbito sanitario, el *ambiente obesogénico*, un fenómeno que parece ir ligado a los cambios estructurales y socioeconómicos acaecidos en las sociedades modernas. No obstante, la abundancia de alimentos con alto contenido en calorías y/o el ocio y el trabajo sedentario, parecen ir en contra de esa genética que nos ayudó a sobrevivir en otras épocas de escasez de alimentos. Sin embargo, por poner un ejemplo de los múltiples resultados obtenidos en nuestro estudio, los expertos del ámbito biomédico proyectan en las personas la responsabilidad de no sucumbir a las tentaciones que se le presentan. Construyendo la idea de obesidad como el reflejo del hedonismo de una sociedad opulenta y desaforada. Una concepción que va aparejada a la aceptación de que la sociedad moderna produce objetos de consumo en abundancia como la comida,

los coches, las casas y en general todo tipo de bienes materiales. Curiosamente nuestros informantes biomédicos olvidan que también se mercantilizan otros elementos subjetivos como las ideas (ecologismo, tradicionalidad, familiaridad, la belleza) y/o las identidades culturales (simbolismos, significados); aspectos que sí son resaltados por los expertos del ámbito sociocultural.

Así, frente a la visión biologicista y reduccionista de los enfoques biomédicos que desligan a los sujetos de los objetos que los mismos discursos biomédicos producen (pacientes, dietas, valores estéticos, medidas antropométricas, la salud, entre otros), tomando de partida la descripción de M. Mauss, se podría resumir que la perspectiva sociocultural concibe la obesidad como un “hecho social total”. De este modo, los expertos entrevistados que se decantan hacia esta perspectiva reclaman la atención de determinados aspectos estructurales que limitan la capacidad de agencia de los sujetos para adaptarse a los denominados *ambientes obesogénicos*, profundizando en la heterogeneidad de los marcos socioculturales que complejizan la tarea de seguir las prescripciones nutricionales. Estas diferencias constituyen el punto clave para la reconciliación de dos vecinos que, aunque parezcan excluirse, no se pueden explicar el uno sin el otro.

La cara más radical del enfoque sociocultural, la hemos registrado en la entrevista realizada al historiador, cuyo punto de vista sobre la obesidad infantil/adolescente parte de la idea de que se trata de un objeto político controlado por intereses comerciales y de dominación. Lo que no parece arrojar esperanza de cara a su solución sino más bien dar por perdida la batalla de antemano. Esta explicación presenta ciertas similitudes con las de otros expertos entrevistados que también despliegan cierto pesimismo, por ejemplo, al reconocer los infructuosos esfuerzos de las entidades sanitarias por reconducir la situación, revalorizando la dieta mediterránea y legislando la industria agroalimentaria. En

esta línea más radical, a pesar de representar posiciones que no parecen conducir a propuestas de solución, conviene tenerlas en cuenta por los efectos que producen. Conforme a los autores consultados en nuestra fundamentación teórica, esta construcción del problema podría conllevar una compleja relación simbiótica entre los sujetos obesos convertidos en un objeto médico y la producción de entidades gubernamentales, organizaciones y asociaciones que reciben cantidades ingentes de dinero para estudiar un problema que no parece abordarse desde todas sus vertientes. Sin olvidar que, de este modo, los sujetos obesos también pueden resultar beneficiados de la categorización de su estado como enfermedad, permitiéndoles conseguir cierto grado de atención médica y beneficios sociales.

En resumen, en nuestro estudio hemos observado que los enfoques biomédicos conciben la obesidad como una relación economicista en la que los sujetos deben maximizar su forma corporal y sus prácticas alimenticias en base a unos conocimientos técnicos. Las visiones socioculturales estructuralistas abocan al sujeto desprovisto de capacidad de maniobra ante una sociedad tóxica y manipuladora. Mientras nuestra apuesta biocultural trata de unir los diferentes enfoques científicos englobando aspectos nutricionales y estructurales a sus significados y simbolismos, analizando cómo las categorizaciones expertas sobre la salud y el cuerpo pasan a formar parte de la jerarquía de valores que ordenan las relaciones sociales.

2. Explorar la capacidad de agencia de los sujetos implicados analizando cómo repercute las relaciones de *biopoder*, las interacciones sociales y los elementos estructurales en su alimentación.

Una de las cuestiones más controvertidas observadas en este estudio es la forma en que implícitamente se presupone a los sujetos, especialmente padres y/o abuelos, plena capacidad de agencia para decidir sobre las prácticas alimenticias de niños y adolescentes. Una percepción cuestionable tras haber observado los múltiples estreñimientos estructurales que repercuten en las decisiones de las familias y que se circunscriben especialmente a condicionantes de espacio y tiempo como: la incompatibilidad de horarios laborales y escolares (especialmente para los niños que asisten a centros con jornada partida), la falta de tiempo para cocinar siguiendo las pautas tradicionales, las limitaciones económicas (que dificulta la adquisición de alimentos de las categorías saludables) o la falta de apoyo social/familiar para la crianza de los hijos (en familias monoparentales especialmente).

Así, la estructura social moderna no solo entorpece la adquisición de alimentos saludables, como parece ser la única lectura que hacen algunos expertos del ámbito biomédico. Sino que condiciona, por ejemplo, la forma de cocinarlos (despacio o con prisas) o la forma de compartirlos (en familia, con los compañeros de clase en el comedor escolar, en casa de los abuelos). Aspectos que curiosamente se tratan de normalizar desde las autoridades médicas. No obstante, a la necesidad de gestionar el cuerpo dentro de un espacio y un tiempo social, debemos añadir las tensiones que genera la interiorización de los preceptos médicos que empujan a los individuos a auto-controlar la alimentación y ajustar el cuerpo a las categorías saludables establecidas por las entidades sanitarias. Lo que se observa cuando los expertos entrevistados defienden firmemente la descripción de la obesidad infantil como una enfermedad epidemiológica, desplegando un lenguaje tecno-burocrático que sitúa implícitamente al niño/adolescente obeso en el centro de las críticas sociales por suponer una futura sobrecarga para la sociedad.

Esta reflexión pone de manifiesto las relaciones de *biopoder* que intervienen en este fenómeno, cuando se trata de solventar la problemática confrontación entre constreñimientos externos y capacidad de agencia, proponiendo dotar al sujeto de más competencias nutricionales y actitudinales, bajo el argumento moral de concienciar sobre la importancia de preservar la salud por el bien de la colectividad. Dichas relaciones de *biopoder* se pueden rastrear, sobre todo, en los discursos de nuestros participantes más jóvenes cuando nos muestran la asimilación del discurso nutricional y biomédico que define aspectos que, puestos en el campo social, adquieren un valor determinado por los mundos locales como: el cuerpo sano (equilibrado ni gordo ni delgado), una alimentación sana que se formula en términos nutricionales (calorías, equilibrios, categorías de alimentos, cantidades, propiedades) y finalmente la vida saludable que se reconoce como un estilo de vida equilibrado en el que se compensa el consumo de calorías con el gasto ejercicio físico. Como dato destacable, debemos señalar la progresiva incorporación del lenguaje técnico-nutricional y categorías médicas conforme se avanza en edad, lo que puede explicar también el incremento gradual de la preocupación por el peso y la forma corporal desde la infancia hasta la adolescencia, como síntoma de la extensión del discurso biomédico al ámbito familiar, social y escolar.

En este sentido, la aplicación inédita del concepto de *biobucle* acuñado por I. Hacking a los análisis de la obesidad infantil/adolescente, nos ha permitido descifrar las realidades biopsicosociales que envuelven a los niños y adolescentes, observando la extensión de los procesos de normalización dietética y corporal que se producen por interacción con los compañeros del entorno escolar. Y el efecto que tienen en estas interacciones las estrategias simbólicas de los mensajes publicitarios y los programas televisivos como el mencionado en diferentes grupos

“mi vida con 300 kilos”, por su capacidad para extender concepciones sobre el cuerpo, la salud, la obesidad y la necesidad del control médico. Un *efecto biobucle* que también se observa en las discusiones entre madres y en las entrevistas a estas cuando se utiliza pseudónimos para referirse a la obesidad como estrategia para reducir la carga de culpa que pueda suponer y por miedo a los juicios externos ante la transgresión de las normas sociales.

No obstante, esta incorporación de conocimientos científico-nutricionales se extiende a través de múltiples redes sociales, allanando el terreno para la consolidación de un modelo social *biopolítico* centrado en el cuerpo y que concibe la relación del sujeto con la sociedad como un proceso lineal y simplista desligado de los aspectos socioculturales. Un modelo que se ve reflejado en los discursos de algunos expertos entrevistados cuando dan por hecho que las personas obesas no son capaces de tomar el control de sus acciones frente a las tentaciones de los alimentos insanos por no estar provistas de los conocimientos nutricionales adecuados. De este modo, conforme a M. Foucault, podemos establecer un paralelismo entre el discurso científico que explica la obesidad infantil/adolescente y el discurso religioso, que durante siglos ha gestionado el modo la vida de los hombres delimitando dos ámbitos el sagrado y el profano. Esta comparativa nos ha permitido examinar cómo actúan los mensajes expertos para persuadir a los sujetos de desarrollar unas prácticas alimenticias saludables, utilizando las mismas estrategias utilizadas por la religión cristiana durante milenios: el pastorado.

Remontándonos a sus orígenes “higienistas” del siglo XIX, el discurso científico contrapone el saber popular/ordinario al saber racional, acaparando nuevos campos y objetos de estudio conformados por una población vigilada y controlada mediante registros documentales y/o estadísticos, y de acuerdo a

ciertas normas de vida y de salud que conectan el discurso médico con la práctica política. Esta autoridad adjudicada al discurso médico para ejercer control sobre un cuerpo social sigue vigente, visibilizándose en los discursos de nuestros participantes.

3. Examinar los efectos de los mensajes alimenticios ambivalentes, científicos y profanos, en la cotidianidad de las familias en base al capital económico, social, cultural y simbólico que poseen.

En la entrevista realizada al experto en epidemiología que investiga la obesidad infantil en Murcia, se ha desmentido la necesidad de implementar más campañas educativas dirigidas a escolares, bajo la premisa de que no se tienen suficientes conocimientos nutricionales o son imprecisos. Pues según este experto: “no hay concepciones erróneas” (J.J. Gascón, docente universitario-epidemiólogo, 2018). Un dato que coincide con nuestros hallazgos, pues hemos confirmado que gran parte de nuestros informantes poseen un extenso *capital alimentario legítimo*.

Partiendo de este dato, y a tenor de la entrevista realizada a J. Contreras, la cuestión que se nos planteaba era explorar por qué si se poseen tantos conocimientos nutricionales no se ven reflejados en una alimentación saludable. Si aceptamos las explicaciones biomédicas la solución del problema parece llevarnos a un callejón sin salida, al concebir el contexto histórico-social encofrado por la individualidad negativa del hedonismo y la des-civilización. Tampoco nos hemos querido detener en los constreñimientos estructurales que dificultan las elecciones alimenticias, pues el modelo biocultural que proponemos nos motiva a explorar las múltiples interpretaciones que sufren los mensajes nutricionales en función de las experiencias de las personas, de su interacción con el medio que le rodea, de la cacofonía informativa que caracteriza al contexto social actual, la pluralidad de

identidades, los efectos de las ideas en torno a la obesidad que se construyen desde las instancias médicas y la forma en que se producen sujetos obesos enfermos y/o *medicalizados*. Toda una amalgama de percepciones, creencias y recursos culturales que parecen canalizarse, en parte, por medio de los *capitales económico, cultural, social y simbólico*. Y que según hemos comprobado, transponen la disponibilidad de recursos materiales o los procesos de normalización social que promueven las entidades sanitarias. Como, por ejemplo, la lucha por acomodar los gustos de los hijos/nietos a las normas médico-nutricionales, las disputas entre madres y abuelas por introducir las normas médico-nutricionales en un esquema alimentario tradicional en el que priman simbolismos afectivos, la transformación de las prácticas alimenticias familiares tras la incorporación del *capital alimentario legítimo* por contacto con un experto en nutrición, el conocimiento tipos de alimentos y lugares donde se vende productos ecológicos que parece ligar a los sujetos a la tradición perdida o el *capital cultural alimentario* adquirido por una experiencia de escasez, entre otros.

En este sentido, una de las cuestiones más importantes que se confirman en nuestro estudio es la forma en que el *capital alimentario legítimo* compite con otros conocimientos transmitidos por diversos agentes científicos, pseudo-científicos y /o profanos, conformando lo que se ha denominado como *cacofonía alimentaria*. Así el *capital alimentario* que realmente poseen los niños y adolescentes, puede sufrir variaciones y adaptaciones en función de la transmisión cultural desde los padres y abuelos, del contacto con un profesional sanitario que puede transmitir una información actualizada u obsoleta, de su interacción con la matriz social en la que se incluyen amigos, familiares y docentes, e incluso la publicidad y los medios de comunicación que transmiten los últimos hallazgos científicos. Y, en general, multitud de personas y canales que vierten al campo social alimentario un

conglomerado de mensajes ambivalentes y contradictorios que van sustituyendo cada vez con mayor rapidez los conocimientos precedentes. Lo que no quiere decir que esto no suponga un cambio rápido de esquemas prácticos y, por contra, sí que en algunos casos genera escepticismo y rechazo de las recomendaciones expertas, así como desconfianza en los adelantos tecnológicos y las innovaciones científicas que posibilitan nuevas formas de conservación de alimentos y nuevos productos alimenticios. Este aspecto se ha observado ampliamente en los discursos de nuestros informantes cuando critican el abuso de aditivos en los productos alimenticios industriales que se perciben desligados de la originalidad, la pureza, la autenticidad y los simbolismos corporales que representa lo tradicional.

Esta desconfianza nos recuerda al desencanto del posmodernismo respecto de la ciencia tras acontecimientos históricos como la Segunda Guerra Mundial y además conecta con el tipo de “resistencia” del que habla M. Foucault, frente a la presión de los procesos de normalización y constreñimiento de los cuerpos, de la alimentación y de los espacios sociales. Lo que, paradójicamente, puede tener algunos efectos beneficiosos en la alimentación de los jóvenes, pues se ha observado que las evidencias científicas no siempre tienen efectos beneficiosos en la salud de las poblaciones, como el caso de las desafortunadas recomendaciones restrictivas de la lactancia materna en la década de los años 70 y 80. Cuyas directrices se han transformado en un *capital alimentario cultural* que puede haber sido transmitido a las siguientes generaciones, alterando la alimentación en los primeros meses de vida de los niños, como ha puesto de manifiesto cuando una informante al explicar que hay leches maternas que “no valen”. Una percepción cuyo origen parece ser la experiencia de un familiar con un experto sanitario de esta época.

En otro sentido, la desconfianza hacia los mensajes alimentarios contradictorios ambivalentes también produce efectos beneficiosos en las prácticas alimenticias de los hogares como por ejemplo el gusto los modos de vida tradicionales, que deriva en la adquisición de un *capital alimentario tradicional* que incluye el reconocimiento de una identidad local vinculada a los alimentos de la huerta, las recetas tradicionales y la revalorización de las comidas de las abuelas. Además, según nuestra experta C. Díaz, puede estar potenciado por la emancipación tardía de los jóvenes en la sociedad española. No obstante, a pesar de las contradicciones y amenazas de esta visión posmoderna del contexto actual, el campo social alimentario ha demostrado cierta plasticidad que posibilita a los sujetos recomponer su propia verdad. En especial a algunas madres entrevistadas cuya personalidad líquida les permite emanciparse de los discursos científicos que las presionan y reencontrarse con su individualidad, gestionando su tiempo, su espacio y construyendo su propio discurso de la verdad, con su propio *capital cultural alimentario*. El cual es adquirido a través de las redes sociales y fuentes informativas que se consideran más fiables, como el caso de la madre Isabel que sigue las recomendaciones nutricionales pediátricas francesas.

4. Analizar los aspectos objetivos y los procesos subjetivos implicados en el fenómeno de la obesidad infantil/adolescente.

Otra de las cuestiones más controvertidas reseñadas en nuestro estudio es la pretensión de los expertos del ámbito sanitario, medicina, nutrición y psicología especialmente, de cambiar los estilos de vida y hábitos alimenticios, encauzándolo hacia los modos de vida saludables. Una pretensión que como hemos señalado choca con aspectos objetivos y palpables como la organización doméstica y los estreñimientos materiales; pero también con elementos subjetivos como los *capitales alimentarios* de los sujetos y las relaciones de *biopoder*. En este caso la

aplicación del concepto de *habitus* permite interconectar costumbres alimenticias con ideas, revelando los marcos de saberes a los que se circunscriben las prácticas y los *capitales alimentarios* observados, lo que nos ha permitido reconocer los diferentes campos alimenticios y sus reglas de juego.

Así, a pesar de que se han detectado esquemas globales que estructuran las relaciones sociales, como la distinción entre clases, hemos dividido nuestro análisis en tres *habitus alimentarios*: *tradicional*, *legítimo* y *posmoderno*. En general, hemos observado que todos los participantes quieren aspirar a alcanzar el máximo grado de reconocimiento social, como es el caso del esquema de la buena madre, observado en otros estudios. Sin embargo, la forma de alcanzarlo difiere en pequeños matices que pueden pasar inadvertidos. Como por ejemplo la forma en que conseguir ajustar los gustos de los hijos de forma taxativa a las normas médico-nutricionales puede suponer un signo de distinción para una madre que despliega un *habitus alimentario legítimo*. Mientras que en otros casos la prioridad es que los hijos desarrollen correctamente las tareas escolares y esto se pueda compaginar con el trabajo extra-doméstico, aunque para ello se tengan que realizar ciertas concesiones y transgresiones de la norma, en representación del *habitus alimentario posmoderno*. En el tercer caso, el *habitus alimentario tradicional*, se observan modelos de comportamiento que pone en valor esquemas tradicionales de distinción como la entrega de la madre a la familia, por encima de los criterios saludables, que también pueden estar presentes, predominando una concepción de la alimentación sana muy aferrada a las recetas tradicionales, aunque consistan en lentejas “polígamas”. Además, de esquemas corporales forjados por experiencias de escasez que vinculan la salud a la fortaleza.

Por otro lado, con el *habitus alimentario* hemos podido explicar relaciones complejas entre alimentación, organización social, distinción y gusto.

Observándose la lucha de una madre que trata de amoldar el gusto de sus hijos al reducido capital económico familiar, lo que parece convertirse en una especie de identidad de grupo. O cuando esa misma situación de precariedad decanta las prácticas alimenticias de los hijos por el valor del gusto frente a los criterios saludables. Además, los *habitus alimentarios* nos permiten profundizar en las motivaciones de ciertas prácticas alimenticias comunes a todos los grupos sociales, como el valor de la comensalidad representado por la comida familiar o el gusto por las comidas caseras. En otras ocasiones las coincidencias en los gustos no son tan visibles, como es el caso de la aspiración de unas clases sociales a los gustos de otras que gozan de prestigio social, que despliegan prácticas como el comer en restaurantes fuera de casa. Aunque para entrar en este juego social se tenga que recurrir a restaurantes de comida rápida y poco saludable, adaptándose al capital económico y los gustos de los hijos.

En este mismo sentido, hemos observado que el consumo de alimentos precocinados, pueden adquirir un valor simbólico vinculado a la liberación de las tareas domésticas en el caso de la ama de casa posmoderna que además se sirve de los electrodomésticos para ganar tiempo para sí misma. Un esquema característico del *habitus posmoderno*, e impensable para las madres del extremo más tradicional cuya entrega a la familia es su máxima prioridad.

Y, finalmente, no menos importante son los *habitus de género* que contribuyen a reproducir entre generaciones esquemas sobre los que se considera que tienen que ser o les corresponde hacer al hombre y a la mujer, representado en nuestro estudio por esquemas simbólicos como la fortaleza masculina o la maternidad femenina. Lo que puede implicar, en el caso del contacto entre hijos/nietos con algunas madres y abuelas de polo tradicional, la perpetuidad de un esquema familiar patriarcal caracterizado por la dominación del hombre frente a la mujer en

cuanto a las tareas del hogar y el cuidado y atención de los hijos. Algo especialmente relevante tras la incorporación de la mujer al mundo laboral.

En síntesis, podemos decir que ciertamente existen estructuras objetivas que tienen unos efectos sobre las prácticas alimenticias de las familias, pero también debemos reconocer que estas prácticas se encuentran ancladas a esquemas de pensamiento que forman parte de un campo social concreto donde adquieren un valor específico. De ahí la importancia de emprender abordajes locales del problema de la obesidad infantil/adolescente.

5. Analizar la influencia de los etiquetamientos expertos y los ideales de belleza sociales en las problemáticas psicológicas de niños y adolescentes.

Más allá de la visión estática de las relaciones sociales que se pueden detectar con el modelo explicativo de P. Bourdieu, hemos hallado relaciones dinámicas y cambiantes que pueden encontrar respuesta en lo que I. Hacking se denomina como *ajuste con la práctica*. Es decir, a la forma en que las personas entran a formar parte del conjunto de ideas, normas y etiquetamientos científicos ajustándolas o adaptándolas a su cotidianeidad. Lo que se confirma cuando una de nuestras informantes (Marta) cambia la percepción que tenía sobre su hija, tras el etiquetamiento de una pediatra que la diagnostica de obesa, iniciando un proceso de cambio sus prácticas alimenticias y una transformación ideológica que colisiona con los esquemas familiares corporales.

La cuestión es que estos etiquetamientos y categorías científicas se extienden por toda la matriz social a través de procesos interactivos que generan lo que I. Hacking denomina como *efecto biobucle*. Una dimensión que conecta con las teorías de M. Foucault en cuanto a las formas de gobierno de los cuerpos y las mentes, que en nuestro estudio se producen a través de procesos de normalización de la

salud y los cuerpos, así como la moralización de los comportamientos alimenticios. Estos efectos se pueden rastrear en el miedo a las críticas sociales, como se recoge en aquellas frases que justifican la violación de la norma corporal aceptada por la matriz social: “porque yo tengo amigas que les dan, les dan lo mismo, ¿sabes? Lo que pasa es que mi hija es de constitución grande” (Marta, 38 años). También se pueden observar en la participación de las categorías científicas en interacciones como pedir consejo a los compañeros de trabajo para acceder a un buen especialista, revelando la forma en que entra en escena el capital social y descubriendo que en algunas ocasiones las personas son partícipes del rol de enfermo que se le asigna. Y en su versión más nociva, visibilizando el rechazo o estigmatización social que sufren los niños y adolescentes obesos que se salen de las categorías científicas y sociales. Como se puede observar en el duro relato de una madre que confiesa la discriminación social que ha experimentado su hija, especialmente en el entorno escolar y que le ha empujado incluso a optar por un tratamiento quirúrgico.

En este último sentido las categorías científicas contribuyen a reproducir ciertas *violencias simbólicas* que se ejercen a través de la cosificación del cuerpo del niño/adolescentes a unos estándares científicos que no solo trascienden a al espacio social sino también a la esfera virtual, mercantilizando la salud, la belleza, los alimentos y cuerpo, convirtiéndose en objetos simbólicos. Las consecuencias son niños insatisfechos que perciben su cuerpo como una tarea inacabada y que se introducen en una espiral de tratamientos estéticos y dietas que nunca llegan a satisfacer la autopercepción corporal. Algunos testimonios de niños entrevistados son especialmente representativos de esta insatisfacción corporal: “yo es que creo que siempre se ven gordas, eso es por nuestra propia forma de pensar, yo creo que las chicas siempre están buscando estar perfectas y nunca se aprecian a ellas

mismas" (Alumna 4, 6º Primaria). Lo que además, muestra la normalización de ciertos *habitus de género* que potencian la auto-depreciación del cuerpo de la mujer.

No obstante, a este campo social estético mercantilizado, debemos añadir que los mensajes de los expertos en psicología no parecen contribuir especialmente a solucionar el problema, al culpabilizar a los niños y adolescentes de sucumbir a los estereotipos que marcan la industria de la moda y la estética. Un fenómeno que forma parte del contradictorio *ambiente obesogénico* de oferta/prohibición y que definen a la perfección las expertas del ámbito psicológico cuando sostienen que vivimos en "la tiranía de la imagen" o en la "dictadura de la moda". Paradójicamente, los discursos expertos identifican que los TCA que padecen niños y adolescentes, especialmente mujeres, son consecuencia de una debilidad mental y/o una personalidad demasiado exigente y perfeccionista susceptible a los estereotipos sociales. Centralizando de este modo la culpa en el sujeto obeso.

Y para darle otra vuelta de tuerca, vemos los debates que se han generado entre los propios profesionales sanitarios entrevistados, criticando el efecto perverso que produce la inadecuada proyección que los profesionales sanitarios generan de las medidas antropométricas. En algún caso se ha llegado a acusar a compañeros de profesión, enfermeras y pediatras, de incentivar el exceso de peso en los primeros años de vida con consejos nutricionales obsoletos y falsas percepciones de que lo importante es controlar el peso.

6. Formular propuestas que contribuyan a solucionar el problema de la obesidad infanto-juvenil.

La primera cuestión a resolver ante una posible búsqueda de soluciones y vista la estancamiento de los enfoques biomédicos, es la necesidad de establecer

cadena de cooperación entre las distintas ciencias, que permitan acceder a la heterogeneidad de los marcos socioculturales y los procesos subjetivos involucrados, si de verdad se quiere llegar a un abordaje biopsicosocial del problema. Así, una línea central de trabajo conjunto podría ser delimitar cuál es el verdadero objeto de estudio. De nada sirve lanzar mensajes a la población en general si existen limitaciones materiales y esquemas culturales que bloquean la interacción y/o aplicación del discurso experto en determinados grupos sociales. En este sentido, nuestro enfoque biocultural ayudaría a explorar, por ejemplo, qué personas necesitan un cambio en los comportamientos alimenticios y de este modo dirigir las campañas de intervención y/o prevención a poblaciones concretas con esquemas de pensamiento concretos.

Además, sería interesante consensuar un lenguaje científico que no contribuya a acrecentar la percepción negativa que se tiene de la obesidad en la sociedad. Especialmente porque las ideas que se transmiten explícita e implícitamente desde las fuentes científicas oficiales, terminan pasando a formar parte de la jerarquía de valores que interviene en las relaciones sociales y esto repercute en la estigmatización y marginación de los niños y adolescentes obesos en su contexto social. En este sentido, el concepto de epidemia no parece una metáfora acertada por dos cuestiones. En primer lugar porque deja desatendida la desigual distribución social de este fenómeno, mientras que homogeneiza al niño/adolescente convirtiéndolo en un objeto de intervención médica. A la vez que aumenta innecesariamente la presión social que soportan aquellas familias y jóvenes cuya alimentación es adecuada, o la de aquellos sujetos que ya han adaptado los consejos expertos a su cotidianeidad en base a sus limitaciones, su capital cultural y sus esquemas particulares. En segundo lugar, porque contribuye a extender una falsa percepción de enfermedad en aquellos casos en los que se

presenta un grado leve de exceso de peso, fomentando la señalización de los cuerpos obesos como un problema para la colectividad. Cuando, en el caso de los niños, no se dispone de relaciones científicas consistentes que corroboren los potenciales efectos nocivos para la salud futura. Por el contrario, sí se ha observado que en las poblaciones donde existe seguridad alimentaria la esperanza de vida es elevada.

Otra cuestión sobre la que trabajar codo con codo, es en elaborar un lenguaje que reduzca los efectos perversos del proceso de normalización corporal, como el aprovechamiento mercantilista por parte de la industria alimentaria, farmacéutica y estética, el rechazo que sufren aquellos niños y adolescentes obesos que parecen salirse de la norma de su matriz social o la auto-depreciación que experimentan y que conduce al abuso de dietas restrictivas y TCA. No obstante, aunque parezcan difíciles de solucionar estas problemáticas, entendemos que se pueden mitigar algunos de sus efectos eliminando el tono moralizador y alarmista de los discursos expertos oficiales, alejándose de la quimera nutricional y corporal inalcanzable que supone para muchos jóvenes algunos estándares establecidos. En conexión con estas proposiciones, hemos observado en nuestra investigación que el concepto de *ambiente obesogénico*, conecta con el discurso culpabilizador de las versiones oficiales. Al describir el problema como una cuestión de debilidades en un contexto donde se produce una tentadora y exuberante oferta de alimentos insanos y/o modelos de belleza inalcanzables. Y cuya solución pasa por un proceso de *medicalización* o incorporación de herramientas psicológicas que refuercen unos valores deteriorados, presuponiendo al individuo plena capacidad de agencia. Bajo nuestro punto de vista, el enfoque biocultural podría complementar o ampliar esta visión permitiendo explorar qué intervenciones serían necesarias para contrarrestar este *ambiente obesogénico*, dotando realmente a las personas de mayor

capacidad de agencia sin necesidad de recurrir a estrategias moralizadoras que no contemplen la diversidad cultural ni la conexión entre objetos (recetas, padres, abuelos, comidas) e ideas (tradicción, salud, cuerpo). Así, tras los resultados y reflexiones extraídas de nuestra investigación proponemos las siguientes intervenciones:

1. Establecer horarios laborales y escolares que permitan la conciliación de la vida laboral y familiar. Las participantes de nuestro estudio han mostrado los juegos de malabares que tienen que hacer para compaginar el trabajo extra-doméstico con el trabajo dentro de casa y cocinar al mismo tiempo recetas tradicionales y saludables, habitualmente más laboriosas. Sin caer en la tentación de utilizar precocinados más rápidos y fáciles de preparar. Esto a su vez facilitaría una convivencia en familia y el apoyo de los padres en la educación de los hijos, con la consiguiente transmisión de capital cultural.
2. Dirigir las campañas informativas diferenciadas a los grupos sociales que realmente presentan cifras elevadas de obesidad infantil/adolescente. Incidiendo especialmente en las limitaciones materiales y los esquemas de pensamiento que favorecen una alimentación insana. Y sobre este punto, acceder a las abuelas/os que se encargan del cuidado de los nietos, potenciando los conocimientos sobre prácticas alimenticias saludables que poseen y neutralizando los esquemas perjudiciales respecto al género, la alimentación y el cuerpo, que puedan transmitir a los nietos.
3. Aunque parezca una utopía entendemos que se debe legislar la industria alimentaria de forma contundente, eliminando si es preciso los alimentos superfluos para la alimentación de los niños/adolescentes y

para el resto de la población, no teniendo por tanto que recurrir a continuos cambios legislativos de la publicidad alimentaria o controles inefectivos. Pues entendemos que no se puede acusar a los individuos de debilidad cuando se permite una oferta de productos industriales hiperapetecibles, pretendiendo que la industria sea la que se autorregule y el individuo el que se contenga. Quien evita la ocasión, evita el peligro.

4. Elaborar políticas que reduzcan la desigualdad social pues, según indican algunos expertos entrevistados, en determinados grupos sociales no se puede elegir libremente debido a un reducido capital económico.

5. No medicalizar la alimentación, y mucho menos en los centros escolares. Los niños y adolescentes que han participado en nuestro estudio han mostrado sobrados conocimientos médico-nutricionales, además de una excesiva preocupación por la imagen corporal, llegando a hablar en términos de calorías, dietas y equilibrio. Una mezcla que parece avivar, si cabe más, las presiones de un ambiente social ya de por sí saturado de información nutricional y exigencias corporales. En cambio, sí que sería de utilidad fomentar la tolerancia de la diversidad corporal y cultural, reconociendo las ideas y mensajes perjudiciales que se transmiten implícitamente en el ambiente escolar como: la normalización de que las niñas no hacen tanto deporte como los niños o los menús escolares que en algunas ocasiones pueden ser de una calidad nutricional cuestionable.

6. En conexión con las medidas a implementar en los centros escolares, estamos de acuerdo con el experto A. Martínez o J. Contreras, en que en los centros escolares deben enseñar cosas útiles para la vida. En este

sentido cocinar, cultivar o hacer la compra pueden ser actividades provechosas para desarrollar en los niños/adolescentes conocimientos de economía, botánica y valores sociales tan importantes para la convivencia como la solidaridad, el cuidado de otros seres vivos, la empatía, la amistad o la responsabilidad. Y no solo la asertividad como destacan algunos expertos del ámbito biomédico y que podrían llevar a los niños a confundir las relaciones sociales con una defensa férrea de los derechos propios, aunque la descripción contemple otras visiones. Por ello, el “Huerto escolar” o las clases de cocina nos parecen actividades acertadas a incluir dentro de los programas escolares, especialmente en las áreas urbanas donde los niños/adolescentes han experimentado una mayor desconexión con el origen de los alimentos que consumen.

7. Por último, y a nivel más global, nos parece interesante incorporar programas educativos que desarrollen en los niños/adolescentes un espíritu investigador que potencie la capacidad de síntesis y el pensamiento crítico. Una medida ya empleada en otros países del norte de Europa tales como Finlandia y que resulta especialmente interesante en un contexto social cacofónico que genera incertidumbre en las personas, debido a la gran abundancia de alertas sanitarias e informaciones contradictorias sobre alimentación y nutrición, llegando incluso a deslegitimar los saberes expertos.

En síntesis, aunque en cierto modo las medidas que proponemos se pueden interpretar como una estrategia normalizadora, la diferencia respecto a los abordajes oficiales, es que nuestras propuestas de mejora buscan dotar los sujetos de mayor capacidad de agencia, de manera que puedan elegir libremente

adaptándose a su entorno, sus opciones materiales, sus esquemas culturales y su *capital alimentario*. Sin someterse a las presiones moralizadoras de su matriz social o de los discursos expertos.

6.2. CONSIDERACIONES FINALES.

6.2.1. Limitaciones del estudio

Bajo nuestro punto de vista, los resultados obtenidos en este estudio pueden servir para una reflexión general sobre la importancia de centrarse en las prácticas sociales, a la hora de estudiar la obesidad infantil y adolescente. No obstante, reconocemos que se podría haber profundizado en mayor medida en algunos aspectos como el papel de los publicistas, las estrategias gubernamentales e incluso los aspectos biológicos y fisiológicos implicados. Puede que este sesgo parta de nuestra pretensión por resaltar los procesos subjetivos, tan olvidados en los estudios oficiales, lo que ha llevado a tirar demasiado de la cuerda hacia el lado de lo sociocultural. Otra limitación del estudio es el no haber incluido más datos sobre los padres/abuelos como la profesión o la nacionalidad, aspectos que hubieran aportado algunas relaciones interesantes para explorar el tipo de *capital alimentario* que poseen. Datos que aparecen implícitamente en muchas ocasiones, pero que no se han querido resaltar para evitar categorizaciones que generen el rechazo del informante de antemano o juicios morales innecesarios en los grupos de discusión. En este sentido, puede que dar a conocer el oficio del investigador haya sido uno de los principales sesgos en los grupos de discusión de niños/adolescentes, pues en algunas ocasiones trataron de dar una respuesta acorde con el representante de la ciencia que tenían delante.

Esta misma circunstancia puede haber influir en el desarrollo de este estudio, dándole el enfoque del propio analista. Especialmente, cuando no se han utilizado

instrumentos informáticos para analizar las transcripciones como el software MAXQDA. Una herramienta habitualmente utilizada en investigaciones cualitativas de este tipo, pero que no hubiera servido para detectar *habitus alimentarios*, *el efecto biobucle*, ni relaciones de *biopoder*. También reconocemos ciertas restricciones a la hora de explorar todos los enfoques implicados en este fenómeno, por diferentes factores obvios como la falta de financiación, la dificultad de acceso a determinados espacios, la limitación de tiempo del investigador y/o la falta de colaboración de los propios agentes. No obstante, estos problemas se han tratado de reducir al mínimo.

6.2.2. Líneas de investigación futuras

La profundidad de esta investigación rica en matices culturales, circunstancias familiares, individualidades prácticas, percepciones corporales, categorías e interacciones sociales; ha dejado un reguero de preguntas e incógnitas que motivan a abrir nuevas vías de investigación. Una de estas líneas de trabajo se podría encaminar a explorar la proyección de los *capitales alimentarios* adquiridos en el entorno familiar en los futuros hogares, lo que serviría para contrastar la hipótesis de C. Díaz respecto a la protección que supone en nuestra sociedad nuestra cultura alimentaria y la forma en que se afianzan los *habitus alimentarios* como consecuencia de la emancipación tardía de nuestros jóvenes. Y de paso explorar el papel de las nuevas abuelas en la continuidad del *capital alimentario tradicional*.

Respecto a las estrategias educativas propuestas, como el “Huerto Escolar” y las clases de cocina, sería interesante analizar específicamente su efecto en las prácticas alimenticias de niños y adolescentes. Investigando su proyección en los *habitus alimentarios* y las distintas formas de *capital*. En relación con estas

propuestas, y partiendo de la base de la implementación de un programa educativo que fomente el espíritu crítico en los niños y adolescentes, se podría examinar su efecto sobre las ideas que los jóvenes ostentan sobre la salud, el cuerpo, la belleza y la alimentación.

En cuanto a las intervenciones propuestas para reducir la presión del *ambiente obesogénico* y aumentar la capacidad de agencia de los sujetos, sería importante implementar investigaciones que estudien los efectos de:

- la reducción de la desigualdad social en las prácticas alimenticias de aquellos grupos que presentan elevadas cifras de obesidad infantil/adolescente.
- Una nueva organización de horarios laborales y escolares más compatible con la conciliación de la vida laboral y familiar.
- La eliminación de productos alimentarios industriales del campo social alimentario.
- Un nuevo lenguaje científico que no recurra a estrategias moralizadoras, sino que aborde las problemáticas de la alimentación centrándose en las prácticas y los condicionantes socioculturales que las producen.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abad, C., y Naredo, J. (2002). Sobre la modernización de la agricultura española: De la agricultura tradicional hacia la capitalización agraria y la dependencia asistencial. En Gómez, C., y González, J. (Eds.), *Agricultura y Sociedad en el cambio de siglo* (pp.81-142). Madrid: Mcgraw Hill.
- Achor, M. S., Benítez, N., Brac, E., y Barslund, S. (2007). Obesidad infantil. *Revista de Posgrado de la Vía Catedra de medicina*, (168), 34-38.
- Adair, L.S., y Popkin, B. M. (2005). Are child eating patterns being transformed globally? *Obes. Res.* 13 (7), 1281–1299. doi10.1038/oby.2005.153
- AECOSAN (2016). Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España. Recuperado el 22 de febrero de 2019 de http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/observatorio/Estudio_ALADINO_2015.pdf
- Agencia EFE. (2012). *España supera a EEUU en obesidad infantil*. Recuperado de <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2011/12/16/nutricion/1324058653.html>.
- Aguirre, P. (2004). *Ricos flacos y gordos pobres: la alimentación en crisis*. Buenos Aires: Capital Intelectual.
- Aiello, L., y Wells, J. (2002). Energetics and the Evolution of the Genus Homo. *Annual Review of Anthropology*, 31 (1), 323-338.
- Alaimo, K., Olson, C. M., y Jr. Frongillo E. A. (2001). Low Family Income and Food Insufficiency in Relation to Overweight in U.S. Children: Is There a Paradox? *Archives of Pediatric Adolescent Medicine* 155 (10), 1161– 1167.

- Alcalá, R. R., y Ariza, M. D. M. (2013). Repensar el hedonismo: de la felicidad en Epicuro a la sociedad hiperconsumista de Lipovetsky. *Endoxa: Series Filosóficas*, (31), 191-210.
- Alejandre, R. G. (2007). La sociología en la modernidad: una metodología comprometida. *Espacios Públicos*, 10(20), 257-268.
- Alonso, L. E. (1997). Investigación social cualitativa, grupos de discusión y análisis de las ideologías: una propuesta de integración. En Alvarez, F., y Ibañez, J. *Teoría y práctica* (pp. 249-276). Madrid: Endimion.
- Alonso, L. E. (1998): *La mirada cualitativa en Sociología: una aproximación interpretativa*, Madrid: Ed. Fundamentos.
- Alonso, L.E. (1998). El análisis sociológico de los discursos. En Alonso, L. E. *La mirada cualitativa en sociología: una aproximación interpretativa* (pp. 220-221). Madrid, España: Fundamentos.
- Álvarez, C. R. (2010). La obesidad: es mortal, más se puede prevenir y controlar. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 53 (3), 34-43.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-5 (5th edition). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Amezcu, M., y Gálvez, A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española de salud pública*, 76(5), 423-436.
- Amigo, H. (2003). Obesidad en el niño en América Latina: situación, criterios de diagnóstico y desafíos. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (Suppl. 1), 163-170. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000700017>.

- Amigo, V. I., Busto, Z. R., y Fernández, R. C. (2007). La obesidad infantil como resultado de un estilo de vida obesogénico. *Endocrinología y Nutrición*, 54(10), 530-534.
- Anand, B. K., y Brobeck, J. R. (1951). Hypothalamic control of food intake in rats and cats. *The Yale journal of biology and medicine*, 24(2), 123-140.
- Anderson, L. A., Janes, G. R., Ziemer, D. C., y Phillips, L.S. (1997). Diabetes in urban African Americans. Body image, satisfaction with size, and weight change attempts. *Diabetes Educ.* 23 (3), 301–308.
- Anderson, L. A., Eyler, A. A., Galuska, D. A., Brown, D. R., y Brownson, R. C. (2002). Relationship of satisfaction with body size and trying to lose weight in a national survey of overweight and obese women aged 40 and older, United States. *Prev. Med* 35 (4), 390–396.
- Andreu, A. R. (2009). La crisis del neoliberalismo. *Revista de Economía crítica*, (7), 96-117.
- Anguita, J. C., Labrador, J. R., y Campos, J. D. (2003). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). *Atención primaria*, 31(8), 527-538.
- Angulo, M. R.A. (2014). Aproximaciones cualitativas al estudio de obesidad: nuevas contribuciones a la comprensión de la nutrición humana. *Revista de la Facultad de Medicina*, 62 (Suppl.1), 81-88.
- Anta, O. R., López, S, A., Aparicio, V. A., González, R. L., Navia, L. B., y Perea, S. J. (2015). Estudio de vigilancia del crecimiento, alimentación, actividad física, desarrollo infantil y obesidad en España 2015. Madrid: Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN) y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

- Aparicio, M. T., Balaña, F. J., Expósito, M. D. P. y Pastor, M. (2009). Introducción al estudio de la Psicología de la motivación. En Aparicio, M. T., Balaña, F. J., Expósito, M. D. P. y Pastor, M. (Ed), *Psicología de la Motivación* (pp.3-49). Madrid: Sanz y Torres.
- Aranceta, B. J. (2008). Obesidad infantil: nuevos hábitos alimentarios y nuevos riesgos para la salud. En: Díaz, M. C., y Gómez, B. C. (coord.). *Alimentación, consumo y salud* (pp. 216-246) Barcelona: Obra Social Fundación "La Caixa". Recuperado de http://www.fundacionlacaixa.org/StaticFiles/StaticFiles/a84f7102892ef010VgnVCM1000000e8cf10aRCRD/es/es24_esp.pdf.
- Aranceta, B. J., Serra, M. L., Foz, S. M., Moreno, E. B., y Seedo, G. C. (2005). Prevalencia de obesidad en España. *Medicina clínica*, 125(12), 460-466.
- Aranceta, J., Pérez, R. C., Serra, M. L., Bellido, D., De la Torre, M., Formiguera, X., y Moreno, B. (2007). Prevention of overweight and obesity: a Spanish approach. *Public Health Nutr* 10, (10A), 1187-1193.
- Arboledas, G. P., y Roselló, A. L. (2007). El sueño en el obeso. Importancia del cribado clínico. *Acta Pediatr Esp*, 65(2), 74-78.
- Arciniega, S. C. (2002). Definición y criterios de obesidad. *Nutr Clin*, 5, 236-240.
- Arias, M. (2007). El mito del mito de la caverna. A propósito de Saramago y el mito de la caverna de Platón. *Eikasia: revista de filosofía*, (13), 29-38.
- Arribas, J. M. B., Saavedra, M. D. R., Pérez, P. N., y Villalba, C. V. (2007). La estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad (estrategia NAOS). *Rev Esp Salud Pública*, 81(5), 443-449.
- Arsuaga, J.L. (2002). *Aborígenes: la alimentación en la evolución humana*. Barcelona: RBA Libros.

- Atkinson, R. L. (2007). Viruses as an Etiology of Obesity. *Mayo Clinic Proceedings* 82(10), 1192–1198
- Austin, S. B. (1999). Commodity knowledge in consumer culture. In Sobal, J., y Maurer, D (Eds.), *Weighty issues: Fatness and thinness as social problems* (159-81) New York: Walter Gruyter.
- Avena, N. M. (2010). The study of food addiction using animal models of binge eating. *Appetite*, 55(3), 734-737.
- Avena, N. M., Rada, P., y Hoebel, B. G. (2008). Evidence for sugar addiction: behavioral and neurochemical effects of intermittent, excessive sugar intake. *Neuroscience y Biobehavioral Reviews*, 32 (1), 20-39.
- Ayechu, A., y Durá, T. (2010). Calidad de los hábitos alimentarios (adherencia a la dieta mediterránea) en los alumnos de educación secundaria obligatoria. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 33(1), 35-42.
- Babio, J., Canals, A., Pietrobelli, S., Pérez, V., y Arija, A. (2009). A two-phase population study: relationship between overweight, body composition and risk of eating disorders. *Nutrición Hospitalaria* 24 (4), 485-491.
- Baird, J., Fisher, D., Lucas, P., Kleijnen, J., Roberts, H., y Law, C. (2005). Being big or growing fast: systematic review of size and growth in infancy and later obesity. *BMJ (Clinical research ed.)*, 331(7522), 929.doi: 10.1136/bmj.38586.411273.E0.
- Ballara, M., Damianovi, N., y Valenzuela, R. (2012). Mujer, agricultura y seguridad alimentaria: una mirada para el fortalecimiento de las políticas públicas en América Latina. *Londres, UK, Bridge-Gender*.

- Ballesteros, A. J. M., Dal-Re, S. M., Pérez, F. N., y Villar, V. C. (2007). La estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad: estrategia NAOS. *Revista Española de Salud Pública*, 81(5), 443-449.
- Bandini, L. G., Vu, D., Must, A., Cyr, H., Goldberg, A., y Dietz, W. H. (1999). Comparison of high-calorie, low-nutrient-dense food consumption among obese and nonobese adolescents. *Obes. Res.* 7, (5), 438-443.
- Barata, M. J. (1994). El materialismo de Feuerbach. Un estudio de sus escritos. *Anales del Seminario de Historia de la Filosofía*, 11, 95-128.
- Barceló, A. M., y Borroto, D. G. (2001). Estilo de vida: factor culminante en la aparición y el tratamiento de la obesidad. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 20(4), 287-295. Recuperado en 27 de enero de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403002001000400009&lng=es&tylng=es.
- Barker, E., y Galambos, N. (2003). Body dissatisfaction of adolescent girls and boys: Risk and resource factors. *J Early Adolescence*, 23(2), 141-65.
- Barness, L. A., Opitz, J. M., y Gilbert, B. E. (2007). Obesity: genetic, molecular, and environmental aspects. *American Journal of Medical Genetics 143A* (24), 3016-3034.
- Baron, S., Field, J., y Schuller, T. (2000). (Eds.) *Social capital: critical perspectives*. Oxford: Oxford University Press.
- Barranco, J. G. (2002). Obesidad: problema de salud pública en México. *Nutrición Clínica*, 5 (4), 213-218.
- Barsh, G. S., y Schwartz, M. W. (2002). Genetic approaches to studying energy balance: perception and integration. *Nat. Rev. Genet.* 3 (8), 589-600.

- Bartrina, J.A. (2008). Obesidad infantil: nuevos hábitos alimentarios y nuevos riesgos para la salud. En Díaz, M. C., y Gómez, B. C. (Coord.), *Alimentación, consumo y salud* (pp.216-245). Barcelona: Obra Social, Fundación "la Caixa". Recuperado en 10 de enero de 2019 de http://www.fundacionlacaixa.org/StaticFiles/StaticFiles/a84f7102892ef010VgnVCM1000000e8cf10aRCRD/es/es24_esp.pdf.
- Başkale, H., Bahar, Z., Başer, G., y Ari, M. (2009). Use of Piaget's theory in preschool nutrition education. *Revista de Nutrição*, 22(6), 905-917.
- Baudrand, R., Arteaga, E., y Moreno, M. (2010). El tejido graso como modulador endocrino: Cambios hormonales asociados a la obesidad. *Revista médica de Chile*, 138(10), 1294-1301.
- Baudrillard, Jean (1974). *La sociedad de consumo*. Barcelona: Plaza y Janés.
- Baudrillard, Jean (1983), *Las estrategias fatales*. Barcelona: Ed.Anagrama.
- Bauman, Z. (2013). Modernidad Líquida. Traducción de Mirta Rosenberg. Título original: Liquid Modernity. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica de España.
- Bayardo, S. J. V., Esqueda, C. O., y Cibrián, K. V. C. (2006). Salud mental y obesidad. *Investigación en salud*, 8 (2), 86-90.
- Beagan, B., Chapman, G. E., D'Sylva, A., y Bassett, B. R. (2008). 'It's just easier for me to do it': rationalizing the family division of foodwork. *Sociology*, 42, 653-671. <http://dx.doi.org/10.1177/0038038508091621>.
- Becker, D. M., Yanek, L. R., Koffman, D. M., y Bronner, Y. C. (1999). Body image preferences among urban African Americans and whites from low income communities. *Ethn. Dis*, 9 (3), 77-86.

- Becker, A. E., Gilman, S.E., y Burwell, R. A. (2005). Changes in prevalence of overweight and in body image among Fijian women between 1989 and 1998. *Obes. Res*, 13 (1), 110–117.
- Beilin, H. (1994). Jean Piaget's enduring contribution to developmental psychology. In R. D. Parke, P. A. Ornstein, J. J. Rieser, y C. Zahn-Waxler (Eds.), *A century of developmental psychology* (pp. 257-290). Washington, DC, US: American Psychological Association. <http://dx.doi.org/10.1037/10155-023>.
- Beltrán, J. (1996). *Procesos, estrategias y técnicas de aprendizaje*. Madrid: Síntesis.
- Benach, J., Muntaner, C., y Bonet, C. M. (2005). *Aprender a mirar la salud: cómo la desigualdad social daña nuestra salud*. Valencia, Venezuela: Editorial El Viejo Topo.
- Bengoa, J. M. (1997). Nutrición Internacional algunos momentos de su historia. *Archivos Venezolanos de Nutrición*. 9, 55-67.
- Bengoa, J.M. (2003). Historia de la nutrición en salud pública. *En anales venezolanos de la Nutrición*, 16(2), 85-96.
- Benito, P. (2012). España supera a EEUU en obesidad infantil. Recuperado de <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2011/12/16/nutricion/1324058653.html>
- Benjumea, C. C. (2006). La teoría fundamentada como herramienta de análisis. *Cultura de los cuidados*, año X, (20), 136-140. doi: 10.14198/cuid.2006.20.19.
- Bensaid, D. (2004). Teoremas de la resistencia a los tiempos que corren. *Revista de la izquierda alternativa*.190.

- Berenson, G. S., Srinivasan, S. R., Bao, W., Newman, W. P., Tracy, R. E., y Wattigney, W. A. (1998). Association between multiple cardiovascular risk factors and atherosclerosis in children and young adults. *New England journal of medicine*, 338(23), 1650-1656.
- Berganza, R. y Ruiz, S. J. A. (Coords.) (2005). *Investigar en comunicación. Guía práctica de métodos y técnicas de investigación social en comunicación*. Madrid: McGraw-Hill.
- Bernalte, A., Miret, M.T., y Rico, S. (2007). *Introducción a la antropología de la salud, la enfermedad y los sistemas de cuidados*. España: LibrosEnRed.
- Bernárdez, M.M, De la Montaña, M. J, Fernández, M. C., González, R.M., González, C. J. (2009). Evaluación de la distorsión de la imagen corporal en universitarios en relación a sus conocimientos de salud. *Nutr Clin Diet Hosp*, 29(2), 15-23.
- Bertaux, D. (2005). *Los relatos de vida. Perspectiva etnosociológica*. Barcelona: Bellaterra.
- Berthoud, H. R. (2004). Mind versus metabolism in the control of food intake and energy balance. *Physiology y Behavior* 81, (5), 781-93.
- Betancourt, M. L., Rodríguez, G. M., y Gempeler, R. J. (2007). Interacción madre-hijo, patrones de apego y su papel en los trastornos del comportamiento alimentario. *Universitas Médica*, 48(3), 24-51.
- Bevegni, C., y Adami, G. F. (2003). Obesity and obesity surgery in ancient Greece. *Obesity surgery*, 13(5), 808-809.
- Bezerra, J. A. B. (2009). Alimentação e escola: signi ~ ficados e implicações curriculares ~ da merenda escolar. *Revista Brasileira de Educação*, 14(40), 103-115. [http:// dx.doi.org/10.1590/S1413-24782009000100009](http://dx.doi.org/10.1590/S1413-24782009000100009).

- Bianchini F, Kraaks R, Vainio H. (2002). Overweight, obesity and cancer risk. *Lancet Oncol.* 3, 565–74.
- Biddle, S., Sallis, J. F. y Cavill, N. (1998). *Young and active? Young people and health-enhancing physical activity - evidence and implications*. Londres, United Kingdom: Health Education Authority.
- Bielicki, T., Szklarska, A., Koziel, S., y Ulijaszek, S. J. (2005). *Changing patterns of social variation in stature in Poland: effects of transition from a command economy to the free-market system?* J. Biosoc. Sci. 37:427–34.
- Bijou, S., y Baer, D. (1999). *Psicología del desarrollo infantil*. Vol. 1. Edit. Trillas México, 1999, pp. 34-46.
- Blumer, Herbert. (1969). *Symbolic Interaction: Perspective and Method*. Englewood Cliffs N. J. Prentice Hall.
- Boero, N. (2007). All the news that's fat to print: The American "obesity epidemic" and the media. *Qualitative sociology*, 30(1), 41-60.
- Boletín Epidemiológico de Murcia (2013). El exceso de peso infanto-juvenil en la Región de Murcia a través de diversas fuentes periódicas de información. 33 (761). Recuperado de: http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/260173-Boletin_Febrero.pdf.
- Bonilla, E. F. (2012). Obesidad infantil: otro problema de malnutrición. *Revista Med*, 20(1), 6-8.
- Boon, C. S., y Clydesdale, F. M. (2005). A Review of Childhood and Adolescent Obesity Interventions. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition* 45, 511–525.
- Borge, J. H. (2008). La feminización de la vejez en Galicia. Villarino PE, Rey CO, Sánchez AR. *Femenino Voces, Miradas, Territorios*, 20, 93-111

- Borjesson, M. (1976). The aetiology of obesity in children: a study of 101 twin pairs. *Acta Paediatr Scand* 65, (3), 279–287.
- Borrell, C. y Artazcoz, L. (2008). Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. *Rev Esp Salud Pública*, 82(3), 245-249.
- Borrell, C., y Artazcoz, L. (2008). Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. *Rev Esp Salud Pública*, 82(3), 245-249.
- Botella, G. N. (2017). Mujeres marroquíes transmigrantes: otras maneras de construir la “modernidad alimentaria. *Journal of Feminist, Gender and Women Studies* 6, 65-74. Recuperado en 31 de diciembre de 2018 de: <https://revistas.uam.es/revIUEM/article/view/9784>.
- Botto, A. (2011). Dimensión ética de la investigación cualitativa. *Revista GPU, Psiquiatría Universitaria*, 354-357. Recuperado de: http://revistagpu.cl/2011/GPU_Dic_2011_PDF/Editorial.pdf.
- Bouatia, N., Meyre, D., Lobbens, S., Seron, K., Fumeron, F., Balkau, B., Heude, B., Joure, B., Scherer, P. E., Dina, C., Weil, J., y Froquel, P. (2006). ACDC/adiponectin polymorphisms are associated with severe childhood and adult obesity. *Diabetes* 55 (2), 545–50.
- Bourdieu, (2007a) [1987], De las reglas a las estrategias en: Bourdieu Pierre, *Cosas Dichas*, Barcelona; España: Editorial Gedisa, págs. 67-82.
- Bourdieu, (2007b) [1987], Espacio social y poder simbólico en: Bourdieu, Pierre. *Cosas Dichas*, Barcelona, España: Editorial Gedisa, págs. 127-142.
- Bourdieu, P. (1984a). *Sociología y cultura*. México: Grijalbo.
- Bourdieu, P. (1984b). *Homo academicus*. Buenos Aires: Siglo XXI, 2008. Trabajo original publicado en 1984.
- Bourdieu, P. (1988). *La distinción. Criterio y bases sociales del gusto*. Madrid: Taurus

- Bourdieu, P. (1995). *Las reglas del arte. Génesis y estructuras del campo literario*, Barcelona, España: Anagrama.
- Bourdieu, P. (1997). Razones prácticas Sobre la teoría de la acción. Barcelona, España: Anagrama.
- Bourdieu, P. (1998). *La dominación masculina*. Barcelona, España: Editorial Anagrama.
- Bourdieu, P. (2000). Las formas del capital. Capital económico, capital cultural y capital social. En Bourdieu, P. *Poder, derecho y clases sociales*, Barcelona, España: Desclée.
- Bourdieu, P. (2005a). *Capital cultural, Escuela y espacio social*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Bourdieu, P. y Passeron J.C. (2008). Fundamentos de una Teoría de la Violencia Simbólica. En *La reproducción*. Elementos para una Teoría del Sistema de Enseñanza. Madrid, España: Editorial Popular
- Bourdieu, P. y Passeron, J.C. (2006). *Los herederos. Los estudiantes y la cultura*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Bourdieu, P., Chamboredon, J. C., y Passeron, J. C. (2002). *El oficio del sociólogo. Presupuestos epistemológicos*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI Editores.
- Bourdieu, P., y Passeron, J. (1996). *La reproducción. Elementos para una teoría del sistema de enseñanza*. 2ª.ed. México: Distribuciones Fontamara, S.A.
- Bourdieu, P., y Wacquant, L. (1995). *Una invitación a la sociología reflexiva*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI.
- Boutelle, K., Fulkerson, J. A., Neumark-Sztainer, D., y Story, M. (2004). Mothers' perceptions of their adolescents' weight status: Are they accurate? *Obesity research*, 12(11), 1754-1757. doi.org/10.1038/oby.2004.217.

- Bowen, J., y Hobson, P. (2010). *Teorías de la Educación: Innovaciones Importantes en el Pensamiento Educativo Occidental*. México: Editorial Limusa.
- Bowlby, J. (1970). Disruption of affectional bonds and its effects on behavior. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 2(2), 75-86.
- Bowman, S. A., Gortmaker, S. L., Ebbeling, C. B. Pereira, M. A., y Ludwig, D. S. (2004). Effects of Fast-Food Consumption on Energy Intake and Diet Quality among Children in a National Household Survey. *Pediatrics*, 113(1), 112-118.
- Boyington, J., y Johnson, A. (2004). Maternal Perception of Body Size as a Determinant of Infant Adiposity in an African-American Community. *Journal of the National Medical Association*, 96(3), 351-362.
- Braguinsky, J. (2009). Prevalencia de obesidad en América Latina. *Anales del Sistema sanitario de Navarra*, 25 (1), 109-115.
- Bray, G. A. (2004). Medical consequences of obesity. *The Journal of Clinical Endocrinology y Metabolism*, 89(6), 2583-2589.
- Breilh, J. (2010). Las tres 'S' de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. En Nogueira, R.P. (Ed), *Determinação social da saúde e reforma sanitária* (pp.87-200). Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 87-125. Disponible em: <http://www.cebes.org.br/media/File/Determinacao.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2013.
- Brekke, H. K., Van Odijk, J. y Ludvigsson, J. (2007) Predictors and Dietary Consequences of Frequent Intake of High-Sugar, LowNutrient Foods in 1-Year-Old Children Participating in the ABIS Study. *British Journal of Nutritio*, 97, 176-181.

- Bresh, S. (2006). La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35(4), 537-46.
- Brewis, A. A. (2011). *Obesity: Cultural and biocultural perspectives*. Rutgers University Press
- Brewis, A. A., McGarvey, S. T., Jones, J., y Swinburn, B. A. (1998). Perceptions of body size in Pacific Islanders. *Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord*, 22 (2), 185–89.
- Bringué, X., Sánchez, A. J. J., y Navas, A. (2005). *La imagen de la juventud en la publicidad televisiva*. Navarra; España: Consejo Audiovisual de Navarra.
- Brook, G. D., Huntley, R. M. C., y Slack, J. (1975) Influence of heredity and environment in determination of skinfold thickness in children. *British Medical Journal* 2, 719–721.
- Brown, P. J. (1991). Culture and the evolution of obesity. *Hum. Nat*, 2 (1), 31–57
- Brown, P. J., y Konner, M. (1987). An anthropological perspective of obesity. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 499, 29–46.
- Brown, P. J., y Krick, S. V. (2001). Culture and ethnicity in the etiology of obesity: diet, television and the illusion of personal choice. In Johnston, F.E. y Foster, G. (Eds.) *Obesity, Physical Growth and Development* (pp. 111–57). London, United Kingdom: Smith-Gordon.
- Brown, T., Kelly, S. y Summerbell, C. (2007). Prevention of obesity: a review of interventions. *Obesity Reviews*, 8 (Suppl. 1), 127–130.
- Brown, T., y Summerbell, C. (2009). Systematic review of school-based interventions that focus on changing dietary intake and physical activity levels to prevent childhood obesity: an update to the obesity guidance

- produced by the National Institute for Health and Clinical Excellence. *Obesity reviews*, 10(1), 110-141.
- Brownell, K. D. (2002). The environment and obesity. In Fairburn, C.G. y Brownell, K. D. *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook* (pp. 433-438). New York; EE.UU: Guilford Press.
- Brownell, K. D., y Battle, H. K. (2004) *Food Fight: The Inside Story of the Food Industry, America's Obesity Crisis, and What We Can Do about It*. EE.UU: McGraw-Hill Education.
- Buddeberg, F. B., Klaghofer F, Ree, V. (1999). Associations between body weight, psychiatric disorders and body image in female adolescents. *Psychother Psychosom*, 68(6), 325-32.
- Bugge, A. B. (2005). Middag. En sosiologisk analyse av den norske middagspraksis. Dinner. A sociological analysis of the Norwegian dinner practice. Oslo. (Doctoral dissertation). Recuperado de <http://ntnu.diva-portal.org/smash/get/diva2:125459/FULLTEXT01.pdf>.
- Burns, N., Grove, S. K., y Soriano, M. G. (2004). *Investigación en enfermería*. Barcelona, España: Elsevier.
- Butler, J. (2005). Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity GT. *Political Theory*, 4, 4-24.
- Cabrera, F. C. (2005). Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa. *Theoría*, 14(1), 61-71.
- Cabruja, T. (1998). Psicología social crítica y postmodernidad. *Revista Anthropos: Huellas del conocimiento*, (177), 49-59.

- Cachelin, F. M., Rebeck, R. M., Chung, G. H., y Pelayo, E. (2002). Does ethnicity influence body-size preference? A comparison of body image and body size. *Obesity research*, 10(3), 158-166.
- Calderón, C., Forns, M., y Varea, V. (2010). Implicación de la ansiedad y la depresión en los trastornos de alimentación de jóvenes con obesidad. *Nutrición Hospitalaria*, 25(4), 641-647. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112010000400017&lng=es&tlng=es.
- Callejo, J. (1995). *La audiencia activa. El consumo televisivo: discursos y estrategias*. Madrid, España: CIS.
- Callejo, J. (2001a). *El grupo de discusión: introducción a una práctica de investigación*. Barcelona: Ariel.
- Callejo, J. (2001b). *Investigar las audiencias. Un análisis cualitativo*. Barcelona: Paidós.
- Callejo, J. (2001c). El marco teórico del grupo de discusión. En J. Callejo, *El grupo de discusión: introducción a una práctica de investigación* (pp. 35-63). Barcelona, España: Ariel.
- Callejo, J. (2002). Observación, entrevista y grupo de discusión: el silencio de tres prácticas de investigación. *Revista Española de Salud Pública*, 76 (5), 409-422.
- Campos, E. B., y Núñez, J. G. (2014). Alfred Marshall y la Escuela de Cambridge. Una visión multidisciplinar de la economía. *Encuentros multidisciplinares*, 16(47), 59-69.
- Campos, P. F. (2004). *The Obesity Myth: Why America's Obsession with Weight is Hazardous to Your Health*. New York; EE.UU: Penguin.
- Canales, I. S., Guerrero, S., Sierra, P., y Callejas, C. (2009). Imagen corporal y prejuicios hacia la gordura en la infancia. Recuperado de

http://infad.eu/RevistaINFAD/2009/n1/volumen1/INFAD_010121_97108.pdf.

- Canales, M. y Peinado, A. (1994). Grupos de discusión. En Delgado, J. M. y Gutiérrez, J. (Coords.). Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales (pp. 287-316). Madrid, España: Síntesis.
- Canclini, N. (1995). *Consumidores y ciudadanos. Conflictos multiculturales de la globalización*. México: Grijalbo.
- Canizales, Q. S. (2008). Aspectos genéticos de la obesidad humana. *Rev. Endocrinol. Nutr*, 16(1), 9-15.
- Canpolat, B.I., Orsel, S., Akdemir, A., Ozbay, M. H. (2005). The relationship between dieting and body image, body ideal, self-perception, and body mass index in Turkish adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 150–55.
- Capdevielle, J. (2011). El concepto de *Habitus*: Con Bourdieu y contra Bourdieu. *Revista Andaluza de Ciencias Sociales Anduli*, (10), 31-45.
- Carnell, S., y Wardle, J. (2008). Appetitive Traits and Child Obesity: Measurement, Origins and Implications for Intervention. *Proceedings of the Nutrition Society*, 67 (4), 343–355.
- Carr, D., y Friedman, M. A. (2005). Is Obesity Stigmatizing? Body Weight, Perceived Discrimination, and Psychological Well-Being in the United States. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(3), 244– 259.
- Carrasco, D., D., Gómez, C. E., y Staforelli, M. A. (2009). Obesidad y Adolescencia: Exploración de Aspectos Relacionales y Emocionales. *Terapia psicológica*, 27(1), 143-149.

- Carvalho, M. C. V. S., y Luz, M. T. (2011). Symbolism on natural in food. *Ciencia y Saúde Coletiva*, 16(1), 147-154. doi.org/10.1590/S1413-81232011000100018.
- Casey, P. H., Szeto, K., Lensing, S., Bogle, M., y Weber, J. (2001). Children in Food-Insufficient, Low-Income Families, Prevalence, Health, and Nutrition Status. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 155 (4), 508–514.
- Castañeda, A. I. E. (2007). Reflexiones teóricas sobre las diferencias en salud atribuibles al género. *Revista cubana de salud pública*, 33(2) Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttexty_pid=S0864-34662007000200011ylng=esytlng=es.
- Castillo, D. C., Romo, M. M. (2006). Las golosinas en la alimentación infantil. *Revista chilena de pediatría*, 77 (2), 189-193. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S037041062006000200011yscript=sci_arttextytlng=en.
- Castillo-Sepúlveda, J., Espejo, M., Tapia, J., Catalán, M., Toro, J., y Gálvez, M. (2017). Tecnologías, episteme y subjetivación en un régimen de garantías en salud. *Psicoperspectivas*, 16(3), 6-16. Recuperado de <https://dx.org/10.5027/psicoperspectivas-vol17-issue3-fulltext-1069>
- Castro, E. (2008). Biopolítica: de la soberanía al gobierno. *Revista latinoamericana de filosofía*, 34(2), 187-205.
- Cea-D'Ancona, M. Á. (2001). *Metodología cuantitativa. Estrategias y Técnicas de Investigación Social*. Madrid, España: Síntesis.
- Chaimovitz, R., Issenman, R., y Moffat, T. (2008) Body Perception: Do Parents, Their Children and Their Children's Physicians Perceive Body Image Differently? *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 47(1), 76–80.

- Chang, V. W., y Christakis, N. A. (2002). Medical Modeling of Obesity: A Transition from Action to Experience in a 20th Century American Medical Textbook. *Sociology of Health and Illness*, 24(2), 151–177.
- Charney, E., Goodman, H. C., McBride, M., Lyon, B., Pratt, R., Breese, B., y Marx, K. (1976). Childhood antecedents of adult obesity: Do chubby infants become obese adults? *New England Journal of Medicine*, 295(1), 6-9.
- Chien-Chang, L., Ta-Chen, S., Kuo-Liong Ch., Wang, J., Chuan-Chi, Ch., Chau-Ching L., Ruey, S. L., Yuan-The, L., Fung-Chang, S., (2009). Elevated Blood Pressure, Obesity, and Hyperlipidemia. *Journal of Pediatrics*, 155(1), 79–83.
- Children: The Centers for Disease Control and Prevention Pediatric Nutrition Surveillance, 1983–1995. *Pediatrics* 101(1), 1–6.
- Chimenos Küstner, E., Martínez Pérez-Pérez, A., y Agustí i Farjas, B. (1999). Evidencias de hiperparatiroidismo en una mandíbula prehistórica. *Medicina Oral*, 4(2) 416-421.
- Chiprut, R., Castellanos, U. A., Sánchez, H. C., Martínez, G. D., Cortez, M. E., Chiprut, R., y Conde, O. P. (2001). La obesidad en el Siglo XXI. *Gac Med Mex*, 137(4).
- Christakis, N. A., James, H., y Fowler, J. H., (2007). The spread of obesity in a large social network over 32 years. *The New England Journal Medicine*, 357, 370–379. doi: 10.1056/NEJMsa066082.
- Chueca, M., Azcona, C., y Oyarzábal, M. (2009). Obesidad infantil. En *Anales del sistema sanitario de Navarra* 25, (supl.1), 127-141.
- Cía, A. (2013). Las adicciones no relacionadas a sustancias (DSM-5, APA, 2013): un primer paso hacia la inclusión de las Adicciones Conductuales en las

- clasificaciones categoriales vigentes. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 76 (4), 210-217.
- Clement, K. (2005). Genetics of human obesity. *Proc. Nutr. Soc*, 64 (2), 133-42.
- Clement, K., Boutin, P., y Froguel, P. (2002). Genetics of obesity. *Am. J. Pharmacogenomics*, 2 (3), 177-187.
- Colazos, C. V. (2012). Otra vez el determinismo biológico. *Revista Médica de Risaralda*, 9(1). doi: <http://dx.doi.org/10.22517/25395203.8107>.
- Cole, T. J., Bellizzi, M. C., Flegal, K. M., y Dietz, W.H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British. Medical Journal*, 320(7244), 1240-124.
- Colectivo IOÉ (1995a). Extraños, distintos, iguales o las paradojas de la alteridad: discursos de los españoles sobre los extranjeros. *Revista de Educación*, (307), 17-51.
- Colectivo IOÉ (1995b). *Discursos de los españoles sobre los extranjeros. Paradojas de la alteridad*. Madrid, España: CIS.
- Colectivo IOÉ (1996). *Tiempo social contra reloj: las mujeres y la transformación en los usos del tiempo*. Madrid, España: Instituto de la Mujer.
- Colectivo IOÉ (2010a). ¿Para qué sirve el grupo de discusión? Una revisión crítica del uso de técnicas grupales en los estudios sobre migraciones. *Revista Empiria*, (19), 73-99.
- Colectivo IOÉ (2010b). *Posiciones y expectativas de las familias en relación al sistema educativo*. Exploración cualitativa. Madrid, España: Ministerio de Educación.
- Colectivo IOÉ (2010c). *Discursos de la población migrante en torno a su instalación en España*. Madrid, España: CIS.

- Colectivo IOÉ y CIMOP (1998). *Discapacidad y Trabajo en España. Estudio de los procesos de inclusión y exclusión de las personas con discapacidad*. Madrid, España: IMSERSO. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Coll, C. (1979). El concepto de desarrollo en psicología evolutiva: aspectos epistemológicos. *Infancia y Aprendizaje*, 2(7), 60-73.
- Comaroff, J. y Comaroff, J. (1992). Ethnography and historical imagination, En: *Ethnography and the historical imagination* (pp. 3-49). Oxford, United Kingdom: Westview Press.
- Comte, A., y Reyes, R. C. (1979). *Ensayo de un sistema de política positiva*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Comuzzie, A. G. (2002). The emerging pattern of the genetic contribution to human obesity. *Best Pract. Res. Clin. Endocrinol. Metab*, 16, 611-621.
- Conde, F. (1987). Una propuesta de uso conjunto de las técnicas cuantitativas y cualitativas en la investigación social. El isomorfismo de las dimensiones topológicas de ambas técnicas. *Revista española de investigaciones sociológicas* (39), 213-224.
- Conrad, P. (1992). Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology* 18, 209-232.
- Contaldo, F., Pasanisi, F. (2004). Obesity epidemics: secular trend or globalization consequence? Beyond the interaction of genetic and environmental factors. *Clin. Nutr*, 23 (3), 289-291.
- Contreras, H, J. (2002). La obesidad: una perspectiva sociocultural. *Form Contin Nutr Obes*, 5(6), 275-86.
- Contreras, H. J, y Gracia. A. M. (2006). Del dicho al hecho: las diferencias entre las normas y las prácticas alimentarias. En Bertrán, M., y Arroyo, P. (Eds.)

- Antropología y nutrición* (pp.75-115). México: Fundación Mexicana para la Salud Fondo Nestlé para la Nutrición, Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco.
- Contreras, H. J., y Gracia, A. M. (2005). *Alimentación y cultura, perspectivas antropológicas*. España: Ariel.
- Contreras, J. (1992). Alimentación y cultura: reflexiones desde la Antropología. *Revista Chilena de Antropología*, (11). doi:10.5354/0719-1472.2011.17643
- Contreras, J. (1999). Cambios sociales y cambios en los comportamientos alimentarios en la España de la segunda mitad del siglo XX. *Anuario de Psicología*, 1999, 30 (2), 25-42.
- Contreras, J., y Ribas, J. (2012). Los alimentos modificados. ¿El omnívoro desculturalizado? *Gazeta de Antropología*, 28(3). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10481/22985>
- Corbeau, J. P. (2000). Cuisiner, manger, métisse. *Revue des Sciences Sociales*, (27), 68-73.
- Cornejo, M., y Salas, N. (2011). Rigor y calidad metodológicos: un reto a la investigación social cualitativa. *Psicoperspectivas*, 10 (2), 12-34.
- Corominas, M., Roncero, C., Bruguera, E., y Casas, M. (2007). Sistema dopaminérgico y adicciones. *Rev Neurol*, 44(1), 23-31.
- Corrales, O. (2005). Publicidad, consumo y gobierno de la subjetividad. *Comunicación y Medios*, (16), 209-219. doi: 10.5354/0719-1529.2011.11571.
- Costa, S., Zepeda, L., y Sirieix, L. (2014). Exploring the social value of organic food: a qualitative study in France. *International Journal of Consumer Studies*, 38(3), 228-237. <http://dx.doi.org/10.1111/ijcs.12100>.

- Cotti, C., y Tefft, N. (2013). Fast food prices, obesity, and the minimum wage. *Economics y Human Biology*, 11(2), 134-147.
- Counihan, C. (1999). *The Anthropology of Food and the Body: Gender, Meaning and Power*. New York, EE. UU: Routledge
- Coveney, J. (2005). A qualitative study exploring socio-economic differences in parental lay knowledge of food and health: Implications for public health nutrition. *Public Health Nutrition* 8 (3), 290-297.
- Coyote, E. N., y Miranda, L. A. L. (2008). Tratamiento farmacológico de la obesidad en niños. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 65(6), 547-567.
- Craig P, Swinburn, B, Matenga, S. T, Matangi, H, y Vaughan, F. (1996). Do Polynesians still believe that big is beautiful? Comparison of body size perceptions and preferences of Cook Islands, Maori and Australians. *N. Z. Medical Journal*, 109 (1023), 200–203.
- Creswell, J., (1994) .Research Desing. Qualitative y Quantitative Approaches, Thousand Oaks, EE. UU: CA Sage Publications.
- Criado, E. M. (2004). El valor de la buena madre. Oficio de ama de casa, alimentación y salud entre las mujeres de clases populares. *Revista Española de Sociología*, (4), 93-118.
- Crotty, P. y Germov, J. (2004). Food and class. In Germov, J. and Williams, L. (eds). *A Sociology of Food and Nutrition: Introducing the Social Appetite* (pp. 135-148). Melbourne: Oxford University Press.
- Cruz, S. M, E., Tuñón, P. G., Álvarez, G. M., Villaseñor, F., y Nigh, N. R. (2012). Desigualdades de género en sobrepeso y obesidad entre indígenas chontales de Tabasco- México. *Población y Salud en Mesoamérica* 9 (2), 1-23.

- Cuéllar, P. M., Calle, C. Á., y Gallar, H. D. (Eds.). (2013). *Procesos hacia la soberanía alimentaria. Perspectivas y prácticas desde la agroecología política*. Barcelona: Icaria.
- Cunnane, S. C., y Crawford, M. A. (2003). Survival of the fattest: fat babies were the key to evolution of the large human brain. *Comp Biochem. Physiol. A Physiol*, 136, (1), 17–26
- Currie, C., Roberts, C. H., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O. y Rasmussen, V. B. (2004). *Young People's Health in Context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international Report from the 2001/2002 survey*. Copenhagen: World Health Organization.
- Curtis, C., y Davis, C. (2014). A Qualitative Study of Binge Eating and Obesity from an Addiction Perspective. *Eating disorders*, 22(1), 19-32
- De Andrés Pizarro, J. (2000). El análisis de estudios cualitativos. *Revista Española de Salud Pública*, 25 (1), 94-97.
- De Castro, J. M. (2000). Eating behavior: lessons from the real world of humans. *Nutrition*, 16(10), 800-813.
- De Castro, J. M. (2006). Heredity influences the dietary energy density of free-living humans. *Physiology y Behavior*, 87, 192–98.
- De Castro, J. M. y Brewer, E. M. (1992) The amount eaten in meals by humans is a power function of the number of people present. *Physiology y Behavior* 51, 121–125.
- De Castro, J.M. (1999). Inheritance of hunger relationships with food intake in free living humans. *Physiology y Behavior*, 67 (2), 249-258.
- De Garine, I. (1995). Los factores socioculturales de la alimentación: Los aspectos socioculturales de la nutrición. En Contreras, J. (Ed.). (1995). *Alimentación y*

- cultura: necesidades, gustos y costumbres* (pp.129-171). Barcelona: Edicions Universitat.
- De Garine, I., y Pollock, N. J. (1995). *Social Aspects of Obesity*. Amsterdam: Gordon y Breach.
- De Onis M. (2005). The use of anthropometry in the prevention of childhood overweight and obesity. *United Nations Syst. Standing Comm. Nutr.* 29, 5–12.
- De Vries, J. (2007). The Obesity Epidemic: Medical and Ethical Considerations. *Science Engineering and Ethics*, 13(1), 55–67.
- Deane, S., y Thomson, A. (2006). Obesity and the Pulmonologist. *Archives of Disease in Childhood* 91, 188–191.
- Declaración de Alma-Ata, D. (1978) Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, Kazajistán, URSS: Centro de Prensa. Organización Panamericana de La Salud.
- Delgado, J. M. y Gutiérrez, J. (1994). *Métodos y Técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales*. Madrid, España: Editorial Síntesis.
- Deshmukh-Taskar, P., T. A. Nicklas, M. Morales, S. J. Yang, I. Zacheri, y Berenson, G. S. (2006). Tracking of Overweight Status from Childhood to Young Adulthood: The Bogalusa Heart Study. *European Journal of Clinical Nutrition* 60, 48–57.
- Devaud, C., Jeannin, A., Narring, F., Ferron, C., y Michaud, P.A. (1998). Eating disorders among female adolescents in Switzerland: Prevalence and associations with mental and behavioural disorders. *Int Journal Eat Disorder*, 24(2), 207-16.
- Devault, L. M. (1991) *Feeding the Family: the Social Organisation of Caring as Gendered Work*. Chicago, EE. UU: University of Chicago Press.

- Díaz, C. (2005). Los debates actuales en Sociología de la Alimentación. Universidad de Oviedo. *Revista Internacional de Sociología (RIS)*, (40), 47-78.
- Díaz, J. P. (2003). Feminización de la vejez y Estado del Bienestar en España. *Reis*, 91-121.
- Díaz, M. C., y González, Á. M. (2013). La problematización de la alimentación: un recorrido sociológico por la publicidad alimentaria (1960-2010). *EMPIRIA. Revista de Metodología de las Ciencias Sociales*, (25), 121-145.
- Díaz, P. M. (2000). Percepción materna del estado nutritivo de sus hijos obesos. *Revista chilena de pediatría*, 71(4), 316-320.
- Dietz, G. (2011). Hacia una etnografía doblemente reflexiva: una propuesta desde la antropología de la interculturalidad, *Revista de antropología iberoamericana*, 6(1), 3-26.
- Dietz, W. H. (1998). Health consequences of obesity in youth: childhood predictors of adult disease. *Pediatrics*, 101(Suppl. 2), 518-525.
- Dipietro L. (1995). Physical activity, body weight, and a adiposity: an epidemiologic perspective. *Exercise and sport sciences reviews*, 23, 275-304.
- Domínguez, V. P., Olivares, S., y Santos, J. L. (2008). Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. *Archivos latinoamericanos de nutrición*, 58(3), 249.
- Doval, H. C. (2005). La selección genética programó nuestra alimentación ¿Deberíamos volver a la comida del hombre del Paleolítico? *Revista Argentina de Cardiología*, 73(3), 244- 248.
- Drenowski, A. (2007). The Real Contribution of Added Sugars and Fats to Obesity. *Epidemiologic Reviews* 29, 160–171.

- Drewnowski A, y Popkin, B. M. (1997). The nutrition transition: new trends in the global diet. *Nutr. Rev*, 55 (2), 31–43.
- Drewnowski, A., y Darmon, N. (2005). The economics of obesity: dietary energy density and energy cost. *Am. J. Clin. Nutr*, 82 (Suppl. 1), 265S-273S. doi: 10.1093/ajcn/82.1.265S.
- Drewnowski, A., y Specter, S. E. (2004). Poverty and Obesity: The Role of Energy Density and Energy Costs. *American Journal of Clinical Nutrition*, 79, (1), 6–16.
- Driskell, M., S. Dymont, L. Mauriello, P. Castle, and K. Sherman 2008 Relationships among Multiple Behaviors for Childhood and Adolescent Obesity Prevention. *Preventive Medicine*, 46(3), 209–215.
- Dubois, L., Farmer, A., Girard, M., y Peterson, K. (2008). Social Factors and Television Use during Meals and Snacks Is Associated with Higher BMI among Pre-School Children. *Public Health Nutrition* 11(12), 1267– 1279.
- Duhart, F. (2002). Comedo ergo sum. Reflexiones sobre la identidad cultural alimentaria. *Gazeta de Antropología*, (18). Recuperado de <http://www.gazeta-antropologia.es/?p=3177>.
- Düsing, K. (2002). La subjetividad en la filosofía clásica alemana de Kant a Heguel. Una panorámica a modo de programa. *Azafea: Revista de filosofía*, (4), 97-121.
- Dyson T. (1996). *Population and Food*. London, United Kingdom: Routledge
- Eaton, S.B, Konner, M, Shostak, M. (1998). Stone agers in the fast lane: chronic degenerative diseases in evolutionary perspective. *Am. J. Med.* 84 (4) ,739–49.

- Echevarría, P. (2008). Análisis antropológico de los patrones de uso y el perfil del usuario de terapias complementarias orientales. *Gaceta de antropología*, 24(2). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10481/6917>
- Ekelund, U. Yngve, A., Sjoström, M. y Westerterp, K. (2000). Field evaluation of the Computer Science and Application's Inc. activity monitor during running and skating training in adolescent athletes. *International Journal of Sports Medicine*, 21(8), 586-592. doi: 10.1055/s-2000-8487.
- Eknoyan, G. (2008). Adolphe Quetelet. The average man and indices of obesity. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 23(1), 47-51.
- Ellison, P. T. (2003). Energetics and reproductive effort. *Am. J. Hum. Biol.* 15, 342–51
- Emanuel, E. J., Wendler, D., y Grady, C. (2000). What makes clinical research ethical? *Jama*, 283(20), 2701-2711.
- Epstein, L. H., Valoski, A., Wing, R. R., y McCurley, J. (1994). Ten-year outcomes of behavioral family-based treatment for childhood obesity. *Health Psychology*, 13(5), 373 – 383.
- Erlichman J, Kerbey AL, James WPT. 2002. Physical activity and its impact on health outcomes. Paper 2: Prevention of unhealthy weight gain and obesity by physical activity: an analysis of the evidence. *Obes. Rev*, 3 (4), 273–87.
- Escobar, P. J., y Cuervo, M. A. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en medición*, 6(1), 27-36.
- Espín, R. M. I., Pérez, F. D., Sánchez, R. J. F., y Salmerón, M. D. (2013). Prevalencia de obesidad infantil en la Región de Murcia, valorando distintas

- referencias para el índice de masa corporal. *Anales de Pediatría* 78, (6), 374-381.
- Espinosa, M. Á. (2014). Adolescentes consumidores de televisión: Autopercepciones sobre sus derechos/Adolescent Television Consumers: Self-perceptions about their Rights. *Comunicar*, 22(43), 181-188.
- Etelson, D., Brand, D., Patrick, P., y Shirali, A. (2003). Childhood Obesity: Do Parents Recognize This Health Risk? *Obesity Research* 11 (11), 1362-1368.
- Failde, G. J. M., Lameiras, F. M., y Bimbela, P. J. L. (2008). Prácticas sexuales de chicos y chicas españoles de 14-24 años de edad. *Gaceta Sanitaria*, 22(6), 511-519. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021391112008000600002&lng=es&tyng=es.
- Faith, M. S., Saelens, B. E., Wilfley, D. E., y Allison, D. B. (2001). Behavioral treatment of childhood and adolescent obesity: Current status, challenges, and future directions. In J. K. Thompson, y L. Smolak (Eds.), *Body image, eating disorders, and obesity in youth* (pp. 313 - 340). Washington, DC, EE. UU: American Psychological Association.
- Faith, M.S., Pietrobelli, A., Nuñez, C., Heo, M., Heymsfield, S.B, Allison, D. B. (1998) Evidence for independent genetic influences on fat mass and body mass index in a child and adolescent twin sample. *Pediatrics*, 104(1), 61-67.
- Fajardo, E., Méndez, C., y Jauregui, A. (2017). Prevalencia del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en una población de estudiantes de secundaria. *Bogotá-Colombia. Revista Med*, 25(1), 46-57.
- Fan, W., Voss, A., Cao, W. H., y Morrison, S. F. (2005). Regulation of thermogenesis by the central melanocortin system. *Peptides*, 26 (10), 1800-1813.

- Farmer, P. (1996). Desigualdades sociales y enfermedades infecciosas emergentes. *Emerging Infectious Diseases*, 2(4), 645-656.
- Férez, L. J. A. (1986). Hipócrates y los escritos hipocráticos: origen de la medicina científica. *Epos: Revista de filología* (2), 157-176.
- Fern, E. F. (1983). Focus group: a review of some contradictory evidence, implications and suggestions for future research, *Advances. Consumer Research*, 10, 121-126.
- Fernández, M. (2005). La noción de violencia simbólica en la obra de Pierre Bourdieu: una aproximación crítica. *Cuadernos de trabajo social*, 18, 7-31.
- Fernández, M. P., Encinas, F. L., y Escursell, R. R. (2004). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España: revisión y estado de la cuestión. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 71-72.
- Fernández, R. B., y Escudero, E. B. (2012). Estigma e identidad de las personas obesas en la semántica del discurso público. *Discurso y Sociedad*, 6(2), 314-359.
- Ferreiro Prado, L. (2011). *Migraciones internacionales e influencia cultural: españoles y marroquíes en la Comunidad Autónoma de Madrid*. Recuperado de <http://ciencia.urjc.es/jspui/bitstream/10115/11480/1/Tesis%20Lucia%20Ferreiro.pdf>.
- Fischler, C. (1995), *El (h) omnívoro, El gusto, la cocina y el cuerpo*. Barcelona: Anagrama.
- Fischler, C. (2010). Gastro-nomía y Gastro-anomía: Sabiduría del cuerpo y crisis biocultural de la alimentación moderna. *Gazeta de Antropología*, 26 (1), 1-19. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10481/6789>.

- Fismen, A.S., Samdal, O. y Torsheim, T. (2012). Family affluence and cultural capital as indicators of social inequalities in adolescent's eating behaviours: a population-based study. *BMC Public Health*, 12 (1036) doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-12-1036>.
- Fitzgibbon, M. L., Blackman, L.R., y Avellone, M. E. (2000). The relationship between body image discrepancy and body mass index across ethnic groups. *Obes. Res.* 8 (8), 582–89.
- Flegal, K. M., Carroll, M. D., Ogden, L. C, y Johnson, C.L. (2002). Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999–2000. *J. Am. Med. Assoc*, 288 (14), 1723–27.
- Flegal, M. K., Tabak, J. C., y Ogden, L. C. (2006). Overweight in Children: Definitions and Interpretation. *Health Education Research* 21(6), 755–760.
- Fletcher, J. M., Frisvold, D. E., y Tefft, N. (2011). Are soft drink taxes an effective mechanism for reducing obesity? *Journal of Policy Analysis and Management*, 30(3), 655-662.
- Fletcher, J. M., Frisvold, D., y Tefft, N. (2010). Can soft drink taxes reduce population weight? *Contemporary Economic Policy*, 28(1), 23-35.
- Flodmark, C. E., Lissau, I., Moreno, L. A., Pietrobelli, A., y Widhalm, K. (2004). New insights into the field of children and adolescents' obesity: the European perspective. *International Journal of obesity*, 28(10), 1189-1196.
- Flynn, K. J., Fitzgibbon, M. (1998). Body images and obesity risk among black females: a review of the literature. *Annu. Behav. Med.* 20, (1), 13–24.
- Focault, M. (1974). *Naissance de la clinique*. París, Francia: Presses Universitaires de France - PUF.

- Fojo, F. J. (2013). ¿Era la Venus Nutricia? En Fojo, F. J. (Ed), *Una Breve Historia de la Obesidad*. (pp. 15-25). EEUU: Palibrio.
- Fojo, F. J. (2013). Arenas, reinas y pirámides. En Fojo, F. J. (Ed), *Una Breve Historia de la Obesidad* (pp. 44-49). EEUU: Palibrio.
- Forster, S. L. (2007). Sociological factors affecting childhood obesity. *Journal of Physical Education, Recreation y Dance*, 78(8), 29-47.
- Foucault (1996). *La vida de los Hombres infames: ensayos sobre desviación y dominación*. Argentina: Editorial Altamira.
- Foucault, M. (1975). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Argentina: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1976). Crisis de la medicina o de la antimedicina. *Educación médica y salud*, 10 (2), 152-170.
- Foucault, M. (1988). El sujeto y el poder. *Revista mexicana de sociología*, 50 (3), 3-20.
- Foucault, M. (2001). *El nacimiento de la clínica*. México DF.: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2002a). *Historia de la sexualidad1: La voluntad de saber*. México DF: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2002b). *Historia de la sexualidad 3: La inquietud de sí*. México DF: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2005). *La hermeneutica del sujeto/The Hermeneutics of the Subject: Cursos Del College De France, 1981-1982/Lectures at the College De France, 1981-1982* (Vol. 237). Ediciones Akal.
- Foucault, M. (2009). *Nacimiento de la biopolítica. Curso en el College de France (1978-1979)*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Foz, M. Historia de la Obesidad. En X. Formiguera (Director Invitado). *Obesidad: un reto sanitario de nuestra civilización* (pp. 3-19). España: Fundación Medicina y Humanidades Médicas.

- Foz, M. (2005). Historia de la Obesidad. X. Formiguera (Director Invitado). Obesidad: un reto sanitario de nuestra civilización. *Fundación Medicina y Humanidades Médicas*, (5), 3-19.
- Frassetto, L. A., Schloetter, M., Mietus-Synder, M., Morris Jr, R. C., y Sebastian, A. (2009). Metabolic and physiologic improvements from consuming a paleolithic, hunter-gatherer type diet. *European journal of clinical nutrition*, 63(8), 947-955.
- Frederick, C. B., Snellman, K., y Putnam, R. D. (2014). Increasing socioeconomic disparities in adolescent obesity. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 111(4), 1338-1342.
- Freedman, D. S., Khan, L. K., Serdula, M. K., Dietz, W. H, Srinivasan, S. R., y Berenson, G.S. (2004). Inter-Relationships among childhood BMI, childhood height, and adult obesity: the Bogalusa Heart Study. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 28 (1), 10-16.
- French, S. A., Story, M., y Jeffrey, R.W. (2001). Environmental influences on eating and physical activity. *Annu. Rev. Public Health* 22, 309–35.
- Friedland, W.H. (1994). La nueva Globalización: el caso de los productos frescos. En Bonnano, A. (ed), *La Globalización del Sector Agroalimentario* (pp. pp.273-309). Madrid, España: MAPA.
- Fuenzalida, V. (2006). Los niños y la televisión. *Revista Latinoamericana de Comunicación Chasqui*, (93), 40-45.
- Gaete, A. (2013) ¿Es sostenible el constructivismo radical? *Cinta de moebio*, (46), 1-8. doi: 10.4067/S0717-554X2013000100001.
- Garulet, M. P., Perez, Llamas. F., Fuente, T., Zamora, S., y Tebar, F.J. (2000). Anthropometric, computed tomography and fat cell data in an obese

- population: relationship with insulin, leptin, tumor necrosis factor- α , sex hormone-binding globulin and sex hormones. *Eur. J. Endocrinol.* 143(5), 657-666.
- García, A. O., Gálvez, F., Gran, M., Delgado, I., Boada, A., Puig, C., y Vall, O. (2009). Hábitos alimentarios de niños menores de 2 años según el origen étnico de los progenitores en un área urbana de Barcelona. En *Anales de Pediatría*, 70(3), 265-270.
- García, C. M., y Pardío, L. J., Arroyo, A. P., y Fernández, G. V. (2008). Dinámica familiar y su relación con hábitos alimentarios. *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*, XIV (27), 9-46.
- García, C. S. (2005). Repercusiones psicológicas de la obesidad en la adolescencia. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 12(3), 139-146.
- García, F. M., Ibáñez, J. y Alvira, F. (1990). *El análisis de la realidad social. Método y Técnicas de investigación social*. Madrid, España: Alianza Editorial.
- García, G. E., De la Llata, R. M., Kaufer, H. M., Tusié, L. M., Calzada, L. R., Vázquez, V. V., Barquera, C. S., Caballero, R. A., Orozco, L., Velázquez, F. D., Rosas, P. M., Barriguete, M. A., Zacarías, C. R., y Sotelo, M. J. (2008). La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública. Una reflexión. *Acta Pediátrica de México*, 29 (4), 227-246.
- García, M. M., Calahorra, F., Torres, G. y Lara, A. (2010). Efectos de un programa de entrenamiento mixto sobre la condición física en mujeres jóvenes con sobrepeso. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 10(Supl), 11-16.
- García, M. S., y Álvarez, E. (2006). La salud desde la perspectiva humanista de Blas Álvarez de Miraval. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la*

- Actividad Física y el Deporte*, (64). doi:<http://dx.doi.org/10.15366/rimcafd> 2016.64.009.
- García, P. G. (1993). Lo crudo, lo cocido y lo podrido. De las estructuras mitológicas a las culinarias. *Anthropologica: Revista de etnopsicología y etnopsiquiatría*, (13), 93-111.
- García, R. M., y Díez, F. F. (2009). Publicidad y alimentación: influencia de los anuncios gráficos en las pautas alimentarias de infancia y adolescencia. *Nutr Hosp*, 24(3), 318-325.
- García, T. I. (1995). *Comida de rico, comida de pobre: los hábitos alimenticios en el Occidente andaluz (Siglo XX)*. Sevilla, España: Editorial Universidad de Sevilla.
- Garrow, J. S. (1978). *Energy Balance and Obesity in Man*. Amsterdam: Elsevier. North-Holland.
- Gascón, J. J., Pereñíguez, J.E., Cózar, A, Olmo, B, y Carazo, A. (2012). *Prevalencia, variaciones étnicas y factores socio-demográficos relacionados con la obesidad y el sobrepeso en un municipio con carácter multiétnico del Sur*. Torre Pacheco, España: Departamento de investigación de la UMU.
- Gawande, A. (2009). *Notas de un Cirujano sobre como Rendir Mejor*. Barcelona, Antoni Bosch Editor. Recuperado de <https://axon.es/ficha/libros/9788495348500/mejor-notas-de-un-cirujano-sobre-como-rendir-mejor>
- Gerhardt, S. (2006). Why love matters: How affection shapes a baby's brain. *Infant Observation*, 9(3), 305-309.
- Germov, J., and L. Williams 1999 *Dieting Women: Self-Surveillance and the Body Perception*. In Sobal, J. y Maurer, D. (Eds). *Weighty Issues: Fatness and*

- Thinness as Social Problems* (pp.117–132). New York, EE. UU: Aldine de Gruyter.
- Gersovitz, M., Madden, J. P., y Smicikalas, W. H. (1978). Validity of the 24-hour dietary recall and seven-day record for group comparisons. *J Am Diet Assoc*, 73(1), 48-55.
- Giddens, A. (1982). *Hermenéutica y teoría social. Profiles and Critics in Social Theory*. London, United Kingdom: Macmillan.
- Giddens, A. (1987). Nuevas reglas del método sociológico. En Amorrotu (Eds.). *Las nuevas reglas del método sociológico. Crítica positiva de las sociologías comprensivas* (pp. 187- 196). Buenos Aires, Argentina: Amorrotu.
- Giddens, A. (1999). *Consecuencias de la modernidad*. Madrid, España: Alianza
- Giddens, A., y Duch, A. B. (1977). *El capitalismo y la moderna teoría social*. Barcelona: Editorial Labor.
- Gil, F. J. (2009). La metodología de investigación mediante grupos de discusión, (10-11), 199-212.
- Gil, R. S. E. P., y Coria, S. D. U. (2007). Estudios sobre alimentación y nutrición en México: una mirada a través del género. *Salud Pública de México*, 49(6), 445-453.
- Gill, T. (2006). Epidemiology and health impact of obesity: an Asia Pacific perspective. *Asia Pac J Clin Nutr*, 15(Suppl), 3-14.
- Gill, T. P. (2001). Cardiovascular risk in the Asia-Pacific region from a nutrition and metabolic point of view: abdominal obesity. *Asia Pac. J. Clin. Nutr.* 10 (2), 85–89.
- Glaser, B. G. y Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*, New York, EE. UU: Aldine de Gruyter.

- Godoy, J. (2004). Cirugía de la obesidad en niños y adolescentes. *Revista chilena de pediatría*, 75(5), 471-472.
- Goffman, E. (1989). *Estigma, La identidad social deteriorada*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Gómez, P. (1999). Reduccionismos antropológicos y antropología compleja. *Gaceta de Antropología*. 15(8). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10481/7531>.
- Gómez, V. M. y Sabeih, N. E. (2006). Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Recuperado de <http://campus.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>.
- González, C. (2006). Las gráficas de peso no son caminitos. En *Un regalo para toda la vida. Guía de la lactancia materna*. Barcelona, España: Ediciones Planeta.
- González, F. S. (2008). Posibilidades pedagógicas: Redes sociales y comunidades educativas. *Telos: Cuadernos de comunicación e innovación*, (76), 99-109.
- González, G. J., Sanz, Á. L., y García, B. C. (2008). La obesidad en la historia de la cirugía. *Cirugía Española*, 84(4), 188-195.
- González, J. E. (2011). Genes y obesidad: una relación de causa-consecuencia. *Endocrinología y nutrición*, 58(9), 492-496.
- González, P. U. (1987). El Pragmatismo: Sus manifestaciones en las Ciencias Médicas. En: Morales, M. S. (Ed.) *Filosofía y Medicina* (pp 47-68). La Habana, Cuba: Editorial de Ciencias Sociales.
- González, P. U. (2002). El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud. *Revista cubana de salud pública*, 28(2), 157-175.
- González-Gross, M., Castillo, M. J., Moreno, L., Nova, E., González-Lamuño, D., Pérez-Llamas, F., ... y Marcos, A. (2003). Alimentación y valoración del

- estado nutricional de los adolescentes españoles (Estudio AVENA): Evaluación de riesgos y propuesta de intervención. I. Descripción metodológica del proyecto. *Nutrición Hospitalaria*, 18(1), 15-28
- Goñi, M. C., Vilches, C., Ancizu, I. E., Arillo, C. A., Lorenzo, R. V., Ancizu, I. P., Ariz, V. M., Martínez, M. J. (1999). Factores relacionados con los comportamientos alimentarios en una población juvenil urbana. *Aten Primaria*, 23(1), 1- 52.
- Goodman, A. M. (1961). A method for the measurement of short minority carrier diffusion lengths in semiconductors. *Journal of Applied Physics*, 32(12), 2550-2552.
- Goofman, I. (1989), Estigma. La identidad deteriorada. Trad, Leonor Gunsberg. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Gordon, L. P., Adair, L. S. y Popkin, B. M. (2003). The Relationship of Ethnicity, Socioeconomic Factors, and Overweight in U.S. Adolescents. *Obesity Research* 11(1), 121–129.
- Gordon, L. P., Nelson, M.C., Page, P., y Popkin, B.M. (2006). Inequality in the Built Environment Underlies Key Health Disparities in Physical Activity and Obesity. *Pediatrics* 117(2), 417–424.
- Gortmaker, S. L., Must, A., Sobol, M. A., Peterson, K., Colditz, G. A., y Dietz, W.H. (1996). Television Viewing as a Cause of Increasing Obesity among Children in the United States, 1986–1990. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 150 (4), 356–362.
- Gozalbo, M. E., y Aragón, N. L. (2016). Experiencias en torno al huerto ecológico como recurso didáctico y contexto de aprendizaje en la formación inicial de maestros de Infantil. *Revista Eureka sobre Enseñanza y Divulgación de las Ciencias*, 13 (3), 667-679.

- Gracia, A. M. (2010). La obesidad como enfermedad, la obesidad como problema social. *Gaceta Médica de México*, 146, 389-96.
- Gracia, A. M. (1996). *Paradojas de la alimentación contemporánea*. Barcelona, España: Icaria Editorial.
- Gracia, A. M. (2005). Comprender la modernidad alimentaria: desde y más allá de las normas. *Revista Internacional de Sociología*, (40), 159-1982.
- Gracia, A. M. (2014). Comer o no comer ¿es esa la cuestión?: una aproximación antropológica al estudio de los trastornos alimentarios. *Política y Sociedad*, 51(1), 73-94.
- Greene, S., y Hill, M. (2005). Researching children's experiences: Methods. In S. Greene y D. Hogan (Eds.), *Researching children's experience: Approaches and methods* (pp. 1–21). London, United Kingdom: Sage.
- Greenhalgh, T., Chowdhury, M., y Wood, G. (2005). Big is beautiful? A survey of body image perception and its relation to health in British Bangladeshis with diabetes. *Psychol Health Medicine*, 10 (2), 126–38.
- Griffiths, P.L., y Bentley, M.E. (2001). The nutrition transition is underway in India. *J. Nutr*, 131 (10), 2692–2700.
- Gross, J., y Rosenberger, N. (2010). The double binds of getting food among the poor in rural Oregon. *Food, Culture and Society*, 13(1), 48-70. doi: 10.2752/175174410X12549021368063.
- Grunig, L. A. (1990). Using focus group research in public relations. *Public Relations Review*, 16(2), 36-49.
- Guerra, F. (1998). Las cátedras de medicina en las universidades españolas de América y Filipinas (1538-1989). *Estudios de historia social y económica de América*, (16-17), 253-260. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10017/6191>.

- Guthman, J. (2009). Teaching the politics of obesity: Insights into neoliberal embodiment and contemporary biopolitics. *Antipode*, 41(5), 1110-1133.
- Gutierrez, B. I. E. (2006) Alteraciones menstruales y anorexia nerviosa. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 3, 227-284.
- Gutiérrez, B. J. (2008). *Dinámica del grupo de discusión*. Cuadernos Metodológicos, (41). Madrid: CIS.
- Gutiérrez, G. (2009). Charles Darwin (1809-1882): His Legacy to Psychology. *Universitas Psychologica*, 8(1), 247-254.
- Habermas, J. (1985). La modernidad, un proyecto incompleto. *La Posmodernidad*, 19-36.
- Habermas, J. (1997). El giro pragmático de Rorty. *Isegoría*, (17), 5-36.
- Hacking, I. (2001). *¿La construcción social de qué?* trad. Jesús Sánchez Navarro, Barcelona, España: Paidós.
- Hannon, T. S., Rao, G., y Arslanian, S. A. (2005). Childhood Obesity and Type 2 Diabetes Mellitus. *Pediatrics*, 116 (2), 473-480.
- Harnack, L.J., Jeffery, R.W., Boutelle, K. N. (2000). Temporal trends in energy intake in the United States: an ecologic perspective. *Am. J. Clin. Nutr.* 71 (6), 1478-84. doi: 10.1093/ajcn/71.6.1478.
- Hartman, R. I., y Arora, R. (1988). Feedback through Focus Group Interviews. *Journal of Career Planning and Employment*, 69(1), 77-80.
- Harvey, D. (1990). La condición de la Posmodernidad. Investigación sobre los orígenes del cambio cultural. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu editores.
- Haslam, D. (2007). Obesity: a medical History. *Obesity reviews*, 8 (suppl.1), 31-36.

- Henshilwood, C., d'Errico, F., Vanhaeren, M., Van Niekerk, K., y Jacobs, Z. (2004). Middle stone age shell beads from South Africa. *Science* 304, (5669), 404. doi:10.1126/science.1095905.
- Hernández, J. C. (2005). La modernidad alimentaria. Entre la sobreabundancia y la inseguridad. *Revista internacional de sociología*, 63(40), 109-132.
- Hernández, J. C., y Arnaiz, M. G. (2012). La prevención de la obesidad en España: una lectura crítica desde la antropología. *Etnicex: revista de estudios etnográficos*, (4), 41-61.
- Hernández, M., Castellet, J., Narvaiza, J. L., Rincón, J. M., Ruiz, I., Sánchez, E., y Zurimendi, A. (1988). *Curvas y tablas de crecimiento*. Instituto de Investigación sobre Crecimiento y Desarrollo. Bilbao, España: Fundación Faustino Orbegozo.
- Hernández, S. V. (2009). Habitus: una reflexión fotográfica de lo corporal en Pierre Bourdieu. *Iberóforum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, 4(7), 94-107.
- Herpertz, D. B. (2009). Adolescent eating disorders: definitions, symptomatology, epidemiology and comorbidity. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 18 (1): 31-47.
- Herrera, R. P. (2010). *Del comer al nutrir. La ignorancia ilustrada del comensal moderno*. Madrid, España: Plaza y Valdés.
- Hersch, M. P. (2008). Lo sociocultural desde la perspectiva biomédica: Una revisión de publicaciones en torno al tema. *Región y sociedad*, 20(spe2), 163-264. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttextypid=S187039252008000400007ylnq=esytlng=es.

- Hetherington, A. W., y Ranson, S. W. (1940). Hypothalamic lesions and adiposity in the rat. *The Anatomical Record*, 78(2), 149-172.
- Hetzel, P. (2004). Vers une approche expérientielle de la haute cuisine Française: Lorsque marketing sensoriel rime avec construction du sens. *Revue Française du Marketing*, 196, 67-77.
- Hill, J. O., y Peters, J. C. (1998). Environmental contributions to the obesity epidemic. *Science* 280(5368)1371-1374.
- Hollows, J., y Jones, S. (2010). Please don't try this at home. *Food. Culture and Society*, 13(4), 522-537. <http://dx.doi.org/10.2752/175174410X12777254289349>.
- Holtgrave, D. R., y Crosby, R. (2006). Is social capital a protective factor against obesity and diabetes? Findings from an exploratory study. *Annals of epidemiology*, 16(5), 406-408.
- Horrobin, D. F. (1999). Lipid metabolism, human evolution and schizophrenia. *Prostaglandins Leukot. Essent. Fatty Acids* 60 (5), 431-37.
- Hoy, D. C. (2002). Critical Resistance: Foucault and Bourdieu. In Gail, W., Honi, F. H. (Eds). *Perspectives on Embodiment. The Intersections of Nature and Culture* (pp. 21-40). New York, EE. UU: Routledge.
- Huberman, A. M., y Miles, M. B. (2000). Métodos para el manejo y el análisis de datos. En Denman, C. A., y Haro, J. A. (comp.). *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social* (253-300). Hermosillo: El Colegio de Sonora.
- Hufeland, C. W., Bruchhausen, C., y Nelson, R. (1842). *Enchiridion Medicum: Or, Manual of the Practice of Medicine. The Result of Fifty Years' Experience*. W. New York, EE.UU: Radde.

- Hur, Y. M., Kaprio, J., Iacono, W. G., Boomsma, D. I., McGue, M., Silventoinen, K., Martin, N. G., Luciano, M., Visscher, P. M., Rose, R. J., He, M., Ando, J., Ooki, S., Nonaka, K., Lin, C. C., Lajunen, H. R., Cornes, B. K., Bartels, M., van Beijsterveldt, C. E., Cherny, S. S., y Mitchell, K. (2008). Genetic influences on the difference in variability of height, weight and body mass index between Caucasian and East Asian adolescent twins. *International journal of obesity* 32(10), 1455-67. doi: 10.1038/ijo.2008.144
- Hurtado de Barrera, J. (1998). *Metodología de la Investigación Holística*. Caracas: Fundación Sypal.
- Hurtado de Barrera, J. (2010). *Guía para la comprensión holística de la ciencia*. 3 era. Ed. Caracas: Fundación Sypal.
- Ibáñez, J. (1979). El grupo de discusión: Proceso de investigación. En Siglo XXI de España (Eds), *Más allá de la sociología: el grupo de discusión: teoría y crítica* (pp.259-318). Madrid, España: Siglo XXI.
- Ibáñez, J. (1986). *Más allá de la sociología. El grupo de discusión: Técnica y crítica*. Madrid, España: Siglo XXI de España.
- Ibáñez, J. (1990a). Cómo se realiza una investigación mediante grupos de discusión. En García, F. M., Ibáñez, J. y Alvira, F. *El análisis de la realidad social* (pp. 569-581). Madrid: Alianza.
- Ibáñez, J. (1990b). Sociología crítica de la cotidianidad urbana. Por una sociología de los márgenes. *Revista Anthropos*, (13).
- Ibarzábal, Á. A., Hernández, M. J. A., Luna, D. D., Vélez, E. J. E., Delgadillo, D. M., Manassero, B. V. Bernal, E. E., González, M. L, Ortiz, G., Moguel, G. A., Córdova, E. A. L., y Ramos, O. M. H. (2015). Obesidad infantil. *Médica Sur*, 22(4), 162-168.

- Illich, I. (1974). *La sociedad desescolarizada*. Barcelona, España: Barral editores.
- Illich, I. (1975). *Némesis médica. La expropiación de la salud*. Barcelona, España: Barral editores.
- Illich, I. (2005). Energía y equidad. Transporte: ¿mejor cuanto más rápido? Boletín CF+ S, (28). Recuperado de <http://habitat.aq.upm.es/boletin/n28/aiill.html>.
- Infante, A. C. (2006). La eugenesia y sus sombras. En Blásquez, R. F. J. (Ed). *10 palabras clave en nueva genética* (pp. 235-295). Navarra, España: Editorial Verbo Divino.
- Instituto Nacional de Estadística (2017). Encuesta Nacional de Salud. Recuperado de https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE2017_notatecnica.pdf
- Iriart, C., y Spinelli, H. (1994). La cuestión sanitaria en el debate modernidad-Posmodernidad. *Cuadernos de Saúde Pública*, 10, 491-496.
- Izcara, P. S., y Andrade, R. K. (2003). *El Grupo de Discusión. Teoría y Práctica*. México: Universidad Autónoma de Tamaulipas.
- Jahns, L., Siega-Riz, A. M., y Popkin, B. M. (2001). The increasing prevalence of snacking among US children from 1977 to 1996. *The Journal of pediatrics*, 138(4), 493-498.
- Jáuregui, L., López Polo, I. M., Montaña, M.T. y Morales, M.T. (2008) Percepción de la obesidad en jóvenes universitarios y pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Nutr Hosp*, 23 (3), 226-233.
- Jeffery, A. N., Voss, L.D., Metcalf, B. S. Alba, S., y Wilkin, T. J. (2005). Parents' Awareness of Overweight in Themselves and Their Children: Cross Sectional Study within a Cohort. *British Medical Journal* 330, (7481), 23-24.

- Jeffery, R. W., y French, S. A. (1998). Epidemic obesity in the United States: are fast foods and television viewing contributing?. *American journal of public health*, 88(2), 277-80.
- Jeffrey, R.W., French, S.A., Firster, J. L., Spry, V. M. (1991). Socioeconomic status differences in health behaviors related to obesity—the healthy worker project. *Int. J. Obes.* 15 (10), 689–96.
- Jiménez, M. G., García, M. I., y Bellido, P. E. (2017). La publicidad en el punto de venta: influencia en la imagen corporal infantil. *RLCS: Revista Latina de Comunicación Social*, (72), 957-974. doi: 10.4185/RLCS, 72-2017-1202.
- Jönsson, T., Granfeldt, Y., Ahren, B., Branell, U. C., Pålsson, G., Hansson, A., Söderström M, y Lindeberg, S. (2009). Beneficial effects of a Paleolithic diet on cardiovascular risk factors in type 2 diabetes: a randomized cross-over pilot study. *Cardiovascular diabetology*, 8 (1), 35. doi: 10.1186/1475-2840-8-35.
- Józsa, L. G. (2011). Obesity in the paleolithic era. *Hormones*, 10(3), 241-244.
- Junoy, G y Gómez, G. (1976). Ivan Illich o la desescolarización. Tendencias educativas del siglo XX. *Revista de Educación* (242), 105-120.
- Kabeer, N. (2005). Gender equality and women's empowerment: A critical analysis of the third millennium development goal 1. *Gender y Development*, 13(1), 13-24.
- Kahn, H.S., Williamson, D. F. (1994). Abdominal obesity and mortality risk among men in nineteenth century North America. *Int. J. Obes.* 18, 686–691.
- Kain, J., Leyton, B., Concha, F., Weisstaub, G., Lobos, L., Bustos, N., y Vio, F. (2012). Evaluación de una intervención en educación alimentaria y actividad física para prevenir obesidad infantil en Escuelas públicas de Santiago de Chile. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 62(1), 60-67.

- Kain, J., Uauy, R., Leyton, B., Cerda, R., Olivares, S., y Vio, F. (2008). Efectividad de una intervención en educación alimentaria y actividad física para prevenir obesidad en escolares de la ciudad de Casablanca, Chile (2003-2004). *Revista médica de Chile*, 136(1), 22-30.
- Kamphuis, C., Jansen, T., Mackenbach, J., y Van Lenthe, F. (2015) Bourdieu's Cultural Capital in Relation to Food Choices: A Systematic Review of Cultural Capital Indicators and an Empirical Proof of Concept. *PLoS ONE* 10(8). Recuperado de <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0130695>.
- Katz, M.L., Gorden, L. P, Bentley, M.E., Kelsey, K., Shields, K., y Ammerman, A. (2004). Does skinny mean healthy? Perceived ideal, current, and healthy body sizes among African- American girls and their female caregiver. *Ethn. Dis*, 14 (4), 533-41
- Keighley, E. D., McGarvey, S.T., Turituri, P., y Vial, S. (2006). Farming and adiposity in Samoan adults. *Am. J. Hum. Biol.* 18 (1), 112-122.
- Keller, K.I., Pietrobelli, y Faith MS. (2003). Genetics of food intake and body composition: lessons from twin studies. *Acta Diabetol*, 40, (Suppl. 1). S95-100.
- Kleinman, A., y Benson, P. (2004). La vida moral de los que sufren enfermedad y el fracaso existencial de la medicina. *Monografías Humanitas*, (2) ,17-26.
- Kokkinos, A., le Roux, CW, Alexiadou, K., Tentolouris, N., Vincent, RP, Kyriaki, D., ... Katsilambros, N. (2010). Comer lentamente aumenta la respuesta posprandial de las hormonas intestinales anorexigénicas, el péptido YY y el péptido-1 similar al glucagón. *The Journal of Clinical Endocrinology y Metabolism*, 95 (1), 333-337.
- Kraaykamp, G. (2002). Cumulative advantages and inequality in lifestyle: a Dutchdescription of distinction in taste. *The Netherlands Journal of Social*

- Sciences*, 38(2), 121-141. Recuperado de <https://repository.uhn.rug.nl/bitstream/handle/2066/62265/62265.pdf?sequence=1>.
- Kral, T.V. y Rolls, B.J. (2004). Energy density and portion size: their independent and combined effects on energy intake. *Physiol. Behav*, 82 (1), 131–38.
- Krantzler, N.J., Mullen, B.J., Schultz, H.G., et al. (1982). The validity of telephoned diet recalls and records for assessment of individual food intake. *Am J Clin Nutr*, 36 (6), 1234-1242.
- Krause, M. (1995). La investigación cualitativa: un campo de posibilidades y desafíos. *Revista Temas de educación*, 7(7), 19-40.
- Krieger N. (2005). Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology. *Journal of epidemiology and community health*, 59(5), 350-5.
- Krieger, N. (1994). Epidemiology and the Web of Causation: Has Anyone Seen the Spider? *Social Science and Medicine* 39(7), 887–903.
- Krueger, P. M., Coleman-Minahan, K., y Rooks, R. N. (2014). Race/ethnicity, nativity and trends in BMI among U.S. adults. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 22(7), 1739-1746.
- Krueger, R. A. (1991): *El grupo de discusión. Guía práctica para la investigación aplicada*. Madrid, España: Pirámide.
- Kuczarski, R. J., Ogden, C. L., y Guo, S.S., et al. (2000). CDC growth charts for the United States: Methods and development. *National Center for Health Statistics. Vital Health Stat*, 11(246) 1-190.
- Kuzawa, C.W. (1998). Adipose tissue in human infancy and childhood: an evolutionary perspective. *Am. J. Phys. Anthropol.* 27(Suppl.), 177–209.

- Laguna, N., Hernández, L., Teresa, M., y Aznar, L. S. (2011). Patrones de Actividad Física en función del género y los niveles de obesidad en población infantil española. Estudio EYHS. *Revista de psicología del deporte*, 20(2), 0621-0636.
- Lahoz, C. 2006. El papel clave de las mujeres en la seguridad alimentaria. Seguridad alimentaria y políticas de lucha contra el hambre (pp. 117-129). En: Memorias Seminario Internacional Sobre *Seguridad Alimentaria y Lucha Contra el Hambre*. Diputación de Córdoba - Universidad de Córdoba, Córdoba, Argentina.
- Lake, A., y Townshend. T. (2006). Obesogenic Environments: Exploring the Built and Food Environments. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health* 126 (6), 262-267.
- Langreo, A. (2005). El sistema alimentario español desde la perspectiva de los sectores productivos (II). *Distribución y consumo*, (82), 5-40.
- Langreo, A. (2006). El grupo de empresas líder del sistema agroalimentario español. *Distribución y Consumo*, (85), 5-23.
- Larrosa, F. J. (2013). Huertos escolares de la región de Murcia. (Trabajo inédito de fin de licenciatura). España: UMU.
- Lazarou, C., Panagietakos, D.B., y Matalas, A.L. (2009). Level of adherence to Mediterranean diet among childrens from Cyprus; the Cykids study. *Public Health Nutr*, 12 (7), 991-1000.
- Lee, I. M., Paffenbarger, R. S., y Hennekens, C. H. (1997). Physical activity, physical fitness and longevity. *Aging, Milano* 9(1-2), 2-11.

- Lee, K., Sohn, H., Lee, S., y Lee, J. (2004). Weight and BMI over 6 years in Korean children: relationships to body image and weight loss efforts. *Obes. Res*, 12 (12) 1959–1966. doi:10.1038/oby.2004.246.
- Lee, S., Kuk, J. L., Katzmarzyk, P. T., Blair, S. N., Church, T. S., y Ross, R. (2005). Cardiorespiratory Fitness Attenuates Metabolic Risk Independent of Abdominal Subcutaneous and Visceral Fat in Men. *Diabetes Care*, (4), 895–901.
- Leech, N. L., y Onwuegbuzie, A. J. (2007). An array of qualitative data analysis tools: a call for data analysis triangulation. *School psychology quarterly*, 22(4), 557-584.
- Legrand, M. (1999). La contra-transferencia del investigador en los relatos de vida. *Proposiciones*, 29, 115-121
- Leonard, W.R., Robertson, M.L., Snodgrass, J.J., y Kuzawa, C.W. (2003). Metabolic correlates of hominid brain evolution. *Comp. Biochem. Physiol. A Physiol.* 136 (1), 5–15.
- Lerner, G. (1986). *The creation of patriarchy*. New York, EE.UU: Oxford University Press.
- Lev, R. A. (2001). Human obesity: an evolutionary approach to understanding our bulging waistline. *Diabetes Metab Rev*, (5) 347–62.
- Lévi-Strauss, C. (1968), *Lo crudo y lo cocido*. Mitológicas I, México: Fondo de Cultura Económica.
- Lezaun, J. (2007). A market of opinions. The political epistemology of focus group. *Sociological Review*, 55 (Suppl. 2), 130-151.

- Li, G., Chen, X., Jang, Y., Wang, J., Xing, X., Yang, W., y Hu, Y. (2002). Obesity, coronary heart disease risk factors and diabetes in Chinese: an approach to the criteria of obesity in the Chinese population. *Obes. Rev.* (3), 167–72.
- Lieberman, L.S., Probart, C.K., y Schoenberg, N.E. (2003). Body image among older, rural, African- American women with type 2 diabetes. *Coll. Antropol.* 27, 79–86.
- Lin, B., Guthrie, J., Blaylock, J. R. (1996). The diets of America's children: influences on dining out, household characteristics, and nutritional knowledge. *Agric. Econ. Rep.* (746), 1–37
- Livingstone, M. B. (2001). Childhood obesity in Europe: a growing concern. *Public Health Nutrition*, 4 (1A), 109-116.
- Lobera, I. J. (2011). Sobrepeso y obesidad como factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria. *Medicina clínica*, 136(14), 625-626.
- Lobera, I. J., Plasencia, L. M., Fernández, M. R., Marcos, L. R., y Gutiérrez, N. (2008). Percepción de la obesidad y cultura. *Nutrición Hospitalaria*, 23(6), 624.
- Logan, J. G., y Debra, J. B. (2008). Allostasis and Allostatic Load: Expanding the Discourse on Stress and Cardiovascular Disease. *Journal Clinic Nursing*, 17 (7B), 201-208. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02347.x.
- Lomas, C. (2001). La estética de los objetos y la ética de los sujetos. *Revista Científica de Comunicación y Educación*, (17), 31-39.
- Loos, R.J.F., Rankinen, T., Tremblay, A., Perusse, L., Chagnon, Y., Bouchard, C. (2005). Melanocortin-4 receptor gene and physical activity in the Quebec Family Study. *Int. J. Obes* (4), 420–428.

- López, C. B., y Rodríguez-cárdenas, D. E. (2014). Percepción de amistad en adolescentes: el papel de las redes sociales. *Revista colombiana de psicología*, 23(2), 325-338.
- López, C. G. (2003). El valor de la salud. *Humanitas*, 1(3), 183-188.
- López, F. J. (1986). Hipócrates y los escritos hipocráticos: origen de la medicina científica. *Epos: Revista de filología*, (2), 157-175. doi: <https://doi.org/10.5944/epos.2.1986.9454>.
- López, J. N., Ramírez, J. P., y Gea, A. R. (2015). Aproximación socio-antropológica a la obesidad infantil: estudio de caso en dos colegios de Valencia (España). *Rev. nutr*, 28(2), 155-163.
- López, C. B., y Rodríguez-cárdenas, D. E. (2014). Percepción de amistad en adolescentes: el papel de las redes sociales. *Revista colombiana de psicología*, 23(2), 325-338.
- López, S. A.M., y Ortega, R. M. (2014) Cuestionando la efectividad de los impuestos a alimentos como medida de lucha frente a la obesidad. *Gaceta sanitaria*, 28(1), 69-71.
- López, S. L. P. (2017). Las comidas y los ayunos de los Moriscos. *Mélanges de la Casa de Velázquez*, 47(1), 233-253.
- Ludwig, D. S. 2007 Childhood Obesity: The Shape of Things to Come. *New England Journal of Medicine*, 357(23), 2325-2327.
- Luján, C. E., Ponce, J., Gálvez, M. B., y Taype, R., Á. (2015). La publicidad televisiva de alimentos: un riesgo latente para los niños de Latinoamérica. *Salud pública de México*, 57(5), 362-363.

- Lumeng, J. C., Appugliese, D., Cabral, H. J., Bradley, R. H., y Zuckerman, B. (2006) Neighborhood Safety and Overweight in Children. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 160(1), 25–31.
- Lupton, D. (2000). The heart of the meal: food preferences and habits among rural Australian couples. *Sociology Health and Illness*, 22(1), 94-109. doi.org/10.1111/1467-9566.00193.
- Luque E. (2008). La obesidad, más allá del consumidor: raíces estructurales de los entornos alimentarios. En Díaz C; Gómez C, (Ed). *Alimentación, consumo y salud*. (pp. 130-149). Barcelona, España: La Caixa.
- Lyotard, JF (1987). *La Posmodernidad (eplicada a los niños)*. Trad. Enrique Lynch, Barcelona, España: Gedisa.
- M. Olesti. B., Piñol, M. N., Martín, V. N., de la Fuente, G. A., Riera, S. J. M., Bofarull, B. G. y Ricomá, C., (2008). Prevalencia de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros TCA en adolescentes femeninas de Reus, *Anales de Pediatría*, 68(1), 18-23.
- Macias, A. I., Gordillo, L. G., y Camacho, E. J. (2012). Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. *Revista chilena de nutrición*, 39(3), 40-43.
- Madrigal, H., Sanchez, V. A., Martinez, G. M.A., Kearney, J., Gibney, M.J., y Irala, J. (2000). Underestimation of body mass index through perceived body image as compared to self- reported body mass index in the European Union. *Public Health* 114 (6), 468–473.
- Magda, R. M. R. (2004). *Transmodernidad*. Barcelona, España: Anthropos.
- Majem LS. (2003). Obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del estudio Enkid (1998-2000). *Medicina Clínica.*, 121(19), 725-732.

- Malassis, L. (1996). *Les trois âges de l'alimentaire*. Recuperado de http://www.saber.ula.ve/bitstream/handle/123456789/17732/articulo2_.
- Malinowski, B. (1993). Introducción: objeto, método y finalidad de la investigación, En Velasco, H. et al. (Eds.) *Lecturas de antropología para educadores* (pp. 19-42). Madrid, España: Trotta.
- Mansilla, M. (2000). Etapas del desarrollo humano. *Revista de investigación en psicología*, 3(2), 105-116.
- Marcos, A. (2008). Obesidad en la infancia y adolescencia: riesgo en la vida adulta y estrategias de prevención. *Evidencias en pediatría*, 4(1), 1.
- Marcús, J. (2006). Ser madre en los sectores populares: una aproximación al sentido que las mujeres le otorgan a la maternidad. *Revista argentina de sociología*, 4(7), 99-118.
- Marín, B. (2002). Trastornos de la conducta alimentaria en escolares y adolescentes. *Revista chilena de nutrición*, 29(2), 86-91.
- Marmot, M. (2005). Social Determinants of Health Inequalities. *Lancet* 365(9464):1099- 1104.
- Marques, L. I. (2013). Efecto de las desigualdades sociales en la prevalencia de la obesidad. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 17(2), 45-46.
- Márquez, S., y Meneu, R. (2003). La medicalización de la vida y sus protagonistas. *Gestión clínica y sanitaria*, 5(2), 47-53.
- Martín, C. E. (1997). El grupo de discusión como situación social. *Reis*, (79), 81-112.
- Martín, C. E. (2007). El conocimiento nutricional apenas altera las prácticas de alimentación: el caso de las madres de clases populares en Andalucía. *Revista Española de Salud Pública*, 81 (5), 519-528.

- Martín, C. E., y Moreno, P. J. L. (2005). *Conflictos sobre lo sano. Un estudio sociológico de la alimentación en las clases populares en Andalucía*. Sevilla, España: Consejería de Salud.
- Martin, P. M. V., y E. Martin-Granel (2006). 2500 Year Evolution of the Term Epidemic. *Emerging Infectious Diseases* 12(6), 976–980.
- Martínez, Á. J., Villarino, M. A., García, A. R., Calle, P. M., y Marrodán, S. M. (2013). Obesidad infantil en España: hasta qué punto es un problema de salud pública o sobre la fiabilidad de las encuestas. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 33(2), 80-88. doi: 10.12873/332obesidadspain.
- Martínez, B. P. R., Rodríguez, G. A. R., Cordero, R. Á., González, F. A. C., Wiella, G. R., Millán, J. P., y Ochoa, K. R. (2008). Ansiedad, depresión y calidad de vida en el paciente obeso. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 6(4), 147-153.
- Martínez, G. J. (2017). El habitus. Una revisión analítica. *Revista Internacional de Sociología*, 75 (3), 3-12. doi: <http://dx.doi.org/10.3989/ris.2017.75.3.15.115>.
- Martínez, H. A. (2009). Cuerpos fantasmales en la urbe global. *Fractal: Revista de psicología*, 21(2), 223-236.
- Martínez, J. A., Moreno, J. M., Marques, L. I., y Marti, A. (2009). Causas de obesidad. En *Anales del sistema sanitario de Navarra* 25, (1), pp. 17-27.
- Martínez, M. (2006). La investigación cualitativa: síntesis conceptual. *Revista de investigación en psicología*, 9(1), 123-146.
- Martinez, R. J. (2011) métodos de investigación cualitativa *silogismos de investigación*. 8(1). Recuperado de <http://www.cide.edu.co/ojs/index.php/silogismo/article/view/64/53>.
- Martinez, V. V, Solera, M. M., Notario, P. B, Sanchez, L. M, García, P. J. C., y Torrijos, N. C,. (2012). Trends in excess of weight, underweight and

- adiposity among Spanish children from 2004 to 2010: The Cuenca Study. *Public Health Nutr* 12, 2170–2174.
- Mateu, M. O., Piqueras, J.A., Rivera, R. M., Espada, J.P., y Orgilés, M. (2017). Aceptación/rechazo social infantil: Relación con problemas emocionales e inteligencia emocional. *Avances en Psicología*, 22(2), 205-213.
- Mauleón, J.R. (2007). Sistemas alimentarios en España. Elementos clave de su estructura y dinamismo. En Miguélez, F. (Presidencia) *Poder, Cultura, y Civilización*, Conferencia llevada a cabo en IX Congreso Español de Sociología, Facultad de Geografía e Historia, Universidad de Barcelona, Barcelona.
- Mauss, M. (1971). *Sociología y Antropología*. Madrid, España: Tecnos.
- McConahy, K.L., Smiciklas, W. H, Birch, LL., Mitchell, D.C., y Picciano, M. F. (2002). Food portions are positively related to energy intake and body weight in early childhood. *J. Pediatr.* 140, 340–347.
- McGinnis, J. M., Appleton, J., y Krook, V., (eds). (2006). *Food marketing to children and youth. Threat or opportunity?* Washington D.C. Institute of Medicine. National Academy of Sciences. National Academies Press.
- Mead, M. (1990). *Cultura y compromiso*, Barcelona, España: Gedisa.
- Meaney, M. J. (2010). Epigenetics and the biological definition of gene× environment interactions. *Child development*, 81(1), 41-79.
- Medina, F. X., Aguilar, A., y Solé-Sedeño, J. M. (2014). Aspectos sociales y culturales sobre la obesidad: reflexiones necesarias desde la salud pública. *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*, 34(1), 67-71.
- Mehta, K. (2007) Obesidad infantil: el precio inaceptable del éxito publicitario. *Diabetesvoice*, 52 (2), 38-40.

- Mei, Z., Grummer-Strawn, L. M., Thompson, D., y Dietz, W. H. (2004). Shifts in percentiles of growth during early childhood: analysis of longitudinal data from the California Child Health and Development Study. *Pediatrics*, 113(6), 617-627.
- Mei, Z., K. S. Scanlon, L. M., Grummer, S. D., Freedman, R. Y, y Trowbridge. F. L. (1998). Increasing Prevalence of Overweight among U.S.Low-IncomePreschool
- Mei, Z., L. M. Grummer, S. A., Pietrobelli, A. Goulding, M. I. Goran, y Dietz, W. H. (2002). Validity of Body Mass Index Compared with Other Body-Composition Screening Indexes for the Assessment of Body Fatness in Children and Adolescents. *American Journal of Clinical Nutrition* 75(6), 978–985.
- Méndez, C. D., y Espejo, I. G. (2014). La mirada sociológica hacia la alimentación: análisis crítico del desarrollo de la investigación en el campo alimentario/A sociological perception of food: a critical analysis of research developments in the study of food. *Política y Sociedad*, 51(1), 15.
- Méndez, D. C., Gómez, B. C., Bartrina, A. J, Hernández, C. J., Álvarez, G. M., Arnaiz, G. M, Herrera, R.P., De León, A. A., Luque, E., Menéndez, P. M. A., y Patterson, M. Á. M. (2008). *Alimentación, consumo y salud*. Colección Estudios Sociales, nº 24, Fundación” La Caixa”, 2008. Recuperado de <http://www.oda-alc.org/documentos/1341436129.pdf>Obra.
- Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación ¿Qué es la medicina tradicional? *Alteridades*, 4(7), 71-83.
- Menéndez, E. L. (1998). Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. *Estudios sociológicos*, XVI (46), 37-67.

- Menéndez, G. R., y Franco, D. F. (2009). Publicidad y alimentación: influencia de los anuncios gráficos en las pautas alimentarias de infancia y adolescencia. *Nutrición Hospitalaria*, 24(3), 318-325.
- Mennell, S. (1985), *All Manners of Food. Eating and Taste in England and France from the Middle Ages to the Present*, Londres, United Kingdom: Basil Blackwell.
- Mercado, P., y Vilchis, G. (2013). La obesidad infantil en México. *Alternativas en Psicología*, 17(28), 49-57.
- Mériaux, B. G., Berg, M., y Hellström, A. L. (2010). Everyday experiences of life, body and well-being in children with overweight. *Scandinavian journal of caring sciences*, 24(1), 14-23.
- Mihailovich, P. (2006) Kinship branding: A concept of holism and evolution for the nation brand Received. *Place Branding*. 2, (3), 229–247.
- Mills, C. W. (1961). *La imaginación sociológica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Miqueleiz, E., Lostao, L., Ortega P, Santos, J. M., Astasio, P., Regidor, E. (2014). Trends in the prevalence of childhood overweight and obesity according to socioeconomic status: Spain, 1987-2007. *Eur J Clin Nutr*, 68, 209–214, <http://dx.doi.org/10.1038/ejcn.2013.255>.
- Mitchell, A. (2005). Pissed Off. In Kulick, D., y Meneley, A. (Eds). *Fat: The Anthropology of an Obsession* (pp. 211–226). New York, EE. UU: Penguin.
- Mizuno, T. M., Makimura, H., y Mobbs, C. V. (2003). The physiological function of the agouti-related peptide gene: the control of weight and metabolic rate. *Ann. Med*, 35 (6), 425–433.
- Moffat, T. (2010). The Childhood Obesity Epidemic: Health Crisis or Social Construction? *Medical anthropology quarterly*, 24 (1), 1–21.

- Molarius A. (2003). The contribution of lifestyle factors to socioeconomic differences in obesity in men and women: a population-based study in Sweden. *Eur. J. Epidemiol*, 18 (3), 227–234.
- Molina, V. N. (2015). *Construcción de subjetividad en los llamados obesos: un análisis biopolítico en la cirugía bariátrica* (Doctoral dissertation). Recuperado de <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/handle/10893>
- Monferrer, J., González, M., y Díaz, D. (2009). La influencia de George Herbert Mead en las bases teóricas del paradigma constructivista. *Revista de historia de la psicología*30, (2-3), 241-248.
- Montanari, M (2006). *La comida como cultura*. Gijón: Ediciones Trea.
- Monteiro, C. A., D'A-Benicio, M. H., Conde, W. L., Popkin, B. M. (2000). Shifting obesity trends in Brazil. *Eur. J. Clin. Nutr*, 54 (4), 342–346.
- Montessori, M. (1928). *Ideas generales sobre mi método. Manual práctico*. Editor: Santiago Molina García, 7ª edición, Madrid, España: CEPE. S.L.
- Montessori, M., y Blanco, M. D. S. (2003). *El método de la pedagogía científica: aplicado a la educación de la infancia*. Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Moore, M. S. (2000). Interactions between physical activity and diet in the regulation of body weight. *Proc. Nutr. Soc*, 59 (2), 193–198.
- Morales, L. G. (2016). *Alimentación de la familia tras la incursión de la mujer en el ámbito laboral* (Doctoral dissertation) Facultad en Ciencias de la Nutrición y Alimentos-Licenciatura en Nutriología-UNICACH, Chiapas, México.
- Morales, M. J. (2006). Cuando Barbie se come a Garfield. Publicidad y alimentación: niños obesos buscando la perfección del cuerpo adulto. *Trastornos de la conducta alimentaria*, (3), 245-263.

- Morales, P. (2010). Visión epistemológica de la obesidad a través de la historia. *Comunidad salud*, 8(2), 83-90.
- Moreira, V. (2008). Psicología humanista fenomenológica. En Kaulino, A y Stecher, A (Ed). *Cartografía de la psicología contemporánea: pluralismo y modernidad*, (pp.165-167). Santiago de Chile, Chile: LOM Ediciones.
- Moreno, A., y Toro, L. (2009). La televisión, mediadora entre consumismo y obesidad. *Revista chilena de nutrición*, 36(1), 46-52.
- Moreno, G. M. (2012). Definición y clasificación de la obesidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(2), 124-128.
- Moreno, L. A., González Gross, M., Marcos, A., Jiménez Pavón, D., Sánchez, M. J., Mesana, M. I., ... y EN, R. D. G. H. (2007). Promocionando un estilo de vida saludable en los adolescentes europeos mediante el ejercicio y la nutrición: el Proyecto HELENA. *Revista española de medicina de la educación física y el deporte*, 16(1), 13-7.
- Morgan, D. L. (1997). Focus Group as Qualitative Research. *University Paper Series on Qualitative Research Methods*, 12. doi: <http://dx.doi.org/10.4135/9781412984287>.
- Morse, J., Barret, M., Mayan, M., Olson, K. y Spiers, J. (2002). Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. *International Journal of Qualitative Methods*, 1(2), 1-20.
- Moser, C. (1991). Las mujeres en la planificación del desarrollo. Necesidades prácticas y estratégicas de género. En Guzmán, V., Portocarrero, P., y Vargas, V. (comps.) *Una nueva lectura: Género en el Desarrollo* (pp. 11-40). Lima, Perú: Ediciones Entre Mujeres / Flora Tristán.
- Mucchielli, R. (1978). *La entrevista en grupo*. Bilbao, España: Mensajero.

- Mueller, M. J., y Danielzik, S. (2006). Childhood Overweight: Is There a Need for a New Societal Approach to the Obesity Epidemic? *Obesity Reviews* 8, 87–90.
- Murcott, A. (1983) 'It's a pleasure to cook for him': Food, mealtimes and gender in some South Wales households. In Gamarnikow, E., Morgan, D., Purvis, J., y Taylorson, D. (Eds) *The Public and the Private* (pp.78-90). London, United Kingdom: Heinemann.
- Murray, S. 2008 Pathologizing Fatness: Medical Authority and Popular Culture. *Sociology of Sport Journal* 25(1), 7–21.
- Murrieta, R. S. S. (1998). O dilema do papa-chibé: Consumo alimentar, nutrição e ~ práticas de intervenção na Ilha de Ituqui, baixo Amazonas. *Revista de Antropologia*, 41(1), 97-150.
- Murrieta, R. S. S. (2001). Dialética do sabor: Alimentação, ecologia e vida cotidiana ~ em comunidades ribeirinhas da Ilha de Ituqui, Baixo Amazonas. *Revista de Antropologia*, 44(2), 39-88.
- Must, A., y Strauss, R. S. (1999). Risks and consequences of childhood and adolescent obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord.* (Suppl.2), 2-11.
- Navas, L.J., Palacios, R.J. y Muñoz, S.P. (2014). La otra cara de la obesidad: reflexiones para una aproximación sociocultural. *Ciência y Saúde Coletiva*, 19(6), 1721-1729. doi: 10.1590/141381232014196.01892013.
- Neel J. V. (1962). Diabetes mellitus: a “thrifty” genotype rendered detrimental by “progress”? *Am. J. Hum. Genet*, 353–362.
- Neel, J. V. (1982). The thrifty genotype revisited. In: Kobberling, J., y Tattersall, R. (Eds). *The genetics of diabetes mellitus. Proceedings of the Serono symposium* (pp. 283-293). London: Academic Press.
- Neel, J. V. (1999). The thrifty genotype in 1998. *Nutrition reviews*, 57(5), 2-9.

- Neel, J. V., Weder, A. B., y Julius, S. (1998). Type II diabetes, essential hypertension, and obesity as “syndromes of impaired genetic homeostasis”: The “thrifty genotype” hypothesis enters the 21st century. *Perspect. Biol. Med*, 42 (1), 44–74.
- Nestle, M., y Jacobson, M. F. (2000). Halting the Obesity Epidemic: A Public Health Policy Approach. *Public Health Reports*, 115(1), 12–24.
- Neumark-Sztainer, D., Story, M., Hannan, P. J., y Croll, J. (2002). Overweight status and eating patterns among adolescents: where do youths stand in comparison with the healthy people 2010 objectives? *American journal of public health*, 92(5), 844-851.
- Nguyen, N. D., Center, J. R., Eisman, J. A., y Nguyen, T. V. (2007). Bone loss, weight loss, and weight fluctuation predict mortality risk in elderly men and women. *J Bone Miner Res* (8), 1147–1154.
- Nielsen, S. J., Siega-riz, A. M., y Popkin, B. M. (2002). Trends in energy intake in U.S. between 1977 and 1996: Similar shifts seen across age groups. *Obes. Res*, (5), 370–378.
- Nishida, C., y Mucavele, P. (2005). Monitoring the rapidly emerging public health problem of overweight and obesity: the WHO global database on body mass index. *United Nations Syst. Standing Comm. Nutr*, 29, 5–12.
- Noguera, J. A. (1996). La teoría crítica: De Frankfurt a Habermas Una traducción de la teoría de la acción comunicativa a la sociología. *Revista de sociología*, (5), 133-153.
- Norgan, N. G. (1994). Population differences in body composition in relation to the BMI. *Eur. J. Clin. Nutr*, 48 (Suppl.3), S10–27.

- Norgan, N. G. (1997). The beneficial effects of body fat and adipose tissue in humans. *Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord*, (9), 738–746.
- Ochsner, K. N., y Gross, J. J. (2005). The cognitive control of emotion. *Trends in cognitive sciences*, 9(5), 242-249.
- Olabuénaga, R. J. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao, España: Universidad de Deusto.
- Olesti, B. M, Piñol, M. J., Martín, V. N., de la Fuente, G. M., Riera, J. A, Bofarull, B. G. y Ricomá de Castellarnau, G. (2008). Prevalencia de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros TCA en adolescentes femeninas de Reus. *Anales de pediatría*, 68(1) ,18-23.
- Organización Mundial de la Salud. (2014a). *Comisión para acabar con la obesidad infantil*. Recuperado de <http://www.who.int/end-childhood-obesity/es/>.
- Organización Mundial de la Salud. (2014b). *Comisión para acabar con la obesidad infantil*. Recuperado en 10 de enero de 2019 de <http://www.who.int/end-childhood-obesity/es/>.
- Organización Mundial de la Salud (2014c). *7 millones de muertes cada año debidas a la contaminación atmosférica*. Recuperado de <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/air-pollution/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2015a). Nota descriptiva nº 394. *Healthy diet*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/en/>.
- Organización Mundial de la Salud (2015b). *Carcinogenicidad del consumo de carne roja y de la carne procesada* Recuperado de <https://www.who.int/features/qa/cancer-red-meat/es/>

- Organización Mundial de la Salud. (2016). Estrategia global sobre dieta, actividad física y salud. Infancia sobrepeso y obesidad. Recuperado de <https://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Childhood Obesity Surveillance Initiative*. Recuperado de http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/372426/WH14_COSI_factsheets_v2.pdf?ua=1
- Ortí-Benlloch, A. (1990). Jesús Ibáñez, deblador de la catacresis (La sociología crítica como autocrítica de la sociología). *Anthropos: Monográfico sobre Jesús Ibáñez Sociología Crítica de la cotidianidad urbana*, (113), 9-25.
- Ortí-Benlloch, A., Lamo de Espinosa, E., Ramos Torres, R. y Laraña, E. (1998). Reflexividad y sujeto: Homenaje a Jesús Ibáñez. Santander, España: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cantabria.
- Ortner, Sherry (1979). Is Female to Male as Nature is to Culture? *Feminist Studies*. Stanford, EE.UU: Standford University Press.
- Ortún, V., López-Valcárcel, B. G., y Pinilla, J. (2016). El impuesto sobre bebidas azucaradas en España. *Revista Española de Salud Pública*, 90, e20007. Epub 13 de octubre de 2016. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttextpid=S1135-57272016000100306yln=esytlng=es.
- Osorio, J. (2009). El megaretrato posmoderno. *Frontera norte*, 21(42), 193-204.
- Øygard, L. (2000). Studying food tastes among young adults using Bourdieu's theory. *Journal of Consumer Studies and Home Economics*, 24(3), 160- 169. doi. 10.1046/j.1365-2737.2000.00118.x.

- Padgett, D. K. (1998). *Qualitative methods in Social Work Research. Challenges and Rewards*. Thousand Oaks, EE.UU: Sage Publications.
- Paffenbarger, R. S., Jr., Hyde, R. T., Wing, A. L. y Hsieh, C. C. (1986). Physical activity, all-cause mortality, and longevity of college alumni. *The New England Journal of Medicine*, 314(10), 605- 613.
- Palacios, J. y Navas, L. J. (Junio 2013). Problematising, pluralising and renegotiating: theoretical, methodological and ethico-political challenges in child obesity and overweight from a comparative research. In *Encounters and Engagements: creating new agendas for Medical Anthropology*. Tarragona, Universitat Rovira i Virgili; European Association of Social Anthropologists; Society for Medical Anthropology. Tarragona, España.
- Palacios, J., y Navas, J. (2016). Experiencias, sentidos e identidad personal: narrativas de mujeres con sobrepeso en tratamiento en el sur de España. *Revista San Gregorio*, 13, 90-101.
- Palacios, R. J., García, J. M., y Rico, B. J. (2013). Problematizando el turismo residencial europeo: tecnologías globales de gobierno y formas de subjetivación. *Tabula Rasa*, (19), 167-189.
- Pallares, N. J., y Baile, A. J. (2012). Estudio de la obesidad infantil y su relación con la imagen corporal en una muestra española. *Psychologia: avances de la disciplina*, 6(2), 13-21.
- Pampel, F. C., Krueger, P. M., y Denney, J. T. (2010) Socioeconomic Disparities in Health Behaviors. *Annual Review of Sociology* 36, 349–370.
- Papavramidou, N. S., Papavramidis, S. T., y Christopoulou-Aletra, H. (2004). Galen on obesity: etiology, effects, and treatment. *World journal of surgery*, 28(6), 631-635.

- Pardo, J. R. (2004). Ética y estética en la comunicación social: por una lectura crítica de los medios de comunicación. *Puertas a la lectura*, (17), 135-142.
- Parra, C. S., Hernández, B., Durán, A. L., y López, A. O. (1999). Modelos alternativos para el análisis epidemiológico de la obesidad como problema de salud pública. *Revista de saúde pública*, 33(3), 314-325.
- Parsons, T.J., Power, C., Logan, S., Summerbell, C. D. (1999). Childhood predictors of adult obesity: a systematic review. *Int J Obes Relat Metab Disord* 23 (suppl. 8), S1-107.
- Patel, R. (2008). Obesos y famélicos. El impacto de la globalización en el sistema. Recuperado en 10 de enero de 2019 de: <http://www.serlib.com/pdflibros/9788461224890.pdf>.
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative Evaluation and Research Methods*. Newbury Park, CA, EE. UU: Sage Publications.
- Paz, M. J. (2012). La obesidad: factor de riesgo de la cardiopatía isquémica. *Revista Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular*, 15(1), 36-39.
- Peña, M., y Bacallao, J. (Eds.). (2000). La obesidad en la pobreza: un nuevo reto para la salud pública. *Pan American Health Org*, (576), 3-11 Recuperado de <http://www.who.int/iris/handle/10665/170604>.
- Peralta, F. I. (2005). El televisor: la pantalla estrella: El acto educativo: superar la dicotomía entre realidad y ficción. *Comunicar*, (25), 193-196.
- Pérez, G. L., Bayona, I., Mingo, T., y Rubiales, C. (2011). Utilidad de los programas de educación nutricional para prevenir la obesidad infantil a través de un estudio piloto en Soria. *Nutrición Hospitalaria*, 26(5), 1161-1167.
- Pérez, L. (1998). Aspectos Psicosociales de la lactancia. *Revista Psicología y Salud. Centro de Estudios Psicológicos*, 1, 12-15.

- Pérez, S. D. J. (2008). Bioética de los principios. *Bioética de los principios. Cuadernos de Bioética*, XIX (1), 43-55.
- Pérez, S. D., Rivera, M. J. A., y Ortiz, H. L. (2010). Publicidad de alimentos en la programación de la televisión mexicana: ¿los niños están más expuestos? *salud pública de México*, 52(2), 119-126.
- Pérez, S. R. (2001). *El desarrollo emocional de tu hijo*. Barcelona, España: Paidós Ibérica.
- Perusse, L., Rankinen, T., Zuberi, A., Chagnon, Y. C., Weisnagel, S. J., Argyropoulos, G., Walts, B., Snyder, E. E., y Bouchard, C. (2005). Human obesity gene map: the 2004 update. *Obes. Res*, 13 (3), 381-490.
- Piaget, J. (1964). Part I: Cognitive development in children: Piaget development and learning. *Journal of research in science teaching*, 2(3), 176-186.
- Piaget, J. (1968). *Los estadios del desarrollo intelectual del niño y del adolescente*. La Habana, Cuba: Editorial Revolucionaria.
- Piaget, J. (1972). Intellectual evolution from adolescence to adulthood. *Human development*, 15(1), 1-12.
- Piaget, J. (1986). *Psicología evolutiva*. Madrid, España: Editorial Paidós.
- Pickett, K. E., Kelly, S., Brunner, E., Lobstein, T., Wilkinson, R. G. (2005). Wider income gaps, wider waistbands? An ecological study of obesity and income inequality. *J. Epidemiol. Comm. Health*, 59 (8), 670-74.
- Pinto, F. (2007). Apego y lactancia natural. *Revista chilena de pediatría*, 78 (Suppl. 1), 96-102.
- Pinto, J. (1994). Una lectura hermenéutica de la racionalidad sistémica weberiana. *Cuadernos Weberianos*, 1, 25.

- Pi-Sunyer, F. X. (2000). Obesity: criteria and classification. *Proceedings of the Nutrition Society*, 59(4), 505-509.
- Pi-Sunyer, F. X. (2002). The obesity epidemic: pathophysiology and consequences of obesity. *Obesity research*, (Suppl. 2), 97S-104S.
- Plummer, T. (2004). Flaked stones and old bones: biological and cultural evolution at the dawn of technology. *Am. J. Phys. Anthropol.* 125(Suppl. 39), 118–164.
- Ponce, B. J., Pabón, C. M., y Lomas, C. M. (2017). Análisis de contenido de la publicidad de productos alimenticios dirigidos a la población infantil. *Gaceta Sanitaria* 31 (3), 180-186.
- Popkin, B. M., Duffey, K., y Gordon, L. P. (2005). Environmental influences on food choice, physical activity and energy balance. *Physiol. Behav*, 86 (5), 603–613.
- Popkin, B. M., y Doak, C. M. (1998). The obesity epidemic is a worldwide phenomenon. *Nutr. Rev*, 56 (4 pt. 1), 106–114.
- Popkin, B. M., y Gordon, L. P. (2004). The Nutrition Transition: Worldwide Obesity Dynamics and Their Determinants. *International Journal of Obesity* 28, (Suppl. 3), 2–9.
- Popper, K. R. (1991). Los dos significados de falsabilidad. *Revista de filosofía*, (5), 3-12.
- Poskitt, E. (1995). Assessment of body composition in the obese. In Davies, P.S.W., y Cole, T. J. (Eds.) *Body Composition Techniques in Health and Disease* (pp. 146–55). Cambridge, United Kingdom: Cambridge Univ. Press.
- Poulain, J.P. (2002). *Sociologies de l'alimentation: les mangeurs et l'espace social alimentaire*. París, Francia: Presses Universitaires de Francia.

- Powell, L. M., Chriqui, J. F., Khan, T., Wada, R., y Chaloupka, F. J. (2013). Assessing the potential effectiveness of food and beverage taxes and subsidies for improving public health: a systematic review of prices, demand and body weight outcomes. *Obesity reviews*, 14(2), 110-128.
- Powell, L. M., Chriqui, J., y Chaloupka, F. J. (2009). Associations between state-level soda taxes and adolescent body mass index. *Journal of adolescent health*, 45(3), S57-S63.
- Prada, G. E., Soto, A. y Oscar, H. (2005). Consumo de leguminosas en el departamento de Santander. Colombia. 2000-2003. *Archivos latinoamericanos de nutrición*, 55(1), 64-70.
- Prentice, A. M., y Poppitt, S. D. (1996). Importance of Energy Density and macronutrients in the regulation of energy intake. *Int. J. Obes. Metab. Disord.* 20, S18-23.
- Prieto, R. D., y Aguirre, R. (2001). La salud como valor social. En Aguirre del Busto, R., Álvarez, V. J., y Armas, V. A. R. *Lecturas de Filosofía, Salud y Sociedad* (p. 57 – 62). La Habana, Cuba: Ed. Ciencias Médicas.
- Pucher, J., y Dijkstra, L. (2003). Promoting safe walking and cycling improve public health: lessons from The Netherlands and Germany. *Am. J. Public Health* 93 (9), 1509-1516.
- Puerto, C. L., y Tejero, G. P. (2013). Alimentación y nutrición: repercusión en la salud y belleza de la piel. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 33(2), 56-65.
- Puerto, S. F. (2014). La obesidad en la historia. *Monografías de la Real Academia Nacional de Farmacia*, 352-387. Recuperado de <http://www.analesranf.com/index.php/mono/article/view/1506/1569>

- Puhl, R. M., y Heuer, C. A. (2009). The stigma of obesity: a review and update. *Obesity* (5), 941-964. doi: 10.1038/oby.2008.636.
- Quintero, M. G. y González, U. (1977). Calidad de vida, contexto socioeconómico y salud en personas de edad avanzada. En J. Buendía (Ed.), *Gerontología y salud: Perspectivas actuales* (pp. 129-146). Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Quirantes, M. J., López, R. M., Hernández, M. E., y Pérez, S. A. (2009). Estilo de vida, desarrollo científico-técnico y obesidad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 35(3) Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttextpid=S0864-34662009000300014ylng=esytlng=es.
- Quivy, R., Campenhoudt, L. V. (1992) Manual de Investigación en Ciencias Sociales. Mexico: Noriega.
- Rabinow, P., y Rose, N. (2006). Biopower Today. *BioSocieties*, 1(2), 195–217.
- Rada, P., Avena, N. M., y Hoebel, B. G. (2005). Adicción al azúcar: ¿mito o realidad? *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*, 3(2), 2-12.
- Rajmil, L., Medina, B. A, Fernández, M. J., Mompart, P. A. (2013). Impact of the economic crisis on children's health in Catalonia: A before-after approach. Recuperado de <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/3/8/e003286.full.pdf>.
- Ramírez, J. P. (2016). Experiencias, sentido e identidad personal: narrativas de mujeres con sobrepeso en tratamiento en el sur de España. *Revista San Gregorio*, (13), 90-101.
- Ramírez, P. B., y Behrmann, R. D. B. (2016). De cazadores a productores. Transiciones y tradiciones. In *Del neolítico a l'edat de bronze en el Mediterrani*

- occidental: Estudis en homenatge a Bernat Martí Oliver* (pp. 465-480). Museu de Prehistòria de València.
- Ramírez, V. A. (2009). La teoría del conocimiento en investigación científica: una visión actual. *In Anales de la Facultad de Medicina*, 70(3), 217-224.
- Ramos, C., y Navas, J. (2015). Influence of Spanish TV commercials on child obesity *Public Health*, 129(6), 725–731.
- Régnier, F., y Masullo, A. (2009). Obésité, goûts et consommation. *Revue française de sociologie*, 50(4), 747-773.
- Reilly, J. J., y Wilson, D. (2006). La obesidad, definida como un exceso de grasa en el cuerpo con aumento de la morbilidad, es cada vez más común en niños y adolescentes *BJM*. Recuperado de http://www.intramed.net/actualidad/art_1.asp?idActualidad=44269ynomCat=Art%C3%ADculos.
- Renders, C. M., Henneman, L., Timmermans, D. R., y Hirasing, R. A. (2004). Television watching and some eating habits of 6–14 year-old children in Amsterdam, the Netherlands; a cross sectional study. *Ned. Tijdschr. Geneeskd*, 148 (42), 2072–2076.
- Rennie, K. L, y Jebb, S. A. (2005). Prevalence of obesity in Great Britain. *Obes. Rev.* 6 (1), 11–12.
- Restrepo, E. (2015). El proceso de investigación etnográfica: Consideraciones éticas. *Etnografías Contemporáneas*, 1 (1), 162-179.
- Reyes-Rivas, R. (2017). Modernidad, Modernismo y Tecnología: concepciones y valoraciones. *Revista Comunicación*, 25 (37), 2-16.

- Rico, F., y Ruiz, M. (2013). Enseñanza en torno al fogón: guía cultural y formadora, endoculturación y difusión interétnica. *Revista Bio-grafía Escritos sobre la biología y su enseñanza*, 6(11), 178-185.
- Riessman, C. K. (1983). Women and Medicalization: A New Perspective. *Social Policy* 14, (1), 3-18.
- Rigby, E. (1785). *An Essay on the Theory of the Production of Animal Heat, and on its Application in the Treatment of Cutaneous Eruptions, Inflammations, and Some Other Diseases*. Printed Joseph Johnson, St. Paul's Church Editions. London.
- Rinderknecht, K., y Smith, C. (2002). Body image perceptions among urban Native American youth. *Obes. Res*, 10 (5), 315–327.
- Riobó, P., Fernández, B. B., Kozarcewski, M., y Fernández, M. J. (2003). Obesity in women. *Nutrición Hospitalaria*, 18(5), 233-237. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112003000500001&lng=en.
- Ritchie, J., y Spencer, L. (1994). Qualitative data analysis for applied policy research. En Bryman, A. y Burgess, R. (Eds.) *Analyzing qualitative data* (pp. 173-194). London, Unites Kingdom: Routledge. https://doi.org/10.4324/9780203413081_chapter_9.
- Rivera, J. A., Barquera, S., González, C. T., Oláiz, G. y Sepúlveda, J. (2004). Nutrition Transition in México and in Other Latin American Countries. *Nutrition Reviews*, 62(7), 149-157.
- Rivero, A. F. (2007). Enciclopedia de los Alimentos. *Distribución y consumo*, 17(91), 125-131.

- Robert, J. (2004). En memoria de Iván Illich. *Boletín CF+ S*, (26). Recuperado de <http://www.ivanillich.org.mx/4contrapro1.pdf>.
- Roberts, S. B., y Dallal, G. E. (2001). The New Childhood Growth Charts. *Nutrition Reviews* 59(2), 31–36.
- Rodearmal, S. J., Wyatt, H. R., Stroebele, N., Smith, S. M., Ogden, L. G., y Hill, J. O. (2007). Small Changes in Dietary Sugar and Physical Activity As an Approach to Preventing Excess Weight Gain: The America on the Move Family Study. *Pediatrics* 120(4), E869–E879.
- Rodríguez, A. J. M., Navarro, G. R., Ruiz, C. J. A., Jiménez, D. J. F., Brito, O. M. E., y Martín, G. F. (2006). Obesidad y ejercicio físico. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10553/6177>.
- Rodríguez, C. A., y González, L. B. (2009). El trasfondo económico de las intervenciones sanitarias en la prevención de la obesidad. *Revista Española de Salud Pública*, 83(1), 25-41.
- Rodríguez, G. C. (2006). Inicio de la lactancia. En González, C. *Un regalo para toda la vida: Guía de la lactancia materna* (pp. 97-97). Madrid: Temas de Hoy.
- Rodríguez, M. P. G., y de la Rosa Morales, V. (2007). Los adolescentes que consumen comida rápida y no desayunan tienen más riesgo de ser obesos en la vida adulta. *Evidencias en pediatría*, 3(2), 46.
- Rogers, P. J., y Smit, H. J. (2000). Food craving and food addiction: a critical review of the evidence from a biopsychosocial perspective. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 66(1), 3-14.
- Rohlf, I. (2003). Género y salud: diferencias y desigualdades. *Quark*, (27), 46-58. Recuperado de [http://quark.prbb.org/27/default .htm](http://quark.prbb.org/27/default.htm).

- Rojo, M. L., Plumed, D. J., Conesa, B. L., Vaz, L. F., Díaz, M. M., Rojo, B. L., y Livianos, A. L. (2012). Los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones sobre nosología, etiopatogenia y tratamiento en el siglo XXI. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(3), 197-204.
- Romo M., M., y Castillo, D. C. (2002). Metodologías de las ciencias aplicadas al estudio de la nutrición. *Revista chilena de nutrición*, 29(1), 14-22. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182002000100003>.
- Rosales, C. P. (2004). Marketing efectivo, más allá de la satisfacción del cliente. En *MK. Marketing y Ventas para Directivos*, (188), 14-18.
- Rose, N. (2007). *The Politics of Life Itself*. Princeton, New Jersey, EE.UU: Princeton University Press.
- Rosenbaum, M., y Leibel, R. L. (1998). The physiology of body weight regulation: relevance to the etiology of obesity in children. *Pediatrics*, 101(2), 525-539.
- Rothbauer, P. (2008). Triangulation. In Given, Lisa (Ed.), *The SAGE Encyclopedia of Qualitative Research Methods* (pp. 892-894). Sage Publications.
- Rozin, P. (1976). The selección of food by rats, human and other animals. In Rosenblatt, J., Hinde, R. A., Beer, C., y Shaw, E. (Eds.) *Advances in the study of behavior* (pp. 21-76). London, United Kingdom: Academic Books.
- Ruiz, M. N. S., Fernández, B. M., Ontoso, I. A., Guillén-Grima, F., Mozó, I. S., Armayor, N. C., y Annan, J. (2015). Análisis de la percepción de la imagen corporal que tienen los estudiantes universitarios de Navarra. *Nutrición Hospitalaria*, 31(5), 2269-2275.
- Sáez, G., Valor, S. I., y Expósito, F. (2012). ¿Empoderamiento o subyugación de la mujer? Experiencias de cosificación sexual interpersonal. *Psychosocial Intervention*, 21(1), 41-51.

- Saguy, A. C., y Riley, K. W. (2005). Weighing Both Sides. Morality, Mortality, and Framing Contests over Obesity. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 30(5), 869–921.
- Salas, M. J. (2003). El estatus científico de la enfermería: paradigma, método y naturaleza de su objeto de estudio. *Cultura de los cuidados*, (14), 71-78.
- Saldaña, C., y Rossell, R. (1988). *Obesidad*. Madrid, España: Ediciones Martínez Roca.
- Sallis, J. F., Prochaska, J. J., Taylor, W. C., Hill, J. O., y Geraci, J. C. (1999). Correlates of physical activity in a national sample of girls and boys in grades 4 through 12. *Health Psychology*, (4), 410 – 415.
- Sánchez, A. M. L., Piat, G. L., Ott, R. A., y Abreo, G. I. (2010). Obesidad infantil, la lucha contra un *ambiente obesogénico*. *Prevención*, 2, 6.
- Sánchez, C. D., y López, G. G. (2011). Hacia la prevención integrada de la obesidad y los trastornos de la conducta alimentaria. *Infocop*, 13-17. Recuperado de <https://www.cop.es/infocop/pdf/1925.pdf>.
- Sánchez, G.F. L., Suárez, A.D., y Smith, L. (2018). Análisis de imagen corporal y obesidad mediante las siluetas de Stukard en niños y adolescentes españoles de 3 a 18 años. *Anales de psicología*, 34(1), 167-172.
- San-Martín, A. R. (2003). *Observar, escuchar, comparar, escribir. La práctica de la investigación cualitativa*. Barcelona, España: Ariel.
- Sanz, C. J. (1997). El sistema agroalimentario español. Cambio estructural, poder de decisión y organización de la cadena alimentaria. En Gómez, B., y González, J. (Eds.), *Agricultura y Sociedad en el cambio de siglo* (pp. 355-396). Madrid, España: McGraw Hill,
- Sarriá, A. (2007). Venus paleolíticas y obesidad. *Rev Esp Obes* 5, 13-18.

- Sassenfeld, A. (2007). Del cuerpo individual a un cuerpo relacional: Dimensión somática, interacción y cambio en psicoterapia. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 3(2), 177-188.
- Satir, V. (2008). *En contacto íntimo*. Editorial Pax México.
- Sato, P. M., Gittelsohn, J., Unsain, R. F., Roble, O. J., y Scagliusi, F. B. (2016). The use of Pierre Bourdieu's distinction concepts in scientific articles studying food and eating: A narrative review. *Appetite*, 96, 174-186. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.09.010>.
- Sato, P. M., Pereira, P. R., Stelmo, I. C., Unsain, R. F., Ulian, M. D., Sabatini, F., Martins, P. A., y Scagliusi, F.B. (2014). Eating practices and habitus in mothers. A population based survey. *Appetite*, 82, 16-28. doi: 10.1016/j.appet.2014.07.002.
- Saukko, P. (1999) Fat Boys and Goody Girls: Hilde Bruch's Work on Eating Disorders and the American Anxiety about Democracy, 1930–1960. In Sobal, J., y D. Maurer, D. (eds.) *Weighty Issues: Fatness and Thinness as Social Problems* (pp. 31–52). New York, EE.UU: Aldine de Gruyter.
- Schwartz, M. B., y Puhl, R. (2003). Childhood obesity: a societal problem to solve. *Obesity reviews*, 4(1), 57-71.
- Schwartz, M. W., y Morton, G. J. (2002). Obesity: keeping hunger at bay. *Nature*, 418(6898), 595-597.
- Serra, M. C. (2007). *Changement social et traditions alimentaires. Approche socio anthropologique de l'alimentation a Tahiti* (thèse de doctorat en anthropologie). Punaauia: Université de la Polynésie française.

- Serra, M. C. (2008). Bien manger, c'est manger beaucoup: Comportements alimentaires et représentations corporelles a Tahiti. *Sciences Sociales et Santé*, 26(4), 81-112. <http://dx.doi.org/10.1684/sss.2008.0405>.
- Serra, M. L., Ribas, B. L., Aranceta, B. J., Pérez, R. C., Saavedra, S. P., y Peña, Q. L. (2003). Obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del Estudio enKid (1998-2000). *Medicina clínica*, 121(19), 725-732.
- Serrano, M. D. M., Montero, P., y Cherkaoui, M. (2012). Transición Nutricional en España durante la historia reciente. *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*, 32(2), 55-64.
- Shackleton, N. (2017). Is there a link between low parental income and childhood obesity? *Journal of Early Childhood Research*, 15(3), 238-255.
- Shavers, V. L. 2007 Measurement of Socioeconomic Status in Health Disparities Research. *Journal of the National Medical Association* 99(9), 1013–1023.
- Shetty, P. S., y James, W. P. (1994). Body mass index. A measure of chronic energy deficiency in adults. *FAO Food and Nutrition paper*, 56, 1-57.
- Shuldiner, A. R., y Munir, K. M. (2003). Genetics of obesity: more complicated than initially thought. *Lipids* 38 (2), 97–101.
- Shungin, D., Winkler, T. W., Croteau, C. D., Ferreira, T., Locke, A. E., Mägi, R., y Medina, G. C. (2015). New genetic loci link adipose and insulin biology to body fat distribution. *Nature*, 518 (7538), 187-196.
- Silventoinen, K., y Kaprio, J. (2009). Genetics of tracking of body mass index from birth to late middle age: evidence from twin and family studies. *Obesity facts*, 2(3), 196-202.
- Silvestri, E., y Stavile, A. (2005). Aspectos Psicológicos de la obesidad: Importancia de su identificación y abordaje dentro de un enfoque

- interdisciplinario (Tesis Inédita). Córdoba: Universidad Autónoma de Favaloro.
- Simón, E., y Del Barrio, A. S. (2009). Leptina y obesidad. In *Anales del sistema sanitario de Navarra*, (25), 53-64.
- Singer, M., y Baer, H. (1989). Toward an Understanding of Capitalist and Socialist Health. *Medical Anthropology* 11(2), 97-107.
- Singh, R., Shaw, J., y Zimmet, P. (2004). Epidemiology of childhood type 2 diabetes in the developing world. *Pediatric diabetes*, 5(3), 154-168.
- Siskind, J. (1992). The Invention of Thanksgiving: A ritual of American nationality. *Critique of Anthropology*, 12(2), 167-191.
- Sisson, B. A., Franco, S. M., Carlin, W. M., y Mitchell, C. K. (1997). Body fat analysis and perception of body image. *Clinical pediatrics*, 36(7), 415-418.
- Smiciklas, W. H., Mitchell, D. C., Mickle, S. J., Goldman, J. D., Cook, A. (2003). Foods commonly eaten in the United States, 1989-1991 and 1994-1996: Are portion sizes changing? *J. Am. Diet. Assoc*, 103, 41-47.
- Smuts, J. (1926). *Holism and Evolution*. London, United Kingdom: Macmillan.
- Sobal, J. (1991). Obesity and Socioeconomic Status: A Framework for Examining the Relationship between Physical and Social Variables. *Medical Anthropology* 13 (3), 231- 247.
- Sobal, J. (2004). Sociological analysis of the stigmatisation of obesity. In Germov, J. and Williams, L. (eds) *A Sociology of Food and Nutrition: Introducing the Social Appetite* (pp.381- 400). Melbourne, Australia: Oxford University Press.
- Sobal, J., y Stunkard, A. (1989) Socioeconomic status and obesity: a review of the literature. *Psychological Bulletin*, 105 (2), 260-275.

- Solana, D. J. (2008). Los filósofos griegos y sus Escuelas. *Arbor*, 184(731), 413-422.
- Sorof, J. M., Lai, G., Turner, J., Poffenbarger, T. y Portman, R. J. (2004). Overweight, Ethnicity, and the Prevalence of Hypertension in School-Aged Children. *Pediatrics* 113(3), 475-482.
- Speiser, P., Rudolf, M., Anhalt, H., Camacho-Hubner, C., Chiarelli, F., Eliakim, A., Freemark, M., Gruters, A., HersHKovitz, E., Iughetti, L., Krude, H., Latzer, Y., Lustig, R. H., Pescovitz, O. H., Pinhas-Hamiel, O., Rogol, A. D., Shalitin, S., Sultan, C., Sltein, D., Vardi, P., Werther, G. A., Zadik, Z., Zuckerman-Levin, N., y Hochberg, Z. (2005). Childhood obesity. *Journal of Clinic Endocrinology Metabolic*, 90 (3), 1871-1887.
- Spiegel, A. M., y Nabel, E. G. (2006) NIH Research on Obesity and Type 2 Diabetes: Providing the Scientific Evidence Base for Actions to Improve Health. *Nature Medicine* 12 (1), 67-69.
- Srinivasan, S. R., Bao, W., Wattigney, W. A., y Berenson, G. S. (1996). Adolescent overweight is associated with adult overweight and related multiple cardiovascular risk factors: the Bogalusa Heart Study. *Metabolism*, 45(2), 235-240.
- Stamatakis, E., Primatesta, P., Chinn, S., Rona, R., y Falascheti, E. (2005). Overweight and obesity trends from 1974 to 2003 in English children: What is the role of socioeconomic factors? *Arch. Dis. Child*, 90 (10), 999-1004.
- Sterling, P. (2004). Principles of Allostasis: Optimal Design, Predictive Regulation, Pathophysiology and Rational Therapeutics. En *Allostasis, Homeostasis, and the Costs of Physiological Adaptation*, editado por Jay Schulkin, (pp. 7-63). Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.

- Stevens J, Kumanyika, S. K., y Keil, J. E. (1994). Attitudes toward body size and dieting: differences between elderly black and white women. *Am. J. Public Health*. 84(8):1322–1325.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychological bulletin*, 128(5), 825-848.
- Stice, E., Shaw, H. y Marti, C. N. (2007). A meta-analytic review of eating disorder prevention programs: encouraging findings. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 207-231.
- Stichel, H., y Grüters, A. (2001). Thyroid function and obesity in children and adolescents. *Hormone Research in Paediatrics*, 54(1), 14-19.
- St-Onge, M., Keller, K. L., Heymsfield, S. B. (2003). Changes in childhood food consumption patterns: a cause for concern in light of increasing body weights. *Am. J. Clin. Nutr.* 78 (6), 1068–1073.
- Striegel, M. R. H., Wilson, G. T., Wilfley, D. E., Elder, K. A., y Brownwell, K. D. (1998). Binge eating in an obese community sample. *Int J Eat Disord*, 23 (1), 27-37.
- Stroebele, N. y de Castro, J. M. (2004). Television viewing is associated with an increase in meal frequency in humans. *Appetite*, 42 (1), 111–113.
- Stunkard, A. J. (2000). Factores determinantes de la obesidad: opinión actual. In: Peña, M., y Bacallao, J. (Eds) *La obesidad en la pobreza: un nuevo reto para la salud pública* (pp. 27-32). Publicação científica (576). Washington, D.C., EE.UU: OPAS.
- Stunkard, A. J., Fock, T.T., Hrubec, Z. (1986). A twin study of human obesity. *J. Am. Med. Assoc.* 256 (1), 51–54.

- Stunkard, A. J., y Wadden, T. A. (1992). Psychological aspects of severe obesity. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 55(2), 524S-532S.
- Stunkard, A., y Sorenson, T. (1993) Obesity and socio-economic status – a complex relation. *New England Journal of Medicine*, 329 (14), 1036–37.
- Sturm R. (2005). Childhood obesity—what we can learn from existing data on societal trends, part 2. *Prev. Chronic Dis.* (2), A20.
- Sugerman, H. J., Wolfe, L. G., Sica, D. A., y Clore, J. N. (2003). Diabetes and hypertension in severe obesity and effects of gastric bypass-induced weight loss. *Annals of surgery*, 237(6), 751.
- Sui, X., LaMonte, M. J., Laditka, J. N., Hardin, J. W., Chase, N., Hooker, S. P., y Blair S. N. (2007). Cardiorespiratory Fitness and Adiposity as Mortality Predictors in Older Adults. *Journal of the American Medical Association*, 298(21), 2507–2516.
- Sullivan, D. R. (2001). Cardiovascular risk in the Asia-Pacific region from a nutrition and metabolic point of view: visceral obesity. *Asia Pac. J. Clin. Nutr.* 10 8(2), 82–84.
- Summerbell C. D., Waters E., Edmunds L. D., Kelly S., Brown, T., y Campbell, K. J. (2005). Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database Syst Rev* 3. doi: 10.1002/14651858.
- Swinburn, B. A., Caterson, I., Seidell, J. C., y James, W. P. T. (2004). Diet, nutrition and prevention of excess weight gain and obesity. *Public Health Nutr* (1A) 123–46.
- Tartaglia, L. A., Dembski, M., Weng, X., Deng, N., Culpepper, J., Devos, ... Tepper, R. I. (1995). Identification and expression cloning of a leptin receptor, OB-R. *Cell* 83, (7), 1263-1271.

- Taubes, G. (2013). The science of obesity: what do we really know about what makes us fat? *BMJ*, 346(7904), 16-19. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.f1050>.
- Taylor, S. J. y Bogdan, R. (1978). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Thao (2015). Programa Thao-Salud Infantil. Recuperado de <https://programathao.com/>
- Tigertt, W. D. (1983). Noah Biggs, Author, Fl. 1651. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 38(4), 452-455.
- Tivadar, B., y Luthar, B. (2005). Food, ethics, and aesthetics. *Appetite*, 44, 215-233. <http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2004.10.002>.
- Tomasini, M. E. (2010). Escuela y construcción de identidades de género: una aproximación a la masculinización de los varones en edad pre-escolar. *Revista de Psicología*, 19(1), 9-34.
- Tomlinson, M. (2003). Lifestyle and social class. *European Sociological Review*, 19(1), 97-111. doi:10.1093/esr/19.1.97.
- Toro, W. D., y Greenberg, B. S. (1989). Television Commercials and Food Orientations among Teenagers in Puerto Rico. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 11(2), 168-177. <https://doi.org/10.1177/07399863890112006>.
- Touraine, A., y Bixio, A. L. (1994). *Crítica de la modernidad*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Travé, T. D., y Visus, F. S. V. (2005). Obesidad infantil:¿ un problema de educación individual, familiar o social. *Acta Pediatr Esp*, 63, 204-207.
- Trescastro, L. E. M., Bernabeu, M. J., y Galiana, S. M. E. (2013). Nutrición y salud pública: políticas de alimentación escolar en la España contemporánea (1931-1978). *Asclepio*, 65(2). doi:<http://dx.doi.org/10.3989/asclepio.2013.23>.

- Trifiletti, L. B., Shields, W., Bishai, D., McDonald, E., Reynaud, F., y Gielen, A. (2006). Tipping the scales: obese children and child safety seats. *Pediatrics*, 117(4), 1197-1202.
- Troncoso, E., y Tinoco, R. (2001). *Nuestro trabajo de mujeres así tiene que ser*. Chiapas, México: Centro de Investigaciones en Salud AC.
- Trowell H. (1975). Obesity in the Western world. *Plant Foods Man* 1, 157–165.
- Tschop, M., Smiley, D. L., Heiman, M. L. (2000). Ghrelin induces adiposity in rodents. *Nature*, 407(6806), 908-913.
- Tucker, L. A., Friedman, G. M. (1989). Television viewing and obesity in adult males. *Am. J. Public Health* 79 (4), 516–518.
- Tur, A. J., Serra, M. L., Romaguera, D., y Pons, A. (2005). Profile of overweight and obese people in a Mediterranean region. *Obesity Research*, 13 (3), 527–536.
- Uauy R., Albala C. y Kain J. (2001) Obesity Trends in Latin America: Transiting from Underweight to Overweight. *The Journal Nutrition*, 131(3), 8935-8995.
- Ulijaszek, S. J. (2002). Human eating behaviour in an evolutionary ecological context. *Proc. Nutr. Soc*, 61 (4), 517–526.
- Ulijaszek, S. J. (2012). Socio-economic status, form of capital and obesity. *Journal of gastrointestinal cancer*, 43(1), 3-7.
- Uribe, V., y Susana, M. (2010). La minuta del día: Los tiempos de comida de la elite capitalina a principios del siglo XX. *Historia y grafía*, (34), 15-45.
- V. Ramírez, A. (2012). La teoría del conocimiento en investigación científica: una visión actual. *Anales de la Facultad de Medicina*, 70(3), 217-224. doi:<http://dx.doi.org/10.15381/anales.v70i3.943>

- Vague, J. (1956). The degree of masculine differentiation of obesities a factor determining predisposition to diabetes, atherosclerosis, gout, and uric calculous disease. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 4(1), 20-34.
- Valencia, G. A. (2014). Grandes retos de las ciencias sociales contemporáneas. *Revista Colombiana de Sociología*, 37 (1), 157-175.
- Valenzuela, A. (2011). ¿Por qué comemos lo que comemos? *Revista chilena de nutrición*, 38(2), 198-209.
- Valles M. S. (2002). Entrevistas cualitativas. *Cuadernos Metodológicos* 32. Madrid, España: CIS.
- Valverde, M. (1998). *Diseases of the Will: Alcohol and the Dilemmas of Freedom*. Cambridge, United Kingdom: University Press.
- Valverde, P. R., De Los Santos, F. R., y Rodríguez, C. M. (2010). Diferencias de sexo en imagen corporal, control de peso e Índice de Masa Corporal de los adolescentes españoles. *Psicothema*, 22(1), 77-83.
- Van den, B. J., y Van, M. J. (2004). Energy intake associated with television viewing in adolescents, a cross sectional study. *Appetite* 43 (2), 181-84.
- Van Hecke, A. (2003). Movimiento e inmovilidad: Heráclito y Zenón en Monterroso. *Exemplaria* 7, 9-49.
- Van Horn, L. (2005). Liquid Sweets and Candy Treats? Is That All There Is? *Journal of the American Dietetic Association*, 105 (2), 191.
- Van Sluijs, E. M., McMinn, A. M. y Griffin, S. J. (2007). Effectiveness of interventions to promote physical activity in children and adolescents: Systematic review of controlled trials. *British Medical Journal*, 335 (7622), 703.

- Vasconcelos, F. A. G. (2010). The science of nutrition in transit: from nutrition and dietetics to nutrigenomics. *Revista de Nutricao*, 23(6), 935-945. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732010000600001>.
- Vázquez, M. M. (2002) *Carvalho gastronómico. Saber o no saber. Manual imprescindível de la cultura gastronómica española*. Barcelona, España: Ediciones B.
- Vázquez, V. (2004). ¿Cuáles son los problemas psicológicos, sociales y familiares que deben ser considerados en el diagnóstico y tratamiento del paciente obeso? *Rev Endocrinol Nutr*, 4(13), 136-142.
- Velarde, J. E., y Ávila, F. C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud pública de México*, 44(4), 349-361.
- Velásquez, V. V., y Alvarenga, J. C. L. (2001). Psicología y la Obesidad. *Revista de endocrinología y nutrición*, 9(2), 91-96.
- Velez H., Rojas W., Borrero J. y Restrepo J. (1998). *Fundamentos de Medicina: Psiquiatría*. Medellín, Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas.
- Vera, P. S. (2009). Género, clase y gusto alimentario. Una aproximación teórica. *Cuaderno Espaço Feminino*, 19(1), 75-199.
- Vielma, E. V., y Salas, M. L. (2000). Aportes de las teorías de Vygotsky, Piaget, Bandura y Bruner. Paralelismo en sus posiciones en relación con el desarrollo. *Educere*, 3(9), 30-37.
- Villaseñor, S. J., Ontiveros, C., y Cárdenas, K. V. (2006). salud mental y obesidad., *mediagraphic artemisa en línea*, 8 (2), 86-90.
- Vizcaíno, F. M., Aguilar, F. S., Artalejo, F. R., Vizcaíno, V. M., Contreras, M. L. D., y Regidor, R. T. (2002). Prevalencia de la obesidad y mantenimiento del

- estado ponderal tras un seguimiento de 6 años en niños y adolescentes: estudio de Cuenca. *Medicina clínica*, 119(9), 327-330.
- Vojvodic, I. (2009). Cuestionamientos a la cirugía bariátrica. *Revista de Gastroenterología del Perú*, 29(4), 355-361.
- Volkow, N. D., Wang, G. J., y Baler, R. D. (2011). Reward, dopamine and the control of food intake: implications for obesity. *Trends in cognitive sciences*, 15(1), 37-46.
- Volkow, N. D., y Wise, R. A. (2005). How can drug addiction help us understand obesity? *Nature neuroscience*, 8(5), 555-560.
- Wadd, W. (1829). *Comments on corpulency*. London, United Kingdom: Editor John Ebers.
- Wagner, P. (2013). Redefiniciones de la modernidad. *Revista de Sociología*, (28).
- Wahlqvist, M. L. (2001). Nutrition and diabetes in the Asia-Pacific region with reference to cardiovascular disease. *Asia Pac. J. Clin. Nutr.* 10 (2), 90-96.
- Wang, Y., Liang, H., Tussing, L., Braunshweig, C., Cabellero, B., y Flay, B. (2007). Obesity and Related Factors among Low Socio-Economic Status Minority Students in Chicago. *Public Health Nutrition* 10(9), 927-938.
- Wang, Y., y Lobstein, T. I. M. (2006). Worldwide trends in childhood overweight and obesity. *International Journal of Pediatric Obesity*, 1(1), 11-25.
- Wansink, B. (2004). Environmental factors that increase the food intake and consumption volume of unknowing consumers. *Annu. Rev. Nutr.* 24, 455-479.
- Warde, A. and Hetherington, K. (1994) English households and routine food practices, *Sociological Review*, 42 (4), 758-78.

- Warin, M., Turner, K., Moore, V., y Davies, M. (2008). Bodies, mothers and identities: Rethinking obesity and the BMI. *Sociology of Health y Illness*, 30(1), 97-111.
- Weber, M. (1944). *Economía y sociedad*, vol. 4. México: Fondo de Cultura Económica.
- Weber, M. (1991). Postura fenomenológica, hermenéutica y lingüística. En J. M. Mardones, (Comp.), *Filosofía de las ciencias humanas y sociales* (pp. 246-258). Barcelona, España: Anthropos.
- Weber, R. P. (2006). Las notas de la verdad en la hermenéutica nietzscheana. En Weber, R. P (Cord.) *Cuestiones hermenéuticas de Nietzsche a Gadamer*, (pp. 17-28). México: Ítaca.
- Wilkinson, J., Ben, T. D., y Walker, M. (1994). An insight into the personal significance of weight and shape in large Samoan women. *Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord.* 18(9), 602-606.
- Wills, W., Backett-Milburn, K., Roberts, M.-L., y Lawton, J. (2011). The framing of social class distinctions through family food and eating practices. *The Sociological Review*, 59(4), 725-740.
- Wilson, S. G., Adam, G., Langdown, M., Reneland, R., Braun, A., Andrew T., ... Spector, T. D. (2006). Linkage and potential association of obesity-related phenotypes with two genes on chromosome 12q24 in a female dizygous twin cohort. *Eur. J. Hum. Genet*, 14(3), 340-343.
- World Health Organization. (1998). Consultation on obesity. Global prevalence and secular trends in obesity. In WHO (Ed.), *Obesity preventing and managing the global epidemic* (pp. 17-40). Geneva, Switzerland: WHO.

- World Health Organization. (2000). Obesity: preventing and managing the global epidemic. *WHO Tech. Rep. Ser.*, (894). Geneva, Switzerland: WHO.
- World Health Organization. (2004). Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. The Acronym DPAS stands for Diet and Physical Activity Strategy. Geneva, Switzerland: WHO.
- World Health Organization. (2016). Report of the Commission on Ending Childhood Obesity.
- Young, L. R., y Nestle, M. (2002). The contribution of expanding portion sizes to the US obesity epidemic. *Am. J. Public Health* 92 (2), 246–249.
- Zabala, A. P., Pérez, Z. M. E., y Ochoa, E. R. (2014). Obesidad y modo de vida en población gitana. *Inguruak: Soziologia eta zientzia politikoaren euskal aldizkaria= Revista vasca de sociología y ciencia política*, (57-58), 2294-2309.
- Zemel, M. B., Kim, J. H., Woychik, R. P., Michaud, E. J., Kadwell, S. H., Patel, I. R., Wilkinson, W. O. (1995). Agouti regulation of intracellular calcium: role in the insulin resistance of viable yellow mice. *Proc. Natl. Acad. Sci.* 92 (11), 4733–4737.
- Zhang, Y., Proenca, R., Maffei, M., Barone, M., Leopold, L., y Friedman, J.M. (1994). Positional cloning of the mouse obese gene and its human homologue. *Nature* 372, (6505), 425–432.
- Zimmet P. (1992). Challenges in diabetes epidemiology-from West to the rest. *Diabetes Care*, 15 (2), 232-252.
- Zimmet, P., Dowse, G., Serjeantson, S., Finch, C., y King H. (1990). The epidemiology and natural history of NIDDM-lessons from the South Pacific. *DiabetesMetab Rev* (2), 91-124.

