

Título:

Creencias, conocimiento alimenticio y salud: análisis cualitativo en las mujeres mayores de Casablanca

Autores:

M^a Eugenia Gallizo Llorens, Universidad de Zaragoza (1)

Antoni Casasempere Satorres, Cualsoft (2)

Marta Gil Lacruz, Universidad de Zaragoza (3)

Direcciones institucionales de los autores

(1) Departamento de Psicología y Sociología Universidad de Zaragoza. Doctor Cerrada, 1-3 Zaragoza 50.005 / Teléfono: 976 069036 / Correo electrónico:

mariugallizo@gmail.com.

(2) Apartado de Correos, 275. 03801 Alcoi, España.

(3) Departamento de Psicología y Sociología Universidad de Zaragoza. Doctor Cerrada, 1-3 Zaragoza 50.005

Mesa 4: Salud y alimentación. I Congreso Español de Sociología de la Alimentación, Gijón (La Laboral), 28-29 de mayo de 2009**Resumen:**

La información sobre la alimentación, como determinante social de la salud, es esencial para alcanzar el bienestar comunitario. Los mensajes informativos que recibimos contribuyen a formar nuestro conocimiento sobre la alimentación y la información se establece como una estrategia para promocionar una buena dieta, cumpliendo un rol fundamental en la promoción de la salud. Por lo tanto, en el éxito de la intervención deben tenerse en cuenta cuestiones relativas a los conocimientos y creencias sobre lo alimenticio así como sobre las fuentes y canales de información. En un estudio de corte cualitativo realizado entre mujeres mayores de 65 años del barrio zaragozano de Casablanca, se obtuvo como resultado que el colectivo analizado recurre con frecuencia al bagaje cultural y la tradición para conformar sus creencias sobre alimentación, aunque también se percibe una fuerte influencia de la publicidad. Por otra parte, en la relación salud-alimentación, el médico es la entidad de referencia. Estas vías

informativas deberán ser tenidas en cuenta en la conformación de estrategias de promoción de la salud en colectivos con características similares.

1. Introducción

En la denominada sociedad de la información y el conocimiento, la población ha asistido a la multiplicación de los canales a través de los cuales se distribuyen los mensajes informativos, así como a la recepción de información procedente de numerosas fuentes, con diferentes intenciones y de diverso contenido.

En este marco caracterizado por la profusión informativa navegan también los mensajes de carácter alimentario. De hecho, los alimentos, la alimentación y la cocina forman parte sobresaliente de los discursos que circulan en la sociedad, impulsados por diferentes agentes (administraciones públicas, industria agroalimentaria, entidades sanitarias), con distintas motivaciones y objetivos (motivar al consumo, mejorar la salud del consumidor) y difundidos por distintos canales de circulación de la información (divulgación informativa, revistas especializadas, medios generalistas).

En este sentido, Gracia (1996:184), basándose en un estudio realizado a partir de una muestra representativa de anuncios desde los años 60 a los 90, enumera hasta seis discursos predominantes en la publicidad alimentaria española: tradición/identidad, médico-nutricional, estético, hedonista, progreso-modernidad, exótico y de la diferencia, que se corresponderían con los analizados por Espeitx (2002:1), quien apunta la confluencia de los discursos médico-sanitarios, estéticos, gastronómicos, ético-morales, económico-políticos, ambientalistas, identitarios, tradicionalistas, etc. (Espeitx, 2002:1).

Dicha concurrencia se produce en un contexto en el que la decisión sobre lo que comemos se hace cada vez más difícil: ante la profusión de mensajes y el entorno informativo de la nutrición la decisión se complica porque se van a confundir unos discursos con otros, provocando la confusión del público. Un agente alimentario, por ejemplo, la industria alimentaria, salta al terreno de las motivaciones y objetivos de otro (informar sobre salud),

apareciendo dicho agente como difusor de consejos nutricionales que, por otra parte, favorecen las ventas de su producto (Ej. Actimel).

Dicha cacofonía dietética (Fischler, 1995:373) complica aún más si cabe no sólo la elección sobre los alimentos sino el propio conocimiento sobre alimentación que determinará nuestro comportamiento ante lo que comemos. De esta manera, los mensajes informativos que recibimos habitualmente contribuyen a formar nuestro conocimiento sobre la alimentación, influyendo sobre nuestra actitud ante lo que comemos y, por lo tanto, sobre nuestra salud. Castillo, León, y Naranjo (2001:346) entienden que los mitos sobre alimentación condicionan los hábitos nutricionales de muchas personas y pueden influir de forma decisiva en su salud.

En sentido positivo, la información que se recibe sobre alimentación se configura como una estrategia para promocionar una buena dieta y, por lo tanto, cumple un rol fundamental en la promoción de la salud comunitaria.

Un informe elaborado para la Comisión Europea asegura que existe un volumen creciente de evidencia que indica que la promoción de la salud en materia de nutrición conduce a ganancias de salud a un coste mucho más bajo que el tratamiento médico de cualquiera de los grupos de alto riesgo (IUHP, 1999:83). Por esta razón, las administraciones públicas están apostando por la difusión de información relacionada con la mejora de una dieta que, por otra parte, está experimentando modificaciones derivadas de diversos determinantes sociales (tendencias de la producción agroalimentaria; mejora del nivel de vida; incorporación femenina al mundo laboral; cambio en la estructura de la familia, etc.).

Sin embargo, para que dicha promoción sea eficaz es preciso analizar diversas cuestiones como cuáles son los canales de difusión de la información; la calidad y cantidad de los mensajes o las condiciones psicosociales en las que el colectivo diana recibe la información. El análisis de estas cuestiones se coloca en el centro de la investigación sobre la eficacia de las intervenciones comunitarias para la consecución de estilos de vida saludables. De hecho, la promoción de dichos estilos de vida debería realizarse a partir del diseño de programas adaptados a las características de la población objetivo (Pastor, Balaguer y García-Merita, 1999:89).

Es necesario tener en cuenta que en las decisiones sobre lo que comemos intervienen no sólo las campañas públicas (por ejemplo NAOS) o los mensajes surgidos en los medios de comunicación (a través de programas como Saber vivir o las páginas de salud de un periódico), sino que determinantes sociales como la clase social, la nacionalidad o la raza, las redes sociales, o el barrio en el que vivimos tienen una gran influencia (Viswanath y Bond, 2007:20). Además, los conocimientos basados en la práctica generan asociaciones entre los alimentos y sus efectos, conformando unas creencias que darán lugar a comportamientos y actitudes frente a la alimentación (Bulbena, 2004).

De esta manera, es necesario considerar que lo que la gente compra y come depende no sólo de factores individuales, sino también de determinantes sociales, culturales, económicos y medioambientales, (Vaandrager y Koelen, 1997: 1980). Por esta razón, la elaboración de estrategias adecuadas de promoción de la salud alimentaria dependerá no sólo del conocimiento de esos factores individuales (cómo cada individuo recibe la información), sino también de los sociales (qué mensajes se difunden, de qué manera y en qué entorno).

Asimismo, Serra (2000:209) considera la importancia de que los mensajes nutricionales propuestos sean realizables y puedan ser aceptados por la población (es más fácil sustituir, por ejemplo, el consumo de una grasa por otra, como el aceite de oliva por el de girasol, que incrementar o reducir el consumo de algún alimento, como introducir las frutas y hortalizas en una dieta que habitualmente no las contemplaba).

2. Objetivo

El objetivo de la presente investigación es analizar, en una comunidad de referencia de mujeres mayores de 65 años, qué canales de información influyen en la configuración de las creencias sobre alimentación en relación con la salud y qué reflejo tiene el conocimiento sobre el comportamiento alimentario.

3. Metodología

Para el desarrollo de la presente investigación se ha optado por la implementación de los métodos cualitativos de investigación, debido a que esta metodología constituye una de las formas más pertinentes de recoger información sobre situaciones complejas o sobre las que se quiere profundizar en diferentes niveles de análisis, como es el caso del estudio que nos compete: explorar el grado de información y conocimiento de la población de análisis al respecto de la alimentación, observar sus discursos relativos a esta materia, descubrir de qué canales se nutren para incrementar sus conocimientos y observar de qué manera dichos conocimientos se reflejan sobre el comportamiento nutricional.

Para obtener dicha información se ha desarrollado la técnica de investigación cualitativa conocida como grupos focales, que tratan de extraer aquella información que surge por la propia interacción entre sus componentes, caracterizados por poseer unas pautas comunes (conocimiento sobre una cuestión, similar situación laboral, similar grupo demográfico, etc).

Morgan (1997) define dichos grupos de trabajo como la utilización explícita de la interacción grupal para producir datos que serían de más difícil acceso sin la interacción que se produce en un grupo. En este sentido, el grupo se convierte en la herramienta cuyo fin estriba en captar los aspectos valorativos y simbólicos que subyacen en el discurso que un grupo determinado reproduce en relación a un tema o temas propuestos por la persona investigadora (Canales y Peinado, 1994:288).

El mérito de esta metodología es que, frente a los temas que suscita el moderador, se producen dinámicas en las que los participantes se potencian mutuamente, se generan diferencias y discusiones, se buscan alternativas, se producen retroalimentaciones entre las personas, etc., situaciones que no se producen cuando la entrevista es individual o cuando, simplemente, se contesta un cuestionario de preguntas cerradas.

3.1 Universo de estudio

En los procesos de aprehensión de la información y de conformación del conocimiento sobre alimentación y salud intervienen diversas variables no únicamente de carácter individual, sino

fundamentalmente sociales. Por esta razón, la selección del universo donde se iba a llevar a cabo la investigación resultaba una cuestión importante. En este sentido, el barrio zaragozano de Casablanca presenta la heterogeneidad social, demográfica y económica que precisaba la investigación, encontrándose diferencias poblacionales sustanciales en cuanto a la edad, el lugar de nacimiento, el nivel educativo y los ingresos económicos de sus habitantes.

El padrón poblacional refleja una distribución de vecinos (3.136) y vecinas (3.378) similar a la que encontramos en Zaragoza. Sin embargo, dos tendencias diferencian nuestra comunidad del resto de la ciudad: la relativa juventud del barrio en relación a la ciudad (en Casablanca la población menor de 30 años constituye el 43,59% del barrio, mientras que en Zaragoza sólo encontramos un 40,67%) y el elevado porcentaje de personas que residen en Casablanca y han nacido en otra comunidad autónoma (el 25,11% de la población procede de Andalucía y Extremadura).

3.2. Composición de los grupos

Ibáñez (1989) compara un grupo de discusión o un grupo focal con una historia representada en la que hay que analizar, por un lado, el escenario (los personajes y sus relaciones) y, por otro, la escena (la actuación de los personajes en la obra). Los personajes serían el preceptor o moderador, los miembros del grupo y el propio grupo y entre ellos se producirían relaciones asimétricas (de transferencia y comunicación) y simétricas (de fusión).

Para que estas relaciones se produzcan es preciso seleccionar de manera adecuada el número de componentes. Ibáñez recomienda un número entre 5 y 10 participantes. Un número mayor provocaría un exceso de los canales de comunicación, que crecen en razón geométrica con respecto al número de elementos, lo que dificultaría la comunicación; menos de cinco es un número insuficiente para saturar las relaciones que deben establecerse.

Además, hay que tener en cuenta la homogeneidad que debe haber dentro del grupo, cuyos componentes tienen que presentar características comunes. En la investigación que nos compete, se tuvieron en cuenta tres aspectos que intervienen en el conocimiento e información que se puede llegar a tener del fenómeno alimentario (además del género, ya que

el cien por cien de las participantes fueron mujeres): la edad; la composición del hogar y su situación laboral. Finalmente, se estableció un número de 4 grupos, a los que se sumó un grupo piloto inicial.

Edad	Formas de convivencia	Situación laboral
Mayores de 65 años	Sola independiente	No trabaja
	En residencia	No trabaja
	En pareja	No trabaja
	Con familia extensa	No trabaja

3.3. Perfil de las participantes

Participaron 27 mujeres (más 7 del grupo adicional piloto), con una edad promedio de 71 años. La muestra presenta una desviación típica elevada (8,6 años). El 26,5 % de las entrevistadas vive habitualmente en una residencia, realizando todas las comidas en la misma. Del 73,5% restante, la mitad reside con una persona más (seguramente su pareja). Sólo cuatro de las mujeres encuestadas (11,8%) reside sola y constituye una unidad familiar independiente.

Una de cada tres vecinas entrevistadas tiene un nivel primario de estudios. Tres señoras no han estudiado y el mismo número ha alcanzado un grado académico universitario. La homogeneidad del nivel de estudios no se refleja en el nivel de ingresos familiar. En este observamos que un 42,1% gana de 600 a 900 euros al mes y que sólo un 5,3% ingresa más de 1.500 euros al mes. Además, un 10,5% recibe entre 450 y 600 euros al mes y un 26,3 de 900 a 1.200 euros al mes. Sin embargo hay que precisar que un 44,1% no contestó a la pregunta.

3.4. Instrumento

Se elaboró un guión atendiendo a las principales cuestiones de interés para el estudio: cambios históricos de la alimentación, alimentación ideal, preocupación por la alimentación,

alimentación y salud (dietas), alimentación y género, globalización mundial de la alimentación, mejora de los estilos de vida y mejora de la alimentación.

3.5. Metodología de análisis de la información

El análisis de la información se realizó mediante un proceso de codificación y categorización que incluyó diversas etapas:

Pre-análisis, en la que se organizó el material a analizar, y se diseñaron y definieron los ejes del plan que nos permiten examinar los datos y realizar efectivamente el AC.

Codificación, proceso a través del cual se transformaron los “datos brutos” (el corpus textual conformado por las transcripciones de los grupos) en “datos útiles”. Para ello se segmentó el texto, es decir, se establecieron las unidades de registro y se catalogaron los elementos.

Categorización: mediante la organización de las unidades obtenidas en base a criterios de diferenciación. Este proceso se continuó con la recuperación de las citas concurrentes y la representación gráfica de los resultados.

Interpretación: la última fase fue la interpretativa o inferencial, que supuso el salto a las realidades subyacentes que determinaron la producción de los datos.

4. Resultados

4.1 Creencias alimenticias y salud

La confusión creada respecto a la multiplicidad de mensajes se manifiesta en el análisis de los grupos de discusión, donde se han observado hasta siete tipos de discurso relacionados con la alimentación, correspondiéndose con los analizados por Espeitx (2002) y Gracia (1996). En este sentido, en la presente investigación se detectan el médico-sanitario; el estético-

hedonista; el gastronómico; el identitario-sentimental; el económico-político; el tradicionalista y el natural/artificial.

Lo significativo en este caso son las relaciones, y en algunos casos identificaciones, que se producen entre los diferentes discursos, ya que algunos, aparecen, en bastantes ocasiones, de la mano. De esta manera, lo natural se identifica con lo tradicional, que, a su vez, se confunde con lo saludable, presentando un tridente entre tradición-naturalidad-salud, que es difícil de separar para muchas de las participantes en los grupos de discusión.

“Yo creo que donde esté un buen vaso de leche normal, el que se la pueda tomar que se la tome y donde está natural, también, luego que ya tenga uno sus limitaciones. Pero luego respecto a muchas cosas que nos dicen es más publicidad, y que si galletas de una forma, que si galletas de otra, pero déjame...” P 3: Primer Grupo de discusión (421:421)

Es destacable la importancia del discurso salud. De hecho, en el estudio de carácter cualitativo, la primera categoría que surgía al iniciar el análisis mediante los memos analíticos fue la relativa a las creencias que los sujetos de estudio tienen sobre la relación entre alimentación y salud (más de 30 citas y más de diez relaciones con otras categorías del estudio apoyan esta categoría).

Por otra parte, las participantes en los grupos de discusión identificaron como alimentos que formaban parte de una dieta ideal las legumbres, las frutas, los productos lácteos, la carne (con un consumo limitado) y el pescado, así como el aceite de oliva. Respecto a los procedimientos, se incluyen las sopas y cocidos, las ensaladas y verduras hervidas, el asado y la parrilla, y se deja de lado un procedimiento como freír, identificado como poco saludable, aunque más apreciado por el sabor que los anteriores.

4.2. Fuentes de información alimenticia

También es significativa la relación que se establece entre los dos tipos de conocimiento identificados en los textos (del mundo alimentario y nutricional) y los canales de información utilizados para generar dicho conocimiento. En este punto, es necesario señalar que la concurrencia no se establece de manera explícita, es decir, las participantes no relacionan su conocimiento con el proceso de informarse o de recurrir a una fuente. Sólo en cinco

referencias en la totalidad del corpus concurren el conocimiento del mundo alimentario y alguno de los canales (medios, etiquetas, familiares, instituciones o publicidad) y únicamente en dos el conocimiento nutricional se muestra en relación con los canales de información.

Al respecto, se observa que los sujetos suelen recurrir al bagaje popular, a la tradición o a lo que “han leído” para formar sus creencias sobre salud alimentaria. Asimismo, es destacable el papel que cumple la publicidad difundida en los medios de comunicación como opción poco fiable al ser difusores de mensajes que “confunden”, “engañan” o “informan y aconsejan” de manera contradictoria, mientras que determinados programas radiofónicos o televisivos se ubican en la referencia de la salud alimentaria.

Aún así, el médico de cabecera del Centro de Salud, así como el Sistema de Salud en general, aparecen como las entidades que aportan mayor credibilidad para los sujetos de estudio, bien por las consultas privadas, bien por las diversas campañas específicas difundidas.

Fuera de esta institucionalización del conocimiento sobre la salud alimentaria, se aprecia una confusión en el consumidor estudiado, derivado de la multiplicidad de mensajes que recibe y una preocupación por las familias en las siguientes generaciones, donde nadie asume el papel de educador en esta materia, un papel que antes estaba reservado a la mujer. De esta manera, se focaliza la responsabilidad de la educación alimentaria en la madre, que ahora está inmersa en la vida laboral y ha desplazado sus intereses a otros ámbitos.

4.3. Comportamiento alimenticio

Un último punto analizado es la repercusión del conocimiento alimentario sobre el comportamiento de los consumidores. Al respecto, según se desprende del análisis, los sujetos no atienden a la razón del beneficio saludable, incurriendo en el consumo-preparación de alimentos menos saludables. En este sentido, son abundantes las citas en las que las participantes manifiestan conocer la alimentación saludable pero a pesar de ello “caen en la tentación” de no seguir o aplicar este conocimiento.

4.5. Diferenciación

Por otra parte, en el análisis de contenido se han detectado diferencias en cuanto a los discursos alimentarios, los tipos de conocimiento y los canales de información dependiendo del número de miembros en el hogar, es decir, entre los cuatro grupos llevados a cabo.

De esta manera, aunque el discurso médico-sanitario es el más recurrente en los cuatro grupos, se detecta que las cuestiones relacionadas con la salud están más presentes en el primer grupo, correspondiente a mujeres mayores de 65 años que viven solas, mientras que las referencias a la tradición y la comida de antes están más presentes en el segundo y tercer grupos (mujeres en pareja o con más miembros en el hogar) y el sentimiento de gusto/disgusto con la comida es lo que más preocupa a las mujeres que viven en la residencia, a quienes les interesa, fundamentalmente, recuperar el placer y disfrute por los alimentos que tenían cuando vivían en sus casas.

“Pues yo creo, chica, que con fuerza de voluntad, porque conocer, yo creo que todas conocemos quién mas, quien menos lo que nos conviene para nuestra salud, lo que pasa es que algunas lo hacemos, y otras como yo no lo hago”. P 3: **Primer Grupo de discusión (697:697)**

“Es que el tomate de ahora no se puede comparar con el de antes, porque ahora está de duro, que parece madera y antes era un tomate, que era buenísimo el de antes”. P 5: **Segundo Grupo de discusión (258:262)**

“Aquí lo que pasa es que somos muchos y es muy difícil dar gusto a todos. Si en una casa es muy difícil dar gusto a la familia porque el uno no puede comer de esto, el otro no me gusta, el otro otra cosa, ¿verdad? El estómago, ya somos mayores, hay cosas que no pueden llegar, pero hay cosas que te gustan más que otras, si te gusta más lo comes y si no lo dejas. Las cosas como trituradas y guisadas en casa, pues no, hay cosas que las hacen mejor, pero otras te las comerías mejor si las hicieras tú en casa, pero... eso no puede ser”. P 7: **Cuarto Grupo de discusión (82:82)**

Nº Citas asociadas a cada discurso

Tipo de discurso	Primer grupo	Segundo grupo	Tercer grupo	Cuarto grupo	Total
Económico-político	6	1	13	1	21
Estético-hedonista	9	8	6	11	34
Identitario-sentimental	6	5	3	2	16

Médico-sanitario	36	17	19	15	86
Natural/Artificial	16	7	5	2	31
Tradicionalista	11	20	11	11	53

Por otra parte, las diferencias existentes entre los grupos se han observado también en los tipos y grado de conocimiento referente a la alimentación. De esta manera, el primer grupo, que se corresponde con las mujeres que viven solas, mostraba un mayor conocimiento tanto respecto al mundo alimentario, es decir, a las cuestiones que rodean el universo de la alimentación (tipos de comida, gastronomía, restauración, actualidad), como en aquellos aspectos relacionados con la salud (conocimiento nutricional).

“Y luego te ponen en una letrita apenas: importado Chile. Y pimientos de piquillo, de Navarra y luego en una letrita de Chile y te quedas chapada. Y no me digas las nueces también, las californianas, a la de las españolas, sí, son rinconeras, les cuesta un poco, ¡pero que sabor tienen hija!!!, más exquisitas las nueces”. P 3: Primer Grupo de discusión (472:472)

“Ni cantidades, pero necesitamos legumbres, necesitamos verduras, necesitamos leche, frutas”. P 3: Primer Grupo de discusión (302:302)

En este sentido, hay que matizar que las cinco mujeres que participaron en este grupo eran las que presentaban un mayor interés por la participación social, reconociendo su asistencia a cursos, charlas y jornadas organizadas tanto en el centro cívico del barrio como en otros.

6. Conclusiones

De la investigación realizada en el barrio de Casablanca puede inferirse que el conocimiento sobre la relación existente entre alimentación y salud no se deriva de la información obtenida sobre teorías nutricionales, sino de las percepciones o creencias difundidas entre este colectivo generacional (ausencia de concurrencia entre conocimiento y canales de información, por ejemplo) y que el conocimiento sobre la alimentación saludable no se corresponde con un comportamiento en la misma línea.

De esta manera, las diferencias existentes respecto a la edad en el terreno de la alimentación no se quedan sólo en los conocimientos, sino en cómo adaptan sus conocimientos, creencias y percepciones a la configuración de su dieta. El estudio "Hábitos alimenticios de los españoles", presentado por el Foro Interalimentario en 2008, mostró que, a la hora de decidir lo que comen, un gran porcentaje de jubilados da mayor peso a lo que "le conviene para una dieta adecuada" (43%), frente a lo que les apetece o les gusta (28,4%). Sin embargo, analizando la media global, la tendencia es la contraria, la mayoría se guía más por el placer que por la salud (el 35% de la población encuestada así lo declara). Además, parecen ser conscientes de ello: son los más satisfechos con lo que comen, alcanzando el 88% el porcentaje de los que piensan que su dieta es buena o muy buena, aunque creen que deberían comer, por este orden más fruta y verdura, pescado, carne y pasta/arroz/patatas.

Por otra parte, un estudio paneuropeo (Euronut SÉNECA Study on Nutrition and the Elderly, 1991) demostró que la tercera edad no define la dieta saludable en función de la teoría nutricional, sino que se adapta a lo que denomina "comidas apropiadas", de manera que, en su forma de alimentarse intervendrían cuestiones como los aspectos sensoriales de los alimentos y los situacionales (Contreras y Gracia, 2005:302).

Estas concepciones quedarían lejos de la teoría del omnívoro pensante que todo lo calcula para hacer su elección alimentaria (Fischler, 1995:373), ya que las bases de la selección de la tercera edad parecen tener otros sustentos ajenos a la modernidad alimentaria. De hecho, entre este colectivo no parecería existir la gastro-anomia difundida por Fischler, quien investigó, fundamentalmente, la sociedad francesa.

Herrera (2005:127) asegura que, en el ámbito español, puede constatarse la permanencia de cierta norma sobre cómo debe comerse, existiendo una serie de factores sociales que siguen haciendo de la alimentación una actividad fuertemente pautada por criterios culturales. Es decir, disponemos de todo un conjunto de pautas, con una fuerte función normativa, desde las cuales se juzga el qué, cómo, cuándo comer, en definitiva el saber comer.

Esta base cultural sirve o debería servir para contrarrestar la confusión creada por el ataque informativo en materia de salud alimentaria, aunque al parecer, las mujeres mayores prefieren

recurrir a las instituciones de salud para resolver sus dudas nutricionales ya que dicho bagaje cultural parece desmoronarse ante sus ojos ante “lo que están diciendo ahora”.

En este sentido, la elaboración de estrategias comunitarias que enmarquen tanto las pautas establecidas culturalmente como la credibilidad reportada a las instituciones sanitarias parecen ser las mejores vías para abordar las políticas de educación para la salud alimentaria entre la población de estudio.

En este sentido, Serra (2000:210) insiste en que los instrumentos para mejorar la alimentación de una población comprenden acciones sobre los conocimientos y el consumo de alimentos más sanos por parte de los individuos, sobre la calidad de los alimentos y los servicios de restauración y, por último sobre la disponibilidad y/o producción de alimentos. Es decir, que una estrategia de promoción de la alimentación saludable debería integrar a todos los sectores y escenarios de la cadena alimentaria.

Así, habría que analizar de qué manera dicha población aprehende los mensajes lanzados desde las administraciones y los transforma en prácticas alimentarias, observando diferencias en cuanto al nivel educativo, situación económica y estilos de vida (p.e participación social). Asimismo, habría que tener en cuenta que, desde las primeras experiencias en materia de promoción de la alimentación saludable, se reconoció que el enfoque de la salud pública desde la prevención de la enfermedad no debería centrarse exclusivamente en la educación sobre la conducta de riesgo y el desarrollo de habilidades conductuales, sino que debería incorporar medidas relativas al entorno, además de la adecuada comprensión de las barreras que impiden el cambio dietético (IUHP, 1999:86).

Por esta razón, en la historia de la intervención en esta materia, se han ido incorporando actores como los restaurantes, los supermercados, los lugares de trabajo, los centros de enseñanza, los gobiernos locales y la industria alimentaria, estableciendo que sólo programas integrados (en los que la actuación va más allá del lanzamiento de mensajes informativos) pueden conducir a una mejora de la dieta.

7. Bibliografía

Bulbena, A. (2004). *Saber popular i alimentació*: Pórtic, Barcelona.

Castillo, M.D.; León, MTL. y Naranjo, JAN. (2001). Creencias erróneas sobre alimentación. *Medicina general*, 33, 346-350.

Canales y Peinado (1994). Grupos de discusión. En JM. Delgado y J. Gutierrez (Coord.), *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*: Síntesis, Madrid.

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

Espeitx, E. (2002). *Alimentos, alimentación y cocina. Su papel como eje o pretexto en discursos contrastados y ajenos*. Barcelona: Actas del IX Congreso de Antropología de la Federación de Asociaciones de Antropología del Estado Español.

Fischler, C. (1995). *El (h)omnívoro. El gusto, la cocina y el cuerpo*: Anagrama, Madrid.

Foro Interalimentario (2008). *Nuestros mayores dan ejemplo en materia alimentaria*. Nota de prensa sobre el estudio "Hábitos alimenticios de los españoles".

Gracia, M. (1996). *Paradojas de la alimentación contemporánea*: Icaria, Barcelona.

Herrera, P. (2005). ¿Y qué pongo hoy para comer? Pautas de socialización alimentaria y aprendizajes culinarios. En C. Díaz (coord.) *¿Cómo comemos? Cambios en los comportamientos alimentarios de los españoles*, pp. 107-128: Editorial Fundamentos, Madrid.

International Union for Health promotion and Education (1999). *The evidence of health promotion effectiveness. Shaping public health in a new Europe*: EC, Brussels.

Morgan, DL. (1997). *The focus group guidebook*: Sage Publications, Thousands Oaks, CA.

Pastor, Y., Balaguer, I. y García-Merita, M. (1999). *Estilo de vida y salud*: Albatros, Valencia.

Serra, LL. (2000). Hacia una alimentación saludable. En Colomer, C. y Álvarez, C. (Coord.). *Promoción de la salud y cambio social*: Elsevier, Mason.

Vaandrager, H.W. y Koelen, M.A. (1997). Consumer involvement in nutritional issues: the role of information. *American Journal of Clinical Nutrition*, 65 (suppl), 1980S-4S.

Viswanath, K. y Bond, K. (2007). Social determinants and nutrition: reflections on the role of communication. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 39, 2, 20-24.