

Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea

Facultad de Ciencias Sociales y de la Comunicación

Departamento de Periodismo II

eman ta zabal zazu



Universidad
del País Vasco

Euskal Herriko
Unibertsitatea

PERIODISMO Y ALIMENTACION

Influencia de los medios de comunicación en la elección de alimentos y en los hábitos de consumo alimentario

TESIS DOCTORAL

Javier Aranceta Bartrina

Dirección

Profa. Dra. Dña. M^a Teresa Santos Diez

Leioa, 2015

"No intentes ser un ser humano de éxito. Intenta ser una persona de valor."

Albert Einstein. Premio Nobel de Física. (1879-1955)

Agradecimientos

Dedicatoria

A la Profesora M. Teresa Santos Díez por su apoyo y amabilidad en todo el largo proceso de la Suficiencia Investigadora y proyecto de Tesis. Para mí, en algunos momentos, una referencia en el recuerdo de mi querido amigo y compañero D. Fermín Santos†.

A los profesores de la Facultad de Periodismo de la UPV-EHU con los que he podido compartir una nueva dimensión del conocimiento y la investigación.

A la Dra. Carmen Pérez-Rodrigo por su generosa colaboración en el proceso investigador y en la corrección de los textos.

A todas las personas y entidades implicadas en el Estudio ENPE (Fundación Eroski, SENC, Sprim, Sigma-2...)

Al recuerdo de Julián Aranceta Juaristi† y Eugenio Ramos Caverot†

A Ramonita, mi madre.

A mis amigos, allegados y colegas de profesión por su afecto y amistad de tantos años.

A Ayala López de Aberasturi Ibañez de Garayo por su apoyo familiar.

A algunos de mis viejos profesores y amigos: Gabriel Astobiza Hendaya†, Rafael del Castillo y Goya†, Vicente Ferrándiz Santiveri, Gerard Debry, Flaminio Fidanza†, Alfonso Delgado Rubio, Lluís Serra Majem, Santiago Grisolia, Francisco Grande Covian†, Gregorio Varela Mosquera†, Javier Saenz de Buruaga Renovales†, Juan Gondra Rezola, Isabel García Jalón, Mercedes Muñoz Hornillos, José Mataix Verdú†, Juan de Loxa, Adrian Celaya Ibarra†, Aniceto Freijo Poveda†, José Jiménez Conesa† y a tantos otros que guardo en mi corazón.

A mi querida esposa Yolanda y a mi hijo Javier, por sus cuidados y trayectoria vital.

"El único sitio donde el éxito viene antes que el trabajo es en el diccionario"

Vidal Sassoon. Estilista inglés (1928-2012)

"Si hallas un camino sin obstáculos, desconfía. Lo probable es que no conduce a ninguna parte." Constancio Vigil. Escritor uruguayo (1876-1954)

Propósito

Teofrasto Renaudot, periodista y médico francés (1586-1653) tiene entre otros privilegios el de ser la primera referencia en utilizar una publicación como herramienta terapéutica para sus pacientes. Renaudot a través de la publicación *"Nouvelles a la main"* distraía intencionadamente a sus enfermos y les informaba de la ubicación de los recursos de beneficencia para cubrir sus necesidades¹. Médico de Luis XIII y protegido de Richelieu, fundó años más tarde el primer periódico de información científica y noticiero oficial: *La Gazette*, cuyo primer número aparece en París el 30 de mayo de 1631. En el año 1641 se comenzó a editar su réplica en Barcelona de la mano de Jaume Romeu, con la denominación de *La Gazeta*, y en cuyas páginas informaba de las distintas reuniones científicas celebradas en su propia casa².

El trabajo que hemos elaborado pretende realizar una revisión operativa del conocimiento en materia de información en temas de alimentación y salud en un periodo que abarca desde 1970 hasta la actualidad. Una tentativa planteada desde el punto de vista del periodismo de salud como desde el punto de vista de la configuración de los hábitos alimentarios, sus factores determinantes y repercusiones para la salud.

Estamos convencidos de que los medios de comunicación tienen un elevado poder de penetración en todas las capas de la sociedad y que su información es capaz de impactar también en la cesta de la compra y en la conducta alimentaria de la población. En mayor o menor medida, todos hemos interiorizado conocimientos relacionados con la salud y la alimentación a través de los medios de comunicación (prensa, radio, televisión, internet y nuevas

¹ Carpentier, A (2003). *Los pasos recobrados*, Caracas, Venezuela, Biblioteca Ayacucho, p.325.

² Gil, R (1993). *Periodismo, historia y teoría*. Barcelona, Editorial Clie, pp. 48

tecnologías). Pensamos que parte de nuestra alfabetización en salud proviene de los medios.

En este proyecto incorporamos un amplio bloque de investigación a partir de un estudio poblacional realizado en las distintas Comunidades Autónomas sobre una muestra representativa de la población española³. Este bloque cuantitativo más estructurado lo hemos complementado con un apartado cualitativo donde las respuestas permiten centrar algunas cuestiones de interés de una manera más cercana.

Los resultados y las conclusiones deberían ser de utilidad para aportar evidencia sobre el impacto colaborativo de los medios de comunicación en los hábitos alimentarios y en la salud de la población. En este contexto, resaltar la importancia de mejorar la calidad de la información aportada como una herramienta importante y complementaria de la alfabetización y el empoderamiento de la población en materia de alimentación y salud.

³ Estudio sobre hábitos alimentarios y estado nutricional de la población española (estudio ENPE) impulsado por la Fundación Eroski en colaboración con la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC) y con la participación de SPRIM y Sigma-2. Investigador principal: Javier Aranceta Bartrina

Índice de contenidos

Página

Índice de tablas	13
Índice de ilustraciones y figuras	17
Abreviaturas	21
Primera parte: Aspectos conceptuales	23
1. Introducción	25
2. Hábitos alimentarios y preferencias alimentarias	31
2.1. El desarrollo de las preferencias alimentarias.....	33
2.1.1. Preferencias innatas	35
2.2. Factores condicionantes relacionados con los sabores	36
2.3. Asociaciones inter-sensoriales.....	38
2.4. Temperatura	42
2.5. La neofobia alimentaria.....	43
3. Los hábitos alimentarios: factores determinantes	45
3.1. Factores que influyen en la disponibilidad de alimentos	45
3.2. Factores que influyen en la elección de alimentos.....	47
4. Influencia de las religiones en el modelo alimentario	55
4.1 Cristianismo Ortodoxo Oriental	59
4.2 Iglesia Católica Romana	61
4.3 Protestantismo	62
4.4 Judaísmo.....	62
4.5 Islamismo.....	64
4.6 Hinduismo	65
4.7 Budismo.....	66
4.8 Religiones Africanas.....	67
5. Factores económicos, factores individuales y hábitos alimentarios	69
5.1 Factores económicos	69
5.2 Factores individuales.....	73
5.2.1 Factores psicológicos y afectivos	73
5.2.2 Factores educativos	75

5.2.3	Socialización.....	75
5.2.4	Preferencias y aversiones.....	76
5.3	Influencia de los medios de comunicación social	76
5.4	Importancia de los estudios sobre determinantes del consumo alimentario.....	77
6.	Alimentación, nutrición y salud	79
7.	Fuentes de información sobre consumo alimentario	87
8.	Medios de comunicación e información alimentaria. Informe Quiral.....	95
8.1	El periodista sanitario o informador de salud	101
8.2	La figura del Periodista Sanitario en España.....	102
8.3	Calidad de las informaciones de salud	104
9.	Comunicación y alfabetización en alimentación y salud.....	105
9.1	Papel de los medios de comunicación en la alfabetización en alimentación.....	108
9.2	La comunicación y los agentes de salud	109
9.3	A quien alfabetizar en alimentación.....	112
9.4	Instrumentos de medida de la alfabetización en salud	114
9.5	Comunicación e intervención nutricional.....	116
10.	Modelos de intervención nutricional. Cambios en las conductas de salud.....	119
10.1	Modelos y teorías del cambio en conductas de salud.....	122
10.1.1	Modelos explicativos del proceso de socialización de los estilos de vida saludables:	122
10.1.2	Teoría ecológica del desarrollo.....	123
10.1.3	Teoría del aprendizaje social	124
10.1.4	Teorías de la expectativa-valor	125
10.1.5	Modelos basados en la autorregulación del comportamiento	126
10.2	Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud	129
10.2.1	Afectos y cogniciones específicos de la conducta.....	129
10.2.2	Experiencias previas con la conducta de salud y características individuales.	129
10.2.3	Antecedentes de la acción.....	129
10.2.4	Teoría de la conducta problema	130
10.2.5	Modelo de las 7 esferas	130
10.3	Medios de comunicación y promoción de la salud	136

11 Salud, Alimentación y Divulgación Científica	139
11.1 La ciencia en los medios de comunicación.....	140
11.2 Científicos	144
11.2.1 Ciencia y sociedad.....	145
11.3 Divulgación a través de Internet.....	146
12 El periodismo especializado en salud y la Asociación Nacional de Informadores de la Salud (ANIS)	151
12.1 Revistas especializadas en Alimentación y Comunicación en España.....	158
12.1.1 Revista Eroski Consumer.....	159
12.1.2 Revistas de las Organizaciones de Consumidores.....	159
12.2 Las fuentes de información en el área de alimentación y salud.....	160
13 Alimentación, ética y comunicación	167
13.1 La ética en la promoción de la salud.....	167
13.1.1 La promoción de la salud a través de marketing social	171
13.2 Ética y obesidad	174
13.3 Ética de la alimentación	175
13.4 Ética de la comunicación en alimentación y salud.....	180
14 Comunicación y crisis alimentarias	183
15 Factores Relacionados en las Decisiones de Compra de alimentos	187
15.1 Fuentes de información	190
15.2 Configuración de la cesta de la compra	192
15.3 Evolución de la cesta de la compra de alimentos	193
15.3.1 Hábitos de comida dentro y fuera del hogar	195
Segunda parte: Trabajo de investigación	201
Justificación, Objetivos y Metodología.....	201
1.-Justificación del tema	203
1.1 Hipótesis de trabajo	203
2.-Objetivos de la investigación	205
2.1 Objetivo general.....	205
2.2 Objetivos específicos:	205
3.-Material y método	207
3.1 Investigación cualitativa	207

3.2 Estudio transversal poblacional	208
3.3 Protocolo del estudio.....	209
3.3.1 Confidencialidad y aspectos éticos.....	210
3.4 Análisis de la información	211
Tercera parte:Resultados y discusión.....	215
1 Resultados	217
1.1 Participantes	217
1.2 Fuentes de información sobre alimentación y salud.....	221
1.2.1. Investigación cualitativa	221
1.2.2. Investigación cuantitativa	222
1.3 Perfiles de utilización de fuentes de información sobre alimentación y salud	227
1.3.1. Temas consultados sobre alimentación y salud.....	228
1.4 Información, lectura y gestión del etiquetado nutricional.....	231
1.5 Lectura y gestión del etiquetado nutricional.....	232
1.6 Los ciudadanos y el etiquetado de los alimentos: Patrones de utilización de la información del etiquetado.....	237
1.7 Información y conocimientos sobre alimentación y salud	239
1.7.1. Nivel de información/conocimientos sobre alimentos y etapas de la vida	246
1.8. Índice de nivel de conocimientos e índice de calidad de la dieta	247
1.9. Conocer nuevos alimentos	251
1.10. Información alimentaria: alimentos o ingredientes conocidos o valorizados a través de los medios de comunicación.....	265
1.10.1. Investigación cualitativa	265
1.10.2. Investigación cuantitativa	265
1.11. Fuentes de información de nuevos productos o alimentos	270
1.12. Alimentos o ingredientes que ha introducido en su alimentación de manera habitual en relación a la información recibida de los medios de comunicación	271
1.13. La realidad en la cocina: frecuencia de cocinado en el hogar.....	272
2 Discusión	273
2.1. Fuentes de información sobre alimentación y salud.....	273
2.2. Impacto de las redes sociales en el sector salud	279
2.3. mHealth.....	283
2.4. Microblogging.....	287

2.5. Información al consumidor y etiquetado nutricional	289
2.6. Comunicación de nuevos alimentos o alimentos funcionales	293
2.7. Alimentos y comunicación en el año 2020 (AZTI-Tecnalia, 2012).....	294
2.8. Ejemplos de colaboración efectiva de los medios en programas comunitarios de salud nutricional.....	295
2.9. Impacto de los medios en las campañas y programas de salud a nivel poblacional	296
2.10. Publicidad, medios de comunicación y población.....	299
2.11. Consumo alimentario, desigualdades sociales y alfabetización en salud.....	301
2.12. Fuentes de información en salud según la OPS.....	304
2.13. Algunos ejemplos de informaciones sobre nutrición y salud.....	305
2.14. Algunos medios con información frecuente sobre temas de salud y alimentación.....	307
2.14.1 Medios de información en salud especializados. Prensa gratuita especializada	313
2.15. El nuevo informador en temas de alimentación y salud (E-Guru.).....	317
2.16. Cómo mejorar la información nutricional en los medios de comunicación	319
2.16.1 Importancia del titular del artículo o noticia	325
Cuarta parte: Conclusiones.....	329
Quinta parte: Bibliografía	335
Anexos	365
Cuestionarios y recursos empleados en la investigación.....	367

Índice de tablas

Página

Tabla 1.- Impacto de ciertos colores utilizados para promover determinados productos, según el significado cromático que transmiten	41
Tabla 2.- Alimentos permitidos y excluidos en distintas religiones	56
Tabla 3- Características de estudios nutricionales que incluyen evaluación de hábitos de consumo alimentario realizados en muestras aleatorias de población a nivel estatal (2000-2013)	92
Tabla 4.- Estudios nutricionales que incluyen evaluación de los hábitos de consumo alimentario realizados en muestras aleatorias de población en distintas Comunidades Autónomas.....	93
Tabla 5.- Algunos modelos teóricos utilizados en los cambios de estilos de vida o en los cambios en conductas de salud	135
Tabla 6.- Modelos teóricos de cambio de estilo de vida y conducta de salud	138
Tabla 7.- Factores influyentes en la decisión de compra o demanda.....	200
Tabla 8.- Distribución del colectivo muestral por grupos de edad y sexo. Año 2014-15.....	217
Tabla 9.- Distribución del colectivo muestral por grupos de edad, sexo y Comunidad Autónoma.....	218
Tabla 10.- Distribución del colectivo muestral según el nivel educativo, por grupos de edad, en el colectivo con 9 y más años de edad	219
Tabla 11.- Distribución de la muestra según actividad laboral por sexo	219
Tabla 12.- Distribución del colectivo sin actividad laboral según su situación	220
Tabla 13.- Distribución del colectivo con actividad laboral según su ocupación	220
Tabla14.- Proporción de hombres y de mujeres que conocen las recomendaciones de consumo en una alimentación saludable para distintos grupos alimentarios: % aciertos	244
Tabla 15.- Score de conocimientos por grupos de edad y sexo	245
Tabla 16.-Odds Ratios Mejor índice de calidad de la dieta en función del nivel de conocimientos sobre alimentación y patrón de utilización de medios de comunicación para informarse sobre alimentación, ajustado por sexo, nivel educativo y edad	250
Tabla17.- Qué fue lo que más le interesó o le llamó la atención de estos ingredientes o alimentos.....	251
Tabla 18.-De los ingredientes o alimentos que ha citado en la primera pregunta ¿cuántos ha incorporado a su dieta habitual?.....	252

Tabla 19.-En los últimos 5 años ¿ha seguido alguna dieta especial que vio, escuchó o se aconsejaba en algún medio de comunicación	252
Tabla 20.- Medio en el que tuvo noticia sobre alguna dieta para adelgazar	253
Tabla 21.-Medio en el que tuvo noticia sobre dieta para aspectos de belleza	253
Tabla 22.-Medio en el que tuvo noticia sobre alguna dieta para la DIABETES	254
Tabla 23.- Medio en el que tuvo noticia sobre dieta para COLESTEROL	254
Tabla 24 ¿Recuerda el anuncio de algún alimento, producto alimentario o tema relacionado con la alimentación que más le ha impactado en los últimos años?	255
Tabla 25.-Señale en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con la siguiente afirmación sobre las noticias que aparecen en los medios de comunicación sobre temas de alimentación: Son claras y fiables	256
Tabla 26.-Señale en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con la siguiente afirmación sobre las noticias que aparecen en los medios de comunicación sobre temas de alimentación: No entiendo bien lo que quieren decir	256
Tabla 27.-Señale en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con la siguiente afirmación sobre las noticias que aparecen en los medios de comunicación sobre temas de alimentación: Es verdad lo que dicen.....	257
Tabla 28.-Señale en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con la siguiente afirmación sobre las noticias que aparecen en los medios de comunicación sobre temas de alimentación: Consulto lo que leo, escucho o veo en los medios de comunicación con el médico.	257
Tabla 29.-Señale en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con la siguiente afirmación sobre las noticias que aparecen en los medios de comunicación sobre temas de alimentación: Consulto lo que leo, escucho o veo en los medios de comunicación con el farmacéutico.....	258
Tabla 30.-Señale en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con la siguiente afirmación sobre las noticias que aparecen en los medios de comunicación sobre temas de alimentación: Consulto lo que leo, escucho o veo en los medios de comunicación con algún familiar.....	258
Tabla 31.-Señale en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con la siguiente afirmación sobre las noticias que aparecen en los medios de comunicación sobre temas de alimentación: Consulto lo que leo, escucho o veo en los medios de comunicación con algún amigo/a	259
Tabla 32.-Sobre los productos de alimentación o temas de alimentación que se anuncian, ¿cuáles le merecen más confianza?.....	260
Tabla 33 ¿Suele leer algún periódico habitualmente?	260
Tabla 34.-Señale en qué medida está en acuerdo o en desacuerdo con la siguiente afirmación sobre anuncios de productos de alimentación: Todo lo que dicen es verdad.....	260
Tabla 35.-Señale en qué medida está en acuerdo o en desacuerdo con la siguiente afirmación sobre anuncios de productos de alimentación: Aprendo cosas que no sabía	261

Tabla 36.-Señale en qué medida está en acuerdo o en desacuerdo con la siguiente afirmación sobre anuncios de productos de alimentación: Los hacen sólo para vender más	261
Tabla 37.-Señale en qué medida está en acuerdo o en desacuerdo con la siguiente afirmación sobre anuncios de productos de alimentación: Muchas cosas que dicen no son ciertas	262
Tabla 38.-Señale en qué medida está en acuerdo o en desacuerdo con la siguiente afirmación sobre anuncios de productos de alimentación: Son siempre un engaño total.....	262
Tabla 39 ¿Sobre qué temas relacionados con la alimentación ha consultado o preguntado dudas en los últimos años?.....	263
Tabla 40.-Cuándo empieza a comprar o consumir un alimento nuevo ¿Por qué motivo lo hace?.....	264
Tabla 41 ¿Con qué frecuencia suele ver TV durante las comidas?	264
Tabla 42 Impacto de los medios de comunicación en la información alimentaria percibida	269
Tabla 43.- Perfil Alimentario en España: Gasto medio doméstico anual por grupos de alimentos en 2014.....	301
Tabla 44.- Centros e instituciones que trabajan temas de comunicación y salud	327

Índice de ilustraciones y figuras

Página

Figura 1- Factores que influyen en la configuración de las preferencias alimentarias y en la selección de alimentos.....	31
Figura 2.- Puntos de impacto de experiencias tempranas en el desarrollo de preferencias por sabores y olores (flavor)	34
Figura 3. Lactancia materna y preferencias alimentarias: consumo de fruta por madres lactantes y aceptación de frutas por sus bebés lactados al pecho.....	36
Figura 4.- Factores que influyen en la configuración de los hábitos alimentarios.....	46
Figura 5.- Interacción de los factores determinantes de los hábitos alimentario.....	52
Figura 6.- Medios de Comunicación, información, publicidad, necesidades sentidas, decisión de compra y modelo alimentario relacionado.....	77
Figura 7.- Los factores determinantes de la salud según Marc Lalonde.....	81
Figura 8.- Resumen de nivel de evidencia disponible sobre la relación entre distintos factores de la dieta, actividad física y problemas de salud. Informe técnico FAO-OMS, 2003	81
Figura 9.- La Carga Global de Enfermedad en España: carga de enfermedad atribuible a los 15 factores de riesgo principales en 2012, expresado como porcentaje de DALYs.....	82
Figura 10.- Porcentaje de estudios que muestran efecto protector, neutro o perjudicial para distintos grupos de alimentos y bebidas sobre las enfermedades crónicas.....	83
Figura 11.- Determinantes del riesgo de sobrecarga ponderal en niños de 9 a 12 años en el estudio ANIBES (2015)	85
Figura 12.- Efecto de la compra por impulse según distintas categorías de alimentos.	97
Figura 13.- La comunicación, contexto factores y circunstancias	110
Figura 14.- Modelo relacional de la comunicación: Esquema de Laswell y extensión de Braddock.....	111
Figura 15.- Sucesión de etapas de acuerdo al modelo de las etapas del cambio	121
Figura 16. Modelo de creencias de salud.....	125
Figura 17. Modelo de Promoción de Salud de Nola Pender, 1996	128
Figura 18.- Modelo de las 7-S de McKinsey	131
Figura 19. El modelo del Iceberg en motivación y resultados	137
Figura 20.- Modelo Psicológico de la Salud Biológica (Ribes, 1990)	137
Figura 21.- Jerarquía de la evidencia científica en 10 niveles	164
Figura 22.- Huella ecológica	177

Figura 23 Estrategia “Mas alimento menos desperdicio”. MAGRAMA	179
Figura 24.-: Esquema de control y respuesta a las crisis alimentarias (EFSA, 2014)	186
Figura 25. E-comercio en España (2013)	198
Figura 26.- Proporción de frutas y hortalizas en el volumen de productos distribuidos	198
Figura 27.-Distribucion organizada	199
Figura 28.- Fuentes de información usuales sobre alimentación y salud por sexo.....	224
Figura 29.- Fuentes de información usuales sobre alimentación y salud por grupos de edad	226
Figura 30.- Perfiles de utilización de distintas fuentes de información alimentación y salud identificados por análisis factorial exploratorio.	227
Figura 31.- Temas relacionados con alimentación y salud consultados con mayor frecuencia en los últimos años	229
Figura 32.- Información nutricional en el etiquetado de alimentos y bebidas	232
Figura 33.- Frecuencia de lectura de la información nutricional del etiquetado	233
Figura 34.Frecuencia de consulta de la fecha de caducidad del etiquetado de los alimentos	233
Figura 35.- Comprensión de la información del etiquetado nutricional de alimentos	235
Figura 36.- Patrones de utilización de la información del etiquetado de alimentos y bebidas identificados por análisis factorial exploratorio.	238
Figura 37.- Nivel de conocimientos: recomendaciones consumo de pescado	239
Figura 38.- Nivel de conocimientos: utilización aceite de oliva	242
Figura 39.-Nivel de conocimientos: actividad física adultos	244
Figura 40.- Alimentos que los encuestados reconocen como aconsejados en una dieta adecuada para los niños.	246
Figura 41.- Relación entre cuartiles del score de nivel de conocimientos – Índice de calidad de la dieta y edad	248
Figura 42.- Relación entre el score de conocimientos de las recomendaciones (cuartiles de score); índice de calidad de la dieta y nivel educativo alcanzado	249
Figura 43.- Fuentes de información sobre dietas con distintos fines	255
Figura 44.- Alimentos introducidos en la dieta habitual en relación con información recibida en los medios.....	271
Figura 45.- Frecuencia hábito de cocinar en casa en hombres y en mujeres	272
Figura 46.- Los 20 medios de comunicación más visitados en internet en el mes de febrero de 2015 según el informe Nielsen.	275
Figura 47.- Confianza en distintos agentes informadores ante una situación de crisis alimentaria.	276

Figura 48.- Porcentaje de ciudadanos del UE que utilizan distintas fuentes de información sobre alimentación y salud	277
Figura 49.- Porcentaje de gente que utiliza y confía en distintas fuentes de información sobre alimentación en Bélgica	278
Figura 50.- Elementos clave de la relación entre pacientes-profesionales sanitarios y empresas/administraciones vinculadas a la provisión de atención sanitaria en la era digital.	281
Figura 51.- Las mejores aplicaciones móviles de nutrición según el estudio realizado por Sanitas (2015)	282
Figura 52.- Clasificación de las distintas fuentes de información sobre salud disponibles para los consumidores.	285
Figura 53.- Cambios en la mortalidad por enfermedades cardíacas en hombres y en mujeres en la región de Karelia del Norte (Finlandia) en el periodo 1952-1996.	297
Figura 54.- Cambios en la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón en la Región de Karelia del Norte y en Finlandia entre 1969 y 2001 en hombres entre 35 y 64 años.	297
Figura 55.- Cambios en los hábitos de consumo de verduras, leche descremada y mantequilla. Porcentaje de hombres entre 25 y 59 años consumidores en Karelia del Norte y en Finlandia entre 1972 y 2004	298
Figura 56.- Variación en el gasto medio anual de las familias en alimentación por grupos de alimentos 2013- 2014.....	302
Figura 57.- Mapa de la Pobreza en España. A más pobreza mayor necesidad de alfabetización sanitaria	303
Figura 58.- Fuentes de información sobre salud. OPS, 2012.....	304
Figura 59. Algunos periódicos nacionales e internacionales que incorporan con frecuencia noticias de salud o de alimentación y salud.	311
Figura 60. Cabeceras de algunos periódicos en versión digital con secciones de salud	312
Figura 61.- Incidencia de e-gurus a nivel mundial	318

Abreviaturas

AEA: *Alfabetización en alimentación*

AECOSAN: Agencia Española de Seguridad Alimentaria, Alimentación y Consumo

AEPC: Asociación Española de Periodismo Científico

ANIS: Asociación de Informadores de la Salud

AVE: Advertising Value Equivalency

CCOO: Comisiones Obreras

CEACCU: Confederación Española de Asociaciones de Amas de Casa, Consumidores y Usuarios

DALYs: Disability Adjusted Life Years

DES: Disruptores endocrinos

EE.UU.: Estados Unidos

EFSA: European Food Safety Agency

ENPE: Estudio Nutricional de la Población Española

EPA: Encuesta de Población Activa

EUFIC: European Food Information Council

FAO: (United Nations) Food and Agriculture Organization

FAPE: Federación de Periodistas de España

FIAB: Federación de Alimentos y Bebidas

FECYT: Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología

FAPE: Federación de Asociaciones de Periodistas de España

FEN: Fundación Española de la Nutrición

FOESSA: Fomento de Estudios Sociales y Sociología Aplicada

IFIC: International Food Information Council Foundation

INE: Instituto Nacional de Estadística

IPC: Índice de Precios al Consumo

IMC: Índice de Masa Corporal

INCB: Instituto Novartis de Comunicación en Biomedicina

MAGRAMA: Ministerio de Agricultura y Medio Ambiente

MERCASA: Mercados Centrales De Abastecimientos SA

NVS: Newest Vital Sign

OJD: Oficina de Justificación de Difusión

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONG: Organización No Gubernamental

OntSI: Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información

RELATE: Research Labs for Teaching Journalists

RN: Recién nacidos

SEPE: Servicio Público de Empleo Estatal

SENC: Sociedad Española de Nutrición Comunitaria

SINC: Servicio de Información y Noticias Científicas

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas Para la Infancia

UPV-EHU: Universidad del País Vasco- Euskal Herriko Unibertsitatea

WMA: Web Medica Acreditada

Primera parte:

Aspectos conceptuales

"Los mejores médicos del mundo son: el doctor dieta, el doctor reposo y el doctor alegría".

Jonathan Swift, escritor irlandés (1667- 1745)

1.Introducción

El término *dieta* proviene del griego “*diatia*” que significa “modo de vida” y por lo tanto incluye, en toda su dimensión, el modo de vida alimentario y otros estilos de vida como la práctica de actividad física. En la terminología actual “*dieta*” se refiere también a la prescripción de un perfil alimentario concreto en relación al tratamiento o prevención de algún factor de riesgo o patología diagnosticada. “*Hacer dieta*”, “*estar a dieta*”, “*poner una dieta*”, “*seguir la dieta*” es una referencia a modificar en todo o en parte el modo alimentario habitual con el objetivo de seguir unas recomendaciones dietéticas desde el punto de vista de la salud.

Los hábitos alimentarios, el régimen alimenticio, el perfil alimentario, el patrón alimentario, la conducta alimentaria, tipología alimentaria, entre otros, son términos cuasi sinónimos que hacen referencia al conjunto y caracterización de los alimentos y bebidas que consumimos de manera habitual, cotidiana, por un periodo de tiempo determinado.

En función de estos hábitos alimentarios, del tipo de dieta, los animales y las personas pueden adjetivarse como: herbívoro, carnívoro, frugívoro, hematófago, omnívoro, insectívoro, caníbal y vegano entre los más comunes.

Los hábitos alimentarios se configuran de manera muy compleja en función de diferentes variables internas y externas entre las que se destaca de manera muy importante el impacto de los contenidos y mensajes aportados por los medios de comunicación⁴.

Los hábitos alimentarios son uno de los principales factores de prevención y promoción de la salud y explica al menos el 60% del nivel de salud de un individuo o grupo de población⁵. Por lo tanto, su estudio análisis y mejora representa una de las prioridades de todas las áreas de conocimiento relacionadas con la salud, la ciencia, bienestar social y la calidad de vida.

⁴ Fieldhouse, P. (1995). *Food and Nutrition: Customs and culture*, 2nd. Edition. London: Champan & Hall. Reprint Springer, 2013.

⁵ Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Government of Canada. Ontario (Canada).

Desde el punto de vista cualitativo los hábitos alimentarios suponen una adaptación fisiológica destinada a cubrir las necesidades de energía y nutrientes. En buena medida, representan una adaptación a la oferta del entorno modulada inicialmente por aspectos instintivos, configuración fisiológica del homo sapiens y posteriormente por la composición alimentaria familiar, la oferta estacional y las preferencias alimentarias. En el mantenimiento del proceso la comunicación es una variable clave en la elaboración y transmisión de todo tipo de hábitos alimentarios considerados en su dimensión global (agrícola, ganadera, alimentaria, culinaria, gastronómica, conceptual y social).

Nuestra propuesta se quiere centrar en el análisis del impacto de los medios de comunicación en la configuración de los hábitos alimentarios de distintos grupos de población, con la hipótesis de que en la actualidad las personas incluimos o excluimos alimentos y productos alimenticios de nuestra alimentación habitual influenciados por los contenidos que se plasman o se escenifican en los distintos formatos de los medios de comunicación: formatos periodísticos y/o formatos publicitarios.⁶

Aquí incluiríamos la recepción pasiva de información y la búsqueda activa de datos sobre alimentos, componentes, ingredientes, suplementos o pautas dietéticas de carácter general, o adaptadas a situaciones especiales o concretas.

A lo largo de 2014 el diario El País incluyó 1.600 artículos y reseñas sobre temas de alimentación y salud. En Agosto de 2015 llevaba publicados 1305 artículos sobre temas diversos relacionados con la alimentación. En el caso del periódico El Mundo 1175 artículos en 2014 y 758 en 2015 hasta el mes de Agosto. A nivel del País Vasco El Correo incorporó a sus contenidos a lo largo de 2014, 843 artículos sobre alimentación (458 en el periodo Enero-Agosto de 2015).

⁶ Díaz Méndez, C. y González Álvarez, M (2008). IV. Industria y alimentación: de la publicidad referencial a los alimentos funcionales. . En: Díaz Méndez, C. y Gómez Benito, C. (coord.). *Alimentación, consumo y salud*. (1),105-129, Madrid: Fundación La Caixa.

Esta información y la canalizada por agencias de prensa (Efe, Europa Press, Reuters, Vascopress, etc.) incorporan mensajes sustanciales sobre las ventajas o inconvenientes de determinados alimentos, ingredientes o componentes de la dieta y es asumible que estén influenciando de manera significativa el perfil alimentario de nuestra población.



El impacto individual y social de los medios de comunicación en cuestiones de salud es un cuestión que despierta el máximo interés desde el último tercio del siglo XX con la primera aparición del informe Quiral en el marco de la Fundación Vila Casas creada en 1986. El informe Quiral, consiste en un análisis anual de las noticias médicas y sanitarias publicadas en la prensa española en base a los temas sanitarios que preocupan a nuestra sociedad. El Informe Quiral es un estudio de investigación realizado conjuntamente con el Observatorio de la Comunicación Científica de la Universidad Pompeu i Fabra sobre un tema de salud determinado. En el caso de 2014 el tema motivo de estudio ha sido “La comunicación pública sobre la enfermedad del Ébola”⁷.

Otro análisis estructurado sobre las noticias de alimentación y seguridad alimentaria está representado por el Informe SAM (Seguridad Alimentaria y Medios de Comunicación). Esta iniciativa se puso en marcha en 2007

⁷ La Fundació Vila Casas junto con la Universidad Pompeu i Fabra, publica el informe Quiral sobre Medicina, comunicación y sociedad anualmente, en el que recopila y analiza los artículos publicados sobre medicina y salud en la prensa. Contempla tanto noticias, como reportajes, cartas al director o editoriales. En su página web están disponibles los informes publicados desde 2001 (<http://www.fundaciovilacasas.com/es/salud-quiral-salud/>)

impulsada por la Agencia Catalana de Seguridad Alimentaria y el Observatorio de la Comunicación Científica de la Universidad Pompeu i Fabra que dirige el Prof. Vladimir de Semir. En el informe de 2012 se contabiliza el análisis de 1415 registros de prensa a partir del registro de tres diarios: La Vanguardia, Segre y 20 minutos. En esta edición analizan también los contenidos del canal temático de Eroski-Consumer con más de 150.000 visitas mensuales a lo que habría que añadir su proceso de contabilizar el impacto de sus noticias en Twitter y Facebook.

Otro documento que nos ha parecido ilustrativo de la producción periodística en materia de salud en la Comunidad Autónoma Vasca ha sido el elaborado por las profesoras de la UPV-EHU Alazne Aiestaran, Idoia Camacho y María Milagros Ronco con el título "*La información sobre Salud y Medicina en los diarios de la Comunidad Autónoma Vasca y Navarra*". Se trata de un interesante análisis de la prensa escrita en País Vasco y Navarra entre 2001 y 2010 en relación a sus contenidos en salud. El estudio a partir de 3311 textos de las 5 principales cabeceras que se publican en el territorio motivo de estudio plantea como conclusión principal la siguiente reflexión: "...a pesar de haber aumentado la cantidad de informaciones sobre salud en los diarios analizados, los contenidos no profundizan en los temas tratados y carecen en la mayoría de los casos de enfoque educativo"⁸.

En esta misma línea encontramos de interés el trabajo desarrollado por Begoña Zubia en el marco de la Fundación Elhuyar (2008)⁹ y de manera muy especial, el brillante trabajo de tesis doctoral elaborado por Alex Fernández Muerza (2004) en el Departamento de Periodismo II de la UPV-EHU en relación al análisis del Periodismo de Información Científica, sus fortalezas y debilidades¹⁰.

⁸ Aiestaran Yarza, A.; Camacho Marquina, I y Ronco López, MM (2014). La información sobre Salud y Medicina en los diarios de la Comunidad Autónoma Vasca y Navarra. *Ámbitos: Revista internacional de comunicación*; 26, 81-90

⁹ Zubia Gallastegui, B. (2009). ¡Qué buenas noticias científicas! Análisis de las noticias sobre ciencia y tecnología publicadas en los diarios vascos. Comunicación al foro Iberoamericano de comunicación y divulgación científica. Campina, Brasil, 23-25 de noviembre- Recuperado el 12 de septiembre de 2015 de [[http://www.oei.es/forocampinas/PDF ACTAS/COMUNICACIONES/grupo8/287.pdf](http://www.oei.es/forocampinas/PDF_ACTAS/COMUNICACIONES/grupo8/287.pdf)]

¹⁰ Fernández Muerza, Alex (2005): La información científica en la prensa de referencia: el caso español a partir de un análisis comparativo, *ZER Revista de Estudios de Comunicación*, nº19. Bilbao: UPV/EHU, pp. 205-232.

Como podremos observar en otros apartados de este proyecto la mayor parte de los organismos y asociaciones relacionadas con la comunicación en salud vienen manifestando una creciente preocupación por los contenidos de salud de las distintas publicaciones nacionales e internacionales en que en muchos casos carecen del enfoque instructivo que sería de desear¹¹. También existe preocupación por las noticias que circulan sin demasiado rigor en muchas ocasiones por las redes sociales. El desarrollo del periodismo de redes sociales y la acreditación de las páginas web es un recurso necesario para avanzar en la mejora de la información “alternativa” en algunos casos con noticias descabelladas¹².

La Escuela de Salud de Harvard y la International Food Information Council Foundation (IFIC) basándose en que “*no resulta tan complicado informar correctamente sobre temas relativos a la alimentación*” redactaron una guía de recomendaciones bajo el título “*Nuevas directrices para la divulgación de las ciencias de la alimentación*”. Entre estas directrices parece oportuno señalar dos bloques concretos:

A.-DIRECTRICES PARA EL PROCESO DE COMUNICACIÓN

- 1.- ¿Opina que la información que usted divulga contribuirá a que el público en materia de salud y alimentación?
- 2.- ¿Proporciona Vd. El contexto que acompaña a cada estudio?
- 3.- ¿Se ha sometido el estudio o las averiguaciones a terceros?
- 4.- ¿Ofrece una selección clara de los puntos principales del estudio?
- 5.- ¿Señala toda la información relevante sobre la financiación del estudio?

Consultado el 26 de agosto de 2015 de [<http://www.ehu.es/zer/es/hemeroteca/articulo/La-informacion-cientifica-en-la-prensa-de-referencia-el-caso-espanol-a-partir-de-un-analisis-comparativo/264>].

¹¹ EUFIC. Comportamiento del consumidor ante la alimentación, la nutrición y la salud. (1998). *Alimentación hoy en día. Food Today EUFIC*, Recuperado el 11 de julio de 2011, de [<http://www.eufic.org/article/es/artid/comportamiento-consumidor-alimentacion-nutricion-salud>].

¹² Escobar Ubreva, Á.; León Vergara, M.R.; Fernández Bermejo, M.C. y Buiza Camacho, B. (2010). *Manual de acreditación de páginas web sanitarias, una apuesta por la calidad y la accesibilidad*. En: No Solo Usabilidad, nº 9. Recuperado el 10 de junio de 2015 de [www.nosolousabilidad.com].

B.- DIRECTRICES PARA PERIODISTAS

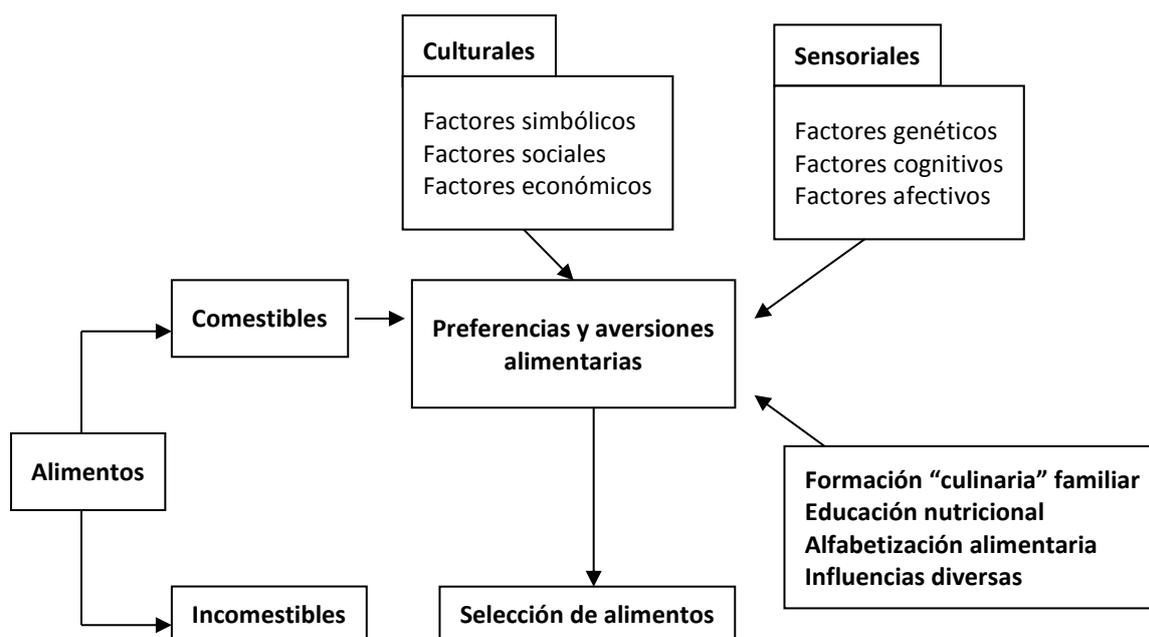
- 1.- ¿Se asegura de que sus artículos están fundados y son objetivos?
- 2.- ¿Está seguro de no haberse dejado influir a la hora de redactar el artículo?
- 3.- ¿Proporciona el artículo consejos útiles para los consumidores?
- 4.- ¿Se basa el reportaje en principios científicos bien fundados?

En este trabajo sobre Periodismo y Alimentación, es nuestra intención hacer una revisión sobre los temas fisiológicos, sociales y de comunicación que inciden sobre la configuración de los hábitos alimentarios y la cesta de la compra; estimar en qué medida los medios de comunicación tienen la potencialidad o la realidad de influir en nuestro modo de vida alimentario y ver cómo se comporta una muestra representativa de la población española en relación a este fenómeno de comunicación operativa. Estamos hablando de estimar el papel de los medios de comunicación en la configuración de determinadas necesidades sentidas, caracterización de la cesta de la compra y configuración del perfil alimentario y otros estilos de vida relacionados.

2. Hábitos alimentarios y preferencias alimentarias

Los hábitos alimentarios se configuran paulatinamente mediante un proceso bastante complejo que contempla aspectos genéticos ligados a la predisposición innata a distintos sabores¹³, los estímulos organolépticos percibidos en la etapa fetal¹⁴ y un esquema concreto de variables que interactúan en cada etapa de la vida de manera más o menos asimétrica (**figura 1**). Todos estos estímulos se superponen a matices antropológicos que se han depositado en nuestras necesidades sentidas inconscientes en relación a la simbiosis entre el alimento, el individuo y la colectividad¹⁵.

Figura 1- Factores que influyen en la configuración de las preferencias alimentarias y en la selección de alimentos



Fuente: Elaboración propia

¹³ Falciglia, G.A. & Norton, P.A. (1994). Evidence for a genetic influence on preference for some foods. *Journal of the American Dietetic Association*, 94, 154-158.

¹⁴ Beauchamp, G.K.; Menella, J.A. (2009). "Early flavor learning and its impact on later feeding behavior", *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*; 48: 525-30

¹⁵ Ritchie, C.I.A. (1996) *Comida y civilización* (4ª edición). Madrid: Alianza.

Contreras, J. (2005). *Alimentación y cultura perspectivas antropológicas*. Barcelona: Ariel cop

La conducta alimentaria se define como “la relación de intercambio con la que el individuo consigue los elementos que necesita su organismo para sostener la estructura biológica y mantener las necesidades energéticas¹⁶”. La conducta alimentaria es el modo de comportarse del individuo ante los alimentos al seleccionarlos, prepararlos y consumirlos.¹⁷

La alimentación es un proceso voluntario y consciente. En general podríamos establecer que es una decisión libre del individuo (excepto en alimentación asistida) aunque fuertemente condicionada por aspectos internos y externos al individuo como hemos venido comentando y veremos con más detalle en el apartado correspondiente.

Por el contrario la nutrición es un proceso involuntario e inconsciente en el que a partir de la ingesta de los alimentos y bebidas el organismo pone en marcha distintos procesos fisiológicos encargados de acondicionar el bolo alimenticio, proceder a su digestión, modular su contenido a través de la microbiota intestinal y acceder a la fase de absorción y canalización de los nutrientes a través de los canales sanguíneos y linfáticos hasta llegar a todas las células y funciones del organismo.

En esta simplificación del proceso nutritivo podemos observar la importancia de cada una de las fases que permite que desde el valor nutritivo potencial de cada alimento alcancemos la biodisponibilidad suficiente para cubrir las necesidades de energía y nutrientes de cada organismo con un óptimo mantenimiento del estado de salud¹⁸. De ahí la importancia de saber elegir los alimentos más adecuados en cada momento y en donde el nivel de información juega un papel decisivo en la adecuación del sistema¹⁹.

En general el alimento posee tres dimensiones que lo caracterizan:

¹⁶ Aranceta, J. (2013). *Nutrición Comunitaria*, 3ª edición, pp 216. Barcelona: Elsevier.

¹⁷ Cruz Cruz, J. (1991). *Alimentación y cultura. Antropología de la conducta alimentaria*. Pamplona: EUNSA

¹⁸ EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition, and Allergies (NDA) (2010). Scientific Opinion on principles for deriving and applying Dietary Reference Values. *EFSA Journal*; 8(3):1458. oi:10.2903/j.efsa.2010.1458.

¹⁹ Fieldhouse, P. (1995). *Food and nutrition: customs and culture*, 2.a ed. Londres: Chapman and Hall. Op.cit.

1. Producto nutritivo. Dimensión biológica de un elemento con capacidad de nutrir.
2. Producto apetecido. Dimensión psicológica por la que el alimento es capaz de satisfacer el apetito y las sensaciones organolépticas esperadas.
3. Producto acostumbrado. Se trata de una dimensión cultural. El alimento es capaz de insertarse en costumbres y hábitos establecidos. En ocasiones se le confiere una significación identitaria, emotiva o cultural. El qué, el cuándo, el donde y el por qué comemos está ligado a los significados afectivos, sociales y emocionales de la alimentación.

Cada individuo configura sus hábitos alimentarios según sus preferencias y en base a las tres cuestiones anteriores, influenciado en último término por los usos y costumbres de la sociedad a la que pertenece y en la que desarrolla o ha desarrollado su existencia.

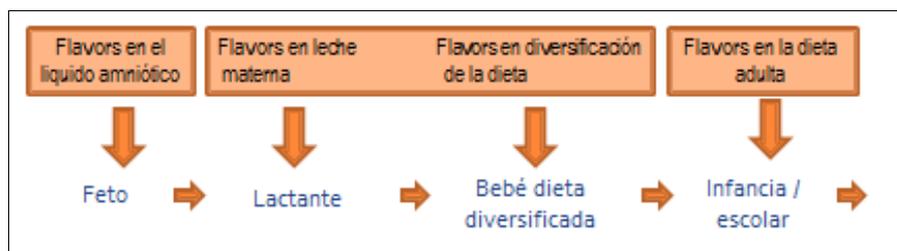
2.1. El desarrollo de las preferencias alimentarias

La configuración de las preferencias organolépticas comienza en la etapa uterina y continúan modulándose a lo largo de toda la vida²⁰.

Los sentidos humanos se van estableciendo a partir de la fase embrionaria estos es a partir de la primera a la octava semana de gestación y comienzo de la fase fetal, madurando a distinta velocidad. La formación de los órganos comienza en la cabeza; por eso, los órganos sensoriales de esta zona (ojos, oídos, nariz, lengua) también se establecen muy temprano. El sentido del gusto se forma y madura de manera precoz ya que las primeras papilas gustativas aparecen en la octava semana de gestación. Los compuestos aromáticos presentes en el fluido amniótico estimulan los receptores del gusto del feto en cuanto éste empieza a tragar alrededor de la 12^a semana de gestación (**figura 2**). Los impulsos del gusto se transmiten a varios núcleos nerviosos del tronco cerebral, donde inducen diversos mecanismos fisiológicos entre otros los reflejos relacionados con el flujo salival y los movimientos de la lengua.

²⁰Beauchamp, G.K. & Menella, J.A. (2009). Early flavor learning and its impact on later feeding behavior, *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 48, 525-30

Figura 2.- Puntos de impacto de experiencias tempranas en el desarrollo de preferencias por sabores y olores (flavor)²¹



Fuente: Beauchamp, G.K. & Menella, J.A. (2009). Early flavor learning and its impact on later feeding behavior, *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 48, 525-30

La composición y cualidades organolépticas²² del líquido amniótico cambian durante el desarrollo del feto, especialmente cuando éste empieza a orinar. Cada día el feto traga entre 200 y 760 ml de líquido amniótico, dependiendo de la etapa del desarrollo, y recibe el impacto de un gran número de componentes de los sabores, incluyendo varios tipos de azúcares (p. ej. Glucosa, fructosa), ácidos grasos, aminoácidos, proteínas, sales y otros sabores específicos según los componentes de la dieta de la madre. Los sabores y aromas de la dieta materna llegan al líquido amniótico y en esta etapa se empiezan a configurar los patrones gustativos culturales propios de una familia o un entorno social. Muchos de estos estímulos serán reconocidos posteriormente como propios a partir del nacimiento y supondrán el primer eslabón en la configuración de las preferencias y aversiones alimentarias.

Pensando en este proceso podemos afirmar que la educación nutricional (pasiva) comienza prácticamente desde pocos días después de la concepción y representa una gran responsabilidad para los padres del nuevo ciudadano. La etapa fetal, el periodo de lactancia materna y la primera infancia serán momentos clave para organizar el sentido del gusto y los procesos fisiológicos relacionados con la alimentación en todas las vertientes.

²¹ Beauchamp, G.K. & Menella, J.A. (2009). Early flavor learning and its impact on later feeding behavior, *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 48, 525-30

²² El adjetivo organoléptico se utiliza para calificar una sustancia que favorece la excitación de un receptor sensorial. Las propiedades organolépticas son todas aquellas descripciones de las características físicas que tiene la materia en general, según las pueden percibir los sentidos, por ejemplo su sabor, textura, olor, color. (Espinoza Manfugás, J. (2007). *Evaluación sensorial de los alimentos*. Ciudad de La Habana: Editorial Universitaria.

2.1.1. Preferencias innatas

En los recién nacidos (RN) el sentido del gusto es el sentido más desarrollado. Desde los primeros días hay una reacción de agrado a los sabores dulces²³. El sabor dulce es un sabor de “seguridad”. Los alimentos que son dulces son una fuente de energía agradable y “segura”, igual que la leche materna con su dulzor peculiar. Los sabores ácidos producen en los RN una mueca de desagrado, también los sabores amargos bastante concentrados. Es también un elemento de supervivencia. Los sabores ácidos pueden proceder de alimentos en mal estado y los amargos de alimentos venenosos.

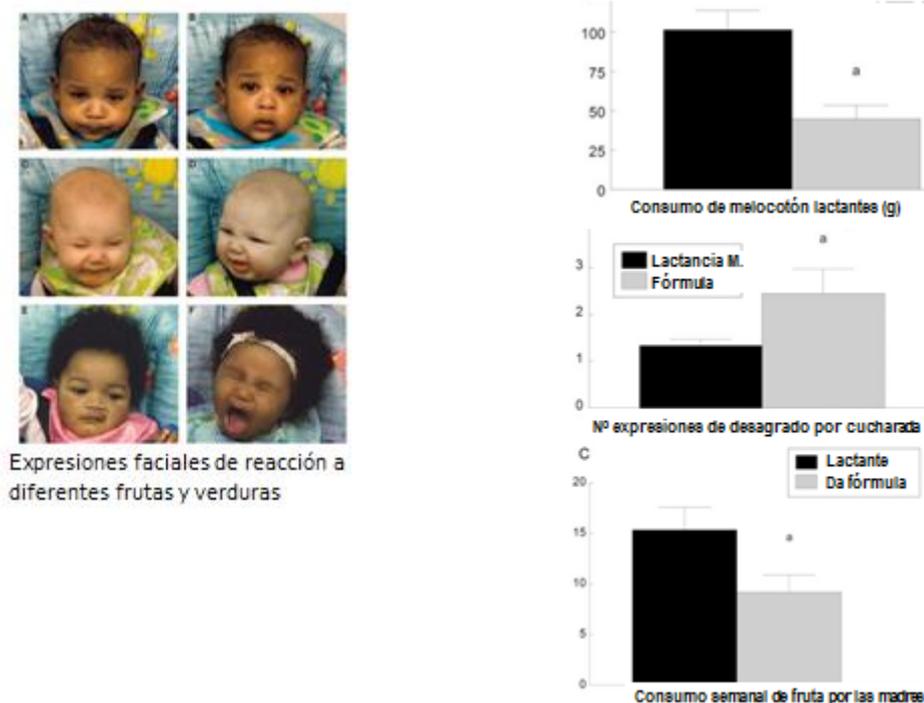
Las preferencias por los sabores van evolucionando con la edad y con los estímulos de los alimentos introducidos. Los niños sienten desagrado por el amargor de los vegetales mientras que los adolescentes sienten una gran apetencia por los alimentos salados²⁴. Sabores salados como indicador innato de producto rico en minerales y elementos traza. La socialización y la introducción de nuevos alimentos y sabores permiten una importante evolución en la escala de preferencias y aversiones alimentarias que siguen evolucionando y diferenciándose en la edad juvenil, la etapa adulta y la vejez. El flavor de la leche materna también influye de manera importante en las preferencias alimentarias. La leche materna contiene muchos compuestos aromáticos procedentes de su alimentación. Los sabores de algunos alimentos pueden detectarse unas horas después en la leche humana. Varios estudios asocian preferencias o una mejor aceptación de determinados alimentos si la madre los había consumido durante el embarazo o periodo de lactancia (**figura 3**). Seguimos planteando la importancia de los hábitos alimentarios de la madre, antes, durante y después del embarazo como elemento de gestión proactiva de la educación alimentaria y nutricional en relación al RN y en el sentido de favorecer cambios epigenéticos positivos muy favorables para el nuevo ciudadano²⁵.

²³ Beauchamp, G.K. & Menella, J.A. (2009). Early flavor learning and its impact on later feeding behavior, *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 48, 525-30

²⁴ Forrestell, C.A. & Menella, J.A. (2007). Early determinants of fruit and vegetable acceptance, *Pediatrics*; 120 (6), 1247-54.

²⁵ Vanhees, K.; Vonhögen, I.G.; van Schooten, F.J.; Godschalk, R.W. (2014), You are what you eat, and so are your children: the impact of micronutrients on the epigenetic programming of offspring, *Cellular and molecular life sciences*, Jan, 71(2),271-85.

Figura 3. Lactancia materna y preferencias alimentarias: consumo de fruta por madres lactantes y aceptación de frutas por sus bebés lactados al pecho



Fuente: Forrestell, C.A. & Menella, J.A. (2007). Early determinants of fruit and vegetable acceptance, *Pediatrics*; 120(6), 1247-54

2.2. Factores condicionantes relacionados con los sabores

Cuando se acepta un nuevo sabor es más fácil que se acepten nuevos alimentos que se relacionen o se asocien a este sabor asumido. Este fenómeno se denomina “*aprendizaje sabor-sabor*” y explica la mayor facilidad en asumir nuevos alimentos si se incluyen en platos que se han incluido dentro del capítulo de preferencias. Nos encontramos el fenómeno contrario en sabores o fórmulas culinarias que incluyen sabores, alimentos o percepciones desagradables.

Las sensaciones internas, externas o ambientales relacionadas con la ingesta de determinado alimento, preparado culinario o sabor pueden generar una aversión permanente o transitoria a determinados platos. Alimentos que se relacionan con sucesos familiares o personales desagradables o el sabor distorsionado de determinados alimentos percibidos por los pacientes en

periodo de quimioterapia ocasionaran un rechazo posterior a esos aromas o sabores concretos (“fenómeno de la salsa bearnesa”).

La densidad energética y nutricional es también un determinante en la mejor aceptación de algunos alimentos. Los preparados ricos en grasa, azúcar y de textura crujiente son mejor aceptados por su recompensa energética y gustativa en un fenómeno que se ha denominado “aprendizaje sabor-nutriente”. Este fenómeno tiene también aspectos de refuerzo positivo relacionados con su consumo en ocasiones especiales: pasteles de cumpleaños, dulces como recompensa o platos de alta densidad energética en días singulares²⁶.

Algunos elementos son percibidos con desagrado las primeras ocasiones de su consumo y su uso se establece por motivos sociales o funcionales insistiendo en su ingesta o acompañándolo de otros alimentos que mejoran las sensaciones organolépticas primarias. En este apartado incluiríamos, el café, el té, el cacao, la manzanilla las alcachofas o las espinacas entre otros. La aceptación de este tipo de alimentos precisa una exposición repetida y una aceptación personal o social o acompañarse de beneficios esperados. Este fenómeno denominado “efecto de la mera exposición” explica la aceptación de algunos alimentos o ingredientes como proceso de seguridad biológica. Requiere un tiempo para comprobar que no producen efectos negativos colaterales.

Otro aspecto que tiene especial interés se relaciona con los cambios de percepción gustativa y preferencia por un plato inducidos por el tiempo de exposición. En una misma comida la persistencia de los mismos sabores del plato que estamos consumiendo producen un efecto de saturación y en un momento dado ya no nos apetece seguir con el plato. No nos hemos “llenado” nos hemos “saciado” del sabor. A este proceso se le denomina “saciedad sensorial específica” y nos permite seguir teniendo espacio para otro plato y para el postre. Cuantos más platos diferentes se incorporen a la mesa mayor será el volumen de ingesta.

²⁶ Farrow, C.V.; Haycraft, E.; Blissett, J.M. (2015). Teaching our children when to eat: how parental feeding practices inform the development of emotional eating-a longitudinal experimental design. *American Journal of Clinical Nutrition*. May;101(5),908-13. doi: 10.3945/ajcn.114.103713. Epub 2015 Mar 18.

Por otra parte este fenómeno tiene una acción inmediata pero también retardada y por lo tanto necesitaremos algunas horas o mejor días para volver a sentir apetencia por la misma preparación culinaria. Este proceso nos ayuda a evitar una alimentación monótona y a diversificar el consumo de alimentos.

Un determinante de especial relevancia está relacionado con la relación afectiva familia-alimentos. “La educación gustativa familiar” implica un largo y complejo proceso educativo que comienza en el seno materno, continua con los sabores de la lactancia materna o de la leche del biberón y culmina en la cocina familiar; la inmersión en los hábitos alimentarios de la familia. En este apartado encontraremos la explicación a preferencias y aversiones alimentarias específicas y también al umbral gustativo característico de cada individuo relacionado con la concentración de sal y azúcar en los platos. Cada hogar tiene un perfil gustativo característico que imprime carácter para toda la vida y que en ocasiones genera problemas de adaptación organoléptica a otros escenarios.

2.3. Asociaciones inter-sensoriales

En 1997 el chef Hestor Marc Blumental propietario del restaurante tres estrellas Michelin The Fat Duck (GB) presentó un plato de mariscos mientras sonaba la música de “Sounds of the Sea” dando lugar a la llamada cocina multi-sensorial. Con esta asociación sensorial el pescado parece tener un aspecto más fresco y apetecible.

Esta experiencia ha sido replicada por multitud de cocineros y locales en todo el mundo y también ha motivado diversos experimentos en departamentos universitarios de investigación. Al parecer las notas altas pueden mejorar la sensación de los sabores dulces y las notas bajas resaltan el sabor amargo al igual que el sabor umami²⁷

En el País Vasco el restaurante Mugarriz (Errenteria-Gipuzkoa) que dirige Luis Andoni Aduriz con dos estrellas Michelin ha puesto en marcha un

²⁷ Kurihara, K. 6 Kashiwayanag, M. (2000). Physiological Studies on Umami Taste, *Journal of Nutrition*, Vol.130 (4), 931-934

proyecto denominado “de viandas a corcheas” con un menú degustación de 12 platos y donde cada plato tiene su música y sus sonidos alegóricos y el menú su banda sonora. El músico Felipe Ugarte y el maestro cocinero Aduriz han puesto en marcha también esta experiencia de refuerzo multisensorial.

La asociación entre estímulos olfativos, gustativos y auditivos es mucho más fuerte que con las sensaciones visuales²⁸. Esto lo saben muy bien los expertos de marketing de algunas cadenas de ropa de calidad intermedia. Incorporan sensaciones auditivas sugerentes con música específica y perfuman el local con un aroma de diseño que caracteriza a la marca. Estas sensaciones favorecen la aceptación y venta de sus productos²⁹

Los colores también influyen en la percepción de los sabores de los alimentos. Los colores de los cubiertos y de los platos y el contraste entre el color del alimento y los distintos recipientes. Si el color del plato coincide con el color de la comida la ingesta puede aumentar hasta en un 20%. Si el color de la comida contrasta con el color del plato la ingesta se reduce. Este puede ser un factor importante a la hora de intentar comer menos: utilizar mucho contraste entre plato, comida y mantel y utilizar platos más pequeños. Por el contrario si deseamos aumentar el consumo de los preparados de verduras utilizaremos un plato del mismo color y un mantel verde.

Betina Piqueras investigadora de la Universidad Politécnica de Valencia³⁰ ha trabajado estas relaciones sensoriales en colaboración con la Universidad de Oxford. Alguno de sus trabajos relaciona un mejor sabor del chocolate si la taza es de color naranja o crema, mejor percepción de los preparados de limón en envases amarillos. Las bebidas refrescantes son mejor percibidas en

²⁸ Reguero, L.; Puente, N.; Elezgarai, I.; Mendizabal-Zubiaga, J.; Canduela, M.J.; Buceta, I.; Ramos, A.; Suárez, J.; Rodríguez de Fonseca, F.; Marsicano, G. & Grandes, P (2011). GABAergic and cortical and subcortical glutamatergic axon terminals contain CB1 cannabinoid receptors in the ventromedial nucleus of the hypothalamus. *PLoS One*; 6(10), e26167. doi: 10.1371/journal.pone.0026167. Epub 2011 Oct 11.

²⁹ Zoëga Ramsøy, T. (2014). *Selected readings in " Consumer Neuroscience & Neuromarketing (2nd edition)*. Copenhagen: University of Copenhagen

³⁰ Spence, C.; Harrar, V. & Piqueras-Fiszman, B (2012). Assessing the impact of the tableware and other contextual variables on multisensory flavour perception. *Flavour*; 1:7. Recuperado el 10 de septiembre de 2015 de [http://www.flavourjournal.com/content/1/1/7]

Spence, C. y Piqueras-Fiszman, B. (2014). *The Perfect Meal: The Multisensory Science of Food and Dining*. London: John Wiley & Sons

envases de colores fríos como el azul mientras que las cucharas blancas y pequeñas mejorar la sensación de calidad y dulzor del yogur.

También parece importante para estimular las preferencias y las sensaciones gustativas el material y el peso de los cubiertos y recipientes. Un buen filete acometido con un cuchillo poco afilado dará la sensación de carne dura. Probar una porción de queso con un cuchillo aporta mayor sensación de sabor salado, un trozo de tarta se percibe con mejor sabor con cuchara de metal o de color blanco o rosa que con una cuchara negra.

La web “Psicología del color”³¹ describe el color y su influencia en distintas manifestaciones vitales. Al parecer el naranja ayuda a la digestión, el color rojo aumenta la sensación de dulzura en los alimentos, el verde mejora la percepción de frescura y el azul disminuye el interés por la comida o el atractivo de los platos. El marrón intensifica el sabor a chocolate y el verde es un color que los niños relacionan con el sabor de las verduras y por lo tanto no suele ser del gusto de los más jóvenes. La **(tabla 1)** recoge el impacto de ciertos colores utilizados en la promoción de productos, su valor simbólico y utilidad³².

Estas sensaciones relacionadas entre el color y el alimento han estado muy estudiadas en el diseño y color de los envases de productos alimenticios³³ Las personas no solo compran y consumen el producto sino también el color que le acompaña³⁴ En los últimos tiempos McDonald’s ha dejado su característico color rojo, un color apreciado por los más jóvenes y que estimula el apetito, por el color verde, en un intento de posicionar la marca en la imagen de comida saludable y sostenible.

³¹ Psicología del color. Wikipedia. Recuperado el 20 de abril de 2015 de [http://es.wikipedia.org/wiki/Psicolog%C3%ADa_del_color].

³² Heller, E. (2008). *Psicología del Color* (1ª. Ed.). Barcelona: Gustavo Gilli S. L.

³³ Sandri, P. M. (13 de enero de 2012.) Los colores nos condicionan al comprar. Recuperado el 22 de junio de 2015, de [http://www.lavanguardia.com/estilos-de-vida/20120113/54244233858/los-colores-nos-condicionan-al-comprar.html].

³⁴ Añaños Carrasco, E.; Estaún, S.; Tena, D.; Mas, M. T., & Valli, A. (2009). *Psicología y comunicación publicitaria*. Barcelona: Servei de Publicacions de la Universitat Autònoma de Barcelona.

Tabla 1.- Impacto de ciertos colores utilizados para promover determinados productos, según el significado cromático que transmiten³⁵

Color	Simboliza	Utilidad
Azul	Confianza, seguridad, lealtad. Si es claro, posee una connotación de ligereza y limpieza. Evoca ideas inalcanzables. Los tonos fuertes dan la sensación de frío. Si se abusa, su efecto relajante puede deprimir.	Utilizado por bancos, medios de comunicación, firmas tecnológicas. Se asocia a la masculinidad, juventud y a la higiene. En la alimentación, se refiere a productos light, agua, congelados. Pero es poco recomendable para el resto de comestibles.
Rojo	Transmite energía, urgencia, pasión, sentimiento, apetito y un punto de violencia. Exige movimiento. Es humano, dinámico y emotivo.	Utilizado para resaltar coches deportivos, alimentos, bebidas energéticas, pasta, galletas, salsas. Ideal para productos que se adquieren por impulso y para comunicar advertencias y prohibiciones. Asociado al negro transmite misterio, atrevimiento y erotismo.
Verde	Símbolo de salud, naturaleza, esperanza, ecología. Calma y tranquiliza, algo desenfadado e informal. Evoca seres vivos y fertilidad.	Es utilizado en productos de herboristería, productos slowfood, cultivo biológico. El verde botella se asocia con el lujo. Las tonalidades más oscuras evocan el dinero
Amarillo	Color ideal para llamar la atención y prevención aunque en dosis excesivas puede transmitir irritabilidad. Es optimista y juvenil. Simboliza la luz y la intuición.	Su aplicación depende de su tonalidad. El oro es para el ultralujo; el oscuro sirve para alertar (carteles, señales, cremas solares); el limón es idóneo para ediciones especiales, novedades.
Rosa	Romántico, femenino y tímido. Aunque también puede tener un punto erótico.	Frecuente en la cosmética y la ropa juvenil para chicas.
Marrón	Expresa severidad y madurez. Transmite un aire rústico y cómodo	Utilizado en colonias masculinas, café, chocolate y productos tostados, muebles. Se asocia a la madera, la tierra, el otoño y el campo.
Gris	Color asociado a la tristeza, pobreza, silencio, monotonía, indecisión.	Triunfa como color de fondo. Visible en el sector automovilístico: carrocería, accesorios, lubricantes...
Púrpura	Color elitista, de la exclusividad, de la realeza. Tiene un punto de melancolía. En algunas culturas tiene connotaciones religiosas	Utilizado en productos anti-edad, perfumes, artículos para mujeres sofisticadas. Evoca alta calidad.
Naranja	Es una llamada a la acción, a suscribirse, a comprar o a vender. Recuerda lugares cálidos y exóticos. Símbolo de creatividad y entusiasmo. Tiene una cierta connotación de frivolidad.	Utilizado en refrescos, bienes de gran consumo para jóvenes. Se asocia a la fruta, las comidas precocinadas, el tomate. Color que funciona bien con los juguetes
Negro	Es un color vinculado a la potencia, exclusividad, lujo. Elegancia, agresividad, autoridad, peso, dignidad. Pero también luto, terror y muerte.	Podemos observarlo en productos gourmet de la alimentación, alta gama. En la ropa evoca poder. En combinación con el amarillo oro evoca elitismo. Popular en los productos de electrónica.
Blanco	Evoca inocencia, pureza, serenidad, paz. También castidad, modestia. Crea impresión de vacío, de infinito, de luz. Combina bien con el resto de colores.	En alimentación sugiere bajo contenido calórico, envases lácteos, productos de tocador, arroz, harina, sal...

Fuente: Sandri, P. M. (13 de enero de 2012.) Los colores nos condicionan al comprar. Recuperado el 22 de junio de 2015, de [<http://www.lavanguardia.com/estilos-de-vida/20120113/54244233858/los-colores-nos-condicionan-al-comprar.html>]

³⁵Sandri, P. M. (13 de enero de 2012.) Los colores nos condicionan al comprar. Recuperado el 22 de junio de 2015, de [<http://www.lavanguardia.com/estilos-de-vida/20120113/54244233858/los-colores-nos-condicionan-al-comprar.html>]

2.4. Temperatura

La temperatura de la comida puede ser otro factor importante a la hora de percibir las cualidades organolépticas de los alimentos y favorecer su mayor o menor consumo. Los sensores térmicos de la lengua son capaces de modular la percepción de los sabores aunque con el sabor dulce la variación es muy limitada. Puede ser muy ilustrativo de este apartado la investigación realizada por el profesor Gary Pickering³⁶ de la Universidad Brock en Canadá que realizó un estudio con voluntarios publicado en *Springer's Chemosensory Perception Journal* con las siguientes conclusiones:

1. El sabor astringente, aquel que en contacto con la lengua produce una sensación mixta entre la sequedad intensa y el amargor, como ciertas sales metálicas, fue más intenso cuando la solución estaba caliente.
2. La comida amarga, en cambio, tiene más sabor cuando está fría y disminuye conforme se va calentando.
3. La acidez es más intensa con la solución tibia, pero se prolonga su sabor durante más tiempo con la solución caliente.
4. Aunque la dulzura se percibe igual en soluciones frías o calientes, necesita más tiempo en la solución fría alcanzar su intensidad máxima de sabor.

Estos son aspectos de gran importancia a la hora de ofertas líquidos o alimentos a personas con dificultades para beber o ingerir alimentos o en los casos en los que el individuo debe consumir grandes cantidades de líquidos (deportistas, enfermos de vías urinarias, etc.). Las bebidas con sabores y a una temperatura entre 10 y 14 grados Celsius son las mejor aceptadas en estos casos. Podemos añadir al agua de mineralización débil unas rodajas de fruta, unas hojas de té, menta o pepino para facilitar su consumo.

En relación a las preferencias alimentarias no hay que olvidar la importancia decisiva de las texturas de los alimentos o de las formulas culinarias y también de los aromas aportados por las hierbas aromáticas que incorporan

³⁶ Bajec, M.R.; Pickering G.J. & DeCourville, N. (2012). Influence of Stimulus Temperature on Orosensory Perception and Variation with Taste Phenotype. *Chemosensory Perception*. 12; 5(3-4). doi:10.1007/s12078-012-9129-5

aromas y sabores a los alimentos. Su utilización puede estimular el consumo de muchas preparaciones culinarias y también aumentar su valor nutricional debido a la gran cantidad de micronutrientes y sustancias antioxidantes que contienen y que son de mucha importancia para la salud.

2.5. La neofobia alimentaria

La neofobia alimentaria consiste en el rechazo a la incorporación de nuevos alimentos al perfil alimentario existente en un momento dado. La neofobia alimentaria es frecuente en la primera infancia a partir de los dos años de edad por un residuo ancestral de precaución a la posibilidad de introducir alimentos tóxicos³⁷ También suele estar presente en personas muy mayores que desconfían de nuevos sabores, nuevos alimentos o productos exóticos. Con frecuencia es una problemática con antecedentes familiares y que afecta más a varones. La situación genera dietas monótonas con aportes insuficientes de algunos minerales y vitaminas.

La solución parece encontrarse en gestionar los nuevos alimentos, uno por uno, fuera de las comidas como una acción de cata para introducirlos más por el sabor, la repetición y las formulas culinarias compartidas más como un juego que con la idea de que puedan “*ser buenos para su salud*”.

³⁷ Demattè, M.L.; Endrizzi, I.& Gasperi, F. (2014). Food neophobia and its relation with olfaction. *Frontiers in Psychology*; 5, 127. Published online 2014 Feb 17. doi: 10.3389/fpsyg.2014.00127
Benton, D. (2004). Role of parents in the determination of the food preferences of children and the development of obesity. *International Journal of Obesity* 28, 858–869. doi:10.1038/sj.ijo.0802532

3. Los hábitos alimentarios: factores determinantes

Los factores determinantes de los hábitos alimentarios a nivel individual y poblacional se configuran de manera secuencial en base a dos bloques conceptuales; un primer bloque hace referencia a la disponibilidad de alimentos, esto es los alimentos y productos alimentarios que pueden ser potencialmente parte de la cesta de la compra, o de la demanda en un domicilio o restaurante. El segundo bloque haría referencia a los factores que condicionan la elección de los alimentos (**figura 4**). De la potencialidad a la realidad del plato. Veremos que en todo este complejo proceso la comunicación y la información aportada por los medios de comunicación tiene y ha tenido una importancia singular, tanto en el sector productivo como en el consumidor. Producción, elección, consumo e ingesta unidos por el hilo conductor del conocimiento y la información técnica, sanitaria y divulgativa de los medios y las nuevas tecnologías de la información.

3.1. Factores que influyen en la disponibilidad de alimentos³⁸

1. **Entorno.** El clima, la temperatura, la altitud y la humedad del entorno condicionan el tipo de agricultura y ganadería. Esta consideración permitirá una oferta específica de materias primas y productos elaborados de acorde a los elementos alimenticios que tengan un hábitat más favorable para asentarse en la zona.
2. **Transporte y comunicaciones.** La infraestructura de comunicación y transporte es vital para el transporte de alimentos y utensilios para la dinámica diaria de la agricultura y la ganadería. También es una pieza clave en la diversificación de la dieta y en la creación de riqueza. Este punto podría parecer importante solo en países en vías de desarrollo o en lugares lejanos. En nuestro entorno la puesta en marcha de una nueva línea de metro o autobús o un ascensor urbano que comunique un lugar aislado o de difícil acceso con enclaves más céntricos puede facilitar el acceso a grandes superficies o establecimientos con oferta más variada y con mejores precios. La mejora de una carretera o la puesta en marcha de un

³⁸Aranceta, J. (2013), *Nutrición comunitaria* (3ª edición), Barcelona: Editorial Elsevier op.cit., pp, 216-217

medio de transporte ha tenido tanto o más impacto que un programa de fortificación de alimentos.

3. **Políticas alimentarias.** Las políticas alimentarias permiten introducir mejoras en el proceso de producción, importación y acceso a los alimentos. Por otra parte las políticas nutricionales nos ayudaran a cubrir las ingestas diarias recomendadas (IDR) con suficiencia de alimentos o programas de suplementación o fortificación de alimentos. Las políticas de intervención alimentaria incluyen políticas de precios, ayudas, vales o recursos para facilitar el acceso a la cesta de la compra o a determinados alimentos a toda la población o a grupos de riesgo (embarazadas, niños o ancianos). Muchos departamentos institucionales y ONG´s están implicados en estas acciones para facilitar la cobertura de las necesidades fisiológicas y las IDR a personas y familias en riesgo de malnutrición.

Figura 4.- Factores que influyen en la configuración de los hábitos alimentarios



Fuente: Elaboración propia

3.2. Factores que influyen en la elección de alimentos

Teniendo como marco potencial de consumo la disponibilidad de alimentos el patrón de consumo alimentario podrá configurarse en función de diferentes factores que condicionaran la elección de los alimentos³⁹, como fase operativa del establecimiento de los hábitos alimentarios.

Este apartado se puede dividir en tres grupos principales:

1. **Factores biológicos.** La alimentación tiene como prioridades biológicas satisfacer los requerimientos nutricionales, evitar las sustancias nocivas y explotar los recursos alimentarios de manera sostenible para asegurar la especie. Entre los factores biológicos que influyen en la conducta alimentaria nos encontramos principalmente tres grandes apartados:
2. **Factores sensoriales.** Las características organolépticas de los alimentos condicionan de manera decisiva su elección. Esta percepción multisensorial suele modificarse con la edad y se ve condicionada con multitud de aspectos que hemos revisado en el apartado de configuración de las preferencias. La realidad nos sitúa en la importancia del gusto, el olor, el color, la textura, el aspecto externo junto con aspectos psicológicos, educacionales y simbólicos en la decisión de elección y compra de la mayor parte de los alimentos. Algunos alimentos se adquieren pensando en los factores sensoriales del resultado culinario preferido muchas veces muy diferente al referido en el alimento original (ej. Puré de verduras con patatas). En todo caso la presentación de los platos, el aroma y la textura de las fórmulas culinarias son piezas clave en la aceptación de los alimentos y en su consolidación en el patrón de consumo.
3. **Factores genéticos**⁴⁰. Las preferencias alimentarias están condicionadas por factores genéticos y ambientales. Los genes implicados en la determinación de las preferencias alimentarias pueden afectar diversos procesos fisiológicos como pueden ser la preferencia por los sabores

³⁹ Bellisle, F. (2005). *The determinants of food choice*. EUFIC REVIEW 04. Recuperado el 21 de marzo de 2015 de [<http://www.eufic.org/article/en/expid/review-food-choice>]

⁴⁰ Ramos-López, O.; Ojeda-Granados, C.; Román, S. y Panduro, A. (2013), Influencia genética en las preferencias alimentarias, *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 21 (2), 74-83.

dulces o la aversión por los amargos. En la preferencia por los azúcares participa el receptor gustativo del sabor dulce (TAS1R2) localizado en el cromosoma 1, el transportador de glucosa isoforma 2 (GLUT2), la leptina y su receptor LEP y LEPR, así como el receptor de dopamina tipo 2 (DRD2) que participa en los procesos de recompensa.

La preferencia por las grasas está determinada por el receptor de trombospondina (CD36)⁴¹ y sus posibles variaciones inducirán una mayor o menor presencia de alimentos grasos en el patrón alimentario usual. La aversión a las verduras podría explicarse en parte por una mayor actividad del receptor gustativo del sabor amargo (TAS2R38). La presencia de polimorfismos (SNP) en cada uno de los genes implicados podría influir en el perfil de preferencias alimentarias y finalmente en los hábitos alimentarios individuales y colectivos de un enclave determinado.

En relación a la percepción del sabor dulce este se lleva a cabo a partir de los receptores gustativos T1R2 y T1R3⁴². Estos receptores para el sabor dulce se ubican en el paladar y en las células gustativas de las papilas circunvaladas y foliadas de la lengua. El receptor gustativo T1R2 se ha localizado también en otros lugares clave para la regulación metabólica y energética como son el tracto gastrointestinal, el páncreas y el hipotálamo.

En diferentes estudios se han detectado diferencias en el umbral de detección del sabor dulce por lo tanto estas personas necesitarán incorporar mayor cantidad de sustancias edulcorantes para estimular sus receptores gustativos. Las variaciones en los genes a partir de poliformismos en las regiones promotoras que codifican estos receptores explicarían estas diferencias y su repercusión en la mayor o menor sensibilidad a la sacarosa u otros azúcares de la dieta.

La alimentación es un proceso que estimula los centros de recompensa situados fundamentalmente en el núcleo accumbens y en el área ventral tegmental. Al núcleo accumbens se le atribuye una función importante en el placer incluyendo la risa y la recompensa, así como el miedo, la agresividad, la

⁴¹ Ramos-López, O.; Ojeda-Granados, C.; Román, S y, Panduro, A. (2013) Influencia genética en las preferencias alimentarias. *Revista de Endocrinología y Nutrición* 21 (2), 74-83. *Op. cit.*

⁴² Jiang, P.; Cui, M.; Ji, Q.; Snyder, L.; Liu, Z.; Benard, L.; Margolskee, R. F.; Osman, R. & Max, M. (2005). Molecular mechanisms of sweet receptor function. *Chemical Senses*, 30(1):i17-8

adicción y el efecto placebo⁴³. Al parecer los impulsos dopaminérgicos del área ventral tegmental modulan los impulsos del núcleo accumbens. Muchas sustancias serían capaces de aumentar los niveles de dopamina en esta estructura como las anfetaminas, nicotina, cocaína entre otras alterando la ingesta alimentaria y las percepciones relacionadas con la dieta. En este proceso de recompensa mediado por la dopamina es clave el receptor de la dopamina D2 (DRD2) uno de los receptores más importantes en la modulación de sus efectos. La presencia de polimorfismos o alelos diferenciales explicaría las diferentes respuestas a la ingesta de alimentos, cantidad y efecto placentero inducido por la dieta o sus componentes.

También se ha estudiado la repercusión de los receptores cerebrales de la glucosa a través de los transportadores GLUT2 y sus variantes genéticas en relación con la ingesta mayor o menor de elementos azucarados. En este mismo sentido la leptina una proteína formada por 146 aminoácidos y codificada por el gen LEP localizado en el cromosoma 7 cuyas funciones fisiológicas se desarrollan al interactuar con su receptor LEPR localizado en el cromosoma 1. La leptina presente principalmente en los adipocitos regula la ingesta energética y los depósitos corporales de materia grasa pero también la percepción de algunos sabores. Teóricamente altos niveles de leptina circulante inhibirían la percepción gustativa por el dulce y la apetencia por la grasa. Los niveles de leptina también están relacionados con la variación de los umbrales de la detección del sabor dulce que son mayores a la mañana y más bajos a la noche.

El gen CD36 está asociado con la percepción oral del sabor de las grasas. Variaciones de este gen podrían inducir un aumento en la apetencia por determinado tipo de grasas e influir en las preferencias alimentarias, en el patrón alimentario y en el estado de salud. Algunos polimorfismos del CD36 se han asociado en población afroamericana con sobrepeso a una mayor apetencia por las grasas untadas.

En la percepción del sabor amargo participan una familia de receptores denominados T2Rs localizados en la superficie de las papilas gustativas,

⁴³ Wikipedia. *Núcleo accumbens*. Recuperado 15 de junio de 2015 de [\[http://es.wikipedia.org/wiki/N%C3%BAcleo_accumbens\]](http://es.wikipedia.org/wiki/N%C3%BAcleo_accumbens)

paladar y epiglotis. Los T2Rs son codificados por 25 genes entre los que destaca el TAS2R38 responsable de la sensibilidad al gusto amargo. La sensibilidad de estos receptores según su perfil genético ocasiona una mayor o menor aceptación a los sabores amargos. En este espectro de sabores se encontrarían las verduras, hortalizas, el té y algunos quesos lo que explicaría el rechazo de algunas personas a los alimentos con matiz amargo y que ellos percibirían de manera especialmente intensa. Estas variaciones genéticas podrían predecir un menor consumo de alimentos con importante impacto en la salud y aumentar el riesgo de determinadas enfermedades degenerativas en los portadores de algunas variantes genéticas del receptor TAS2R38.

La determinación de la tipología genética de los receptores para la percepción de los sabores dulce, amargo y la sensación gustativa de la grasa entre otras características podría explicar parte de los hábitos alimentarios de los distintos países, o grupos étnicos en colaboración con los factores ambientales y la disponibilidad de alimentos⁴⁴.

4. **Necesidades nutricionales.** Varían según la edad, la situación fisiológica el grado de actividad física y el perfil genético del individuo. La edad y el grado de actividad física condicionan de manera importante las necesidades de energía y nutrientes. También el apetito y la frecuencia de consumo. En periodos de embarazo y lactancia las necesidades de alimentos y bebidas aumentan hasta un 20% más, aunque en estas situaciones los aspectos cualitativos son de especial importancia por su clara repercusión en el estado de salud del nuevo ser.

5. **Factores ambientales**⁴⁵. El hábitat físico y humano condiciona de manera importante la alimentación de las personas. El primer punto de encuentro se relaciona con el ambiente familiar. La impronta materna adquiere un significado único en la configuración de las necesidades sentidas

⁴⁴ Reguero, L.; Puente, N.; Elezgarai, I.; Mendizabal-Zubiaga, J.; Canduela, M.J.; Buceta, I.; Ramos, A.; Suárez, J.; Rodríguez de Fonseca, F.; Marsicano, G. & Grandes, P (2011). GABAergic and cortical and subcortical glutamatergic axon terminals contain CB1 cannabinoid receptors in the ventromedial nucleus of the hypothalamus. *PLoS One*; 6(10), e26167. doi: 10.1371/journal.pone.0026167. Epub 2011 Oct 11

⁴⁵ Hollands, G.J.; Shemilt, I.; Marteau, T.M.; Jebb, S.A.; Kelly, M.P.; Nakamura, R. ; Suhrcke, M. & Ogilvie, D. (2013), Altering micro-environments to change population health behaviour: towards an evidence base for choice architecture interventions. *BMC Public Health* 13, 1218. Recuperado el 8 de febrero de 2015 de [<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/1218>]

alimentarias. Este núcleo de sensaciones, sabores y preferencias se irá agrandando con el contacto social y las relaciones sociales circundantes.

6. **Factores sociales y culturales.** La impronta materna y familiar mencionada forma parte de los primeros kilómetros de aprendizaje alimentario. Aquí subyacen aspectos simbólicos, culturales y de índole social.

Cuando se come, con quien, como se come y qué alimentos se consumen, relacionados con qué, forman parte del acervo cultural de un pueblo. Las diferencias en el patrón alimentario según clases sociales y nivel de instrucción personal y del núcleo familiar siguen siendo factores diferenciadores de los hábitos alimentarios y de las prácticas culinarias⁴⁶.

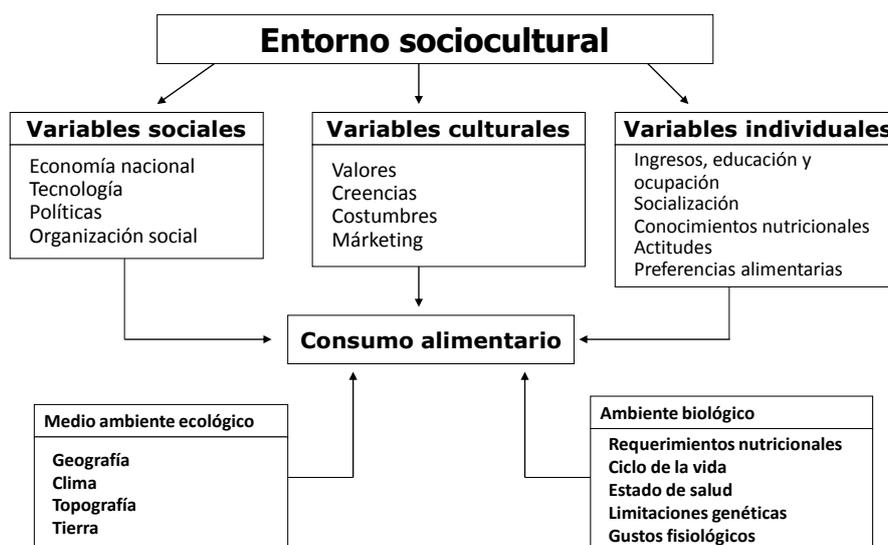
Los coetáneos representan un grupo de gran influencia sobre el patrón alimentario. En los primeros años de vida el núcleo familiar marca la pauta pero en la etapa escolar y sobre todo en la adolescencia y en la edad juvenil el grupo condiciona las principales pautas de elección y los modelos en la alimentación y consumo de bebidas y complementos.

En la etapa escolar y juvenil los líderes sociales y las imágenes de marca aglutinan las preferencias y los alimentos o bebidas estrella. También los líderes más cercanos de nuestro entorno impulsan la puesta en marcha de comportamiento de imitación o de integración en el grupo.

La incorporación de la mujer al trabajo extra doméstico ha generado grandes cambios en los hábitos de compra, de consumo y de cocinado. La disminución de tiempo para las tareas domésticas relacionadas con la alimentación y la desigual dedicación de los distintos miembros de la unidad familiar han favorecido la pérdida de la cocina tradicional y los hábitos de compra de cercanía. Las comidas preparadas, los congelados y la cocina rápida han ganado mucho espacio en los últimos 30 años especialmente en las zonas urbanas y metropolitanas. La **(figura 5)** resume diferentes factores socioculturales que influyen en la configuración de los hábitos alimentarios y sus interacciones.

⁴⁶ Díaz Méndez, C. y Gómez Benito, C. (2005). Sociología y alimentación. *Revista Internacional de Sociología (RIS)*, Tercera Época, N°40, Enero-Abril, 21-46

Figura 5.- Interacción de los factores determinantes de los hábitos alimentarios



Fuente: Elaboración propia

7. **Marketing alimentario y publicidad.** En la sociedad industrial y en la época actual la publicidad viene desempeñando un papel decisivo en la decisión de compra de los productos alimentarios, en especial los productos elaborados. En otros apartados de este trabajo volveremos a comentar este importante factor en la toma de decisiones y en la configuración de las conductas alimentarias y vitales⁴⁷.

El mundo del marketing establece modas y necesidades que afectan igualmente a los alimentos y al amplio mundo que rodea la ingesta alimentaria. Comer es un acto social y este escaparate está sujeto a influencias relacionadas, con la autoestima, los afectos, la apariencia personal y social, la estética y la salud.

En algunas ocasiones la publicidad y el marketing alimentario (acciones marketing-salud) posicionan el alimento en la órbita de la salud o el bienestar.

⁴⁷ Martínez, S. & Kaufman, P.(2008). Twenty Years of Competition Reshape the U.S. Food Marketing System. *Amber Waves*, April 1. Recuperado el 7 de mayo de 2015 de [http://www.ers.usda.gov/amber-waves/2008-april/]

Scully, M., Wakefield, M., Niven, P., Chapman, K., Crawford, D., Pratt, I. S., Baur, L. A., Flood, V. & Morley, B. (2012), Association between food marketing exposure and adolescents' food choices and eating behaviors, *Appetite*, 58 (1), 1-5.

En otras ocasiones la publicidad cargará las tintas sobre el prestigio social o la percepción estética. Incluso relacionando el alimento con la afectividad y la calidad de los cuidados familiares.

8. **Valores.** Las prácticas alimentarias de los grupos culturales están relacionadas con su escala de valores. Los valores determinan qué es aceptable y qué no es aceptable como alimento y que alimentos son más apreciados en cada momento y lugar. Así en las sociedades occidentales se rechazan los insectos como alimento y por el contrario en otras culturas con manjares exquisitos⁴⁸.

Se ha sugerido que algunos alimentos fomentan el sentimiento de seguridad más que otros. La leche es un alimento que simboliza seguridad por su asociación con épocas tempranas de la vida. También las carnes, las patatas y los dulces significan un espacio de seguridad en el imaginario popular.

En muchas culturas el alimento está ligado al prestigio y a la hospitalidad. Los alimentos y las bebidas se ofrecen como signo de hospitalidad, como elemento relacionado con la amistad, la aceptación interpersonal y el valor social. La utilización de algunos alimentos a modo de premio refleja que el alimento significa amistad y recompensa social.

9. **Creencias y motivaciones.** Las creencias alimentarias representan una interiorización del valor atribuido al alimento y son expresión de aspectos cognitivos complejos. Algunas de estas motivaciones alimentarias pueden estar ligadas a aspectos de salud
10. **Costumbres.** Las costumbres son las normas de comportamiento que se adquieren como miembros de un grupo social. Los individuos como sujetos sociables seleccionan entre los alimentos disponibles aquellos que son socialmente aceptados en su entorno físico y afectivo⁴⁹.

⁴⁸ Contreras, J. (2005). *Alimentación y cultura perspectivas antropológicas*. Barcelona: Ariel cop.

Alvarez Munarriz, L., y Alvarez De Luis, A. (2009). Estilos de vida y alimentación. *Gazeta de Antropología*, 25(1).

Lévi-Strauss, C. (2006). *Antropología estructural: Mito, sociedad, humanidades*. México: Ediciones Siglo XXI.

Dufour, D.; Goodman, A. & Pelto, G.H. (2012) *Nutritional Anthropology: Biocultural Perspectives on Food and Nutrition*, Second edition. New York: Oxford University Press.

⁴⁹ Díaz Méndez, C. y Gómez Benito, C. (2005). Sociología y alimentación. *Revista Internacional de Sociología (RIS)*, Tercera Época, N°40, Enero-Abril, 21-46

11. **Simbolismo.** El simbolismo alimentario genera una pulsión o rechazo hacia determinados alimentos⁵⁰ que se asocian con la infancia (papillas, yogur), la fuerza o la virilidad (carne roja, espinacas), la potencia de salto (carne de cabra), la vejez (sopas), fiesta, calor de hogar (tarta, pasteles, repostería casera). En el caso contrario nos encontraríamos a los veganos con un rechazo frontal a todo alimento de origen animal considerado “cadáver”.
12. **Tradición.** Las tradiciones mantienen en primera línea muchas preparaciones y alimentos que se relacionan con celebraciones, ritos o cualidades ancestrales. Muchos de estos platos y rituales culinarios representan signos de identidad que son valorados de manera especial en situaciones de desubicación. Las poblaciones inmigrantes mantienen en gran medida esas señas de identidad relacionadas con platos o alimentos que le son propios e intentan mantener la tradición siempre que la situación económica, el tiempo y la disponibilidad le permitan su escenificación⁵¹.
13. **Creencias religiosas.** Las religiones influyen en mayor o menor medida en los hábitos alimentarios e incluso son condicionantes de determinadas tipologías. Considerando la importancia actual de estas consideraciones especialmente en el apartado de restauración colectiva, comedores sociales, comedores escolares, educación nutricional en el entorno escolar o comunitario etc. La nueva realidad social, como consecuencia de las continuas corrientes migratorias, plantea en muchos enclaves, un nuevo panorama alimentario que hay que conocer y al que hay que dar siempre una respuesta adecuada. En este contexto nos ha parecido oportuno dedicar un apartado monográfico a esta cuestión.

⁵⁰ Harris, M. (2005). *Bueno para comer: enigmas de alimentación y cultura*. Barcelona: Alianza

⁵¹ Dufour, D.; Goodman, A. & Pelto, G.H. (2012) *Nutritional Anthropology: Biocultural Perspectives on Food and Nutrition*, Second edition. New York: Oxford University Press.

4. Influencia de las religiones en el modelo alimentario

Desde la noche de los tiempos las creencias religiosas y las normas vinculadas a las distintas religiones han condicionado el modo de alimentarse de las personas y los pueblos.

Las creencias en el más allá en un sentido general han sido el marco de ritos o restricciones que varían dependiendo del tipo de creencia, ubicaciones, filosofía del cuerpo y alma, situaciones históricas (crisis, guerras, catástrofes naturales, etc.), sacrificios y ayunos para alcanzar la paz espiritual y casi siempre en un sentido penitencial. También en algunas religiones como la hindú se hace una clasificación de la alimentación para escenificar una diferencia de clases como son las castas. Otras, sin embargo, han incidido en la diferencia entre hombres y mujeres, siendo ellos los primeros en cubrir sus necesidades fisiológicas dejando el resto a las mujeres⁵².

Tradicionalmente en cada religión tenemos alimentos sagrados, alimentos prohibidos, costumbres relacionadas con los alimentos. La alimentación adquiere en mayor o menor medida una dimensión espiritual. Un eje común a todas las religiones, es la práctica del ayuno, compartir alimentos con los necesitados y empezar las comidas con una oración o plegaria.

Cada religión tiene, a su vez, un calendario festivo al que se asocian determinados platos, recetas de fiesta, que se preparan a nivel doméstico o comercial. Casi todas las religiones prohíben algún alimento por completo o en alguna época del año. Las prohibiciones más severas las describen los budistas, algunos grupos de la sociedad hindú, los musulmanes y el ayuno de los cristianos ortodoxos. En la actualidad los condicionantes más testimoniales están relacionados con la iglesia católica romana.

A modo de ejemplo, el judío ortodoxo y los musulmanes no consumen cerdo ni ningún otro alimento derivado de este animal (salchichas, embutidos, etc.) y

⁵² Díez de Velasco, F. (2005). *La Historia de las Religiones: Métodos y perspectivas*, Madrid: Akal.

Lévi-Strauss, C. (2006). *Antropología estructural: Mito, sociedad, humanidades*. México: Ediciones Siglo XXI.

la iglesia ortodoxa indica que 136 días al año no se debe consumir carne, pescados ni lácteos.

Muchos dogmas religiosos son de origen desconocido por su antigüedad; surgen como consecuencia de la observación relación alimento – enfermedad o muerte, o por un supuesto origen divino (surgen de los libros sagrados).

En todas las religiones actuales los vegetales, las frutas y los cereales son la base de una alimentación equilibrada y adecuada; una recomendación que está absolutamente vigente y que hoy, desde todos los ámbitos científicos, se insiste más que nunca en su práctica habitual. (Tabla 2).

Tabla 2.- Alimentos permitidos y excluidos en distintas religiones⁵³

ALIMENTO	CRISTIANISMO ORTODOXO ORIENTAL	IGLESIA CATOLICA ROMANA	PROTESTANTISMO	JUDAISMO	ISLAMISMO	HINDUISMO	BUDISMO	RELIGIONES AFRICANAS
Huevos	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Algunos	Algunos	Sí
Lácteos	No (ayuno)	Sí	Sí	No mezclar con carnes	Solo yogur	No	Algunos	Sí
Pollo y gallina	No (ayuno)	No (cuaresma)	Sí	Kosher	Halal	Algunos	No	Sí
Cordero	No (ayuno)	No (cuaresma)	Sí	Kosher	Halal	Algunos	No	Sí
Carne de res	No (ayuno)	No (cuaresma)	Sí (con moderación)	Kosher	Halal	No	No	No (en algunas tribus)
Grasa animal	No (ayuno)	No (cuaresma)	Sí (con moderación)	Kosher	Halal	No	No	Sí
Sangre	No (ayuno)	No (cuaresma)	No	No	No	No	No	Sí
Cerdo	No (ayuno)	No (cuaresma)	No	No	No	Restrictivo	No	Sí
Pescados	No (ayuno)	Sí	No (sin aletas ni escamas)	Sí	Sí	Algunos	No	Sí
Mariscos	No (ayuno)	Sí		Sí	Sí	No	Algunos	Sí
Bebidas alcohólicas	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	Sí	Sí
Café, té o infusiones	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Vegetales	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Legumbres	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí (excepto lentejas)	Sí	Sí
Fruta	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí (excepto coco)	Sí	Sí
Ayuno	No	No	Una vez al mes	Sí (YonKimpur)	Sí (Ramadán)	Varios días llamados Vatra	Sí	No

Fuente: Contreras, J. (2007). Alimentación y religión. HUMANITAS Humanidades Médicas, Tema del mes online, nº 16. Recuperado el 10 de septiembre de 2015 de [http://www.fundacionmhm.org/tema0716/articulo.pdf]

⁵³ Contreras, J. (2007). Alimentación y religión. HUMANITAS Humanidades Médicas, Tema del mes online, nº 16. Recuperado el 10 de septiembre de 2015 de [http://www.fundacionmhm.org/tema0716/articulo.pdf]

Dentro del cristianismo conviene destacar a los ortodoxos orientales que practican numerosos días de ayuno. Durante la cuaresma no consumen carnes, quesos, huevos ni mantequilla realizando la ofrenda a los difuntos. La iglesia católica romana ha suavizado con el tiempo de manera importante las normas y los simbolismos alimentarios. En la actualidad se sugiere evitar comer carnes los viernes del período de cuaresma y se favorece el consumo de postres o dulces para conmemorar las distintas y numerosas fiestas religiosas. Los protestantes (Adventistas del Séptimo Día) practican la dieta ovo-lacto-vegetariana principalmente; se permite el consumo de animales de pezuña partida (vaca, cabra, oveja) y el ayuno una vez al mes⁵⁴.

El judaísmo tiene diferentes vertientes en relación a la dieta. Los reformados (aquellos que no practican restricciones alimentarias), los conservadores (cumplen con consumir alimentos Kosher y no tan estrictos con los otros preceptos) y los ortodoxos (quienes son estrictamente reglamentados en cuanto a lo alimentario: solo se consumen los animales que son considerados puros (vaca, oveja, cabra, los pescados con aleta y escamas), no deben mezclar carnes y lácteos en la misma comida (tanto es así, que dos personas no deben comer una carne y otra lácteos si están sentados en la misma mesa). El consumo y preparación de algunos alimentos se ajusta a las festividades judías (Sabbash: día de descanso, la comida debe ser preparada el día anterior; diez días santos donde se consumen alimentos específicos y se realiza 1 día de ayuno).

El islamismo es una de las religiones más jóvenes, se practica principalmente en el mundo árabe aunque se ha difundido en Asia, África y algunos países europeos. Uno de los cinco pilares del Islam es el ayuno, el cual se realiza todo el mes de Ramadán (novenos mes lunar). No consumen ningún alimento desde la salida del sol hasta el ocaso (niños, ancianos, mujeres embarazadas y enfermos están fuera del precepto) y en la noche la alimentación ha de ser ligera. Consideran animales puros a corderos, camello, buey, cabra, aves y pescados. Además tienen un protocolo especial a la hora de la comida (se agradece a Alá por la comida, comen descalzos, comen con la

⁵⁴ Universidad de Córdoba. Alimentación y Cultura. Influencias religiosas sobre la alimentación. Recuperado el 14 de abril de 2015 de [<http://www.uco.es/ayc/religion.pdf>]

mano derecha y usan el pan de torta como cuchara o usan tres dedos, no se usa cuchillo, etc.).

El hinduismo es considerado la religión más antigua, cree que algo que haya existido alguna vez no desaparece. Cree en la reencarnación y por eso matar es un terrible mal. En los hábitos alimentarios se destaca una alimentación vegetariana, deben abstenerse de comer carne, además la vaca es considerada un animal sagrado, el pescado si puede consumirse ya que no lo matan (solo lo sacan del agua – en Bengala), según la casta no podrían comer lentejas y coco; los hombres son los primeros en comer y las mujeres comen luego los restos. Tienen numerosos días de ayuno⁵⁵.

El budismo, religión derivada del hinduismo donde se debe llegar al “nirvana” extinción del dolor, para lo cual se debe evitar el egoísmo. Sus creencias se pueden resumir en reencarnación, no hacer daño a ser vivo alguno y desprendimiento de la vida terrenal. En cuanto a los hábitos alimentarios resalta que en Birmania y Tailandia consideran que no consumir alimentos sólidos en la tarde les da fuerza espiritual, son especialmente vegetarianos, el arroz es el principal alimento, consumen soja y todos sus derivados como el tofu, pueden comer pollo (en pequeñas cantidades máximo 4 o 5 animales al año), pescado y deben evitar algunos vegetales como cebolla, ajo, puerro, cebollino, etc.

Existen algunas otras religiones menores principalmente en África. Se conocen poco, pero es posible que también tengan algunos preceptos dietéticos.

Aunque hay coincidencias entre las religiones y alimentos prohibidos, el que más se repite es en el tema de la carne. En las diferentes religiones siempre hay prohibiciones de tipos de animales durante todo el año como el cerdo y derivados en los musulmanes o en periodos de celebraciones religiosas como la cuaresma en la religión católica, también hay prohibiciones en las aves si

⁵⁵ Universidad de Córdoba. Alimentación y Cultura. Influencias religiosas sobre la alimentación. Recuperado el 14 de abril de 2015 de [<http://www.uco.es/ayc/religion.pdf>]
Cruz Cruz, J. (1991). *Alimentación y cultura. Antropología de la conducta alimentaria*. Pamplona: EUNSA.

son o no rapaces y peces con escamas y aletas o sin ellas y en menor grado en algunos condimentos como ajo y cebollas.

El problema de las religiones y sus prohibiciones alimentarias es quizás más patente en el momento actual, donde la mezcla de diferentes religiones y culturas en los mismos países cada vez es mayor y por lo tanto también supone un choque cultural que en general no está suponiendo grandes problemas en la adaptación excepto en algunas situaciones como en el caso en España de los comedores sociales y de colegios públicos por la prohibición de comer carne de cerdo entre los usuarios musulmanes.

En general la situación se soluciona con la oferta de dos o tres menús diferentes o en algunos casos se suministra solo un menú con ausencia carnes o derivados de animales no autorizados. Esta situación suele inducir el desagrado de los comensales autóctonos.

En el momento actual la mezcla de culturas y religiones en muchos países ha favorecido que tenga lugar un movimiento de exportación e importación de productos para atender las necesidades de las diferentes creencias, así como el crecimiento de comercios de alimentación, ocio y credo específicos de cada religión.

A continuación haremos una descripción más pormenorizada de las peculiaridades dietéticas relacionadas con los credos religiosos más representativos del mundo actual.

4.1 Cristianismo Ortodoxo Oriental

A partir de distintas disputas religiosas entre Roma y Constantinopla desde el año 300 finalmente se produce una separación del catolicismo romano en el año 1045. Los motivos son el origen del espíritu santo, el uso del pan ácimo en la Eucaristía y el celibato clerical.

Esta religión está ubicada principalmente en el oriente de Europa (Grecia y la antigua URSS), cada país tiene soberanía en cuanto a la religión teniendo

sus propios patriarcas y arzobispos. Se reconoce un jefe espiritual que reside en Estambul. Algunas características singulares⁵⁶:

- Ayuno: no se consumen alimentos de origen animal, incluidos leche, queso, mantequilla y marisco en los siguientes periodos: en Cuaresma, que antecede a la Pascua, y en el Adviento, que dura 40 días. Incluye también periodos más cortos de ayuno en junio y agosto.
- Los ancianos más creyentes se abstienen de comer aceite de oliva, aunque si pueden consumir aceitunas. Se consideraba que el aceite de oliva se guardaba en odres de origen animal y por lo tanto se contaminaba. También se consideraba que el aceite estimulaba el apetito sexual y en los días de ayuno también está prohibido.
- En la gran Cuaresma hay un periodo de preparación de tres semanas, el domingo de la última semana y durante toda ella se consume toda la carne que tengan en casa y el último domingo todos los huevos, queso y mantequilla, siendo el siguiente lunes, el llamado "lunes puro". En la gran cuaresma se rememora el ayuno del Señor en el desierto y se permite comer pescado en dos ocasiones (el domingo de Ramos y la fiesta de la Anunciación de la Virgen María).
- El Viernes Santo se toma sopa de lentejas con vinagre y el ayuno termina el domingo de Resurrección, con el plato Mageritsa, que es una sopa hecha de vísceras de cordero.
- En Grecia el jueves y sábado Santos se solía elaborar pan con huevos coloreados de rojo (sangre de Cristo) y el domingo de Resurrección se rompían los huevos contra el vecino (apertura de la tumba).

El pan de consagrar que es uno de los motivos del Cisma se llama Prophoron (pan de ofrenda), lo preparan las mujeres y no debe contener manteca, leche, azúcar ni huevo.

⁵⁶ Díez de Velasco, F. (2005). *La Historia de las Religiones: Métodos y perspectivas*, Madrid, Akal Op. Cit.

En la Cuaresma también existe una ofrenda a los difuntos, donde es de gran importancia el grano de trigo integral (koliva). A los 39 o 40 días de la muerte de Cristo la ofrenda a los difuntos se hace mezclando trigo hervido con perejil, nueces picadas, panecillos retostados, especias, azúcar, pasas, almendras amargas, semillas de ajonjolí y granada. Después se distribuye a los familiares⁵⁷

4.2 Iglesia Católica Romana

A partir de la Edad Media se instauran multitud de días de ayuno sobre todo con ocasión de epidemias, guerras o plagas como un mecanismo de calmar el hambre por medio de la fe.

En España existía el privilegio de la Bula de la Santa Cruz que mediante un donativo se permitía comer carne los viernes del año excepto en Cuaresma. Este privilegio fue eliminado en el Concilio Vaticano II.

La conferencia Católica de EEUU de 1966 abolió la prohibición de comer carne los viernes y el ayuno en determinadas fechas, excepto el consumo de carne los viernes de Cuaresma.

De manera directa o indirecta, la Iglesia Católica en España ha favorecido la tradición del consumo de dulces en las distintas fiestas religiosas. En Navidad se estilan los mantecados, polvorones y otros dulces elaborados con manteca de cerdo, almendra, miel y/ o azúcar aprovechando la materia prima de la matanza del cerdo cercana a la época de Navidad.

En Semana Santa nos encontramos los típicos pestiños, buñuelos y otros dulces similares cuyo ingrediente principal son harina y huevos abundantes tradicionalmente en la época templada de primavera.

En la Iglesia Católica, religión con gran simbolismo alimentario (consagración con pan y vino, el maná, el milagro de los panes y los peces, etc.), se ha sustituido el pan ácimo por la oblea presente en el momento de la comunión⁵⁸

⁵⁷. Universidad de Córdoba. Alimentación y Cultura. Influencias religiosas sobre la alimentación. Recuperado el 14 de abril de 2015 de [<http://www.uco.es/ayc/religion.pdf>]

⁵⁸ Directo al paladar. Alimentos prohibidos en cada religión: el cristianismo. Recuperado el 10 de septiembre de 2015 de [<http://www.directoalpaladar.com/cultura-gastronomica/alimentos-prohibidos-en-cada-religion-el-cristianismo>]

4.3 Protestantismo

En relación con las prescripciones en los hábitos alimentarios, existen dos ramas fundamentales en el protestantismo: los Adventistas del Séptimo Día, con unos 7 millones de fieles aproximadamente, y la Iglesia de Jesucristo de los Santos del último Día (Mormones), con una estimación de 8 millones de fieles.

Los Adventistas del Séptimo Día recomiendan la dieta vegetariana aunque la mayor parte son ovo-lacto vegetarianos y los que no lo son consumen carne de manera muy ocasional. Entre los alimentos de origen animal están prohibidos el cerdo, conejo, caballo, perro y gato. Todo tipo de producto elaborado con sangre o grasa animal, aves rapaces o acuáticas, peces sin aletas ni escamas, bebidas alcohólicas, picantes, café, té y tabaco.

En la Iglesia de Jesucristo de los Santos del Ultimo Día los elementos prohibidos son el tabaco, alcohol, café o té, la carne se puede tomar con moderación y se recomiendan los cereales y la fruta. También se recomienda hacer ejercicio físico y el almacenamiento de alimentos para un año.

En ambas ramas se recomienda el ayuno una vez al mes normalmente el domingo para la donación de este alimento o su valor a los pobres. No se puede comprar comida el domingo.

4.4 Judaísmo

Es una de las religiones más antiguas (2000 aC). Se basan en el antiguo testamento, “El Pentateuco”. Los judíos lo denominan “La Torah”.

También se considera el Talmud, que es un libro de enseñanzas interpretadas por los rabinos que se escribe en el siglo VI d.C, después de haber sido transmitido oralmente entre ellos. Las costumbres alimentarias del Talmud se basan en el Levítico (capítulo XI) y en el Deuteronomio (capítulo

XIV). Es una de las religiones más restrictivas desde el punto de vista alimentario⁵⁹:

- Se hace una clara distinción entre animales puros, con pezuñas hendidas y rumiantes (vaca, oveja) y pescados con aletas y escamas, animales impuros (cerdo, camello, insectos, reptiles, ratas, aves de rapiña, pescados sin aletas y sin escamas), y animales muertos por causas naturales, la sangre, grasa animal etc.

Otra distinción que hace de los alimentos el Talmud es:

- Trayf: Alimentos impuros de la Biblia o puros no preparados por el ritual correcto.
- Kosher: Alimentos puros y alimentos preparados por el ritual correcto.

Preparación de los alimentos Kosher: la matanza la debe realizar el shocket bajo la atención de un rabino, desangrando el animal y lavándolo en agua fría para la eliminación de la sangre, después se espolvorea con sal y tras una hora se lava de nuevo en agua fría. Luego se cuece, se inspecciona y marca con el sello shocket. En ningún caso pueden comerse los cuartos traseros ni el nervio ciático.

En relación a la leche y la carne existen una serie de incompatibilidades. No se permite consumir estos alimentos juntos en la misma comida ni que estén presentes en la misma mesa. Se deben esperar 6 horas después de comer carne para tomar leche o lácteos.

Dentro de los judíos existen tres grupos en relación a su alimentación más o menos estricta:

- Reformados: son los que no practican restricciones dietéticas relevantes.

⁵⁹ Díez de Velasco, F. (2005). *La Historia de las Religiones: Métodos y perspectivas*, Madrid, Akal Op. Cit. Directo al paladar. Alimentos prohibidos en cada religión: el judaísmo. Recuperado el 10 de septiembre de 2015 de [<http://www.directoalpaladar.com/cultura-gastronomica/alimentos-prohibidos-en-cada-religion-el-judaismo>].
 Contreras, J. (2007). Alimentación y religión. *HUMANITAS Humanidades Médicas*, Tema del mes online, nº 16. Recuperado el 10 de septiembre de 2015 de [<http://www.fundacionmhm.org/tema0716/articulo.pdf>].

- Conservadores: solo atienden a algunas restricciones como la de comer solo alimentos kasher (Kosher).
- Ortodoxos: son fieles a los mandatos del Talmud.

Los productos alimenticios comerciales sujetos a inspección rabínica se identifican por símbolos de acuerdo a la institución que realiza la inspección. Se denominan Hejsher. Podemos encontrar una letra U encerrada en un círculo. Responde a la Unión Ortodoxa, es uno de los más aceptados en el mundo. Diversos diseños con la letra K (de kosher) rodeada de otras letras, gráficos o símbolos. La P encerrada en círculo, corresponde a comida kosher apta para la cena de Pascua.

4.5 Islamismo

Entre las religiones mayoritarias es de las más jóvenes de la historia. Ubicada principalmente en el mundo árabe aunque también se ha extendido por África, Asia y algunos países europeos.

La referencia escrita es el Corán, en donde uno de los cinco pilares es el ayuno. El ayuno se realiza fundamentalmente durante el mes del Ramadán (noveno mes lunar), periodo en el que no se toma alimento, agua, tabaco ni relaciones sexuales desde la salida del sol hasta el ocaso, excepto los niños y los ancianos. A la noche y antes de que salga el sol la alimentación deber ser ligera⁶⁰.

En el Corán podemos encontrar claramente la relación de alimentos puros e impuros, algunos coincidentes con otros credos religiosos:

- a) Puros (*Halal*): cordero, camello, cabra, buey, pescado y algunas aves.
- b) Impuros (*Haram*): cerdo, animales carnívoros, aves, rapaces, renos, serpientes. Todos los animales que no han sido sacrificados según el ritual específico excepto los peces y saltamontes, y también cualquier animal que

⁶⁰ The Islamic Bulletin. Dieta del Ramadán. The Islamic Bulletin Issue 21. Recuperado el 14 de abril de 2015 de [http://www.islamicbulletin.org/newsletters/issue_21_spanish/ramadan.aspx].
Directo al paladar. Alimentos prohibidos en cada religión: el islamismo. Recuperado el 10 de septiembre de 2015 de [<http://www.directoalpaladar.com/cultura-gastronomica/alimentos-prohibidos-en-cada-religion-el-islamismo>].

muera de enfermedad, sin causa aparente, estrangulado o matado a golpes y la sangre en general.

- c) Alimentos Khamr .Similar al Haram pero más ambiguo y se incluye el vino y bebidas embriagadoras prohibidas en el Corán (Verso; 5-90-91)⁶¹

Existe un protocolo para cada comensal, comer en nombre de Ala, dar gracias, comer descalzo, comer sin cubiertos (se come con un pan en la mano derecha o con tres dedos) y lavarse las manos antes y después de las comidas.

4.6 Hinduismo

Es posible que sea una de las religiones más antiguas. Su creencia se basa en un ser superior, el Brahman, y su libro sagrado es el libro de los Vedas escrito por los llamados profetas védicos. La población se divide en castas⁶².

Hay un animal sagrado que es la vaca, no hay un motivo claro para tal creencia pero se afianza en que es por compasión a los servicios que presta y que en la actualidad es el símbolo de la maternidad. El macho es utilizado para trabajar y la hembra para dar leche que es escasa, el estiércol se usa como fertilizante y combustible cuando está seco. Algunos hábitos alimentarios específicos:

El alimento lo consideran el secreto de la felicidad y sobre todo para los más creyentes no se debe comer carne ya que eso supone matar a un ser vivo y lo relacionan con el tema de la reencarnación por eso son vegetarianos y no violentos.

En algunas regiones de la India, y según a que casta se pertenezca, no se pueden comer carnes, ajo, cebolla, hongos y nabos. También está prohibido comer lentejas y al coco se le considera un alimento sagrado porque las tres manchas son los ojos de Shiva.

⁶¹ Forcade, V. Arabia: cultura y gastronomía. Capítulo 8: La alimentación. Recuperado el 14 de abril de 2015 de [<http://www.mailxmail.com/curso-arabia-cultura-gastronomia/alimentacion-1>].

⁶² Contreras, J. (2007). Alimentación y religión. *HUMANITAS Humanidades Médicas*, Tema del mes online, nº 16. Recuperado el 10 de septiembre de 2015 de [<http://www.fundacionmhm.org/tema0716/articulo.pdf>].

Existen varios días de ayuno y oración que son llamados vatras, en algunos sitios solo lo es de alimentos cocinados y la única forma de evitar el ayuno es dar de comer a un Brahman.

4.7 Budismo

Sistema filosófico-religioso del siglo VI aC derivado del hinduismo con unos 300 millones de seguidores.

El fundamento de dicha religión es el nirvana que es la falta de egoísmo, su fundador es Sidharta Gautama que era hijo de hindú que abandono todas sus posesiones y deambulo durante seis meses y tras un rapto místico que duro 49 días se convirtió en Buda.

Creen en la reencarnación, en no hacer daño a ningún ser vivo, en el desprendimiento de la vida terrenal.

La dieta budista y la vegetariana son esencialmente vegetarianas. El alimento principal es el arroz, pueden comer pollo no más de cuatro o cinco animales al año, el pescado no suele estar prohibido, consumen también trigo.

Los alimentos prohibidos son los vegetales de la familia de la cebolla (cebolla, ajo, puerros, cebolletas, etc.). En las creencias taoístas existen otros vegetales prohibidos distintos pero incluyen la cebolla y el ajo⁶³.

Un alimento común en la dieta budista es la soja, que se cultiva desde hace cinco mil años, y sus derivados (leche de soja, tofu, to-fu-pi, pasta de soja, queso de soja y salsa de soja).

En Birmania y Tailandia no se ingiere alimento sólido por la tarde para dar fuerza espiritual.

En China sus creencias vegetarianas son anteriores al budismo.

⁶³ Wikipedia. Gastronomía budista. Recuperado el 18 de septiembre de 2015 de [https://es.wikipedia.org/wiki/Gastronom%C3%ADa_budista]

- Dinastía Chou (1122-771 aC) se consume dieta vegetariana dos días al mes lunar (el 1º y el 15º)
- Dinastía Han del oeste (206 a. C-8 dC) consumo de vegetales exóticos.
- Dinastía Han del este (25-221 dC) entra el budismo desde la India y son creencias muy parecidas al Taoísmo de China⁶⁴.

4.8 Religiones Africanas

Son variadas las religiones existentes en África aunque tiene aspectos comunes. La comida se utiliza como ritual para reconciliaciones, lazos o pactos, iniciaciones y funerales.

En los últimos tiempos abundan, sectas o religiones menores que son nuevas o rescatadas de la antigüedad y tienen sus preceptos dietéticos. Aunque son varias diferenciadas tienen algunos elementos comunes:

La creencia en un Dios diferente al ser humano, veneran a sus antepasados, la creencia de la diosa Tierra como patrona y protectora de las normas y moralidad. El Dios del Cielo que manda sobre la lluvia y el sol. Creen también que la maldad y la falta de armonía es la causa del sufrimiento.

Todos inciden en la santería que nace en Nigeria con la tribu yoruba; es una de las religiones o cultos más extendidos y se llama así porque en 1820 al ser esclavizados y llevados a Cuba y Brasil a las plantaciones de azúcar, para ocultar su religión africana, la tribu comenzó a identificar a sus dioses africanos con los de los santos católicos que veían allí.

Algunos alimentos o fórmulas culinarias han sido llevadas a otros países por los esclavos africanos: el interés por la pasta de maní, el coco, el aceite de palma o algunas especies como el jengibre. La “Olla vieja” es también un plato típico elaborado por los esclavos africanos para disimular y aprovechar la presencia de pequeñas cantidades de carne en mal estado dentro de un cocido más nutritivo.

⁶⁴Universidad de Córdoba. Alimentación y Cultura. Influencias religiosas sobre la alimentación. Recuperado el 14 de abril de 2015 de [<http://www.uco.es/ayc/religion.pdf>].

Creen que la vida del individuo se encuentra predeterminada antes de que nazca y si no cumplen con su designio seguirán reencarnándose hasta lograrlo.

Algo en común en todas ellas es el sacrificio a los dioses con la muerte de animales y el interés de diferentes tipos de hierbas tanto para conseguir beneficios como para mejorar la salud de los que están enfermos.

Algunas tribus como los masai tienen a la vaca como animal sagrado, como en la India, porque es su base de alimentación: leche, sangre y carne para su dieta (producen una especie de yogur, fermentando la leche con la sangre del animal).

Para el consumo de carne se crían cabras y ovejas, raramente se utiliza carne de animales salvajes para el consumo, salvo el antílope, eland y el búfalo, el resto de los animales salvajes están prohibidos⁶⁵.

⁶⁵ Blog H.C.R. Religiones africanas. Recuperado el 18 de septiembre de 2015 de [<https://matutehcr.wordpress.com/category/religiones-africanas/>].

5. Factores económicos, factores individuales y hábitos alimentarios

5.1 Factores económicos

Los factores económicos y el nivel de instrucción influyen de manera decisiva en el perfil alimentario. Estos modelos diferenciales generan la denominada “geografía de la salud”. Las personas de entorno desfavorecido consumen menos frutas, verdura y pescado. En general tienen peores niveles de salud y una mayor prevalencia de obesidad.

La crisis económica del periodo 2008-2014 en España ha inducido modificaciones en los procesos de compra de alimentos y también en la composición de la cesta de la compra. España según la Encuesta de Población Activa (EPA)⁶⁶ del Instituto Nacional de Estadística (INE), tenía a comienzos de 2015 4.512.153 parados, 1.039837 en Andalucía. Las personas afiliadas a la Seguridad Social estaban un poco por debajo de los 16.700.000. Un panorama bastante gris en relación a las potencialidades de compra por parte de las personas en paro o en situación de precariedad. Según un informe de la Fundación 1º de Mayo (2014)⁶⁷ del sindicato Comisiones Obreras (CCOO) basado en datos del INE, EPA, SEPE y la Seguridad Social por primera vez en la etapa moderna de nuestra historia existe riesgo de pobreza en personas con ocupación laboral. El mayor riesgo se detecta en autónomos (21,7%) y dentro de los asalariados los que tienen jornada parcial (18,7%), los de contrato temporal (17,5%) y los que tienen menos de un año de antigüedad laboral (15,4%). A este dato habría que sumar el 39,9% de parados que viven en situación de precariedad según el mencionado informe⁶⁸

⁶⁶ INE (2015). Encuesta de Población Activa - Trimestre 2/2015. Recuperado el 2 de septiembre de 2015 de [http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176918&menu=ultiDatos&idp=1254735976595].

⁶⁷ Fundación 1º de mayo (2014), Informe 106-2014. Pobreza y trabajadores pobres en España. Recuperado el 2 de septiembre de 2015 de [<http://www.1mayo.ccoo.es/nova/files/1018/Informe106.pdf>].

⁶⁸ EuropaPress. Más de 12,8 millones de españoles están en riesgo de pobreza o exclusión. El Correo 10 de febrero de 2015. Recuperado el 14 de abril de 2015 de [<http://www.elcorreo.com/bizkaia/sociedad/201502/10/millones-espanoles-estan-riesgo-20150210122317-rc.html>].

La ONG “Acción Contra el Hambre” en su informe de 2014 describe los mecanismos de adaptación empleados por las familias en situaciones de dificultad económica. En el apartado alimentario destacan dos medidas: “he tenido que renunciar al comer escolar” en un 24% del colectivo y “he tenido que renunciar a comprar alimentos básicos” referido por el 30% de este grupo de población⁶⁹. En este mismo sentido el Observatorio del Consumo y Distribución Alimentaria (2013) plantea que el 44,4% de los entrevistados en su programa de monitorización manifiestan haber modificado por culpa de la crisis su forma de comprar o cocinar para aprovechar mejor los productos y contribuir al ahorro. Este porcentaje aumenta en el colectivo femenino con edades comprendidas entre los 2º y los 50 años⁷⁰.

Distintas entidades se han interesado en los últimos años por los cambios inducidos por la crisis en relación a la cesta de la compra y al perfil de consumo alimentario de la población. Tanto el Observatorio de Consumo (Ministerio de Agricultura, 2014)⁷¹ como la Fundación Pfizer⁷² coinciden en que más de un tercio de la población han tenido que introducir modificaciones en la cesta de la compra priorizando el consumo de alimentos más baratos, marcas blancas y dejando de comprar los productos menos necesarios.

Uno de los indicadores de inseguridad alimentaria mediada por la falta de recursos económicos se refiere a la frecuencia de consumo de carne, carne de ave o pescado al menos 1 vez cada dos días. Según el SILC-Eurostat 2013⁷³, el 5,5% de los hogares españoles no satisfacían este apartado que era más acuciante en las familias formadas por 2 adultos y un menor de edad (7,6% en 2012) y en las familias numerosas (un 5,6% en 2012).

⁶⁹ Ibargüen Onsurbe, J. y, Gómez de Arriba, A. (cords). (2014). *Seguridad alimentaria en el marco de una trayectoria social descendente. Un estudio sobre riesgo social y alimentación en la Comunidad de Madrid*. Madrid: Acción Contra el Hambre.

⁷⁰ MAGRAMA. Observatorio de consumo y distribución alimentaria 2013. Recuperado el 20 de junio de 2015 de [<http://www.magrama.gob.es/es/alimentacion/temas/consumo-y-comercializacion-y-distribucion-alimentaria/observatorio-de-consumo-y-la-distribucion-alimentaria/>].

⁷¹ MAGRAMA. Informe del Consumo Alimentario en España 2014 Recuperado el 20 de junio de 2015 de [<http://www.magrama.gob.es/es/alimentacion/temas/consumo-y-comercializacion-y-distribucion-alimentaria/panel-de-consumo-alimentario/ultimos-datos/>].

⁷² Fundación Pfizer (2010). Estudio sobre el impacto de la crisis económica en los sistemas de protección social y en la salud y calidad de vida de los españoles. VI Foro de Debate Social VII Foro de Debate Social Influencia del contexto económico. en los sistemas de protección social y en la salud. Recuperado el 10 de julio de 2013 de [https://www.fundacionpfizer.org/sites/default/files/pdf/Estudio_completo_El_impacto_del_contexto_economico_en_los_sistemas_de_proteccion_social_y_la_salud.pdf].

⁷³ European University Institute (2015). EU Statistics on Income and Living Conditions. SILC-Eurostat 2013. Recuperado 20 de julio de 2015 de [<http://www.eui.eu/Research/Library/ResearchGuides/Economics/Statistics/DataPortal/EU-SILC.aspx>].

Uno de los estudios más sugerentes sobre este tema realizado en España es el estudio Eroski-Consumer de 2014, realizando también una comparativa de la situación de consumo de alimentos desde los primeros años de la crisis (2008). En el informe realizado en una muestra de 2.000 personas se plantea que desde el 2008 los ingresos en los hogares han descendido un 11%. Se dedica a comer un 10,6% menos en 2013 con una tasa de paro aumentada hasta el 24%. El 92% del colectivo manifiesta que compara precios antes de cada compra, evita gastos superfluos y se centra en las ofertas (85%)⁷⁴. Un 22,4% no compra mariscos y un 21,6% ha dejado de comprar licores. Compran en menor cantidad galletas y bollería (49,6%), embutidos (42,5%), carne de vaca o ternera (43%) y chocolate (42,5%). Por el contrario la crisis ha favorecido la compra de carne de ave (34,6%), pasta (17,6%), fruta (18,4%) y patatas (15,10%).

Una de cada cuatro personas reconoce realizar una dieta menos saludable debido a una pérdida en el poder adquisitivo y al aumento de los precios de algunos alimentos. Un 64% manifiesta dedicar mayor cantidad económica a su alimentación que antes de la crisis. El gasto medio de comida al mes es de 343 euros por familia, con un máximo en Galicia y un valor mínimo en Navarra.

En cuanto a la frecuencia de compra, la mayor parte compra 1 vez por semana (71%), sobre todo en supermercados (63%). Un 77% compra preferentemente marca blanca sobre todo en Andalucía.

Según datos del INE, el IPC en materia de alimentación aumentó en un 5,7% entre 2008 y 2014 ocasionando en los consumidores una disminución en el volumen de compra especialmente en pesado, postres lácteos, azúcar, refrescos, vino cerveza y platos preparados.

Este fenómeno de crisis no solo afecta a la cesta de la compra también repercute en la ingesta de energía y nutrientes. Un 21% de los encuestados reconoce haber aumentado de peso y un 24,4% tiene la impresión de estar realizando una dieta menos saludable.

⁷⁴ Eroski Consumer, (2014). Hogares en Crisis: cambios en la compra y en la dieta. *Eroski- Consumer*, 190, pp 22-27.

Una de las causas colaterales de la gestión de la crisis económica se escenifica en una disminución en el número de usuarios de los comedores escolares y sobre todo una pérdida del número de becas de comedor⁷⁵. Según el estudio Acción Contra el Hambre-SENC, 2014, el 24% de los usuarios de la Comunidad de Madrid ha renunciado al comedor escolar y un 2% de las personas admite pasar hambre⁷⁶.

En tiempos de crisis no solo se activan modificaciones en el consumo alimentario también se favorecen otros problemas de salud⁷⁷ (Basora, 2010). El infarto, los suicidios, las rupturas de pareja, pérdida de deseo sexual, los problemas de ansiedad, depresión, insomnio o los trastornos temporomandibulares son algunos de sus efectos colaterales. También Dávila Quintana y González López-Valcárcel publicaron en Gaceta Sanitaria (2009) un interesante esquema de conceptualización de los efectos de la crisis económica sobre la salud donde los cambios en la dieta y en los estilos de vida unidos a una cascada multifactorial de circunstancias varias pueden ocasionar un deterioro importante del nivel de salud a nivel individual y colectivo⁷⁸.

Este panorama ha propiciado una serie de experiencias de compensación fundamentalmente a partir de la iniciativa privada, instituciones religiosas y organizaciones no gubernamentales (ONG's). Podemos señalar entre otros a los Bancos de Alimentos (50 en toda España), Cáritas, Cruz Roja, Nutrición Sin Fronteras, UNICEF, Acción Contra el Hambre y un sinnúmero de iniciativas solidarias.

⁷⁵Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (2013). *Datos y cifras Curso escolar 2013/2014*. Recuperado el 20 de mayo de 2015 de [http://www.mecd.gob.es/dms/mecd/servicios-al-ciudadano-mecd/estadisticas/educacion/indicadores-publicaciones-sintesis/datos-cifras/Datos-y-Cifras-2013-2014-LR/Datos%20y%20Cifras%202013-2014_final.pdf]

⁷⁶Informe FOESSA, 2014. *Informe sobre exclusión y desarrollo social en España*. Recuperado 20 de julio de 2015 de [http://www.foessa2014.es/informe/uploaded/descargas/VII_INFORME.pdf]. Ibarra, J. y Gómez de Arriba, A. (coords). (2014). *Seguridad alimentaria en el marco de una trayectoria social descendente. Un estudio sobre riesgo social y alimentación en la Comunidad de Madrid*. Madrid: Acción Contra el Hambre.

⁷⁷Basora, L. (2010). Relación entre el contexto económico y la utilización de los servicios sanitarios: visión desde Atención Primaria. Ponencia presentada en el *VII Foro de debate Social*. Fundación Pfizer. Madrid, 11 de noviembre de 2010.

⁷⁸Dávila Quintana, C.D. y González López-Valcárcel, B. (2009), Crisis económica y salud, *Gaceta Sanitaria*, 23,261-5

En un reciente artículo publicado en la prestigiosa revista *Lancet*⁷⁹ Rachel Loopstra, del Departamento de Sociología de la Universidad de Oxford, expone en este trabajo un análisis de la inseguridad alimentaria en Europa como consecuencia de las medidas de austeridad puestas en marcha a partir de 2009. En países como Irlanda, Grecia, Portugal, España y en menor medida Inglaterra y Francia la demanda de alimentos a partir de los Bancos de Alimentos (2013-2014) se ha disparado un 163% en relación a los años anteriores. El aumento de la inseguridad alimentaria en Europa puede tener importantes repercusiones en los grupos de población más desfavorecidos con un aumento de los problemas de salud mental, enfermedades crónicas y un riesgo añadido sobre el estado nutricional de la población infantil.

La Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC, 2012) ha propuesto una serie de medidas para incentivar el acceso a comedores escolares, desayunos escolares y favorecer la educación alimentaria para potenciar las habilidades de compra y la preparación de alimentos. Se sugiere regresar al patrón de Dieta Mediterránea, priorizando la compra de cercanía, productos de temporada, el aprovechamiento seguro de restos y sobras, mejorar la gestión en la cocina con una mayor participación colaborativa en las tareas del hogar⁸⁰

5.2 Factores individuales

Los factores que actúan a nivel individual sobre la conducta alimentaria con también numerosos. Pensemos en aspectos psicológicos, nivel educativo, los conocimientos sobre temas de alimentación, la educación sanitaria, las preferencias alimentarias, el nivel de renta y la etapa vital de cada individuo o grupo entre otros.

5.2.1 Factores psicológicos y afectivos

Alimentarse es, en la mayoría de las ocasiones, una actividad social que implica una interacción con otras personas y está fuertemente influenciada por el estado psíquico, las emociones y el entorno. En este sentido, la conducta

⁷⁹ Loopstra, R.; Reeves, A. & Stuckler, D. (2015). Rising food insecurity in Europe. *Lancet*. 385 (9982), p2041, 23 May

⁸⁰ Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC) (2012). Decálogo de Consenso sobre la Alimentación Española en tiempos de crisis. Declaración de Cádiz de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, 18(4),226-228

alimentaria es una fuente de comunicación no verbal que contiene mensaje de gran sutileza y complejidad⁸¹

La relación afectiva de carácter emocional que se materializa en los primeros meses y años de la vida se fija en el inconsciente de la persona y perdura en la edad adulta e incluso en la vejez. En la tercera edad muchas situaciones de poco apetito o de rechazo a los alimentos son una llamada de atención para recuperar los afectos del entorno.

En la nueva Pirámide de la Alimentación Saludable (SENC, 2015)⁸² se contempla el equilibrio emocional como un factor clave en la elección y preparación de los alimentos. Tanto a nivel personal, como familiar o colectivo. Las personas con el ánimo o la autoestima alterados o con problemas afectivos de distintas intensidad pueden tener mayores dificultades a la hora de comprar, preparar y ponerse a la mesa de una manera estructurada y saludable. En mayor medida los problemas psicológicos o psiquiátricos pueden generar importantes alteraciones en el patrón de conducta alimentaria⁸³

Existen problemas del comportamiento alimentario, como la anorexia o la bulimia, en donde se manifiesta una relación distorsionada con los alimentos inducida por alteraciones de la esfera psiquiátrica. También la vigorexia y sobre todo la ortorexia se manifiestan con hábitos de consumo alimentario distorsionados en los que tienen una gran influencia los factores psicológicos, sociales y también los mensajes interiorizados a partir de los medios de comunicación sobre salud o imagen corporal⁸⁴.

Las situaciones de estrés generan la liberación de catecolaminas y cortisol induciendo la puesta en marcha de conductas alimentarias compensatorias a

⁸¹ Singh, M. (2014). 'Mood, food, and obesity. *Frontiers in Psychology*, Sep 1;5, 925. doi: 10.3389/fpsyg.2014.00925.

⁸² Aranceta, J. 2015. Nueva Pirámide Alimentaria para la Población Española. Presentado el 15 de enero de 2015 en la Real Academia Nacional de Medicina, en Madrid. Recuperado 2 de septiembre de 2015 de [<http://www.ranm.tv/index.php/video/703/gu%C3%ADas-alimentarias-equilibrio-nutricional-y-balance-energ%C3%A9tico-sesi%C3%B3n-cient%C3%ADfica-extraordinaria-%C2%B7-madrid-15-de-enero-de-2015/#>].

⁸³ Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC) (2012). Decálogo de Consenso sobre la Alimentación Española en tiempos de crisis. Declaración de Cádiz de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, 18(4), 226-228.

⁸⁴ Kittel, R., Brauhardt, A. & Hilbert, A. (2015). Cognitive and emotional functioning in binge-eating disorder: A systematic review. *International Journal of Eating Disorders* May 26. doi: 10.1002/eat.22419. [Epub ahead of print]

base de alimentos ricos en azúcares, bebidas con cafeína y otros alimentos de alta densidad energética. Buscamos aumentar los niveles de serotonina para mejorar nuestras sensaciones. Distintas investigaciones han demostrado que las personas que suelen limitar su alimentación con regímenes tienden a comer más cantidad en respuesta al estrés. Por el contrario las personas que no suelen realizar dietas restrictivas suelen comer menos en estas circunstancias⁸⁵

5.2.2 Factores educativos

El nivel educativo y los conocimientos en temas de alimentación y salud influyen de manera importante en la elección de los alimentos en las prácticas culinarias y en la geografía de la salud. A mejor nivel educativo y económico mejores son los perfiles de ingesta alimentaria y los cuidados de salud⁸⁶

En adultos mayores la elección de los alimentos está muy influenciada por el precio, el gusto, la comodidad y su impacto en la salud. El tiempo destinado en comprar y preparar los distintos alimentos es un punto limitante para su elección pero la variable clave en este grupo de edad es la percepción como alimento saludable. Este factor es más valorado en las personas mayores de mayor nivel socioeconómico⁸⁷

5.2.3 Socialización

Los hábitos alimentarios se van consolidando en las etapas de crecimiento y desarrollo. El primer modelo se configura en torno a la figura de la madre o persona encargada de los cuidados para posteriormente ir recibiendo influencias del entorno a partir de sus coetáneos, y amigos especialmente durante la adolescencia y etapa juvenil. En todo caso, la influencia de la familia

⁸⁵ Lattimore, P. & Caswell, N. (2004), Differential effects of active and passive stress on food intake in restrained and unrestrained eaters. *Appetite* 42, 167-173.

⁸⁶ Borrell, C. & Malmusi, D. (2010), La investigación sobre los determinantes sociales y las desigualdades en salud: evidencias para la salud en todas las políticas. Informe SESPAS 2010. *Gaceta Sanitaria* 24; extra 1, 101-108.

⁸⁷ Kamphuis, C.B.; De Bekker-Grob, E.W. & Van Lenthe, F.J. (2015). Factors affecting food choices of older adults from high and low socioeconomic groups: a discrete choice experiment. *The American Journal of Clinical Nutrition*.101(4), 768-74

en un factor clave, fundamental en el establecimiento de los modelos alimentarios que luego podrán complementarse en el entorno escolar y social⁸⁸

5.2.4 Preferencias y aversiones

Es un tema que hemos tratado en profundidad en los puntos anteriores y que sin ninguna duda condiciona en primer orden la elección de los alimentos sobre todo relacionado con el sabor y su recuerdo. El rechazo hacía ciertos alimentos puede justificarse como consecuencia de normas sociales, religiosas o culturales pero en la mayor parte de las ocasiones son una manifestación de desagrado personal. Los principales motivos de rechazo de un alimento son por una o varias de las siguientes causas:

- a) Percepción o recuerdo de características organolépticas desagradables
- b) Intuición o conocimiento de posible peligro para la vida o la salud
- c) Rechazo por neofobia⁸⁹
- d) El alimento se encuentra clasificado para esa persona como incomedible
- e) Por alteraciones psicológicas (anorexia nerviosa...)
- f) Aversiones secundarias a tratamiento farmacológico⁹⁰. Determinadas sustancias medicamentosas alteran la percepción del gusto de los alimentos. Incluso algunas enfermedades modifican los sabores percibidos de los alimentos y bebidas en matices o intensidad.

5.3 Influencia de los medios de comunicación social

Este es el punto clave de esta revisión y de este trabajo de investigación. Los medios influyen de manera importante en la elección de los alimentos de manera más o menos permanente pero también tienen una gran influencia en el rechazo a determinados productos o alimentos. En el estudio "Alimentos y Bebidas: ¿Qué piensan los españoles?" llevado a cabo por My Word se concluía que el 38% de los consumidores modifica sus pautas de consumo

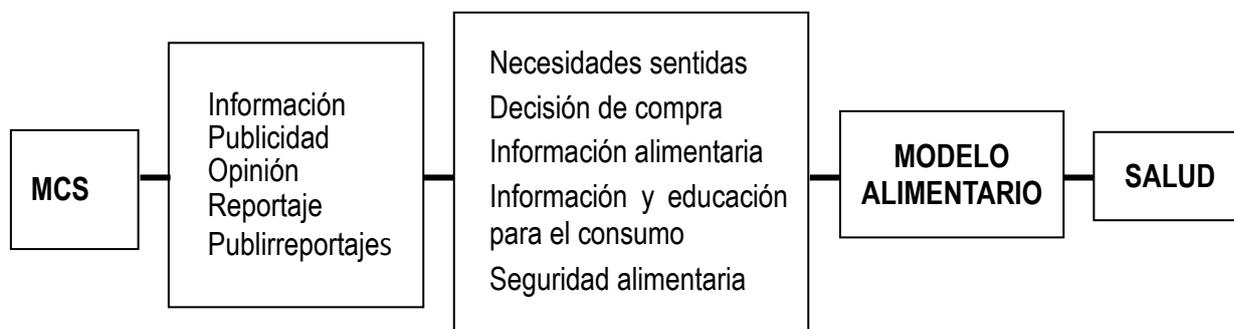
⁸⁸ Macías, A.I., Gordillo, L.G. y Camacho, E.J. (2012), Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. *Revista Chilena de Nutrición* 39 (3), 40-43.

⁸⁹ La neofobia alimentaria, también conocida como "paradoja del omnívoro", es el rechazo innato a probar alimentos nuevos. Se trata de un mecanismo de supervivencia heredado de nuestros antepasados que, inconscientemente, disuade a los seres humanos en edades tempranas de probar alimentos que podrían ser tóxicos.

⁹⁰ Zarate, J., Churrua, I., Pascual, J., Casis, L., Sallés, J., Echevarría, E (2008). Brain endocannabinoid system is involved in fluoxetine-induced anorexia. *Nutritional Neuroscience*;11 (3):111-8. doi: 10.1179/147683008X301496

ante noticias negativas que aparecen en los medios de comunicación⁹¹ En la figura 6 se representa la influencia de los medios de comunicación sobre la construcción de los hábitos alimentarios.

Figura 6.- Medios de Comunicación, información, publicidad, necesidades sentidas, decisión de compra y modelo alimentario relacionado⁹²



Fuente: Aranceta, J. (2013). Nutrición comunitaria, 3ª edición. Barcelona: editorial Elsevier

5.4 Importancia de los estudios sobre determinantes del consumo alimentario

El conocimiento sobre los factores condicionantes del consumo alimentario en todas sus fases y de manera especial la tipificación de las preferencias y aversiones alimentarias en los distintos grupos de población es un elemento de gran importancia en la planificación alimentaria, en el consejo dietético y en los programas de educación nutricional.

En la Encuesta Paneuropea (EUFIC, 2005) sobre “Actitudes del consumidor hacia los alimentos, la nutrición y la salud”⁹³ se puso en evidencia que los cinco principales factores que tienen influencia sobre la elección de alimentos en los 15 Estados Miembros europeos motivo de estudio son: “calidad/frescura” (74%), “precio” (43%), “sabor” (38%), “intentar comer alimentos saludables” (32%) y “qué es lo que mi familia desea comer” (29%).

⁹¹ Hernández, G, Efe. (12 de noviembre de 2014). ¿Influyen los medios de comunicación en el consumo de alimentos? Recuperado el 14 de marzo de 2015 de [<http://www.efesalud.com/noticias/influyen-los-medios-de-comunicacion-en-el-consumo-de-alimentos/>]

⁹² Aranceta, J. (2013). Nutrición comunitaria, 3ª edición. Barcelona: editorial Elsevier

⁹³ Gibney, M.J. (2004). European consumers’ attitudes and beliefs about safe and nutritious foods: concepts, barriers and benefits. In *Proceedings of the International Food Conference: ‘Thinking beyond tomorrow’* held in Dublin June ’04. Citado por Bellisle, F (2005). INFORMES EUFIC 04/2005. Los factores determinantes de la elección de alimentos. Recuperado el 20 de marzo de 2015 de [<http://www.eufic.org/article/es/expid/review-food-choice/>].

Esta misma valoración referida a la población de Estados Unidos ha obtenido la siguiente secuencia de resultados: sabor, coste, nutrición, comodidad y preocupación por el peso⁹⁴ (Glanz, K., Kristal, A.R.; Tilley, B.C. & Hirst, K., 1998). En la población europea las mujeres, los ancianos y las personas con mayor nivel educativo apreciaban más los aspectos relacionados con la salud. Los hombres valoraron con mayor intensidad el sabor y los propios hábitos alimentarios. El precio pareció ser más importante para las personas jubiladas y desempleadas. Estos aspectos son muy relevantes y deben ser tenidos en cuenta en las intervenciones nutricionales que se planteen en cada segmento de población.

Estos factores deben ser evaluados periódicamente porque las percepciones cambian con el paso de los años. En los últimos 50 años se ha producido un cambio en la percepción de la grasas en relación a la salud y por este motivo su ingesta ha disminuido de manera importante, modificándose la elección del alimento y el tipo de grasa seleccionada. Este cambio se ha producido como consecuencia de las recomendaciones de la comunidad científica y del impacto de los mensajes contenidos en los medios de comunicación⁹⁵.

⁹⁴ Glanz, K., Kristal, A.R.; Tilley, B.C. & Hirst, K. (1998). Psychosocial correlates of healthful diets among male auto workers. *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention* 7, 119-126.

⁹⁵ Bellisle, F (2005). INFORMES EUFIC 04/2005. Los factores determinantes de la elección de alimentos. Recuperado el 20 de marzo de 2015 de [<http://www.eufic.org/article/es/expid/review-food-choice/>].

6. Alimentación, nutrición y salud

Desde la más remota antigüedad se viene sugiriendo el papel de la dieta en el mantenimiento de la salud y en la génesis de la enfermedad según su mayor o menor adaptación al medio y a unas determinadas premisas o recomendaciones⁹⁶.

Hace un millón de años el hombre se dedicaría a la caza y al aprovechamiento de la carroña junto con la ingesta de algunos frutos. Posteriormente pasaría a la caza colaborativa (100.000 años) y a la captura de grandes piezas (50.000 años). La agricultura comenzó hace 10.000 años a partir de métodos más o menos rudimentarios pero que permitieron el asentamiento de tribus y familias⁹⁷. En todo el largo proceso mencionado primaba la denominada “alimentación instintiva”. El instinto de supervivencia y la comunicación oral delimitaban los alimentos convenientes o posibles de los inconvenientes o dudosos. La transmisión oral de recomendaciones jugaba un papel prioritario aunque en todo caso la esperanza de vida no superaba los 30 años⁹⁸.

Las primeras urbanizaciones en la etapa clásica representaron también las primeras pérdidas de la soberanía alimentaria. Como ejemplo Roma se tuvo que ocupar de repartir harina de trigo entre la población para su subsistencia⁹⁹.

Desde la época antigua se inician las primeras recomendaciones para promocionar la salud. Hipócrates de Cos (460 a.C-370 a.C.) reconocido como el padre de la dietética, se centra en los cuatro elementos; fuego, aire, tierra y agua y los relaciona con las cualidades de algunos alimentos según sus características: seco, caliente, frío o húmedo y secundariamente en los ejes

⁹⁶ Laín Entralgo, P. (1970). *La medicina hipocrática*, Madrid, Ed. Revista de Occidente.

⁹⁷ Arsuaga, J.L. (2003). *Los aborígenes. La alimentación en la evolución humana*. Barcelona, RBA Libros S.A.

⁹⁸ Laín Entralgo, P., (ed). (1976), *Historia universal de la medicina*, Volumen III, Barcelona, Salvat,

⁹⁹ Bágüena i Marangues, N. (2005). *La alimentación en la antigua Roma*, en Salas i Salvadó, J.; García Lorda, P.; Sánchez i Ripollès, J M (dirs.) *La alimentación y la nutrición a través de la historia*, Madrid, Editorial Glosa, S.L., pp 133-157.

dulce-amargo; crudo-cocido. La teoría hipocrática recomendaba el consumo de alimentos que se correspondieran con el inverso de su temperamento¹⁰⁰. El vino tinto (caliente y seco), la carne (caliente y seca) eran recomendados para los ancianos y las personas de temperamento frío, por el contrario las frutas y legumbres (frías y húmedas) eran recomendadas para los coléricos y los jóvenes de temperamento caliente. De esta etapa de la historia nos ha quedado entre otros temas el juramento Hipocrático y el aforismo “Que la medicina sea tu alimento y el alimento tu medicina”¹⁰¹. Otros científicos como Celso y Galeno continuaron trabajando en los saberes de la medicina en la Roma Clásica. El conocimiento de las ciencias de la alimentación ha tenido un conocimiento lento y difícil aunque con hitos importantes como el descubrimiento de la prevención del escorbuto a partir del consumo de lima en los viajes transoceánicos, el tratamiento y prevención del raquitismo a partir de la ingesta de aceite de hígado de bacalao y especialmente el descubrimiento de las vitaminas.

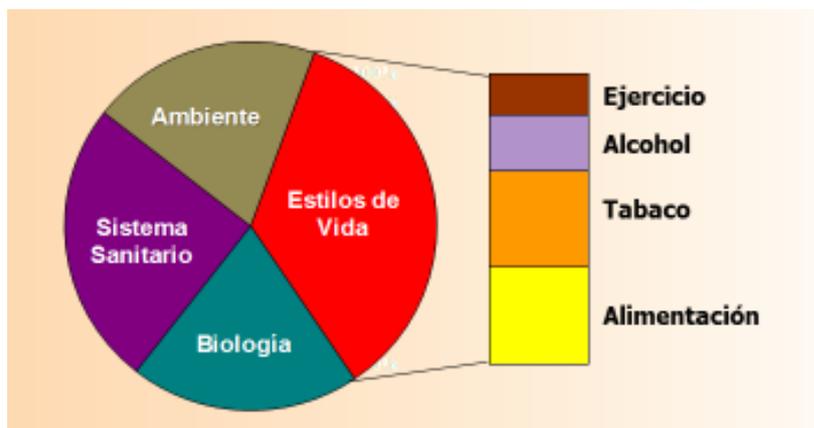
La etapa moderna de la relación entre la alimentación y la salud pública podemos estimarla a partir del modelo de determinantes de la salud de Lalonde en 1974 en los que plantea el impacto de los estilos de vida en la salud (ejercicio físico, tabaco, alcohol y alimentación) y el gasto que dedica en gobierno canadiense y de otros países desarrollados a su mejora¹⁰². Lalonde llega a la conclusión que el bloque de los estilos de vida, en donde la alimentación es el factor más importante, contribuye en un 45% al estado de salud mientras que los gobiernos dedican menos del 10% del presupuesto sanitario a su promoción (**figura 7**).

¹⁰⁰ Laín Entralgo, P. (1970), *La medicina hipocrática*, Madrid, Ed. Revista de Occidente, op. cit.

¹⁰¹ Hipócrates de Cos (2000), *Tratados hipocráticos*, Obra completa, Madrid, Editorial Gredos, Biblioteca Clásica Gredos.

¹⁰² Lalonde, M. (1974)., *A New Perspective on the Health of Canadians*, Ottawa, Ontario, Canada: Information Canada.

Figura 7.- Los factores determinantes de la salud según Marc Lalonde⁷



Fuente: Lalonde, M. (1974), *A New Perspective on the Health of Canadians*, Ottawa, Ontario, Canada: Information Canada.

Años más tarde el documento conjunto de FAO-OMS (2003)¹⁰³ muestra la evidencia científica de la relación entre algunos aspectos de la dieta y la salud. En un cuadro de correspondencia entre alimentos y patologías crónicas (obesidad, diabetes tipo 2, enfermedad cardiovascular, cáncer, caries y osteoporosis) el consumo de frutas y verduras y la actividad física son los factores que generan mejores impactos en su prevención (**figura 8**).

Figura 8.- Resumen de nivel de evidencia disponible sobre la relación entre distintos factores de la dieta, actividad física y problemas de salud. Informe técnico FAO-OMS, 2003

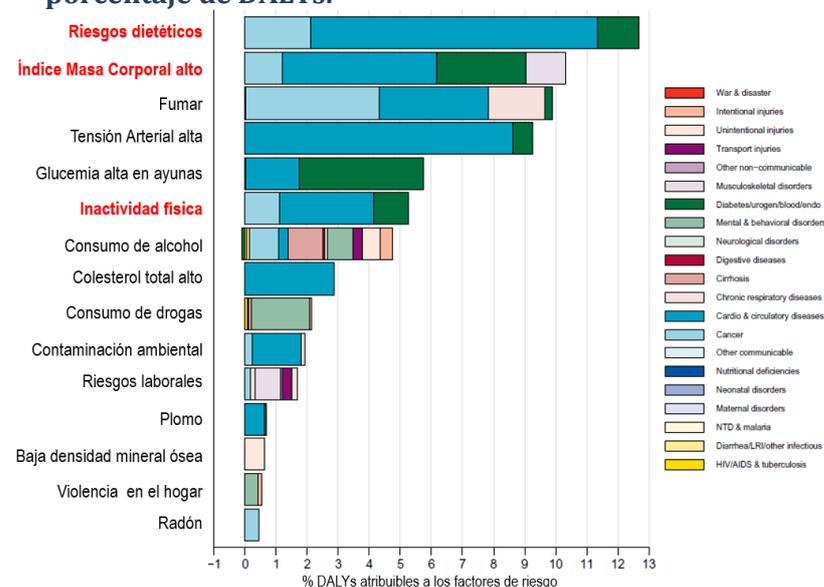
	Obesidad	Diabetes tipo 2	ECV	Cáncer	Enf. Dental	Osteoporosis
Frutas & Verduras	C ↓↓	P ↓	C ↓↓	P ↓		
Bebidas azuc	P ↑				P ↑	
Bebid calientes				P ↑		
Alcohol ↑			C ↑↑	C ↑↑		
Alcohol moderado-bajo			C ↓↓			
Obesidad		C ↑↑	C ↑↑	C ↑↑		
Actividad física	C ↓↓	C ↓↓	C ↓↓	C ↓↓		C ↓↓

Fuente: Consulta Mixta de Expertos OMS/FAO, "Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas", OMS, Serie de Informes Técnicos 916, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003

¹⁰³ Consulta Mixta de Expertos OMS/FAO, *Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas*, OMS, Serie de Informes Técnicos 916, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003

El Institute for Health Metrics and Evaluation (2012) plantea el panorama de factores de riesgo en relación a la salud en España (expresado como porcentaje de Años de Vida ajustados por Discapacidad (DALYs por sus siglas en inglés), para llegar a la conclusión que los riesgos dietéticos es el principal factor atribuible a la pérdida de salud, seguido del peso corporal alto (Índice de Masa Corporal –(IMC) y el hábito de fumar¹⁰⁴ (figura 9).

Figura 9.- La Carga Global de Enfermedad en España: carga de enfermedad atribuible a los 15 factores de riesgo principales en 2012, expresado como porcentaje de DALYs.



Fuente: Carga de enfermedad atribuible a los 15 factores de riesgo principales en 2010, expresado como porcentaje de Recuperado el 12 de julio de 2015 de Institute for Health Metrics and Evaluation, 2012. DALYs en España. *Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2010, GBD profile: Spain*.
[\[http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/country_profiles/GBD/ihme_gbd_country_report_spain.pdf\]](http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/country_profiles/GBD/ihme_gbd_country_report_spain.pdf)

Quizá los datos más concluyentes disponibles en la actualidad los podemos revisar en el artículo que Fardet & Boirie publicaron en 2014¹⁰⁵ en la revista *Nutrition Reviews*. El trabajo se basa en el análisis conjunto de 304 metaanálisis y revisiones sistemáticas que relacionan 17 grupos alimentarios con 10 enfermedades crónicas. Los investigadores también nos aportan

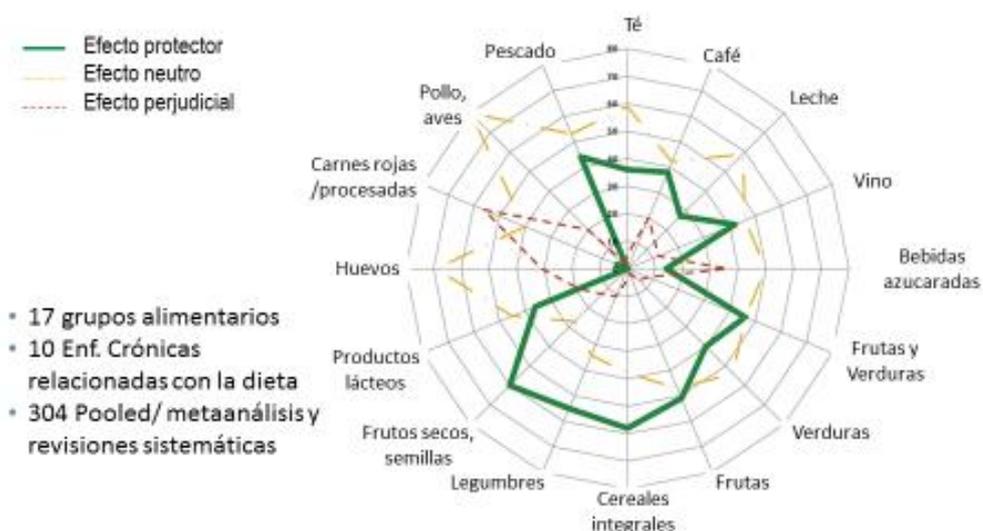
¹⁰⁴ Institute for Health Metrics and Evaluation, 2012. DALYs en España. *Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2010, GBD profile: Spain*. Recuperado el 12 de julio de 2015 de [\[http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/country_profiles/GBD/ihme_gbd_country_report_spain.pdf\]](http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/country_profiles/GBD/ihme_gbd_country_report_spain.pdf).

¹⁰⁵ Fardet, A. & Boirie, Y. (2014). Associations between food and beverage groups and major diet-related chronic diseases: an exhaustive review of pooled/ meta-analyses and systematic reviews, *Nutrition Reviews*, 72(12),741–762.

distintos cluster de relación entre las patologías más representativas y los principales grupos alimentarios. En cada gráfico podemos relacionar de manera visual las líneas verdes que delimitan alimentos con evidencia positiva, amarillo con acción neutra y roja con evidencia de impacto negativo. En el caso de las enfermedades crónicas, la **(figura 10)** nos muestra el efecto negativo de las carnes rojas y carnes procesadas en una dimensión determinante y referencias más modestas para bebidas azucaradas (zumos, néctares, batidos, refrescos con azúcar) y café. Este último con cierto efecto paradójico: en algunas situaciones parece tener afecto negativo pero en otras positivo. Los grupos alimentarios con efecto protector serían los frutos secos, legumbres, cereales integrales, pescado, frutas y verduras. El té y el vino tienen una evaluación protectora modesta pero claramente positiva.

Quizá llama la atención, que en el gráfico de referencia, los huevos, las carnes rojas, carnes procesadas (todo tipo de embutidos) y las carnes blancas (aves) describen una gran inhibición hacia la acción protectora en relación a las patologías crónicas en general. Este es un punto a tener en cuenta a la hora de realizar recomendaciones alimentarias a la población.

Figura 10.- Porcentaje de estudios que muestran efecto protector, neutro o perjudicial para distintos grupos de alimentos y bebidas sobre las enfermedades crónicas.



Fuente: Fardet, A. & Boirie, Y. (2014). Associations between food and beverage groups and major diet-related chronic diseases: an exhaustive review of pooled/ meta-analyses and systematic reviews, *Nutrition Reviews*, 72(12), 741–762.

Jean-Louis Flandrin (1996) en su Historia de la Alimentación, plantea un paralelismo entre gustos culinarios y aspectos estéticos del momento vinculados a la moda o a los cánones de belleza¹⁰⁶.

En relación a la epidemiología del sobrepeso y la obesidad infantil que afecta en España a más del 30 % de la población distintos estudios han puesto de manifiesto la importancia de varios factores alimentarios, estilos de vida y ambiente obesogénico.

El perfil genético individual es uno de los factores implicados sobre el que actuarían diversos aspectos ambientales de manera multicausal. Incluso los disruptores endocrinos vinculados en gran medida a los desajustes en el balance energético, vinculados a envases utilizados en alimentación (bisfenol-A y ftalatos) o a metabolitos vehiculizados por los alimentos de origen animal (DES) y vegetal (genisteína), pueden estar implicados en los cambios en la composición corporal¹⁰⁷.

El reciente estudio ANIBES¹⁰⁸ ha sacado a la luz los factores determinantes en relación a la obesidad infantil en nuestro entorno; bajo consumo de frutas y verduras unido a sedentarismo y bajo nivel de actividad física. Este modelo de riesgo es más frecuente en familias de bajo nivel socioeconómico (**figura 11**).

¹⁰⁶ Flandrin, J.L. & Montanari, M. (eds.) (1996), *Histoire de l'alimentation*, París: Fayard, pp. 13-14. Traducción española: Historia de la alimentación, Ediciones, Trea, 2004.

¹⁰⁷ García-Mayor, R.V., Larrañaga Vidal, A., Docet Caamaño M.F y Lafuente Giménez, A. (2012), Disruptores endocrinos y obesidad, obesógenos, *Revista de Endocrinología y Nutrición*; 59 (04), Abril, 261-267-

¹⁰⁸ Ruiz, E., Ávila J.M., Castillo, A., Valero, T., del Pozo, S., Rodríguez, P., Aranceta Bartrina, J., Gil, A., González Gross, M., Ortega, R.M., Serra Majem, L. & Varela-Moreiras, G.(2015), The ANIBES Study on Energy Balance in Spain: Design, Protocol and Methodology, *Nutrients*, 7(2), 970-998; doi:10.3390/nu7020970.

Figura 11.- Determinantes del riesgo de sobrecarga ponderal en niños de 9 a 12 años en el estudio ANIBES (2015)¹⁰⁹

	OR	IC 95% LI	IC 95% LS
Clase social (alta vs baja)	0,54	0,32	0,76
 Sedentarismo (Q4 vs Q1)	1,30	0,77	2,93
 Actividad física (total) (Q1 vs Q4)	1,21	0,73	2,78
Cluster 2			
 + Fruta			
+ Verdura			
+ Actividad Física	0,83	0,44	1,26
- Sedentarismo			

Fuente: Ruiz, E.; Ávila J.M.; Castillo, A.; Valero, T.; del Pozo, S, Rodríguez, P, Aranceta Bartrina, J., Gil, A. González Gross, M., Ortega, Rosa M, Serra Majem, L. & Varela-Moreiras, G.(2015), The ANIBES Study on Energy Balance in Spain: Design, Protocol and Methodology, *Nutrients*, 7(2), 970-998.

En todas las variables implicadas en el estado de salud los estilos de vida y el entorno ambiental son los factores modificables más importantes. Su mejora es una decisión individual y social en la que los medios de comunicación pueden tener un papel decisivo. Informar y formar para evitar las conductas de riesgo y divulgar la evidencia científica en aspectos que la población puede implementar en su vida diaria¹¹⁰.

¹⁰⁹ Pérez-Rodrigo, C., Aranceta-Bartrina, J., Gil, A., González-Gross, M., Ortega, R.M., Serra-Majem, L. & Varela-Moreiras, G. (2015) , Clustering of dietary patterns, life styles and overweight in Spanish children and adolescents of the ANIBES study, *Nutrients* (en proceso).

¹¹⁰ Albery, I. & Munafò, M. (2008), *Key concepts in health psychology*. Thousand Oaks, CA, EEUU, Sage.

7. Fuentes de información sobre consumo alimentario

El conocimiento sobre el consumo alimentario de la población y su distribución por Comunidades Autónomas, características económicas y sociodemográficas aporta una información de gran valor en relación a los índices económicos pero también al potencial estado de salud de los ciudadanos. Los datos estadísticos aportados por diferentes organismos e instituciones (AECOSAN¹¹¹, MAGRAMA¹¹²...) permiten estimar los aportes medios de energía y nutrientes que en comparación con el valor de las ingestas recomendadas nos pueden dar una visión de los riesgos nutricionales que pudieran darse en un colectivo o zona determinada. El análisis de esta información facilita a las autoridades sanitarias la puesta en marcha de medidas de intervención, tanto en política agraria, planes de importación, políticas de salud como en políticas de precios o incentivos al consumo de determinados alimentos. A partir de estos datos también se pueden poner en marcha programas de fortificación de algunos alimentos o planes de información a la ciudadanía a partir de los medios de comunicación y los servicios sanitarios.

En España las fuentes de información son muy diversas. La información más general sobre balance de alimentos podemos encontrarla en la estadística de la FAO sobre las hojas de balance de alimentos por países¹¹³. El Ministerio de Agricultura (MAGRAMA) dispone de un panel permanente de información de consumo con una muestra representativa de 12.000 hogares que apuntan diariamente sus compras con un lector óptico. La elección de esta muestra se

¹¹¹ Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN). La Agencia Española de Seguridad Alimentaria que se crea en 2001 con el principal objetivo de promover la seguridad alimentaria, en 2006 cambia su nombre a Agencia de Seguridad Alimentaria y Nutrición e incorpora a sus funciones la de promocionar la salud en el ámbito de la nutrición y en especial en la prevención de la obesidad. Para la consecución de este cometido, se han puesto en marcha diversas actuaciones, entre las que se encuentran la estrategia NAOS, el Observatorio de la Nutrición y de Estudio de la Obesidad y el Programa Perseo. Recuperado el 10 de mayo de 2015 de [<http://aesan.mssi.gob.es/AESAN/web/nutricion/nutricion.shtml>].

Observatorio de la Nutrición y estudio de la obesidad. La Estrategia NAOS contempla la creación “de un Observatorio de la Obesidad que cuantifique y analice periódicamente la prevalencia de la obesidad en la población española y mida los progresos obtenidos en la prevención de ésta enfermedad.” Recuperado el 10 de mayo de 2015 de [<http://www.observatorio.naos.aesan.mssi.gob.es/web/observatorio/observatorio.shtml>].

¹¹² Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente (MAGRAMA). Alimentación. Recuperado el 10 de mayo de 2015 de: [<http://www.magrama.gob.es/es/alimentacion/temas/>].

¹¹³ Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO), *Food Balance Sheets*, FAOSTAT. Recuperado el 29 de marzo de 2015 de: [<http://faostat3.fao.org/faostat-gateway/go/to/browse/FB/FB/E>]

realiza al azar con un método bietápico. En la primera etapa se seleccionan los puntos de sondeo en función del tamaño de las poblaciones para cada una de las regiones. En la segunda, se selecciona los colaboradores en cada uno de los puntos elegidos. La información se publica anualmente en un informe titulado “La alimentación de los españoles” y también puede seguirse mes a mes a partir de la web del Ministerio¹¹⁴.

Según los datos publicados por MAGRAMA¹¹⁵ en 2014 cada ciudadano consumió en 2013; 37,4 kilos de pan, 13,9 kg de bollería y pastelería y 12,3 kg de platos preparados. Se observa también un consumo de 9,3 litros de aceite de oliva, 8,7 litros de vino y 138 huevos consumidos por persona.

El gasto medio por persona en alimentación fue de 1.524,2 euros per cápita a nivel estatal, cantidades superadas en el País Vasco (1.967,9 euros), Cantabria y Cataluña mientras que en un sentido contrario tenemos a Andalucía, Extremadura y Castilla-La Mancha (1.272,0 euros).

También se encuentran diferencias en el consumo de algunos alimentos. El mayor consumo de carne se realiza en Castilla-León (65,4 Kg) y el menor en Canarias (44,7 Kg). En pescados el mayor consumo se detecta en el País Vasco (36,9 Kg) y el menor en Canarias (18,3 Kg). Las máximas diferencias se encuentran en el consumo de aceite de oliva; Cantabria con 15,9 L y Castilla La Mancha con 6,6 L. El mayor consumo de hortalizas se realiza en Aragón y en el País Vasco el consumo de frutas frescas (133,6 kg/pc/ año).

Esta fuente de información también aporta datos de evolución del consumo y gasto en alimentación lo que permite evaluar medidas de intervención en curso o repercusiones de otras variables sobre el consumo de alimentos.

En este sentido, si analizamos los datos referidos a Mayo de 2015, que describen el consumo en los últimos doce meses, podemos observar que desciende ligeramente el consumo de carne en los hogares sobre todo en el

¹¹⁴ MAGRAMA, La alimentación mes a mes. Recuperado el 21 de julio de 2015 de: [http://www.magrama.gob.es/es/alimentacion/temas/default.aspx].

¹¹⁵ MAGRAMA (mayo 2015). Informe del consumo alimentario en España en 2014. Recuperado el 21 de julio de 2015 de: [http://www.magrama.gob.es/es/alimentacion/temas/consumo-y-comercializacion-y-distribucion-alimentaria/informeconsumoalimentacion2014_tcm7-382148.pdf].

apartado de carne congelada y pollo. Por el contrario, aumenta el consumo de carnes frescas sobre todo ovino y caprino. A lo largo del mes de Mayo de 2015 se ha observado un descenso en el consumo de pescado fresco (4,5%) y congelado (14,2%). Mientras que el sector de conservas de pescado y moluscos sube un 4,1%. El consumo de leche líquida permanece estable pero con un aumento en el consumo de derivados lácteos (1,7%) en relación al mismo mes del año pasado. En mayo ha caído el consumo de huevos, pan, legumbres y sobre todo azúcar (10,5%).

Tenemos un descenso importante en el consumo de aceite de oliva (12%) compensados con aumento en el consumo de aceite de girasol y sobretodo el de semillas (31,6%). Ligeros aumentos en el consumo de chocolate, cacao, bollería, pastelería y galletas.

Mala noticia con ligera tendencia a la baja en el consumo de frutas frescas, patatas y hortalizas frescas (5,7%). Solo se han observado aumento en el consumo de mandarinas, limones y manzanas. El resto de frutas frescas retroceden en Mayo de 2015. Los datos aportados por MAGRAMA describen un importante aumento en el consumo de agua envasada (8,4%).

En el grupo de bebidas, junto al agua envasada, ganan posiciones los vinos y la sidra con ligeros retrocesos para la cerveza, bebidas espirituosas, refrescos, zumos y néctares.

Teniendo en cuenta que el consumo de alimentos tiene ciclos estacionales es conveniente analizar los datos de consumo con una visión anual. También es importante la valoración de estos datos comparativos o su evolución en caso de crisis alimentarias, subida de precios, crisis económica, epidemias, campañas divulgativas comunitarias o acciones de marketing salud en medios de comunicación.

Otra fuente complementaria de datos de consumo alimentario podemos encontrarla en los informes anuales de MERCASA¹¹⁶. MERCASA presta servicio público al conjunto de la cadena alimentaria, de manera especial en el

¹¹⁶ MERCASA (2015), *Alimentación en España. Consumo Alimentario 2014*. Recuperado el 14 de marzo de 2015 de: [http://www.mercasa-ediciones.es/alimentacion_2014/pdfs/pag_040-050_consumo_alimentario.pdf].

escalón mayorista de alimentación fresca, a través de la Red Estatal de Mercas, pero también de cara a la producción agraria y pesquera. Su anuario estadístico y otras publicaciones específicas aportan datos de mucho interés sobre la compra y el consumo de alimentos en España.

El Instituto Nacional de Estadística (INE) a través de su programa de presupuestos familiares aporta también datos interesantes sobre la estructura del gasto por meses con un apartado específico para el área de alimentación. En los años 80 el INE junto con el Departamento de Nutrición de la Universidad Complutense (Prof. G. Varela-Mosquera) elaboró dos amplios informes sobre el consumo alimentario a nivel estatal y también por provincias¹¹⁷. Estos documentos siguen teniendo interés para analizar la evolución del consumo alimentario o estimar diferencias de estructura alimentaria entre provincias o regiones¹¹⁸.

En colaboración con las bases de datos oficiales, la Fundación Española de Nutrición¹¹⁹ que preside el Prof. G. Varela Moreiras viene elaborando informes técnicos con estimación de la ingesta de nutrientes u otros análisis que permiten establecer mejor el patrón de consumo alimentario, sus debilidades y fortalezas formato de trabajo que podemos observar en el Libro Blanco de la Alimentación en España¹²⁰.

La fuente de información sobre temas alimentarios quizá podamos encontrarla en la web de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Consumo (AECOSAN). La AECOSAN¹²¹ tiene un importantísimo papel en la vigilancia y regulación alimentaria. De su estructura y Comité Científico emanan diversidad de informes, documentos técnicos y proyectos que se encaminan hacia una alimentación para todos, más saludable y segura. Muchas de sus acciones se realizan en colaboración o bajo mandato de la Autoridad Europea

¹¹⁷ Varela, G.; Moreiras, O. y Requejo, A. (1985) Estudios sobre Nutrición (dos volúmenes). Madrid: Publicaciones del Instituto Nacional de Estadística.

¹¹⁸ Instituto Nacional de Estadística (INE), INEbase. 2014. Recuperado 25 de abril de 2015 de: [<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t25/p458&file=inebase>].

¹¹⁹ Fundación Española de la Nutrición (FEN). Recuperado 30 de mayo de 2015 de [www.fen.org.es]

¹²⁰ del Pozo de la Calle, S., García Iglesias, V., Cuadrado Vives, C., Ruiz Moreno, E., Valero Gaspar, T., Ávila Torres, J.M. y Varela Moreiras, G. (2012). *Valoración Nutricional de la Dieta Española de acuerdo al Panel de Consumo Alimentario.*, Madrid, Fundación Española de Nutrición.

¹²¹ Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN). Recuperado el 10 de abril de 2015 de [www.aesan.msssi.gob.es].

de Seguridad Alimentaria (EFSA por sus siglas en inglés). Esta institución europea de carácter independiente se encarga de velar por que los alimentos sean seguros en toda su dimensión¹²². Tiene capacidad de regular el etiquetado, los niveles de ingredientes, recomendaciones nutricionales u otras acciones que aseguren la idoneidad de los alimentos disponibles en la Unión Europea.

En la **(tabla 3)** se recopilan las características de los estudios nutricionales que incluyen evaluación de los hábitos de consumo alimentario llevados a cabo en muestras aleatorias de población a nivel estatal. Algunas Comunidades Autónomas han realizado encuestas alimentarias o estudios de dieta total y disponen de datos más concretos sobre el consumo de alimentos a nivel local **(tabla 4)**. En la actualidad la Comunidad de Madrid, la Generalitat de Catalunya y el Gobierno de Canarias tienen los estudios más recientes.

A lo largo del periodo 2015-2016 tendremos disponibles datos de hábitos alimentarios y actividad física en distintos grupos representativos de la población española a través del estudio ANIBES¹²³ elaborado sobre una muestra de 2.000 personas por la Fundación Española de Nutrición (FEN) y el estudio ENPE realizado sobre una muestra de cerca de 7.000 personas. El estudio ENPE¹²⁴ impulsado por la Fundación Eroski en colaboración con la SENC permitirá realizar estimaciones sobre la prevalencia de obesidad en España; los hábitos alimentarios en las distintas Comunidades Autónomas y un importante elenco de determinantes del consumo alimentario. Con esta información, la Fundación Eroski podrá poner en marcha distintas acciones educativas a través de su Escuela de Alimentación Eroski y también canalizar mensajes de alfabetización alimentaria a través de las plataformas de comunicación del Grupo Eroski y a través de los medios de comunicación en general.

¹²² EFSA. Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria. Recuperado el 9 de septiembre de 2015 de:[www.efsa.europa.eu].

¹²³ Ruiz, E.; Ávila J.M.; Castillo, A.; Valero, T.; del Pozo, S.; Rodríguez, P.; Aranceta Bartrina, J.; Gil, A.; González Gross, M.; Ortega, R.M.; Serra Majem, L. & Varela-Moreiras, G. (2015), The ANIBES Study on Energy Balance in Spain: Design, Protocol and Methodology", *Nutrients* 7(2), 970-998; doi:[10.3390/nu7020970](https://doi.org/10.3390/nu7020970), op cit.

¹²⁴ Aranceta Bartrina, J.; Pérez Rodrigo, C.; Pedrós Merino, C.; Ramos, N.; Fernández, B. y Lázaro, S. (2015) Evaluación del Estado Nutricional y Hábitos Alimentarios de la Población Española- Metodología y Estudio Piloto, *Nutrición Clínica en Medicina*, IX (1), 94-95.

Tabla 3- Características de estudios nutricionales que incluyen evaluación de hábitos de consumo alimentario realizados en muestras aleatorias de población a nivel estatal (2000-2013)

Estudio	Fecha	Ámbito geográfico	Características muestra	Tamaño muestra	Metodología	Instituciones y/o empresas implicadas	Investigadores
Valoración Nutricional de la Dieta Española de acuerdo al Panel de Consumo Alimentario (Publicada 2012)*	Datos del Panel de consumo alimentario MAGRAMA 2007 y 2008.	Nacional	Hogares (miembros vivienda familiar) Península Ibérica, Baleares y Canarias (Ceuta y Melilla excluidas)	8.000 hogares	<u>Evaluación consumo alimentos:</u> Compras/entradas de productos en el hogar <u>Valoración estado nutricional:</u> Tablas de composición alimentos Moreiras y col.	Fundación Española de Nutrición Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente	S. del Pozo de la Calle, V. García Iglesias, C. Cuadrado Vives, E. Ruiz Moreno, T. Valero Gaspar, J. Manuel Ávila Torres, G. Varela Moreiras
Valoración de la Dieta Española de acuerdo al Panel de Consumo Alimentario (Publicada 2008) *	Datos del Panel de consumo alimentario MAGRAMA Periodo 2000-2006.	Nacional	Hogares (miembros vivienda familiar) Península Ibérica, Baleares y Canarias (Ceuta y Melilla excluidas)	8.200 hogares	<u>Evaluación consumo alimentos:</u> Compras/entradas de productos en el hogar <u>Valoración estado nutricional:</u> Tablas de composición alimentos Moreiras y col.	Fundación Española de Nutrición Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente	G.o Varela Moreiras (coordinador), J. Manuel Ávila Torres, C. Cuadrado Vives, S. del Pozo de la Calle, E. Ruiz Moreno, O. Moreiras Tuny
Encuesta Nacional de Ingesta Dietética (ENIDE, 2013)	Datos recogidos en 2009 y 2012	Nacional	Población adulta. Edades 18-64 años.	3.000 individuos (1.500 M, 1.500 H)	<u>Evaluación consumo alimentos:</u> -Registro alimentos 3 días no consec. -Recuerdo 24 h -CFCA semicuantitativo Encuesta hábitos de vida. <u>Valoración estado nutricional:</u> BEDCA	Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN)	
Estudio enKid (2000)	Datos recogidos en periodo 1998-2000	Nacional	Población infantil y juvenil. Edades 2-24 años.	3.543 individuos (1.905 M, 1.629 H)	<u>Evaluación consumo alimentos:</u> -Recordatorio 24h -CFCA -Cuestionario gral. Hábitos vida <u>Medidas antropométricas:</u> peso y talla (medición)	(1) Dpto. de Ciencias Clínicas y Dpto. de Matemáticas Univ. De Las Palmas de Gran Canaria (2) Unidad de Nutrición Comunitaria. Ayuntamiento de Bilbao.	(1) L. Serra Majem, L. Ribas Barba, L. Peña Quintana, P. Saavedra Santana (2) J. Aranceta Bartrina, C. Pérez Rodrigo.

Fuente: elaboración propia

Tabla 4.- Estudios nutricionales que incluyen evaluación de los hábitos de consumo alimentario realizados en muestras aleatorias de población en distintas Comunidades Autónomas

Estudio	Fecha	Ámbito geográfico	Características muestra	Tamaño muestra	Metodología	Instituciones y/o empresas implicadas	Investigadores
Encuestas Nutricionales Cataluña ENCAT92 y ENCAT02. Estado nutricional población Catalana	ENCAT-92 1992-1993 ENCAT-02 2002-2003	Cataluña	ENCAT-92 Edades 6-75 años ENCAT-02 Edades 10-85 años	ENCAT-92 2.641 indiv. ENCAT-02 2.060 indiv.	<u>Evaluación consumo alimentos:</u> -Dos encuestas Recuerdo 24 h -CFCA -Cuestionario gral. Hábitos <u>Medidas antropométricas:</u> peso, talla y perímetro cintura (medición), perímetro de cadera, perímetro braquial y distancia intercondílea del húmero.	Subdirección General de Promoción de la Salud de la Dirección General de Salud Pública del Departamento de Salud.	Equipo investigador ENCAT-02: L Serra (director), L Ribas (coordinadora), G Salvador, J Serra, C Castells, L Jover, R Tresserras, A Farran, B Roman, B Raidó, J Ngo, JM. Ramon
Encuesta de Nutrición y Salud de la comunidad Valenciana	2010	Comunidad Valenciana	Grupos poblacionales: escolares (6-15), adultos (16-64), ancianos(+65)	4.500 individuos	<u>Evaluación consumo alimentos:</u> - Recuerdo 24 h -CFCA <u>Medidas antropométricas:</u> talla, peso, circunferencias.(medición)	Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad.	Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad.
Encuesta de Nutrición y Salud de la comunidad Valenciana	1994	Comunidad Valenciana	Población adulta, edades entre 15-65 años repartidos en distintos grupos.	1.813 individuos (981 M, 832 H)	<u>Evaluación consumo alimentos:</u> - Recuerdo 24 h -CFCA -Cuestionario gral. Hábitos <u>Medidas antropométricas:</u> talla, peso, circunferencia braquial, índice cintura/cadera, pa, FC.(medición)	Departamento de Salud Pública de la Univ Miguel Hernández; Dirección Gral de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo. Instituto Valenciano de Estudios en Salud Pública, Instituto Valenciano de Estadística.	J Vioque López J Quiles Izquierdo
Encuesta sobre los hábitos alimentarios de la población adulta gallega	2007	Galicia	Población adulta, edades ≥18 años repartidos en distintos grupos.	3.148 individuos (1.646 M, 1.502 H)	<u>Evaluación consumo alimentos:</u> - Recuerdo 24 h -CFCA 156 alimentos, con fotografías -Cuestionario gral. Hábitos <u>Medidas antropométricas:</u> talla, peso, perímetro abdominal (medición y autodeclaradas)	1) Instituto Universitario de Ciencias de la Salud. Univ. A Coruña. Dirección y coordinación general del estudio 2) FEN: Asesoramiento y valoración de la ingesta dietética. -Dirección General de Salud Pública. Consellería de Sanidad. Xunta de Galicia: Soporte y superv del estudio.	(1)J Muñoz García TR Pérez Castro (2)O MoreirasTuni, Cuadrado Vives, Sdel Pozo de la Calle, JM Sanz Engel
Encuesta de nutrición de la Comunidad autónoma del País Vasco (EINUT-I)	1988-1989	País Vasco	Población adulta Edades 25-60 años	2.348 individuos (1.205 M, 1.143 H)	<u>Evaluación consumo alimentos:</u> Recuerdo 24 h 3 días y CFCA <u>Medidas antropométricas:</u> peso, talla, pliegues y circunferencias, índices cintura/cadera y cintura/muslo.(medición). Indicadores bioquímicos.	Unidad de Nutrición Comunitaria. Excmo. Ayuntamiento de Bilbao. Programa de Nutrición. Gobierno Vasco.	J Aranceta, C Pérez Rodrigo, I. Eguileor, I. Marzana, L. González de Galdeano, J. Sáenz de Buruaga.
Encuesta de Nutrición Infantil de la Comunidad de Madrid	2001-2002	Comunidad de Madrid	Población infantil 5- 12 años	2.039 individuos (979 M, 1.060 H)	<u>Evaluación consumo alimentos:</u> -2 Recuerdo 24 h en distintas estaciones Encuesta hábitos de vida. <u>Valoración estado nutricional:</u> Tablas de composición alimentos Moreiras y col.	(1)Servicio de Epidemiología. Instituto de Salud Pública. (2)Servicio de Alertas en Salud Pública. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. (3)Servicio de Nutrición. Hospital Ramón y Cajal.	(1) L Díez-Gañán, I Galán Labaca, B Zorrilla Torras (2) CM León Domínguez, A Gandarillas (3) Falcaraz Cebrían
Estudio de Evaluación Nutricional de la Comunidad Autónoma Andaluza	2005	Comunidad Autónoma Andaluza	Población adulta Edades 25 y 60 años	3.680 individuos	<u>Evaluación consumo alimentos</u> Cuestionario gral, hábitos de vida Recuerdo 24 h	Instituto de Nutrición y Tecnología de Alimentos. Departamento de Fisiología. Universidad de Granada. España.	O. Morales Alcover, J. J. Ochoa Herrera, M. López-Frias y J. MataixVerdú
Encuesta nutricional en Andalucía (IEAMED, 2008)	2007-2008	Andalucía	Población edad ≥ 8 años repartidos en distintos grupos	9.565 individuos	Encuesta telefónica asistida por ordenador. Sistema CATI basado en CFCA. Los cuestionarios están adaptados a cada rango de edad	Instituto Europeo de la alimentación Mediterránea (IEAMED)	

Fuente: elaboración propia

8. Medios de comunicación e información alimentaria. Informe Quiral

Canga Larequi¹²⁵ define la tecnología de información y comunicación como un estudio sistematizado del conjunto de procedimientos que están al servicio de la información y la comunicación. Las Tecnologías de Información y Comunicación se refieren a todos los instrumentos, procesos y soportes que están destinados a optimizar la comunicación humana. La prensa, la radio, el cine y la televisión son hoy una parte casi esencial de la cotidianidad del hombre moderno.

Todos los formatos que vehiculizan información alimentaria son capaces de influir en el interés por probar determinado preparado alimenticio o por incorporarlo a la cesta de la compra en función de las cualidades organolépticas sugeridas o de ciertas propiedades nutricionales o de salud.

Cada unidad de compra tiene su propio perfil alimentario y su propia intencionalidad de compra. Sobre este formato la “lista” inicial de compra solo influye en el 45% de la cesta de la compra. El 55% restante es producto de una decisión de compra “in situ” condicionada por los mensajes recibidos de los MCS y por las estrategias de venta o marketing propias en el punto de venta (ofertas, premios, degustación, reclamo publicitarios...). En este contexto los medios de comunicación juegan el papel de estimular las necesidades latentes o sentidas de la población en relación con su cobertura nutricional, proyecto de salud, calidad de vida familiar. La información contenida o aportada por los media tiene la cualidad persuasiva de plasmar mensajes positivos en el contexto del consumo de determinados alimentos. Cada edad y/o grupo social tiene un bloque motivacional bien definido que está en relación con la pirámide de Maslow y los niveles de Turner¹²⁶, ¹²⁷, ¹²⁸, ¹²⁹ (crecer y divertirse en los niños,

¹²⁵ Canga Larequi, J. (2001). Periodismo e Internet: nuevo medio, vieja profesión. En: *Estudios sobre el mensaje periodístico*, nº 7. Madrid, Servicio de Publicaciones de la Universidad Complutense.

¹²⁶ Maslow, A. (1943). A Theory of Human Motivation. Trabajo publicado originalmente en *Psychological Review*, 1943; 50 (4): 370-396. Disponible en Zimmerman, M. (2002). Recuperado el 20 de agosto de 2015 de [<http://emotionalliteracyeducation.com/abraham-maslow-theory-human-motivation.shtml>]

¹²⁷ Duhiol, L. (1990). *The Social Entrepreneurship of Change*. New York, Pace University Press.

¹²⁸ Mook, D.G. (1987). *Motivation: The Organization of Action*. London, W.W. Norton & Company Ltd.

aspectos de aceptación social en los adolescente, éxito y belleza en la edad adulta y autonomía en la vejez entre otros valores).

Las empresas de alimentación y las grandes multinacionales saben que la relación entre el modelo de cliente potencial y su cesta de la compra sigue más o menos el siguiente esquema:

■ **Resultado final sobre la compra prevista (lista de la compra) (CEACCU, 2012)¹³⁰**

- 1.-Producto y marca decididos de antemano y no modificado (cliente fidelizado): 22% de la cesta de la compra
- 2.- Producto decidido pero no la marca concreta. 18%
- 3.- Marca decidida pero alterada en el supermercado: 5%
- 4.- Productos y marcas no decididos de antemano. 55%

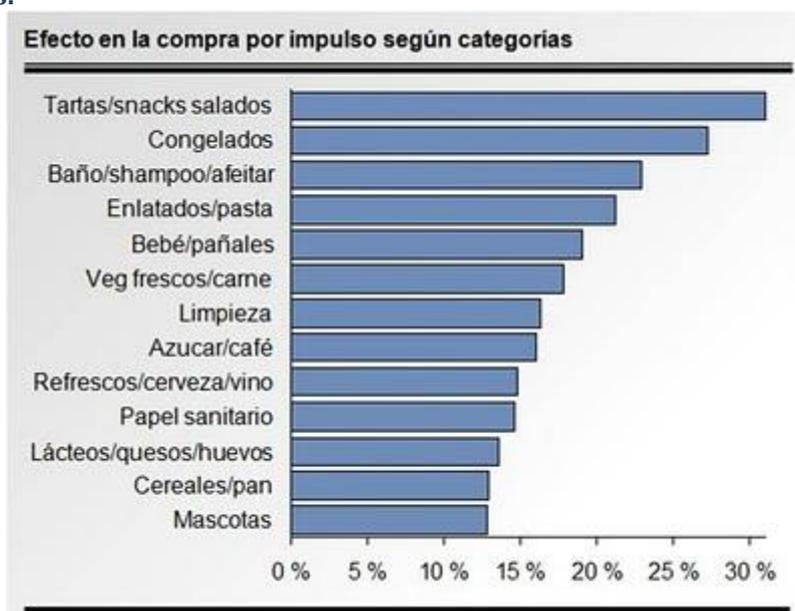
En relación al punto 4 podemos considerar la denominada “*compra por impulso*” que en el caso de los distintos grupos de alimentos se puede polarizar hacia alimentos más o menos saludables en base a aspectos cognitivos (información previa) y publicitarios. David R. Bell (2009) nos ilustra en la figura 12 sobre los alimentos seleccionados con mayor frecuencia en relación a productos no decididos de antemano y que terminan formando parte de la cesta de la compra¹³¹.

¹²⁹ Wahba, M.A. & Bridwell, L.G.(1976) Maslow Reconsidered: A Review of Research on the Need Hierarchy Theory. *Organizational Behavior and Human Performance* 15, 212-240.

¹³⁰ Confederación Española de Asociaciones de amas de Casa, Consumidores y Usuarios (CEACCU). Es la primera organización de consumidores de España. Organización independiente, sin ánimo de lucro, dedicada a la información, formación, representación y defensa de los consumidores. Cuenta con más de 400.000 socios integrados en 46 organizaciones confederadas. Recuperado el 2 de mayo de 2015 de [<http://www.ceaccu.org>]

¹³¹ Bell, D.R.; Corsten, D. & Knox, G. (2009), *Unplanned category purchase incidence: Who does it, how often, and why*. Working paper Wharton School, University of Pennsylvania.

Figura 12.- Efecto de la compra por impulso según distintas categorías de alimentos.



Fuente: Bell, D.R.; Corsten, D. & Knox, G. (2009), *Unplanned category purchase incidence: Who does it, how often, and why*. Working paper Wharton School, University of Pennsylvania

Desde el punto de vista teórico los medios de comunicación pueden impactar en el consumidor por las siguientes vías, en ocasiones asociadas o cooperativas¹³²:

3) Prensa escrita

1. Como marco de publicidad directa
2. Inserción de publirreportajes
3. Inclusión de columnas monográficas de información alimentaria específica
4. Breves
5. Reportajes o crónicas incluyendo la opinión de expertos.
6. Artículos o reportajes en suplementos de salud
7. Inclusión de despieces con opiniones dirigidas
8. Sección de gastronomía y recetas culinarias
9. Sección de consultorio dietético o de salud

¹³² Aranceta, J. (2013). *Nutrición Comunitaria* (3ª edición), Barcelona, Elsevier

Según recoge el informe Quiral 2005¹³³, a lo largo de ese año los medios de comunicación escritos en España incluyeron en sus páginas 20.345 informaciones de salud de las cuales más de la mitad tenían relación con temas de interés alimentario.

A lo largo de 2005 se incorporaron 10.913 textos sobre medicina y salud de los cuales el 20% estaban relacionados con la alimentación. En 1997 se contabilizaron 5984 textos obteniéndose un máximo en el 2002 con 15037. En esta edición el periódico que más texto ha publicado ha sido el Mundo con 2523 registros, le sigue el País con 2471; ABC con 2397; el Periódico con 2105 textos y la Vanguardia con 1417. En total 1814 diarios revisados¹³⁴ (Informe Quiral, 2005).

B) Radio

1. Inclusión de cuñas radiofónicas de componente publicitario.
2. Programas esponsorizados por la industria alimentaria con interés especial por un alimento, marca o producto.
3. Entrevistas dirigidas (con el objetivo final de hablar de un producto o ingrediente concreto de forma indirecta y “profesional”).
4. Publicidad convencional con formato de radio.

C) Televisión

1. Anuncios persuasivos de gran creatividad incorporados en franjas horarias específicas según el perfil del telespectador.
2. Impacto indirecto con la presencia del producto o marca en la mesa o marco de la pantalla con ocasión de programas o entrevistas de carácter general.
3. Entrevistas dirigidas en diversos programas y magazines
4. Reportajes específicos de tema alimentario en programas culturales o científicos.

¹³³ Fundación Privada Vila Casas. (2006), Informe Quiral 2005. *Medicina, comunicación y sociedad*. Barcelona: Observatorio de la Comunicación Científica, UPF

¹³⁴ Fundación Privada Vila Casas (2006). Informe Quiral 2005. *Medicina, comunicación y sociedad*. Barcelona: Observatorio de la Comunicación Científica, UPF

5. Incorporación de productos o marcas en escenas incluidas en series o películas de producción propia. Publicidad encubierta.
6. Incorporación de líderes de opinión al consumo público, en ocasiones ficticio, de productos o marcas que los intereses comerciales quieren promocionar.

D) Cine

1. Publicidad directa o indirecta en cines
2. Publicidad encubierta. Productos o marcas se incorporan previo pago al guión o a la escenografía de la película o de alguna de sus secuencias.
3. Cortos o películas de carácter científico o divulgativo sobre temas alimentarios o de salud.

D) Internet y otras tecnologías

1. Páginas web de información alimentaría o de salud
2. Banner de información o publicidad
3. Blogger con información y opiniones. Micrologging
4. Programas específicos de valoración de dietas o información sobre nutrición
5. Cursos on line
6. Foros
7. Apps. Nuevas aplicaciones para móviles o tablets¹³⁵

E) Gabinetes de prensa y agencias de comunicación

El sistema mediático en es que estamos inmersos se estructura en torno a siete grandes grupos de comunicación que a su vez están interconectados con grandes empresas y diversos intereses comerciales y políticos que en ocasiones pueden introducir sesgo en la independencia informativa relacionada también con el campo alimentario.

¹³⁵ Ferguson, T.; Rowlands, A.V., Olds, T. & Maher, C. (2015). The validity of consumer-level, activity monitors in healthy adults worn in free-living conditions: a cross-sectional study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 12, 42, DOI 10.1186/s12966-015-0201-9.

Recio-Rodríguez, J.I.; Martín-Cantera, C.; González-Viejo, N.; Gómez-Arranz, A.; Arieteleanizbeascoa, M.S.; Schmolling-Guinovart, Y. et al. on behalf the EVIDENT Group (2014). Effectiveness of a smartphone application for improving healthy lifestyles, a randomized clinical trial (EVIDENT II): study protocol. *BMC Public Health*, 14,254. Recuperado el 28 de junio de 2015 de [<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/14/254>].

La agencia *ymedia* (www.ymedia.es) ha actualizado en 2015 su mapa temático con la descripción de los medios de comunicación en España. Se trata de un completísimo mapa interactivo que recoge información de 355 empresas de prensa, radio, televisión, publicidad e Internet. A partir de los contenidos del mapa se pueden visualizar todo el entramado de medios, con datos de facturación y accionistas de los grandes grupos editoriales.

Según ANIS (Asociación Nacional de Informadores de la Salud), como veremos a continuación, en España no existe formalmente la especialización de los profesionales de periodismo en temas de salud, que en la mayor parte de los medios se incluyen de forma descriptiva en temas de información general o como breves¹³⁶.

¹³⁶ ANIS. Asociación Nacional de Informadores de Salud. Recuperado el 10 de abril de 2015 de: [<http://www.anisalud.com/es/la-asociacion/la-asociacion-nacional-de-informadores-de-la-salud>]

Mateos, C. (9 de abril de 2014). El periodismo especializado en salud, más necesario que nunca, comunicación en SALUD, un Blog de COM SALUD. Recuperado del 10 de abril de 2015 en: [<http://comsalud.es/web/blog/2014/04/09/periodismo-salud/>].

8.1 El periodista sanitario o informador de salud

El periodista sanitario o el informador de la salud es un profesional especializado es una vertiente del periodismo científico que se ocupa de los temas de salud en los distintos medios informativos.

En los últimos 20 años la presencia de noticias relacionadas con la salud en los medios de comunicación ha experimentado un crecimiento exponencial. En la actualidad cualquier periódico o revista nacional incorpora al menos una reseña relacionada con la salud y con mucha frecuencia relacionada con el tema alimentario o dietético. El informe Quiral contabilizo en el año 2000 cerca de 6.000 noticias de salud para pasar a más de 14.000 en 2011. En el 2014 se estima que las reseñas de salud se han acercado a las 20.000.¹³⁷

Atendiendo a los informes Quiral las noticias de salud en los medios de comunicación se pueden tipificar en dos grandes grupos:

- 1.- Los tópicos de interés del momento que suelen estar acompañados de un cierto sensacionalismo y poca profundidad.
- 2.- Los tópicos de interés constante, que suelen tener un tratamiento más elaborado, más profundo y con más rigor.

En el momento actual la información de salud en los medios informativos se suele presentar en relación a tres grandes áreas:

- a) Política Sanitaria
- b) Divulgación Científico-Sanitaria
- c) Sucesos de índole sanitaria

¹³⁷ Redacción médica. Recuperado el 10 de abril de 2015 de: [<http://www.redaccionmedica.com/>]

8.2 La figura del Periodista Sanitario en España

La Asociación Nacional de Informadores de la Salud (ANIS) en colaboración con la Universidad Carlos III de Madrid realizó un estudio en 2008 sobre el colectivo de informadores que se ocupaban de los temas de salud en los soportes de prensa, radio, televisión e internet¹³⁸. Las conclusiones del estudio nos dibujan una buena aproximación a la figura del Informador de la Salud en España.

La ficha tipo se relaciona con una mujer con carrera universitaria, casi la mitad con estudios de postgrado, que considera como buena la calidad de la información que se genera. La precariedad laboral y el que “*la salud no vende*” es uno de los puntos grises del panorama actual.

El 48,5% de los informadores de salud reconoce que también cubre la información de algún otro campo periodístico, generalmente temas de sociedad. Un 18,8% trabajan como autónomos. Un 43,9% considera que la calidad de los contenidos es regular o mejorable.

Como fuentes de información utilizan sobre todo a las agencias de noticias y de comunicación, las revistas científicas internacionales, los especialistas más accesibles, los portales de medios especializados, las sociedades científicas y los gabinetes de prensa de hospitales y administraciones¹³⁹.

El Instituto Novartis de Comunicación en Biomedicina viene desarrollando una importante labor en el campo de la formación en comunicación sanitaria desde el año 2001.

En la 14ª Velada de Periodismo Sanitario (23 de abril de 2015), la directora del Instituto, Montserrat Tarrés, planteó la necesidad de comunicar a la sociedad temas de salud con excelencia, profesionalidad, especialización y

¹³⁸ Martínez Segura, P. (2014), ANIS: Conciliación de intereses entre informadores y comunicadores de la salud. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 5(1), 24-27

¹³⁹ ANIS. Recuperado el 10 de mayo de 2015 de: [<http://www.anisalud.com/es/la-asociacion/la-asociacion-nacional-de-informadores-de-la-salud>]

responsabilidad. La sociedad demanda información sanitaria de forma precisa, rigurosa y accesible¹⁴⁰.

Manuel Calvo Hernando (1997) en su libro “Manual de periodismo científico”¹⁴¹ plantea entre otras cuestiones que el periodista debe utilizar fuentes válidas, fiables que le permita informar sobre hechos de interés para la audiencia y no solo para las fuentes.

La selección adecuada de las fuentes y el contraste de la información son aspectos clave de la tarea del periodista, como afirman Pilar Diezhandino y César Coca (1997)¹⁴²: *“El manejo de las fuentes es uno de los problemas clave del periodismo. Del recurso de unas u otras se derivará no solamente la publicación de informaciones diferentes, sino distintos enfoques de los mismos hechos o análisis dispares de la realidad de cada momento”*.

Para Coca el periodista a la hora de escribir tiene que *“estar abierto a la investigación de los hechos, perseguir la objetividad aunque se sepa inaccesible, contrastar los datos con cuantas fuentes sean precisas, diferenciar con claridad entre información y opinión, y enfrentar, cuando existan, las versiones diferentes sobre un hechos”*.¹⁴³

La Asociación Nacional de Informadores de la Salud (ANIS) fue creada en 1994. Cuenta con 600 asociados periodistas especializados en salud con representación en todos los soportes existentes (prensa, radio, televisión, internet y nuevas tecnologías aplicadas a la salud). Sus principales objetivos son defender los derechos de sus asociados, fomentar la formación continua y velar por la ética profesional. Su primer presidente fue el Sr. José M^a Catalán y en la actualidad la presidencia recae en el Sr. Alipio Gutiérrez Sánchez. ANIS está vinculada a la Federación de Asociaciones de periodistas de España

¹⁴⁰ Instituto Novartis de Comunicación en Biomedicina (INCB) (23 de abril de 2015). *La 14ª Velada del Periodismo Sanitario, organizada por el Instituto Novartis de Comunicación en Biomedicina, homenajea a la periodista Elsa González*. Recuperado el 2 de junio de 2015 de: [<http://www.novartis.es/sala-de-prensa/publicaciones>]

¹⁴¹ Calvo Hernando, M. (1997). *Manual de periodismo científico*. Barcelona, Bosch

¹⁴² Pilar Diezhandino y César Coca (1997) *La nueva información*, UPV/EHU, p. 143.

¹⁴³ Coca, C. (1997), Códigos éticos y deontológicos en el periodismo español. *Zer* vol 2: 109.

(FAPE). En el último Congreso Nacional se ha abordado el tema de la Inocuidad de los alimentos¹⁴⁴.

8.3 Calidad de las informaciones de salud

Genis Carrasco, autor del Blog “El paciente inteligente”, plantea diferentes aspectos de la información sanitaria y los que se espera en el interés para los ciudadanos y pacientes. En su opinión la calidad de la noticia depende de los siguientes factores:



- Del interés del o la periodista para elaborar un artículo con rigor.
- Del interés del medio de comunicación para tratar con más profundidad y enfoque comunicativo el tema.
- De los recursos profesionales y periodísticos de los que se dispone.
- De la buena comunicación e interacción entre profesionales de los medios y fuentes de información, como por ejemplo con las asociaciones de profesionales o de pacientes¹⁴⁵.

¹⁴⁴ XI Congreso ANIS, Oviedo, 2015. Recuperado el 2 de septiembre de 2015 de: [<http://anisalud.com/es/la-asociacion/actividades/congreso-anis-2015>]

¹⁴⁵ Carrasco, G. (9 de Junio de 2012). *Manual de buenas prácticas en periodismo sanitario*. Recuperado el 2 de septiembre de 2015 de: [<http://elpacienteinteligente.blogspot.com.es/2012/06/pros-y-contras-de-las-noticias.html>]

9. Comunicación y alfabetización en alimentación y salud.

“Las grandes obras de las instituciones, las sueñas los santos locos, las ejecutan los luchadores natos, las disfrutan los felices cuerdos y las critican los inútiles crónicos...”

Bertold Brecht (1898-1956)

El concepto “alfabetización en salud” (AES), tiene su origen en la expresión en inglés *health literacy*, y fue mencionado por primera vez en la literatura científica por Simonds en 1974 en un llamamiento a que la educación para la salud en la escuela permitiera a los estudiantes adquirir conocimientos sobre la salud, al igual que lo hacían en las materias tradicionales como matemáticas o historia¹⁴⁶.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su glosario de términos de promoción de la salud define la AES como *“las habilidades sociales y cognitivas que determinan el nivel de motivación y la capacidad de una persona para acceder, entender y utilizar la información de forma que le permita promover y mantener una buena salud”*. En los últimos tiempos se han venido utilizando diversos términos para definir acciones de salud o de la realidad alimentaria que son cercanos en algunos aspectos pero diferenciales en otros y que tienen puntos de unión con la AES:

- 1.- La *Educación en Salud* se refiere a la adquisición de conocimientos y habilidades operativas, regladas o no, en el área de conocimiento de la salud. Puede estar relacionada con la enseñanza en el aula escolar de los nombres de los huesos del pie, las vitaminas o la metodología para la determinación instrumental de la presión arterial a un grupo de estudiantes de medicina o enfermería.
- 2.- La *Educación para la Salud (EpS)* hace referencia a la adquisición de conocimientos y habilidades para su aplicación en la realidad de promoción

¹⁴⁶ Falcón, M. y Luna, A. (2012). Alfabetización en salud: concepto y dimensiones. Proyecto europeo de alfabetización en salud. *Revista Comunicación y Salud*, 2 (2), 91-98.

de la salud y prevención de la enfermedad en un contexto personal o de proximidad.

3.- *La Alfabetización en Salud (AES)* es un concepto más cercano a la capacitación, o adquisición operativa de los conocimientos, habilidades y destrezas provenientes de una educación para la salud, que facilita la autonomía para poder aplicar y personalizar lo adquirido en el autocuidado y en la atención a nuestro círculo más próximo. La alfabetización es el estadio necesario e inmediatamente anterior al empoderamiento¹⁴⁷. Es *“tenerlo todo preparado para saber cuidarnos y para entender las posibilidades de cuidado de los agentes externos en un formato interactivo, dinámico para la consecución de los objetivos de salud”*.

Los términos que hemos visto incluyen en cierta medida acciones o contenidos de carácter nutricional o alimentario pero no con la especificidad que en ocasiones se requiere para conseguir mejoras sustanciales en los hábitos alimentarios, técnicas culinarias o estado nutricional tanto a nivel individual como colectivo. Tanto en población técnicamente sana como en colectivos con factores de riesgo o patologías relacionadas con la alimentación.

Veamos algunos términos que conviene interiorizar para entender los programas de intervención o educación nutricional o las acciones individuales de consejo dietético.

- 1.- La *alimentación* se define como el proceso voluntario de seleccionar y acondicionar los alimentos y bebidas que han de formar parte de mi proceso alimentario. Desde el kilómetro 0 del origen de cualquier alimento hasta el momento de la masticación “hablamos” de alimentos.
- 2.- La *nutrición* es un proceso vital involuntario que permite extraer al organismo a partir de la ingesta de alimentos y bebidas todos los nutrientes y sustancias necesarias para su crecimiento, desarrollo y mantenimiento de un estado funcional óptimo en cualquier etapa de la vida.

¹⁴⁷ Falcón, M. y Luna, A. (2012). Alfabetización en salud: concepto y dimensiones. Proyecto europeo de alfabetización en salud. *Revista Comunicación y Salud*, 2 (2), 91-98

- 3.- La *Dietética* podríamos definirla como la ciencia y el arte de saber elegir aquellos alimentos, técnicas culinarias y elementos de contexto que permitan adaptar nuestra selección de alimentos (dieta) a nuestras necesidades nutricionales específicas (estado nutricional) con un máximo grado de cualidades organolépticas gratificantes (dimensión estética y gastronómica)
- 4.- *Educación alimentaria*. Conjunto de conocimientos y habilidades que permiten una relación más saludable con el modo de vida alimentario y la selección de alimentos a nivel individual o colectivo.
- 5.- *Educación Nutricional*. Conjunto de conocimientos y habilidades que permiten una más adecuada selección de los alimentos necesarios para favorecer un óptimo estado de nutrición y salud tanto a nivel individual como de las personas relacionadas.
- 6.- *Consejo Dietético*. Acto de carácter técnico en el que un profesional de la salud con capacitación en nutrición aporta un consejo breve, operativo e individualizado a un ciudadano o paciente. El consejo dietético suele producirse en el contexto de una actuación sanitaria por parte del médico, farmacéutico, dietista o personal de enfermería. La situación más frecuente se produce en la consulta del médico en Atención Primaria o en una Oficina de Farmacia en la denominada también consulta de mostrador¹⁴⁸.
- 7.- *Prescripción dietética*. Se trata de un acto asistencial que requiere adaptar una propuesta alimentaria individualizada a una situación de salud concreta. Se acompaña de recomendaciones sobre porciones, cantidades, frecuencia de consumo, técnicas culinarias, modo de presentación si procede etc. La prescripción dietética necesita conocimientos avanzados en el campo de la dietética y nutrición y es patrimonio de los Dietistas-Nutricionistas o de los médicos con capacitación en esta área de conocimiento.
- 8.- *Alfabetización en alimentación (AEA)*. Nos permitimos incorporar este nuevo término para definir el conjunto de acciones que permiten la adquisición de conocimientos, habilidades y destrezas para adecuar la relación entre el individuo y su alimentación, adaptarla a sus usos y costumbres con el objetivo de que sea una herramienta de promoción de la salud y

¹⁴⁸ Red de consejo dietético. Recuperado el 5 de abril de 2015 de: [<http://www.redconsejodietetico.es/>]

coadyuvante en el tratamiento de la enfermedad. Las acciones de AEA deben tener como objetivo alcanzar el empoderamiento, potenciar la soberanía alimentaria, el mantenimiento del legado cultural alimentario y la posibilidad real de autocuidado en materia nutricional a nivel personal y de los niveles cercanos para alcanzar un estado óptimo de salud y calidad de vida.

9.1 Papel de los medios de comunicación en la alfabetización en alimentación

Como venimos comentando los MCS han incorporado a sus contenidos el interés creciente de la sociedad por los temas de alimentación y salud. La profesora Gemma Revuelta, investigadora del grupo de trabajo de los informes Quiral, describía en el 2012¹⁴⁹, que desde el año 2000 al 2009 la prensa española no especializada había publicado cerca de 100.000 artículos relacionados con temas de salud. De estos artículos el mayor porcentaje están relacionados con temas de gestión sanitaria por parte de la administración pero más de un 10% han tratado temas de alimentación y salud. Una buena parte sobre crisis alimentarias (vacas locas, dioxinas, metilmercurio...) y otra parte con nuevas propiedades de los alimentos.

En otros apartados no podemos olvidar el interés de temas centrales de salud que también están relacionados con los hábitos alimentarios y estilos de vida: sobrepeso y obesidad, enfermedades cardiovasculares, diabetes, trastornos del comportamiento alimentario etc. Es habitual que cualquier periódico de tirada nacional incorpore cada día alguna noticia relacionada con temas de alimentación y salud o al menos de gastronomía. Todos estos contenidos son potencialmente sustrato de la Alfabetización en Alimentación que habíamos mencionado y en consecuencia un factor clave en la composición de la cesta de la compra, hábitos alimentarios y estado de salud.

¹⁴⁹ Revuelta, G. (2012). Salud en España durante el periodo 2000-2009: aproximación a través del análisis de la prensa. *Medicina Clínica*, 138: 622-6.

Basagoiti, I. (coord.) (2014). *Alfabetización en salud: de la información a la acción*. Madrid: Itaca-TSB

9.2 La comunicación y los agentes de salud

La información y la oferta de contenidos en temas de alimentación y salud pueden tener como sujeto emisor las páginas de un periódico, un espacio de radio, un programa de televisión, una página web, una App...pero también un profesional de la salud, un anuncio de una empresa de alimentación o una acción institucional (administración sanitaria o educativa).

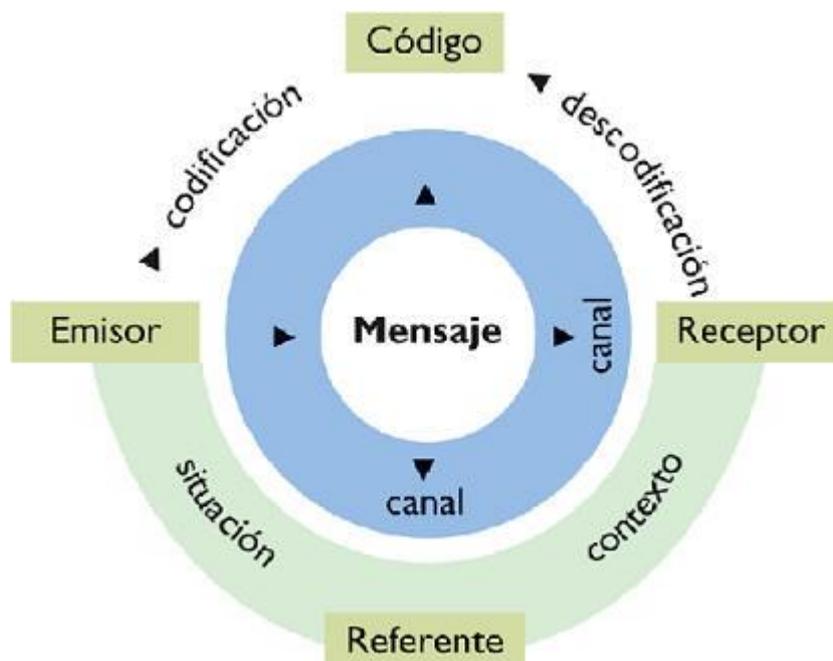
En el acto de comunicación intervienen:

- 1.- Emisor. Sujeto que produce el acto de comunicación
- 2.- Código: conjunto de signos y reglas de construcción comunes al emisor y receptor
- 3.- Mensaje: conjunto de informaciones que se transmiten siguiendo el código común
- 4.- Canal: medio físico por el que circula el mensaje
- 5.- Receptor: Sujeto que decodifica y recibe el mensaje
- 6.- Contexto: conjunto de factores y circunstancias en la que se produce el mensaje y que deben ser conocidas tanto por el emisor como por el receptor.

Al ser la comunicación un acto bidireccional, los papeles de receptor y emisor son o pueden ser alternantes¹⁵⁰ **(Figura 13)**.

¹⁵⁰ Sarabia Cobo, C.M.; Ortego Maté, M.C. y Torres Manrique, B. (2013). Desarrollo de habilidades y competencias a través del coaching y la inteligencia emocional. Tema 5. Comunicación y diálogo. Universidad de Cantabria. Recuperado el 6 de junio de 2015 de: [<http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/desarrollo-de-habilidades-y-competencias-a-traves/materiales/temas-pdf/Tema%205comunicacion-dialogo.pdf>].

Figura 13.- La comunicación, contexto factores y circunstancias



Fuente: Sarabia Cobo, C.M.; Ortego Maté, M.C. y Torres Manrique, B. (2013).

Como recoge el libro¹⁵¹ “Alfabetización en salud” (Basagoiti, I., 2014) la comunicación en salud puede permitir aumentar los conocimientos, capacidades y habilidades de las personas para que puedan tomar decisiones saludables de manera autónoma también en la parcela alimentaria y acercar en este campo la propuesta de la OMS: *“la alfabetización para la salud supone alcanzar un nivel de conocimientos, habilidades personales y confianza que permiten adoptar medidas que mejoren la salud personal y de la comunidad, mediante un cambio de los estilos de vida y de las condiciones personales de vida”*¹⁵².

Quizás la definición que mejor señala el alcance de la comunicación para la salud sea la aportada por el Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos: *“El uso y el estudio de las estrategias de comunicación para informar e*

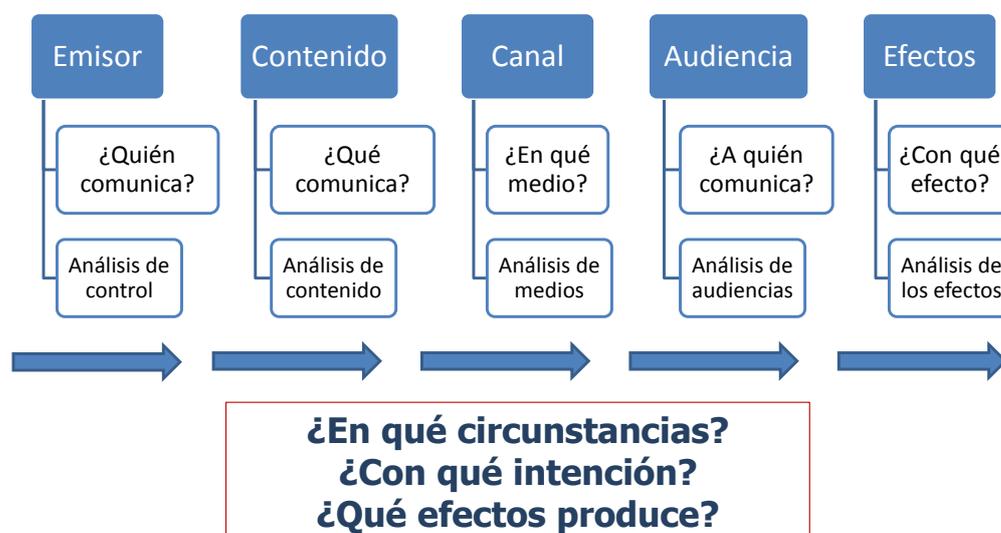
¹⁵¹ Basagoiti, I. (coord.) (2014). *Alfabetización en salud: de la información a la acción*. Madrid: Itaca-TSB

¹⁵² World Health Organization (1998). *Promoción de la salud: glosario*. Division of Health Promotion, Education, and Communication. Recuperado el 15 de mayo de 2015 de: [http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf]

*influir sobre decisiones individuales y colectivas que mejoran la salud*¹⁵³
(Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos, 2004).

En todo caso la comunicación en salud es un proceso complejo que no solo debe quedarse en la fase informativa. Necesitamos un modelo relacional que ayude a transitar todas las fases de interiorización hasta alcanzar el cambio o la mejora en los hábitos alimentarios o en las conductas de salud (modelo relacional de comunicación)¹⁵⁴.

Figura 14.- Modelo relacional de la comunicación: Esquema de Laswell y extensión de Braddock



Fuente: Elaboración propia

¹⁵³ US DHHS Public Health Service, National Institutes of Health, National Cancer Institute (2004). *Making health communication programs work*. Recuperado el 25 de febrero de 2015 de: [http://www.cancer.gov/publications/health-communication/pink-book.pdf].

¹⁵⁴ Lucas, A.; García, C. y Ruiz, J.A. (1999). *Sociología de la comunicación*. Madrid, Trotta.
McQuail, D. y WINDAHL, S. (1997). *Modelos para el estudio de la comunicación colectiva*. Pamplona, Ed. Eunsa.
Rodrigo Alsina, M. (1995) *Los modelos de la comunicación*. Madrid, Ed. Tecnos

9.3 A quien alfabetizar en alimentación

Las acciones de comunicación y alfabetización en alimentación y salud deben dirigirse al colectivo blanco y a los agentes implicados o facilitadores:

1. **Ámbito sanitario:** acciones con personas con factores de riesgo, colectivos vulnerables, enfermos y población general
2. **Ámbito educativo.** Nivel clave para la mejora de conocimientos, hábitos alimentarios y capacitación funcional desde etapas tempranas de la vida. Acciones en toda la comunidad educativa.
3. **Ámbito laboral.** Cooperación con salud laboral para favorecer la alfabetización progresiva y adaptada a las diferentes etapas del trabajador y directivos. Se contemplan contenidos especiales para posibles situaciones de paro, precariedad y preparación a la jubilación
4. **Ámbito asociativo.** Acciones en el marco de la Nutrición Comunitaria con asociaciones ciudadanas, deportivas, asociaciones de pacientes, asociaciones profesionales, asociaciones de mayores, colectivos marginales, asociaciones de inmigrantes, etc.
5. **Ámbito institucional.** Acciones encaminadas a los dirigentes políticos y responsables de la administración para que impliquen como agentes de salud o facilitadores de programas o infraestructuras que ayuden a la promoción de la salud.
6. **Medios de comunicación,** para que incorporen de manera decidida espacios de alfabetización en alimentación y salud en sus espacios informativos, publicidad , programas generales, programas específicos, que unan la comunicación de salud con el esparcimiento y la cultura, incluyendo las oportunidades del periodismo 2.0¹⁵⁵.

En relación a los medios de comunicación existen algunas lagunas susceptibles de mejora con el objetivo de que todos los recursos actuales de la

¹⁵⁵ Meso Aierdi, K.; Díaz Noci, J. (2002). Periodismo científico en el ciberespacio: la información académica al encuentro de la tecnología digital. En: Salaverría, R. (coord.). *Mediatika. Cuadernos de Medios de Comunicación*, 8, 605-629

información de salud tengan unos protocolos de actuación adecuados en los distintos ámbitos de trabajo.

En cierta medida el periodista especializado o no en temas de salud tomará la iniciativa de trabajar sobre un tema de salud o de salud pública nutricional basado en las rutinas periodísticas:¹⁵⁶

- 1.- La actualidad
- 2.- La excepcionalidad.
- 3.-La polémica.
- 4.-El interés público

Según Warrren (1975, 82)¹⁵⁷, La información de salud puede ser noticia por las siguientes consideraciones: actualidad, proximidad, conflicto, consecuencias, relevancia personal, rareza, emoción o progreso.

La Asociación de Informadores de Salud (ANIS) ha trabajado este tema, también en el relación a la información alimentaria y nutricional al igual que otras asociaciones como la Asociación Española Contra el Cáncer¹⁵⁸ (AECC, 2006), la Asociación Española de Familiares y Pacientes con Enfermedad mental etc. La AECC ha elaborado una Guía de Estilo sobre Salud y Medios de Comunicación referida al cáncer que incorpora algunos problemas detectados en los MCS:

- 1.- Titulares alarmistas o morbosos
- 2.- Información científica confusa
- 3.- Creación de estereotipos o etiquetas
- 4.- Invisibilidad de algunos colectivos de enfermos
- 5.- Poca presencia del contexto de las informaciones en salud
- 6.- Uso inapropiado, abuso o frivolidad de términos

¹⁵⁶ Lucas, A.; García, C. y Ruiz, J.A. (1999). *Sociología de la comunicación*. Madrid, Trotta.
McQuail, D. y WINDAHL, S. (1997). *Modelos para el estudio de la comunicación colectiva*. Pamplona, Ed. Eunsa.

Rodrigo Alsina, M. (1995) *Los modelos de la comunicación*. Madrid, Ed. Tecnos
Un nuevo síndrome relacionado con la apetencia por las preparaciones alimentarias exquisitas. Un buen ejemplo de potencial noticia.

Apezteguia, F. (2015). Comunicar en salud en tiempos de crisis. Ponencia en el Encuentro Comunicación, Alimentación y Salud (Getxo, 14-15 de septiembre de 2015).

¹⁵⁷ Warren, C. (1975). *Géneros periodísticos informativos*. Barcelona. ATE, pag. 82.

¹⁵⁸ AECC (2006). *Guía de Estilo. Salud y Medios de Comunicación. Cáncer*. Recuperado el 2 de marzo de 2015 de: [https://www.aecc.es/Comunicacion/publicaciones/Documents/Salud_y_medios_C%C3%A1ncer.pdf]

7.- Imágenes erróneas o escabrosas

8.-Poca información preventiva

En resumen un uso insuficiente de los recursos periodísticos para la información en salud pero especialmente para la alfabetización en salud. La mencionada guía propone un conjunto de recomendaciones referidas a la construcción de la noticia y al uso del lenguaje que pueden ser también apropiadas para otros campos de la salud (cáncer, sida, obesidad, trastornos alimentarios, enfermedades con base alimentaria, etc.)¹⁵⁹

1. Hacer inteligible el lenguaje científico
2. Uso correcto del léxico
3. Eliminar detalles demasiado técnicos o procesos sofisticados
4. Escribir en un estilo directo y con frases cortas
5. Contextualizar bien la información
6. Aclarar las siglas
7. No caer en el amarillismo o sensacionalismo
8. No ser paternalistas
9. Cuidar los aspectos relacionados con la identidad de género.

9.4 Instrumentos de medida de la alfabetización en salud

El grado de alfabetización en salud corresponde con el estado de salud de las personas y tiene diversas escalas y resultados en función de los conocimientos, nivel de instrucción, renta de ingresos y otras variables. El conocimiento de esta situación es clave en la planificación sanitaria y en la puesta en marcha de acciones de mejora de la salud y los estilos de vida.

Existen diversos cuestionarios de mayor o menor dificultad para evaluar el grado de alfabetización en salud. Todavía ninguno específico de alfabetización en alimentación pero si algunos que incorporan algunas preguntas sobre etiquetado nutricional y su comprensión real.¹⁶⁰

¹⁵⁹ Drutman, J. y Chort, S. (cords.). EPS-Salud. Educación para la Salud. Calidad con Calidez en Información. Recuperado el 2 de marzo de 2015 de : [<http://www.eps-salud.com.ar>]. En la página electrónica de EPS-Salud podemos encontrar diversas guías y recursos para periodistas e informadores de salud.

¹⁶⁰ Speros, C. (2005). Health literacy: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 50, 633–640.

- 1.-**WRAT** (Wide Range Achievement Test) Valora la alfabetización general a través del reconocimiento y pronunciación de palabras en un contexto general, no adaptado específicamente a un contexto de salud. Puede usarse en un rango de 5 a 75 años. Se tarda unos 10 minutos en aplicar en su forma abreviada. Disponible en inglés.
- 2.-**REALM** (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine) Estima el reconocimiento y pronunciación de palabras tomadas de material dirigidos a la educación sanitaria. Diseñado para pacientes con bajos niveles de capacidad de lectura en las áreas de salud pública y atención primaria. Desarrollado por la Dra. Davis en 2002.
- 3.-**TOFHLA**. Test of Functional Health Literacy in Adults. Usado para medir la alfabetización en salud funcional utilizando materiales de educación. Existe una versión en castellano (TOFHLA-S). Desarrollado por el Dr. Parker en 1995.
- 4.- **EHEALS**. eHealth Literacy Scale, es una escala autoadministrable para medir la alfabetización digital en salud autopercebida
- 5.- **NVS**, o Newest Vital Sign¹⁶¹, (Weiss, B.D.; Mays, M.Z.; Martz, W.; Castro, K.M.; DeWalt, D.A.; Pignone, M.P, et al., 2005). Ésta consiste en una evaluación de seis preguntas simples sobre la información nutricional contenida en el envase de un helado. El test NVS permite evaluar de forma rápida las destrezas o habilidades de una persona para leer, entender y utilizar la información sobre un tema de salud.

¹⁶¹ Weiss, B.D.; Mays, M.Z.; Martz, W.; Castro, K.M.; DeWalt, D.A.; Pignone, M.P.; Mockbee, J. & Hale, F.A. (2005). Quick Assessment of Literacy in Primary Care: The Newest Vital Sign. *Annals of Family Medicine*; 3(6), 514–522. doi 10.1370/afm.405

9.5 Comunicación e intervención nutricional

En muchas ocasiones las instituciones, las sociedades de nutrición o diversas organizaciones ponen en marcha programas de educación nutricional con el objetivo de mejorar las prácticas alimentarias y los hábitos alimentarios de la población o de colectivos de riesgo. En muchos casos los medios de comunicación suelen colaborar en la fase de información y sensibilización de estos proyectos. Aunque es difícil medir el impacto de estas actuaciones existen instrumentos que pueden utilizarse antes y después de la campaña o también esperar a las estadísticas oficiales regladas para estimar la evolución de los indicadores pertinentes.

Nos interesa determinar la “eficacia” que pretende medir hasta qué punto la campaña produce los efectos deseados por sus promotores, en condiciones en las que tanto la emisión como la recepción son óptimas (“validación interna”) Nos referimos a “eficiencia” como la relación entre los recursos utilizados en un proyecto y los logros conseguidos con el mismo.

Otro indicador de interés es la “efectividad” que evalúa hasta qué punto la campaña produce los efectos deseados por sus promotores, cuando se aplica en condiciones reales a una población (“validación externa”). Nos referimos a la capacidad de lograr el efecto que se desea.

El concepto “efectos” asociados incluye tanto los efectos deseados como los no deseados que incluye el efecto nulo. En estas acciones comunitarias o institucionales los MCS proporcionan un apoyo fundamental con elementos publicitarios y/o periodísticos. Los medios para llevar a cabo una intervención en el campo nutricional o de la salud pública pueden incorporar espacios publicitarios (anuncios en televisión, cuñas en radio, etc. en el marco del marketing sanitario). De forma única o compartida con la publicidad se pueden realizar acciones dirigidas a periodistas para que éstos cubran los temas sobre los que queremos informar o sensibilizar al público (ruedas de prensa, entrevistas, artículos de opinión etc.).

Las acciones basadas en la publicidad suelen tener un elevado coste y las acciones mediadas por los periodistas quedan a criterio de los profesionales de los medios de comunicación. En algunas ocasiones los contenidos de su información o los matices técnicos comunicados no coinciden en todo o en parte con las opiniones de los profesionales implicados en el programa de intervención.¹⁶²

Muchas agencias de comunicación o grupos de profesionales implicados en acciones comunitarias miden los resultados obtenidos o el dossier de prensa por el número de impactos obtenidos en los medios de comunicación en todos sus formatos. En algunos casos se utilizan otras métricas diferentes y también el denominado “*Advertising Value Equivalency*” (AVE), es decir, el valor equivalente en publicidad.¹⁶³

¹⁶² Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES) (2008). *Salud mental y medios de comunicación: Guía de estilo*. Recuperado el 2 de marzo de 2015 de: [<https://consaludmental.org/general/salud-mental-y-medios-de-comunicacion-guia-de-estilo-2-714/>]

Federación de Euskadi de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (2012). *Guía de estilo. Cómo abordar la salud mental en los medios de comunicación*. Recuperado el 2 de marzo de 2015 de: [http://www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_3189_3.pdf].

¹⁶³ Roy, J.R. Marketing metrics made simple. Recuperado el 20 de marzo de 2015 de: [<http://www.marketing-metrics-made-simple.com/pr-metrics.html>]
Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES) (2008). *Salud mental y medios de comunicación: Guía de estilo*. Recuperado el 2 de marzo de 2015 de: [<https://consaludmental.org/general/salud-mental-y-medios-de-comunicacion-guia-de-estilo-2-714/>]

10. Modelos de intervención nutricional. Cambios en las conductas de salud

Conocer y entender como las personas toman decisiones en relación a su salud y también la probabilidad de que se produzcan modificaciones en su conducta alimentaria puede ayudar a realizar propuestas fundamentadas en los programas de promoción de la salud pero también en las medidas de consejo dietético a nivel individual y grupal.

Aunque no parece existir un modelo de modificación de conductas definitivo veamos algunas de las principales propuestas¹⁶⁴:

1.-Modelo de creencias sobre la salud. Propuesto por Rosenstock en 1966 y modificado por Becker en 1974 se ha venido empleando para predecir el grado de adherencia de los consejos médicos por parte de los pacientes. El modelo plantea que para que las personas piensen en modificar sus hábitos estas deben de haber sentido la experiencia de sentirse amenazadas por una enfermedad o dolencia. Solo en esta situación (con este estímulo) efectúan un análisis del beneficio que podrían obtener con los cambios de conducta.

2.- La Teoría de la Acción Razonada propuesta por Ajzen y Fishbein en 1980 o su ampliación en el formato de Teoría del Comportamiento Planificado. Estas teorías se han empleado para predecir la intención o la finalidad de un cambio de conducta en base a tres premisas:

- a) Actitudes en relación a las conductas motivo de cambio
- b) Percepción de la presión social que le mueve a tener ese comportamiento
- c) Percepción que el individuo tiene de su grado de control sobre ese comportamiento.

Esta teoría pone el énfasis en las limitaciones de proporcionar solo información sobre las ventajas de un alimento o grupo de alimentos como

¹⁶⁴ Murphy, E.M. (2005). La promoción de comportamientos saludables. *Boletín de salud*, 2. Washington, DC, Population Reference Bureau.

información o transferencia de conocimiento sin trabajar en profundidad las actitudes y los mecanismos de control individual sobre el comportamiento establecido¹⁶⁵

Este modelo ha conseguido describir adecuadamente los comportamientos en relación al consumo de sal, grasas o leche y las actitudes y creencias en torno al consumo de alimentos ricos en almidón y su rol en la dieta en una muestra de 800 consumidores del Reino Unido¹⁶⁶.

3.- **Etapas del comportamiento relacionado con la salud.**

El modelo de las etapas del cambio promovido por Prochaska y Diclemente¹⁶⁷ consiste en diferenciar varias etapas bien delimitadas que se establecen en todos los procesos de cambio. El éxito en los modelos de intervención dependen de conocer en qué fase se encuentra el individuo y actuar de manera específica sobre su caracterización. La mayor parte de los individuos recaen en su problema inicial y vuelven a intentarlo desde la etapa de pre-contemplación o contemplación.

Las 5 etapas del modelo de Prochaska (figura 15):

- 1.- Precontemplación. Situación en la que paciente o ciudadano visualiza el problema o los riesgos derivados de sus estilos de vida pero negando todavía la realidad de su situación concreta.
- 2.-Contemplación. La persona reconoce el problema y comienza a visualizar la necesidad de cambios pero todavía no tiene decidida ninguna acción relacionada en parte porque no ve un beneficio claro en materializar el cambio.
- 3.- Preparación. En esta etapa la persona está en posición de iniciar los cambios establecidos e incluso ha podido resolver algunos factores condicionantes.

¹⁶⁵ 12 manage Executive fast Track. Teoría del Comportamiento Planificado. Centro de conocimiento. Recuperado el 20 de marzo de 2015 de:
[http://www.12manage.com/methods_ajzen_theory_planned_behaviour_es.html]

¹⁶⁶ Stubenitsky, K.; Mela, D.J. (2000). UK consumer perceptions of starchy foods. *British Journal of Nutrition*; 3(3), 277-85.

¹⁶⁷ Prochaska, J. & Diclemente, C. (1983). Stages and processes of change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of consulting and Clinical Psychology and Psychotherapy*, 51, 390-395.

- 4.- Acción. Se hacen evidentes los pasos para materializar el cambio.
- 5.- Mantenimiento. Siguen las conductas pro activas para mantener el cambio y prevenir recaídas. Esta fase suele durar unos 6 meses.
- 6.- Finalización. La persona mantiene con autonomía los cambios conseguidos y se establecen como permanentes los nuevos estilos de vida.

Figura 15.- Sucesión de etapas de acuerdo al modelo de las etapas del cambio



Fuente: Roballo, L.; Valentini, G.; Rodríguez, A.; Camps, X.; Davyt, O., Bianco, E. (2011). Abordaje del tabaquismo por el cardiólogo: cómo realizar una intervención efectiva. *Rev Urug Cardio*; 26, 237-243

El modelo de etapas puede ser de gran utilidad para modificar hábitos alimentarios concretos como comer 5 raciones de fruta y verdura o tomar la leche desnatada pero tiene más dificultades para los cambios alimentarios más complejos (asumir una dieta baja en grasa)¹⁶⁸.

En el momento actual, ninguna de las teorías o de los modelos, explica y predice en un grado suficiente de evidencia la gama completa de conductas en cuestión de elección de alimentos¹⁶⁹. Los modelos pueden ser una herramienta que ayuda a entender qué factores influyen en las decisiones y la conducta de los individuos en relación a su modo de vida alimentario.

¹⁶⁸ Horwath, C.C. (1999). Applying the transtheoretical model to eating behaviour change: challenges and opportunities. *Nutrition Research Reviews*; 12, 281-317.

¹⁶⁹ Nestle, M., Wing, R., Birch, L., DiSogra, L.; Drewnowski, A.; Arbor, A.; Middleton, S.; Sigman-Grant, M.; Sobal, J.; Winston, M.; & Economos, C. (1998). Behavioural and social influences on food choice. *Nutrition Reviews* 56(5), S50-S64.

10.1 Modelos y teorías del cambio en conductas de salud.

Parece fundamental conocer a fondo las teorías del cambio de conducta de salud porque nos ayuda a entender los mecanismos que condicionan la existencia de estas conductas y por lo tanto el potencial camino de intervenir sobre ellas de manera eficaz.

A continuación se recogen de manera esquemática las principales teorías relacionadas con la promoción y el establecimiento de conductas de salud que en diferente medida han sido estudiados por diferentes autores como Albery y Munafú (2008), Brannon y Feist (2001), León y Medina (2002), Noar, Benac y Harris (2007), Pastor, Balaguer & García Merita (1999) y Riemsma, Pattenden, Bridle, Sowden, Mather, Watt et al. (2002)¹⁷⁰

10.1.1 Modelos explicativos del proceso de socialización de los estilos de vida saludables:

Son varias las teorías que han afirmado que para entender cómo se adquiere el estilo de vida saludable es necesario tener en cuenta los diferentes factores psicosociales que determinan el comportamiento. Estas teorías consideran la socialización del estilo de vida como el proceso por el que las personas adquieren los patrones de conductas y de hábitos que constituyen su estilo de vida, así como las actitudes, los valores y las normas relacionadas. A continuación se van a explicar dos de las teorías más influyentes en la actualidad:

¹⁷⁰ Albery, I. P. & Munafò, M. (2008). *Key concepts in health psychology*. Thousand Oaks, CA, EE, UU.: Sage

Brannon, L. & Feist, J. (2001). *Psicología de la salud*. Madrid, España: Paraninfo.

León, J.L. & Medina, S. (2002). *Psicología social de la salud: fundamentos teóricos y metodológicos*. Sevilla, España: Comunicación Social, Ediciones y Publicaciones

Noar, S., Benac, C. & Harris, M. (2007). Does tailoring matter? Metaanalytic review of tailored print health behavior change interventions. *Psychological Bulletin*, 133, 673-693.

Pastor, Y., Balaguer, I. & García Merita, M. L. (1999). *Estilos de vida y salud*. Valencia, España: Albatros.

Riemsma, R.P., Pattenden, J., Bridle, C., Sowden, A.J., Mather, L., Watt, I.S., et al. (2002). A systematic review of the effectiveness of interventions based on a stages-of-change approach to promote individual behaviour change. *Health Technology Assessment*, 6. Recuperado el 3 de junio de 2015, de [<http://www.hta.ac.uk/pdfexecs/summ624.pdf>]

10.1.2 Teoría ecológica del desarrollo

Esta teoría desarrollada por Bronfenbrenner en 1987¹⁷¹ es clave en la explicación de las condiciones estructurales que rodean y fundamentan el proceso de socialización y es la más aceptada por la escuela de psicología evolutiva. El ambiente ecológico se concibe como un conjunto de estructuras seriadas concéntricamente. En esa estructura concéntrica, el nivel más cercano al individuo corresponde al microsistema, que es el entorno inmediato en el que se sitúa la persona en desarrollo y hace referencia al conjunto de actividades, roles y relaciones sociales que la persona en desarrollo experimenta con su entorno. Para esta teoría los agentes socializadores del estilo de vida en este primer nivel son la familia, los iguales, la escuela, los vecinos, el trabajo y los medios de comunicación.

El segundo nivel del ambiente ecológico, el mesosistema, comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente, como pueden ser, las relaciones que se establecen entre la familia y la escuela. El tercer nivel, el exosistema, lo conforma el entorno más amplio, como pueden ser las instituciones sociales, que a pesar de no incluir activamente al individuo en desarrollo, recoge los hechos que afectan a lo que ocurre en el entorno más inmediato del individuo.

El último nivel, el macrosistema, hace referencia a la cultura y al contexto histórico, político, legal, moral y social en la que el individuo nace y se desarrolla. Esta teoría forma parte de las teorías dialécticas contextuales que explican el cambio de conducta del individuo a través de la influencia del entorno o medio físico y social. También considera de gran interés el denominado “efecto mariposa”. Un pequeño cambio en un individuo, una nueva palabra es capaz de generar potencialmente grandes cambios en el macrosistema.

¹⁷¹ Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona, España: Paidós

10.1.3 Teoría del aprendizaje social

Según esta teoría¹⁷² los procesos de imitación y modelaje sirven de base para entender la socialización de los estilos de vida. La conducta de los progenitores, los iguales y del profesorado, así como las consecuencias que estas conductas tienen para sus actores, influyen en el aprendizaje del estilo de vida de niños, niñas y adolescentes. Así mismo, para esta teoría, la motivación y el comportamiento están regulados por un pensamiento deliberado que adelanta a la acción, a través del cual el cambio de comportamiento se determina por el sentido de control personal sobre el ambiente (locus de control). Este concepto hace referencia a la creencia que una persona tiene acerca de los factores que determinan la salud, concretamente tres posibles factores: considerar que la salud depende del comportamiento propio, de otras personas influyentes o bien de la suerte. Estas creencias influyen en la implicación que las personas tienen con el comportamiento saludable o no. La persona aprende con las consecuencias que determinadas conductas tienen sobre los otros. Es el denominado por Bandura “aprendizaje vicario”.

En cuanto a los tres enfoques restantes (las teorías de la expectativa-valor, los modelos basados en la autorregulación del comportamiento y los modelos basados en la teoría del balance en la toma de decisiones), a continuación se presenta una breve referencia general a ellos. Los tres tienen en común, por un lado, que surgieron bajo la concepción de estilo de vida saludable predominante en los años 80, cuando el estilo de vida dejó de entenderse únicamente como una variable comportamental para aceptar componentes más subjetivos, como las actitudes y las autopercepciones; noción de estilo de vida que posteriormente fue rebatida por uno de los expertos más importantes e influyentes en el estudio actual del estilo de vida saludable, Deller S. Elliot (1993). En segundo lugar, estos modelos y teorías se utilizan en la prevención terciaria de los estilos de vida que ponen en riesgo la salud, es decir, en las intervenciones dirigidas a cambiar conductas de riesgo para la salud ya

¹⁷² Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Nueva Jersey, NJ, EE. UU.: Prentice Hall.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ, EE. UU.: Prentice Hall.

Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 1-28.

instauradas, lo que no se considera una prioridad en las políticas de salud dirigidas a la etapa adolescente, que están más centradas en la prevención primaria y secundaria.

10.1.4 Teorías de la expectativa-valor

Las representaciones más importantes de este grupo de teorías son el modelo de creencias sobre salud¹⁷³ (Becker & Maiman, 1975), el modelo de la motivación protectora¹⁷⁴ (Rogers, 1983), la teoría de la acción razonada¹⁷⁵ (Ajzen & Fishbein, 1980) y, su posterior adaptación, la teoría de la conducta planificada¹⁷⁶ (Ajzen, 1991).

Figura 16. Modelo de creencias de salud (Becker, 1975), (Jiménez, 2003)¹⁷⁷



Fuente: Maté, M.C.; González, S.L., Trigueros, M.L. (2010, 24 de Noviembre). 14.4.1 El Modelo de Creencias en Salud (Becker 1974; Rosenstock 1974). Recuperado e 15 de junio de 2015 de: [<http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/materiales/bloque-tematico-iv/tema-14.-la-adherencia-al-tratamiento-1/14.4.1-el-modelo-de-creencias-en-salud-becker-1974.>]

¹⁷³ Becker, M. H. & Malman, L. A. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care regimens. *Medical Care*, 13, 10-24

¹⁷⁴ Rogers, R. W. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. En J. T. Cacioppo & R. E. Petty, (Eds.), *Social Psychophysiology* (pp. 153-176). Nueva York, NY, EE. UU.: Guilford.

¹⁷⁵ Ajzen, I. & Fishbein, R. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behaviour*. Englewood Cliffs, NJ, EE. UU.: Prentice Hall.

¹⁷⁶ Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behaviour and Human Decision Processes*, 50, 179-211.

¹⁷⁷ Maté, M.C.; González, S.L., Trigueros, M.L. (2010, 24 de Noviembre). 14.4.1 El Modelo de Creencias en Salud (Becker 1974; Rosenstock 1974). Recuperado e 15 de junio de 2015 de: [<http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/materiales/bloque-tematico-iv/tema-14.-la-adherencia-al-tratamiento-1/14.4.1-el-modelo-de-creencias-en-salud-becker-1974.>]

Estas teorías asumen que la opción de que una persona elija un curso de acción diferente se basa en dos tipos de cogniciones:

- a) Probabilidad subjetiva de que un determinado comportamiento conducirá a un conjunto de resultados esperados
- b) Valoración de los resultados de la acción. Un posicionamiento coste-beneficio

Los sujetos escogerán, de entre varios cursos de acción alternativos, aquel que tenga más probabilidades de conseguir consecuencias positivas o de evitar las negativas.

10.1.5 Modelos basados en la autorregulación del comportamiento

Las teorías y los modelos más representativos de esta perspectiva son la teoría de la autoeficacia¹⁷⁸ (Bandura, 1986), el modelo del proceso de adopción de precauciones¹⁷⁹ (Weinstein, 1988) y, en un desarrollo posterior, el proceso de acción a favor de la salud¹⁸⁰ (Schwarzer, 1992).

Desde esta perspectiva, el principal determinante de los comportamientos relacionados con la salud es una motivación intrínseca o la necesidad subyacente en el individuo de competencia y autodeterminación, que nace de las satisfacciones derivadas de cumplir criterios internos y de una percepción de la eficacia personal obtenida a través del propio rendimiento y de la interacción recíproca con el medio, en la que intervienen mecanismos tales como la persuasión, la comparación social o el modelado.

10.1.6 Modelos basados en la teoría del balance en la toma de decisiones:

En este caso, los dos modelos más representativos son el modelo transteórico¹⁸¹ (Prochaska & DiClemente, 1983) y el modelo de conflicto de toma de decisiones¹⁸² (Janis & Mann, 1977).

¹⁷⁸ Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ, EE. UU.: Prentice Hall

¹⁷⁹ Weinstein, N. (1988). The Precaution Adoption Process. *Health Psychology*, 7, 355-386.

¹⁸⁰ Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model. En: Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 217-242). Washington, DC, EE. UU.: Hemisphere

¹⁸¹ Prochaska, J. & DiClemente, C. (1983). Stages and processes of change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of consulting and clinical Psychology and Psychotherapy*, 51, 390-395

¹⁸² Janis, I. L. & Mann, L. (1977). *Decision making: A psychological analysis of conflict, choice and commitment*. New Haven, CT, EE. UU.: Free Press.

Según estos modelos, la persona, después de juzgar los pros y los contras respecto a un curso de acción, opta por aquel que presenta los resultados más beneficiosos o que disminuye los efectos más negativos. En estos modelos, una decisión es la selección de una alternativa de entre otras posibles, cada alternativa está caracterizada por dos parámetros: la valencia de los resultados y la probabilidad de obtener este resultado.

La probabilidad asociada al resultado es de carácter subjetivo; es decir, una medida de la confianza que tiene el sujeto en la obtención de un resultado. Esta expectativa de éxito depende de la frecuencia del éxito anterior (experiencias de logro que alimentan la autoeficacia) y de cómo se han establecido los procesos atribucionales, del grado de control que el individuo cree tener sobre el resultado (autoeficacia o seguridad en lograr el resultado esperado).

10.1.7 Modelos integradores:

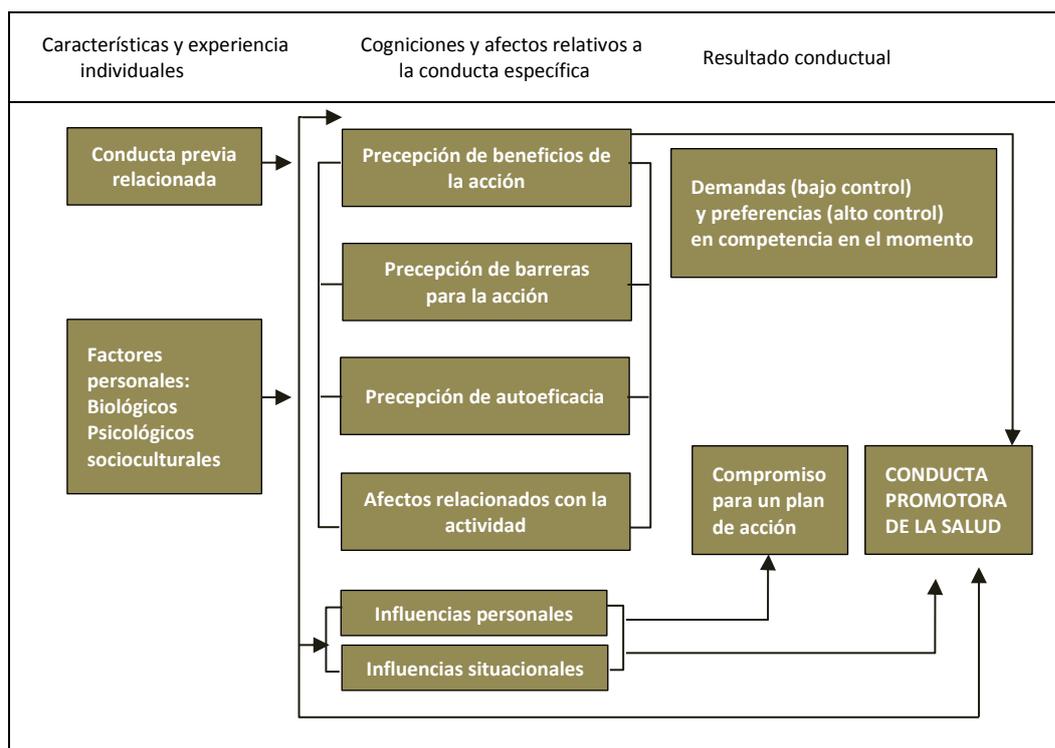
A continuación se presentan y desarrollan los modelos más actuales que han surgido de la integración de las teorías anteriores y que tienen en cuenta una visión más amplia y positiva de la salud.

10.1.8 Modelo de promoción de la salud

Este modelo¹⁸³ fue creado a partir del modelo de creencias sobre la salud y de la teoría del aprendizaje social de Bandura, y tiene la particularidad de ser el único que introduce de forma explícita el término de estilo de vida promotor de la salud en sus planteamientos. Según Pender, existen tres grandes bloques de factores que actúan como predictores del estilo de vida:

¹⁸³ Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice*. Stanford, CA, EE. UU.: Applenton & Lange.

Figura 17. Modelo de Promoción de Salud de Nola Pender, 1996¹⁸⁴



Fuente: Cid, P.; Merino, J.M. y Stiepovich, J. (2006). Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud. *Revista Médica de Chile*; 134, 1491-1499, doi: 10.4067/S0034-98872006001200001

¹⁸⁴ Cid, P.; Merino, J.M. y Stiepovich, J. (2006). Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud. *Revista Médica de Chile*; 134, 1491-1499, doi: 10.4067/S0034-98872006001200001

10.2 Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud

10.2.1 Afectos y cogniciones específicos de la conducta

Este primer factor conforma el mecanismo motivacional primario que afecta directamente a la adquisición y al mantenimiento de conductas promotoras de salud¹⁸⁵. Se compone de los siguientes elementos: barreras percibidas a la realización de la conducta saludable, beneficios percibidos de la misma, la autoeficacia percibida para llevarla a cabo y el afecto relacionado con la conducta. Junto a estos factores, existen influencias situacionales e interpersonales en el compromiso de llevar a cabo la conducta saludable.

10.2.2 Experiencias previas con la conducta de salud y características individuales.

Estas vivencias¹⁸⁶ influyen de forma indirecta, interactuando causalmente con los afectos y las cogniciones, así como con las influencias situacionales e interpersonales.

10.2.3 Antecedentes de la acción.

Se trata de estímulos internos o externos que están directamente relacionados con la conducta.

En un principio, este modelo fue empleado para predecir el estilo de vida promotor de la salud en su globalidad (de hecho, en los estudios se utilizaba como variable dependiente una puntuación global de estilo de vida). Sin embargo, debido a que el porcentaje de varianza explicada era bajo, los investigadores empezaron a aplicarlo a la predicción de conductas de salud aisladas: consumo de alcohol, tabaco, ejercicio físico, conducta sexual, alimentación, etc.

¹⁸⁵ Cid, P.; Merino, J.M. y Stiepovich, J. (2006). Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud. *Revista Médica de Chile*; 134, 1491-1499, doi: 10.4067/S0034-98872006001200001

¹⁸⁶ Vinaccia, S.; Quiceno, J.M.; Fonseca, P.; Fernández, H. y Tobón, S. (2006). Calidad de vida relacionada con la salud y su impacto sobre la cognición hacia la enfermedad en pacientes con hiperplasia prostática. *Acta Colombiana de Psicología* 9(2), 47-56.

10.2.4 Teoría de la conducta problema

Esta teoría¹⁸⁷ plantea un modelo integrador que incorpora elementos de diversas orientaciones teóricas (cogniciones, aprendizajes, relaciones interpersonales y constructos intrapersonales) como predictores del comportamiento problemático en la edad adolescente: conductas de riesgo para la salud, conductas de inadaptación escolar y delincuencia juvenil.

Esas conductas problema, según estos autores, manifiestan una predisposición hacia la no-convencionalidad, conforman un síndrome y comparten un conjunto de factores determinantes de naturaleza psicosocial que se agrupan en los siguientes grandes grupos: variables de la estructura sociodemográfica, aspectos de la socialización, variables del sistema de personalidad, variables del ambiente percibido, características biológicas y genéticas, características del ambiente social y otras conductas relacionadas que practique el adolescente.

10.2.5 Modelo de las 7 esferas

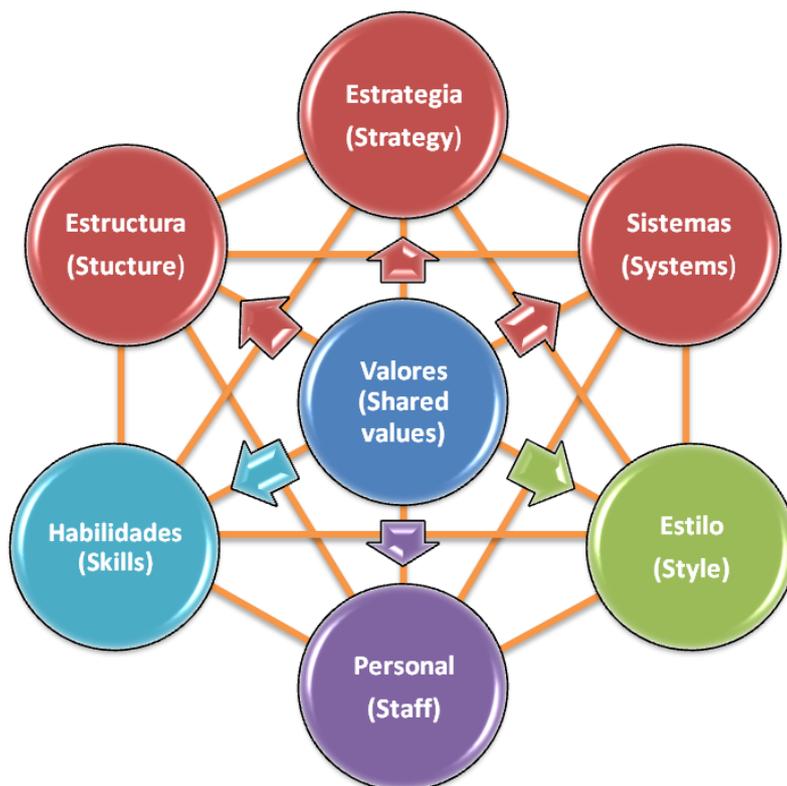
Se trata de un modelo conceptual¹⁸⁸ que permite comprender y explicar la génesis, el aprendizaje y el desarrollo de los comportamientos y estilos de vida de niños, niñas y adolescentes (saludables o de riesgo), predecir el sentido de sus acciones, ahondar en las raíces de los procesos de comunicación, de potenciación y de enseñanza aprendizaje de la Educación para la Salud (EpS), diseñar las estrategias y las oportunidades para el cambio, y orientar la puesta en práctica de esas estrategias, identificando los factores que facilitan el cambio, así como aquellos que determinan resistencias a él.

¹⁸⁷ Jessor, R. & Jessor, S. L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development: a longitudinal study of youth*. Nueva York, NY, EE. UU.: Academic Press.

Jessor, R. (1992). Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. En: Rogers, D.E- & Ginzberg, E. (Eds.), *Adolescents at risk: Medical and social perspectives*. Boulder, CO, EE. UU.: Westview Press, pp. 19-34.

¹⁸⁸ Costa, M. & López, E. (1996). *Educación para la Salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid, España: Pirámide

Figura 18.- Modelo de las 7-S de McKinsey



Fuente: Femxa Portal de la Administración. Modelo de las 7S de McKinsey. Recuperado el 18 de abril de 2015 de: [<http://portalalumno.femxa.com/PT/Administracion/?p=31>]

El nombre de este modelo viene dado por su arquitectura, concretamente el ciclo de cada comportamiento queda condensado en 7 esferas, como se puede observar en la figura 18 cada una de las cuales condensa, a su vez, una de las dimensiones que intervienen en la génesis de cada comportamiento. Son esferas que giran sobre sí mismas, acumulando biografía e historia personal, y que giran también en función de todas las demás, definiendo con ellas las zonas de contacto y de acción recíproca de un sistema planetario en continuo movimiento, una pequeña, pero muy compleja, galaxia del comportamiento.

De las siete esferas, dos representan las dos dimensiones o polos activos del entorno: los indicadores/activadores (I) y los resultados ®. Esas dos esferas son polos activos en los que el entorno concentra para cada niño y adolescente su mayor potencial generador de comportamientos, y es también donde se

materializa la reciprocidad de la interacción que los niños, niñas y adolescentes establecen con los escenarios del entorno¹⁸⁹.

En la zona que delimita la esfera de los indicadores/activadores (esfera I) se concentran multitud de acontecimientos, objetos, personas, mensajes de salud, modelos de conducta, instrucciones y recomendaciones que actúan como señales que activan o desactivan, con más o menos fuerza, el comportamiento. Existen varias formas en las que los indicadores y señales del ambiente pueden activar el comportamiento, algunos ejemplos son el haber padecido o padecer alguna enfermedad, crisis familiar, ruptura de una relación afectiva intensa, muerte de un ser querido...

En *la dimensión de los resultados (esfera R)*, se concentra el impacto y la huella que imprimen en el entorno los comportamientos de niños, niñas y adolescentes, los logros que obtienen, las recompensas y beneficios, el reconocimiento social, los castigos, los fracasos y muchos otros acontecimientos que ocurren como consecuencia de sus acciones, de sus conductas de salud o de riesgo.

Las otras cinco esferas representan las cinco dimensiones personales del comportamiento. Dos de ellas, atender-percibir (ATP) y actuar (ACT), son las que se ensamblan de manera más indisoluble con las dos del entorno, creando dos zonas de contacto y de influencia de gran potencial en la génesis de los comportamientos: la zona I-ATP y la zona ACT-R.

La esfera ATP

Se configura como una dimensión y un proceso activo organizador del comportamiento, en la medida en que la puerta de entrada que define el campo de acción en que han de producirse las otras dimensiones del comportamiento y sus interacciones y el curso ulterior de los acontecimientos.

¹⁸⁹ Costa, M. & López, E. (1996). *Educación para la Salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid, España: Pirámide

La dimensión actuar (esfera ACT)

Muestra cómo la reciprocidad de las interacciones con los escenarios del entorno sería incomprensible si no existiera la acción y la intervención de niños, niñas y adolescentes sobre ellos. Por eso, conociendo y analizando sus acciones y sus repertorios habituales, se pueden hacer predicciones bastante fiables de lo que, con mucha probabilidad, volverán a hacer en circunstancias, situaciones y escenarios parecidos.

Las otras tres esferas personales son pensar-conocer (PC), sentir emociones (SEM) y la esfera biológica (B).

La dimensión cognitiva (esfera PC).

Los niños, niñas y adolescentes no tienen cerebros vacíos sino que, a lo largo de su vida, sus experiencias van quedando inscritas y acumuladas en su historia de aprendizaje y buena parte de esa historia viva se concentra en la esfera cognitiva, que desempeñará a menudo un papel activador e inductor en la determinación de las otras esferas del comportamiento y en la génesis de los comportamientos y estilos de vida saludables o de riesgo.

La dimensión cognitiva está compuesta por los siguientes elementos: conocimientos, expectativas, objetivos, predicción, creencias/valores, actitudes, evaluación de las fuentes de estrés, evaluación de la vulnerabilidad personal, evaluación de la eficacia personal, evaluación del control de resultados, evaluación y autoimagen, fantasías/recuerdos, auto-instrucciones...

La dimensión de los sentimientos y emociones (esfera SEM).

Tan importantes son las esferas I, ATP, y PC de la galaxia del comportamiento, que a menudo se cree que basta con asegurar que los niños, niñas y adolescentes hayan atendido, percibido y comprendido los mensajes saludables de la EpS para que de manera milagrosa aparezcan los comportamientos saludables. Sin embargo, no reside en esas esferas la última frontera de los comportamientos y estilos de vida, ni tienen ellas la última palabra. Los sentimientos, las emociones, las pasiones y los estados de ánimo,

o sea, la dimensión afectiva, es la expresión más patente de que las circunstancias del entorno afectan al equilibrio del individuo.

Los sentimientos y emociones, positivos y negativos, son también, como las demás dimensiones del comportamiento, construcciones históricas, dimensiones aprendidas en los intercambios recíprocos con los escenarios del entorno y con su propio cuerpo.

La dimensión biológica (esfera B).

A lo largo de la historia personal, y de una manera especial durante la pubertad, los sistemas biológicos experimentan transformaciones y, en las interacciones de los niños, niñas y adolescentes con el entorno, se establecen los requisitos y el soporte estructurales para que se puedan dar las experiencias transaccionales e históricas de las otras cuatro dimensiones del comportamiento y los procesos de aprendizaje¹⁹⁰.

Las siete esferas están inmersas en el universo envolvente del ambiente o entorno físico y psicosocial que constituye el campo de acción en el que acontecen los contactos e interacciones que dan lugar a los comportamientos y estilos de vida. El entorno está organizado en escenarios y las siete esferas se mueven dentro del pequeño universo de cada uno de ellos (familia, escuela, espacios abiertos, lugares de ocio, instituciones, etc.). Los escenarios contienen recursos, oportunidades, obstáculos, en definitiva, factores de riesgo y factores de protección que se conjugan de forma desigual y condicionan los flujos de relaciones recíprocas de las siete esferas y, en consecuencia, la naturaleza evolutiva de los comportamientos.

En la tabla 5 se resumen algunos modelos teóricos utilizados en los cambios de estilos de vida o en los cambios en conductas.

¹⁹⁰ Costa, M. & López, E. (1996). *Educación para la Salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid, España: Pirámide

Tabla 5.- Algunos modelos teóricos utilizados en los cambios de estilos de vida o en los cambios en conductas de salud¹⁹¹

1.1. Teorías generales del comportamiento.
<ul style="list-style-type: none"> -Teoría del Aprendizaje Social de A. Bandura. -Teorías de la Acción Razonada y de la Conducta Planificada de Azjen y Fishbein.
1.2. Teorías de conducta desviada.
<ul style="list-style-type: none"> -Teoría de la Conducta Problema de Jessor y Jessor. -Modelo integrador de Elliot. -Modelo del desarrollo social de Catalano y Hawkins. -Teoría del autorrechazo de Kaplan. -Teoría del autocontrol de Hirschi et al. -Teoría interaccional de Thornberry. -Teoría del desarrollo precoz de Newcomb
1.3. Teorías específicas de utilidad en el consumo de drogas y conductas no saludables.
<ul style="list-style-type: none"> -Modelo médico. -Modelo de creencias de salud de Rosenstock et al. -Teoría de la influencia triádica de Flay y Petraitis. -Modelo de las "7 esferas" de Costa y López. -Modelo transteórico de las fases de cambio de Prochaska et al. - Modelo de etapas motivacionales multicomponente de Werch y DiClemente. -Teoría multietápica del aprendizaje social de Simons et al. -Modelo secuencial de Kandel. -Modelo de reducción de daños -Modelo de Potenciación de Costa y López -Modelo de la influencia de iguales -Teoría del conflicto de Janis -Modelo comunitario.

Fuente: Modificado de Palmerín García, A. (2003)

¹⁹¹ Palmerín García, A. (2003). *Manual práctico sobre el uso de la información en programas de prevención del abuso de alcohol en jóvenes*. Madrid, Colegio Oficial de Psicólogos. Recuperado el 21 de enero de 2015de: [http://www.msssi.gob.es/alcoholJovenes/docs/Manualpractico_alcoholjovenes.pdf]

10.3 Medios de comunicación y promoción de la salud

Para la promoción de la salud y la modificación de los estilos de vida en cualquiera de sus facetas los medios de comunicación pueden contribuir informando de los riesgos para la salud de conductas de riesgo según la evidencia científica. Al mismo tiempo describir posibles líneas de solución y aspectos preventivos que puedan ayudar a la población.

Mark Twain (1835-1910) escritor y periodista estadounidense, fue muy explícito al afirmar que *“un hábito es un hábito y no puede ser arrojado por la ventana por hombre alguno, sino persuadido a bajar la escalera peldaño a peldaño”*¹⁹² En este sentido el comunicador en cualquier formato de expresión debería tener en cuenta alguno de estos puntos a la hora de apoyar o trabajar cambios en conductas de salud o hábitos alimentarios de riesgo:

1. La comunicación debe ser atractiva y no saturada de datos estadísticos y especializados
2. El comunicador debe ser una persona de prestigio, confiable y agradable para las personas de referencia.
3. Los argumentos fuertes deben presentarse al principio y al final de la exposición y no escondidos en el texto o en el discurso.
4. El mensaje debe ser claro, corto y directo.
5. El mensaje debe presentar las conclusiones y el camino a seguir de manera explícita.
6. Los mensajes un poco exagerados generan mayor reacción pero si son muy exagerados son ignorados.
7. Presentar los puntos favorables derivados del cambio de conducta y la puesta en marcha de nuevos hábitos.

En la tabla 6 se resumen algunos modelos teóricos de cambios de estilos de vida y conducta de salud y en las figuras 19 y 20 se describen los rasgos principales de algunos de ellos.

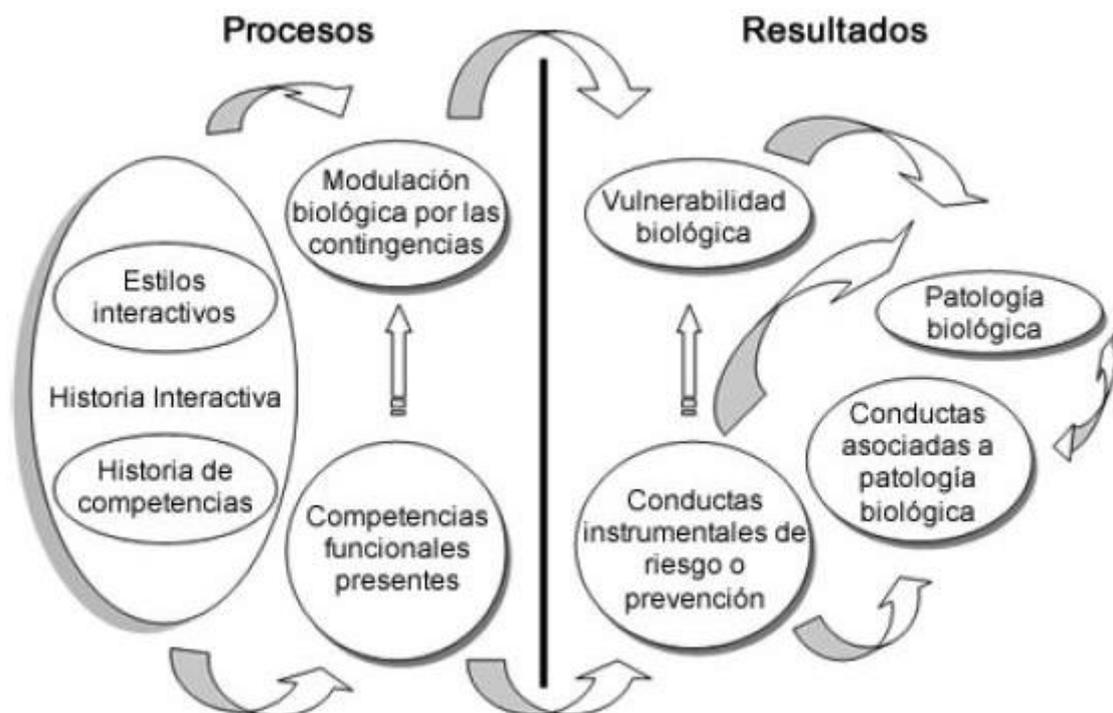
¹⁹² Twain, M. Proverbia. Recuperado el 5 de mayo de 2015 de:
[<http://www.proverbia.net/citasautor.asp?autor=1003>]

Figura 19. El modelo del Iceberg en motivación y resultados



Fuente: Eaves Fernández, M. (7 de marzo de 2012), La influencia del líder en la gestión de equipos. Recuperado el 21 de enero de 2015 de: [<http://blog.bbvaconsultoria.com/2012/03/la-influencia-del-lider-en-la-gestion-de-equipos/>]

Figura 20.- Modelo Psicológico de la Salud Biológica (Ribes, 1990)



Rodríguez Campuzano, M.L.; Rentería Rodríguez, A.; García Rodríguez, J.C. (2013). Adherencia a la dieta en pacientes diabéticos: efectos de una intervención. *SUMMA Psicológica UST* 10 (1), 91-101

Tabla 6.- Modelos teóricos de cambio de estilo de vida y conducta de salud

Algunos modelos teóricos utilizados en los cambios de estilos de vida o en los cambios en conductas de salud	
1.1 Teorías generales del comportamiento	Teoría del Aprendizaje Social de A. Bandura
	Teorías de la Acción Razonada y de la Conducta Planificada de Azjen y Fishbein
1.2 Teorías de conducta desviada	Teoría de la Conducta Problema de Jessor y Jessor
	Modelo integrador de Elliot
	Modelo del desarrollo social de Catalano y Hawkins
	Teoría del autorrechazo de Kaplan
	Teoría del autocontrol de Hirschi et al.
	Teoría interaccional de Thornberry
	Teoría del desarrollo precoz de Newcomb
1.3 Teorías específicas de utilidad en el consumo de drogas y conductas no saludables	Modelo médico
	Modelo de creencias de salud de Rosenstock et al.
	Teoría de la influencia triádica de Flay y Petraitis
	Modelo de las "7 esferas" de Costa y López
	Modelo transteórico de las fases de cambio de Prochaska et al.
	Modelo de etapas motivacionales multicomponente de Werch y Di Clemente
	Teoría multietápica del aprendizaje social de Simons et al.
	Modelo secuencial de Kandel
	Modelo de reducción de daños
	Modelo de Potenciación de Costa y López
	Modelo de la influencia de iguales
	Teoría del conflicto de Janis
Modelo comunitario	

Fuente: Elaboración propia

11 Salud, Alimentación y Divulgación Científica

La divulgación científica es el método por el cual el conocimiento científico es difundido hacia la sociedad. A través de éste recurso se comunican teorías científicas bien establecidas y avances científicos obtenidos por medio de la investigación con el objeto de mejorar o ampliar dicho conocimiento. A lo largo de la historia se han realizado importantes obras de divulgación como los ensayos del astrónomo Galileo que datan del siglo XVII; sin embargo, hoy en día existen numerosos canales mediante los cuales la divulgación es difundida. Por una parte, los medios de comunicación constituyen el canal fundamental¹⁹³. Se pueden distinguir diarios de tirada nacional o local donde se dedica un espacio a las noticias de interés científico, programas especializados como Ciencia al Cubo de RNE en radio o Redes y Tres14 de RTVE en televisión así como cadenas especializadas como *National Geographic* y *Discovery Channel*. Por otro lado, y aunque en menor medida, se realiza divulgación a través de revistas como *Popular Science*, que fue la primera en ser publicada, a través de libros especializados o no en materias científicas y, por medio de la ciencia ficción que aunque esté dirigida a un público específico, constituye otro canal de difusión¹⁹⁴. En los últimos años y con la creciente utilización de las nuevas tecnologías para la comunicación, Internet se ha convertido en un medio que ofrece numerosas y novedosas opciones para la divulgación. Sin embargo, en muchas ocasiones se pone en duda que la divulgación sobre temas de salud y alimentación a través de medios de comunicación sea veraz y sus fuentes estén correctamente contrastadas. En este apartado se presentan distintos medios de divulgación, dedicando especial atención a los medios de comunicación y destacando su utilidad así como sus posibles puntos de mejora.

¹⁹³ Gobierno del Principado de Asturias (2011). Difusión y divulgación científica en Internet. Recurso en línea. Recuperado el 12 de abril de 2015 de: [<http://ria.asturias.es/RIA/bitstream/123456789/1661/1/Difusion-y-divulgacion-cientifica-en-Internet.pdf>]

¹⁹⁴ Weigold, M.F. (2001). Communicating Science. A review of the literature. *Science Communication*, 23 (2), 164-193

11.1 La ciencia en los medios de comunicación

Uno de los principales valores que promueve la ciencia es la objetividad. Mediante el método científico una teoría o hipótesis inicial es verificada a través de un estudio. Para que los métodos y resultados del estudio tengan validez, éste debe ser reproducible bajo las mismas o similares condiciones por diferentes grupos de investigación. Por el contrario, el periodismo es un medio estructurado pero subjetivo¹⁹⁵.

Divulgación y periodismo científico están conectados entre sí y los medios de comunicación son los más consultados para noticias de índole científica,¹⁹⁶¹⁹⁷¹⁹⁸ En particular, la prensa escrita es el principal medio de difusión y tiene la reputación de ser más veraz y fiable que la televisión o Internet¹⁹⁹. Los medios de comunicación llevan informando sobre ciencia desde el siglo XIX, aunque la divulgación comenzó a hacerse más notable durante la segunda guerra mundial donde ciencia y tecnología eran sinónimo de sociedad avanzada. A lo largo de la historia se ha observado un cambio respecto a las fuentes de información utilizadas en la redacción de las noticias. Al principio las fuentes estaban formadas fundamentalmente por científicos y hoy en día, políticos y grupos de interés constituyen importantes fuentes de consulta. Algunos autores apuntan que este hecho ha influido en la confusión y grado de incertidumbre que la sociedad tiene respecto a la ciencia. Sin embargo, no siempre es el caso. Para que una divulgación sea de calidad, aun siendo la fuente científica, ambas partes (periodistas y científicos) deben trabajar en conjunto. El científico debe hacerse entender pero el periodista tiene una gran responsabilidad ya que debe analizar la fuente de información de forma crítica, precisa, con imparcialidad y traducirla a un lenguaje comprensible por la sociedad. En

¹⁹⁵ Weigold, M.F. (2001). Communicating Science. A review of the literature. *Science Communication*, 23 (2), 164-193. Op cit.

¹⁹⁶ Mikulak, A. (2011). Mismatches between 'Scientific' and 'Non-Scientific' ways of knowing and their contributions to public understanding of science. *Integrative Psychological and Behavioral Science* 45,201–215.

¹⁹⁷ Woloshin, S., Schwartz, L.M. (2002). Press releases: Translating research into news. *JAMA*, 287(21),2856-2858. doi:10.1001/jama.287.21.2856.

¹⁹⁸ Corbett, J.B., Durfee, J.L. (2004). Testing public (un)certainly of science media representations of global warming. *Science Communication*, 26 (2), 129-151.

¹⁹⁹ Iaboli L., Caselli L., Filice A., Russi G., Belletti E. (2010). The Unbearable Lightness of Health Science Reporting: A Week Examining Italian Print Media. *PLoS ONE* 5(3), e9829. doi:10.1371/journal.pone.0009829.

algunos casos se debe llegar a una audiencia específica y para ello se debe contar con una serie de habilidades comunicativas para elaborar el mensaje.

Cabe destacar que la calidad de la información científica se ve afectada dependiendo del medio de comunicación que la publique. En agencias de mayor tamaño es más probable que la información esté cubierta por un periodista especializado mientras que en las de menor tamaño los periodistas están encargados de cubrir las noticias generales. Asimismo, las noticias o reportajes que profundizan en materia científica son publicados en periódicos de tirada nacional o revistas informativas, que incluso tienen una sección dedicada a la ciencia. En estos casos en la elaboración de la noticia se tiende a consultar varias fuentes, citar los autores de estas fuentes, así como los materiales y métodos utilizados en los estudios que se presentan, lo cual mejora notablemente la calidad del informe. No obstante, la extensión que ocupan las noticias científicas respecto a las pertenecientes a otras categorías es muy inferior. Aproximadamente un 5% se dedica a noticias diarias²⁰⁰ y un estudio afirma que solo el 0,7% de un diario impreso se reserva para temas de ciencias de la salud²⁰¹.

Los medios de comunicación tienden a dar preferencia a las noticias que cursan sobre medicina, especialmente si se presentan casos de pacientes y se les da cierto toque dramático, así como también sobre medio ambiente y tecnología. No obstante, el principal punto de conflicto entre periodistas y científicos es la orientación que se da a las noticias. Los periodistas están generalmente más interesados en noticias con un toque emocional o sensacionalistas, aquellas que puedan crear controversias y las que presenten avances prometedores para la sociedad, aunque se expresen en términos exagerados o las fuentes consultadas no sean del todo fidedignas. Una noticia sensacionalista, además de estar ocupando un espacio útil para otras noticias de rigor, no informa al lector con objetividad o crea miedos innecesarios. A su vez, los periodistas tienen la labor de informar pero también la de entretener, rellenar huecos con información y no resultar repetitivos.

²⁰⁰ Gobierno del Principado de Asturias (2011). Difusión y divulgación científica en Internet. Recurso en línea. Recuperado el 12 de abril de 2015 de: [<http://ria.asturias.es/RIA/bitstream/123456789/1661/1/Difusion-y-divulgacion-cientifica-en-Internet.pdf>].

²⁰¹ Iaboli L., Caselli L., Filice A., Russi G., Belletti E. (2010). The Unbearable Lightness of Health Science Reporting: A Week Examining Italian Print Media. *PLoS ONE* 5(3), e9829. doi:10.1371/journal.pone.0009829.

Entre periodistas y editores pueden surgir otros conflictos. A pesar de tener un elemento en común, y es que los editores también tienen preferencia por noticias sensacionalistas, pueden asimismo, no tener ningún interés en la ciencia y al ser los que se encargan de revisar y controlar el material que va a ser publicado, en ocasiones el periodista se ve dirigiendo sus artículos hacia los editores y no hacia el público. Además imponen fechas de entrega estrictas con lo cual el periodista carece de tiempo para investigar con mayor profundidad sus fuentes.

Una de las preocupaciones que más se destacan es la formación científica de los periodistas. Se afirma que menos del 3% se ha especializado en algún campo científico durante su formación. Es por ello, por lo que en algunos casos se cuenta con un profesional de la comunicación que se encarga de mediar entre científicos y periodistas. Ocasionalmente, estas personas trabajan como representantes o asesores de organizaciones y eventos y ofrecen apoyo a los científicos en el sentido de que les asesoran respecto a cómo tratar con los medios de comunicación, les sugieren qué temas deberían ser difundidos hacia la sociedad, les informan acerca de las posibles implicaciones que un avance científico pueda desencadenar sobre la sociedad, etc.

Weigold (2001)²⁰² defiende que si la divulgación no es del todo eficiente se debe a que existe un modelo de déficit. Éste se basa en que la sociedad no tiene capacidad suficiente para entender conceptos científicos por falta de información. Por ello, la población general no está preparada para analizar información ni sacar conclusiones tal y como lo hacen los científicos y es en temas que presentan controversias o aquellos de carácter más social donde se forman más opiniones al respecto, en algunos casos negativas e infundadas. Respecto a la percepción que se tiene de la ciencia, en un estudio se afirmaba que hoy en día era menos positiva de lo que era a principios de siglo XX y una encuesta más reciente llevada a cabo por National Science Board en el 2000 presentaba datos contradictorios: dos tercios de los encuestados afirmaban que la ciencia era la fuente más fiable de información mientras que el 40% opinaba que la tecnología se había vuelto “peligrosa e inmanejable”

²⁰² Weigold, M.F. (2001). Communicating Science. A review of the literature. *Science Communication*, 23 (2), 164-193.

Otro de los problemas que frecuentemente reporta la sociedad es la incertidumbre generada a través de la comunicación científica y que fundamentalmente se debe a dos aspectos: la presencia de controversias y la ausencia de comunicación del contexto. En ciencia se debe aceptar cierto grado de incertidumbre²⁰³ pero se puede mitigar. En un estudio se observó que la inclusión del contexto en la comunicación de una noticia permitió atenuar la presencia de incertidumbres creadas por controversias científicas. Y las controversias, generalmente se pueden aclarar por medio de explicaciones científicas.

Poniendo el ejemplo de las ciencias de la salud, se ha observado que la información difundida a través de los medios es pobre en cuanto a calidad y puede resultar perjudicial para la salud pública debido a que la mayor parte de noticias publicadas no proporcionan información completa y precisa acerca de los resultados de los estudios y en concreto de los beneficios que resultan ser incorrectos o sobredimensionados, de los costes y los posibles riesgos. En la gran mayoría de los casos no son artículos contrastados y basados en varias fuentes de información ni declaran conflictos de intereses. Tampoco se suelen describir los materiales y métodos ni se sitúa el contexto histórico, político, social y económico.

En un estudio se pusieron de manifiesto estos hechos después de haber analizado una serie de artículos publicados en prensa y suplementos dominicales que informaron en mayor medida sobre tratamientos existentes e investigación científica básica y en menor medida, sobre nuevos tratamientos, procedimientos, análisis o productos. Además concluyeron que era más probable que las noticias que cursaban sobre avances fueran más imparciales que las anteriores²⁰⁴

Woloshin y colaboradores (2002) apreciaron resultados similares habiendo analizado comunicados de prensa como forma de contacto directo entre

²⁰³ Eagleman, D.M. (2013). Why Public Dissemination of Science Matters: A Manifesto. *The Journal of Neuroscience*, 33(30), 12147–12149.

²⁰⁴ Iaboli L., Caselli L., Filice A., Russi G., Belletti E. (2010). The Unbearable Lightness of Health Science Reporting: A Week Examining Italian Print Media. *PLoS ONE* 5(3), e9829. doi:10.1371/journal.pone.0009829.

revistas médicas y la prensa y añadieron la escasa difusión de las limitaciones de los estudios. Asimismo concluyeron que las revistas científicas podrían hacer más para mejorar la divulgación científica a través de la prensa convencional²⁰⁵.

11.2 Científicos

Científicos y periodistas tienen distintas responsabilidades a la hora de divulgar hacia distinto público, colegas y jefes²⁰⁶. Los científicos defienden que la información ofrecida a la sociedad debe ser concisa, completa y objetiva. Sin embargo, esto no es tarea fácil. La investigación científica es especializada, se centra en resolver pequeños problemas que pertenecen a una problemática mayor. Interpretar y comunicar resultados de estudios es una tarea que debe realizarse con cautela y en muchas ocasiones los avances no son de aplicación inmediata. A la hora de divulgar también tienen como objetivo obtener cierto reconocimiento público después de tantos años de investigación o reembolsar a los patrocinadores de sus estudios, sin embargo, y salvo excepciones, la mayor parte de ellos no trata directamente con el público, además de que generalmente no son percibidos como buenos comunicadores²⁰⁷. El problema de la comunicación se debe en gran parte al lenguaje técnico utilizado que no resulta comprensible para gran parte de la población pero el de la escasa divulgación se debe a una falta de intención operativa. Algunos consideran que informar a la sociedad no es su prioridad y defienden que el conocimiento debe ser difundido entre colegas, además, de temer ser citados erróneamente u ofrecer falsas expectativas de sus avances. Para otros, comunicar está totalmente prohibido por cláusulas de confidencialidad que tienen que cumplir en el puesto que desempeñan.

²⁰⁵ Woloshin, S., Schwartz, L.M. (2002). Press releases: Translating research into news. *JAMA*; 287(21), 2856-2858. doi:10.1001/jama.287.21.2856.

²⁰⁶ Weigold, M.F. (2001). Communicating Science. A review of the literature. *Science Communication*, 23 (2), 164-193.

²⁰⁷ Mikulak, A. (2011). Mismatches between 'Scientific' and 'Non-Scientific' ways of knowing and their contributions to public understanding of science. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 45, 201-215.

11.2.1 Ciencia y sociedad

Según datos de la V Encuesta de Percepción social de la Ciencia y la Tecnología en España (2010) el interés de la población hacia temas científicos corresponde tan solo al 13,1% a pesar de que se está observando un creciente interés²⁰⁸. Weigold en 2001 afirmaba que gran parte de la población Americana carecía de nociones básicas en ciencia lo cual representa un problema para la divulgación en sí²⁰⁹. Hoy en día y teniendo en cuenta la presencia que tiene la ciencia sobre la sociedad, no solo por los avances y lo que pueden suponer para la humanidad sino también por la creación de políticas basadas en evidencias científicas, es de vital importancia la información en materia científica. Existen indicios de que si la sociedad tiene un mayor conocimiento, a través de una divulgación de calidad, su percepción hacia la ciencia resulta más positiva, e incluso, en gobiernos democráticos se fomenta el apoyo y financiación a la investigación científicas. A pesar de ello, algunos autores manifiestan no estar de acuerdo con divulgar abiertamente. Se han dado casos en que la inclusión de noticias científicas controvertidas en medios de comunicación aunque de carácter positivo, provocó que el público manifestase oposición hacia la tecnología. Quizás habría que ser selectivo con la información o con ciertos segmentos de la población: aquellos que ocupan cargos de responsabilidad en los gobiernos donde toman decisiones respecto aspectos científicos y tecnológicos así como el público interesado en estos temas.

Eagleman (2013) declara otros inconvenientes: la divulgación consume tiempo y esfuerzo y difundir públicamente expone al profesional²¹⁰. Aun así, manifiesta y ofrece opiniones razonadas de por qué se debe divulgar. Por una parte, publicar los resultados de un estudio es necesario para que los patrocinadores conozcan cómo se ha invertido su financiación, por otro, para promover el pensamiento crítico tanto en otros investigadores como en el

²⁰⁸ Gobierno del Principado de Asturias (2011). Difusión y divulgación científica en Internet. Recurso en línea. Recuperado el 12 de abril de 2015 de: [<http://ria.asturias.es/RIA/bitstream/123456789/1661/1/Difusion-y-divulgacion-cientifica-en-Internet.pdf>].

²⁰⁹ Weigold, M.F. (2001). Communicating Science. A review of the literature. *Science Communication*, 23 (2), 164-193.

²¹⁰ Eagleman, D.M. (2013). Why Public Dissemination of Science Matters: A Manifesto. *The Journal of Neuroscience*, 33(30), 12147–12149.

público general y eliminando, por tanto, puntos de vista no sustentados en evidencias científicas o de poca validez. En otro punto, y como se mencionó anteriormente, una buena divulgación trata de eliminar informaciones erróneas comúnmente compartidas a través de los medios de comunicación. La divulgación además, puede mejorar las leyes y las políticas sociales y esto lo argumenta utilizando un símil: los gobiernos deberían ser capaces de poner en práctica las leyes de forma tan rigurosa como los científicos llevan a cabo su experimentación en el laboratorio. En penúltimo orden añade que se debe divulgar para diferenciar qué es ciencia de lo que no lo es y se debe aceptar que la ciencia acarrea intrínsecamente cierto nivel de incertidumbre y se debe comprender que el proceso científico es complejo, marcado por numerosas observaciones que no pueden resumirse en una única conclusión. Por último, se debe divulgar por el mero hecho de apreciar los misterios, principios, los códigos presentes en el mundo. En definitiva y con otras palabras: “la sociedad es el fin último del trabajo investigador”.

11.3 Divulgación a través de Internet

Debido al creciente uso de Internet y las redes sociales, la red tiene designado un espacio para la divulgación. La prensa escrita sigue siendo el medio más utilizado, pero la red constituye una fuente de información importante para los periodistas. Por otro lado, ofrece múltiples ventajas: no son necesarios los intermediarios de ningún tipo, como las agencias de noticias, con lo que se permite una comunicación directa entre autores y lectores que además, es participativa, globalmente accesible e inmediata.

La red proporciona muchas opciones para la divulgación desde portales de divulgación donde los contenidos atraviesan un proceso de validación antes de ser publicados hasta redes sociales y blogs²¹¹. Estos últimos permiten que el usuario sea capaz de compartir la información de una forma más informal, con una menor utilización de tecnicismos y dirigirla o no a un público específico. Además de generales, existen también redes sociales dedicadas

²¹¹ Gobierno del Principado de Asturias (2011). Difusión y divulgación científica en Internet. Recurso en línea. Recuperado el 12 de abril de 2015 de: [<http://ria.asturias.es/RIA/bitstream/123456789/1661/1/Difusion-y-divulgacion-cientifica-en-Internet.pdf>].

exclusivamente a la ciencia, constituyendo un medio de comunicación eficaz entre la comunidad científica o aquella con intereses científicos. Los blogs o artículos compartidos a través de las redes sociales no están asociados a revistas científicas ni validados pero realizan una gran labor acercando el trabajo científico a la sociedad y difundiendo a un mayor número de personas. En este apartado es imprescindible utilizar como fuentes de información las web acreditadas para incorporar información científica y sanitaria de calidad, como pueden ser las revistas científicas y biomédicas con índices de calidad, los sitios web de instituciones y organizaciones científicas reputadas.

Las informaciones publicadas en estos soportes está contrastada y firmada por autores responsables de los contenidos. No obstante, es importante tener en cuenta cuál es la calidad de la evidencia científica que soporta las diferentes afirmaciones o cuando se hace referencia a los resultados de un estudio científico o se anuncian los efectos de un nuevo fármaco en desarrollo. A nivel divulgativo se han puesto en marcha distintos sistemas para la acreditación de sitios webs que difunden contenidos bio-sanitarios orientados a la población general, como Web Médica Acreditada²¹², impulsado por el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona y el más reconocido a nivel del Estado. HON code²¹³ es un sello de calidad impulsado por la organización no gubernamental Health on the net Foundation con base en Suiza. Es el sello de calidad que goza de mayor prestigio a nivel internacional. Propugnan la lectura crítica de los contenidos. Se trata de un código ético de autorregulación inspirado en ocho principios:

1. **Autoría:** Cualquier consejo médico o de salud sugerido en el sitio web solo será proporcionado por médicos o profesionales de la salud cualificados, a menos que se exprese claramente que una parte de la sugerencia ofrecida no es de un profesional de la salud cualificado o es de una organización no médica.

²¹² Web Médica Acreditada. Recuperado el 10 de julio de 2015 de: [<http://wma.comb.es/es/wma/quees.php>].

²¹³ Fundación Health on the Net. HONcode. Recuperado el 10 de julio de 2015 de: [http://www.hon.ch/HONcode/Webmasters/intro_sp.html].

2. **Complementariedad:** La información proporcionada en el sitio está dirigida a complementar, no a reemplazar, la relación existente entre el usuario y su médico.
3. **Confidencialidad:** El sitio web respeta la confidencialidad de los datos relativos a pacientes y visitantes.
4. **Atribución, referencias y actualización:** Cuando sea apropiado, la información contenida en el sitio será apoyada con referencias claras a las fuentes de los datos y, si es posible, se establecerán hipervínculos a esos datos. La fecha en que una página clínica fue modificada por última vez estará claramente identificada.
5. **Garantía:** Cualquier información relativa a los beneficios de un tratamiento específico, producto o servicio será respaldado con las evidencias adecuadas y objetivas, a la manera descrita en el Principio número 4.
6. **Transparencia de los autores:** La información debe estar en la web de la manera más clara posible, y con direcciones de contacto visibles.
7. **Transparencia del patrocinador:** El patrocinio del sitio web estará claramente identificado, incluyendo las organizaciones comerciales y no-comerciales que hayan contribuido con fondos, servicios o material para este sitio.
8. **Honestidad en la política publicitaria:** Se mostrará en el sitio web una breve descripción de la política publicitaria adoptada. Los anuncios y material promocional serán presentados de manera que se facilite la diferenciación entre estos y el material original no promocional.

Existen otros sellos de calidad como Webs Médicas de Calidad, proyecto desarrollado en el ámbito de habla hispana que también goza de prestigio, o el sistema Páginas Webs Sanitarias puesto en marcha por la Agencia de Calidad de la Junta de Andalucía²¹⁴. Portalesmédicos.com ha desarrollado el sello Web de Interés Sanitario (WIS)²¹⁵.

²¹⁴ Agencia de Calidad Sanitaria Junta de Andalucía. Certificación de aginas web. Recuperado el 5 de marzo de 2015 de: [<http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/es/certificacion/paginas-web/>].

²¹⁵ Webs de Interés sanitario (WIS). Recuperado el 5 de marzo de 2015 de: [http://www.portalesmedicos.com/web_interes_sanitario/index.htm].

Otras instituciones como la *National Library of Medicine* de EE.UU. ha desarrollado materiales y tutoriales para fomentar la evaluación y lectura crítica de la información biosanitaria en internet²¹⁶.

Como conclusión podríamos afirmar que existen indicios de que se debe realizar una divulgación de mayor calidad hacia la sociedad. Aun así, la divulgación científica presenta dificultades. Los científicos se encuentran con que ciertas cuestiones de la ciencia son muy específicas y muy complejas de comunicar, el lenguaje técnico no es sencillo de traducir sin perder rigor y algunos manifiestan cierta falta de interés y de prevención. Los periodistas sin embargo, tienen preferencia por noticias de carácter sensacionalista. Están limitados en cuanto a tiempo y espacio dedicado a las noticias científicas e influidos por las preferencias de sus editores.

Por otro lado, Internet ofrece una nueva red de posibilidades para una comunicación directa y eficaz. Con objeto de mejorar la divulgación sería interesante que el lenguaje técnico científico se tradujera a uno más comprensible y por tanto, se eliminara esa barrera comunicativa. Por otro lado, sería conveniente que las noticias científicas se redactaran con precisión y objetividad y estuvieran contrastadas. Por último, investigar acerca de cómo los medios de comunicación comunican la incertidumbre generada por la ciencia y cómo la sociedad la percibe e interpreta puede resultar de gran utilidad.

²¹⁶ National Library of Medicine. *Evaluating Internet Health Information Tutorial*, MedlinePlus. Recuperado el 10 de septiembre de 2015 de: [http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/webeval/webeval_start.html].

12 El periodismo especializado en salud y la Asociación Nacional de Informadores de la Salud (ANIS)

El “Periodismo de salud” con una vertiente derivada en los temas de alimentación y salud: Varias investigaciones realizadas por los grupos emergentes dedicados a la investigación en “Comunicación y salud” han puesto de manifiesto el crecimiento exponencial de las informaciones sobre temas de salud como se ha puesto de manifiesto en los Informes Quiral desde 1996 y los trabajos latinoamericanos en el Proyecto Comsalud en 2001. En cada uno de los informes se dan cuenta del interés de las audiencias en los temas de salud y en especial en temas de alimentación y seguridad alimentaria.

“El periodismo en salud está entroncado filialmente con el periodismo científico, y por tanto comparte con esta especialización su finalidad divulgativa y transcodificadora, así como sus dilemas en la relación con las fuentes de información y la responsabilidad con el desarrollo de las sociedades” (Montes de Oca, 2010)²¹⁷ .

Algunos autores, como Serafín Chimeno, afirman que el periodismo en salud se ocuparía de *“las formas correctas de conectar el desarrollo de la actividad sanitaria con los públicos afectados por la misma, y hacerlo siempre en el marco de la periodicidad fijada por cada medio o programa”* (Chimeno, 2004, p. 434)²¹⁸. Por otra parte, la Organización Panamericana de la Salud ha definido al periodismo en salud como *“la presentación de la información sanitaria en la prensa y los medios electrónicos”* (Castro, 2002)²¹⁹.

Afirma Montserrat Quesada: *“Si en el pasado el principal objetivo del periodista se concretaba en la rapidez informativa, hoy la exigencia profesional se ha desplazado hacia el terreno de las fuentes de la información, porque del*

²¹⁷ Montes de Oca, A. (2010). Los males crónicos del periodismo en salud en Venezuela: dos décadas, dos diarios. *Anuario Electrónico de Estudios en Comunicación Social "Disertaciones"* Recuperado el 21 de mayo de 2015 de: [<http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/Disertaciones>].

²¹⁸ Chimeno, S. (2004). Información sobre salud, sanidad y medicina. En: Fernández del Moral, J (coord) *Periodismo especializado*. Barcelona: Ariel Comunicación, 433-451.

²¹⁹ Castro, A.; Coe, G. y Waisbord, S. (2002). *Comunicación en Salud: Lecciones Aprendidas y Desafíos en el Desarrollo Curricular*. Washington: OPS-USAID. Recuperado el 21 de mayo de 2015 de: [<http://www.comminit.com/en/node/149697/sdc>].

acierto de su selección dependerá el acceder o no a la información de calidad que podrá ofrecer a su audiencia” (Quesada 2009: 147)²²⁰.

El periodismo de temas de salud venía siendo una actividad muy ocasional en la prensa española hasta que en los años ochenta dos frentes noticiosos impulsaron la necesidad de plantear información especializada y contrastada sobre dos temas de rompedora actualidad: el Síndrome Tóxico por aceite colza desnaturalizada (1981) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). A partir de ese periodo se han desarrollado de manera muy importante los contenidos de salud en los periódicos generalistas y de manera especial en las revistas o semanales de contenido técnico-científico como *Muy Interesante*, *Quo*, etc., y de manera específica las revistas o diarios especializados en salud (*Gaceta Médica*, *Diario Médico*, *El Correo Farmacéutico*, etc.). En estos contenidos la alimentación, nutrición o dietética ocupa con frecuencia un apartado muy significativo en especial en la temática de enfermedades crónicas o en las recomendaciones institucionales.

La Asociación Nacional de Informadores de la Salud (ANIS) fue creada en 1994, inscrita en el Registro Nacional de Asociaciones del Ministerio del Interior el 11 de diciembre de 1995, con el número 49.544. Es una de las asociaciones de prensa sectorial más grandes del Estado. En la actualidad cuenta con casi 600 asociados, con representantes de todos los soportes existentes (prensa, radio, televisión e internet) y pertenecientes tanto a la prensa generalista y especializada como de difusión estatal y local. También aglutina a los representantes de la comunicación de servicios y centros sanitarios, instituciones, entidades y empresas sanitarias, así como agencias de comunicación. Además de periodistas y comunicadores integran la asociación profesionales de todos los sectores sanitarios, como médicos, enfermeros o farmacéuticos. ANIS está vinculada a la Federación de Asociaciones de Periodistas de España (FAPE). Alipio Gutiérrez es su presidente en 2015.

²²⁰ Quesada Pérez, M. (2009). Fuentes digitales especializadas en contenidos de calidad. En Internet como fuente generadora de contenidos especializados. Barcelona pp. 144- 162.

Con la década de los noventa, la expansión de internet y la aparición de numerosos portales web de salud, se reconoció la necesidad de especialización de los periodistas para ser capaces de elaborar informaciones sobre temas de salud con eficacia y calidad, en un momento en que la salud acaparaba cada vez un mayor interés de los ciudadanos. En su reflexión sobre la salud como información periodística en alza, Antonia González Borjas²²¹ citaba las palabras de Mar Mediavilla en un Seminario sobre salud y opinión pública celebrado en la Universidad Menéndez-Pelayo en el verano de 1999: *“La especialización en el campo de la salud por parte de los periodistas ayudaría a evitar el sensacionalismo en la información, y dedicar a las noticias un tiempo de reflexión evitaría crear falsas expectativas de curaciones milagrosas entre la audiencia”*²²².

La relación entre periodistas y profesionales de la salud es complicada. Por un lado, los profesionales sanitarios con frecuencia desconfían de los periodistas, a quienes califican a menudo de “*amarillistas*”, que solo buscan titulares llamativos y sensacionalistas. Por otra parte, los periodistas necesitan acceso a profesionales sanitarios que puedan proporcionar información en un lenguaje que necesariamente a menudo tiene que ser técnico, pero que al mismo tiempo debe ser comprensible para el periodista, que con su buen hacer adaptará al gran público. También necesita que estos profesionales sanitarios puedan prestar atención a sus demandas con la inmediatez que habitualmente requieren las noticias. En este punto es de gran importancia que los medios cuenten con profesionales bien formados, especializados en periodismo de salud que sean capaces de identificar fuentes de información adecuadas y que con su actividad profesional construyen su red de contactos informadores de calidad. De esta manera, se abrirían cauces que facilitarían enormemente las respuestas oportunas en tiempo y en formato.

La inclusión de temas sanitarios en el periódico, radio, televisión, medios digitales o agencia de noticias, no tiene por qué responder casi siempre a

²²¹ González Borjas, A. (2004). Salud, información periodística especializada en alza. *ÁMBITOS* 11-12 - 1er y 2º Semestres, 301-310.

²²² Mediavilla, M. (1999). Crónica: Seminario Salud y opinión pública, *Revista Quark. Ciencia, Medicina, Comunicación y Cultura*, 16, julio-septiembre.

noticias generadas desde fuera. El periodista especializado será capaz de buscar informaciones y discernir cuáles son de interés para el ciudadano. José María Catalán señalaba las siguientes exigencias para el informador de salud: *“Cuando se habla de ética profesional, eso se tiene que traducir en que al rigor le tienen que acompañar la profesionalidad, la seriedad, la independencia, la imparcialidad, la veracidad, la objetividad, los conocimientos, la formación. Y una segunda traducción de alguno de estos elementos nos lleva a la especialización”*²²³.

En el proceso de la selección de informaciones, el medio de comunicación prioriza los distintos asuntos mediante una agenda predeterminada y no improvisada que controla el periodista especializado, que además, es capaz de profundizar en aspectos importantes, huyendo del sensacionalismo. Al elaborar y presentar la información, el profesional especializado es capaz de expresarse con un lenguaje claro, conciso, directo al tiempo que preciso y adecuado, pero evitando el lenguaje confuso y técnico para ser accesible a todos los públicos. También tiene que ser capaz de evitar la distorsión por problemas de espacio y, con ello, la posible y temida alarma social o, bien, generar falsas expectativas.

Sin embargo, la mayor parte de los medios no disponen de periodistas especializados y el periodista responsable de elaborar estas informaciones debe cubrir además muchos otros temas, de forma polivalente.

Hoy se plantea un debate renovado sobre la necesidad de periodistas especializados en la salud 2.0; si se puede acceder directamente a profesionales de la salud y a pacientes. El periodismo ha evolucionado y la industria de los medios se ha transformado con la revolución digital a lo largo de los últimos 20 años, y muy especialmente en los últimos siete años de crisis económica. Es decir, a la crisis que ya venían experimentando los medios de comunicación se ha superpuesto la crisis económica que ha contribuido a agudizar todavía más la crisis de los medios. La irrupción de internet y las

²²³ Catalán Sesma, J.M. (1998). La Asociación Nacional de Informadores de la Salud: el periodismo sanitario. *Revista de Administración Sanitaria*, 11 (7), 3.

redes sociales han convertido en fuentes de información a muchos otros actores y ha favorecido la dispersión de la atención de los lectores hacia una amplia variedad de medios y formatos, al mismo tiempo que los anunciantes y los recursos se han diluido. El resultado ha sido una reducción muy importante en el número de periodistas en las redacciones de los medios de comunicación, de profesionales preparados para buscar información y contrastarla, identificar una noticia y valorar su relevancia, filtrarla y elaborarla de forma adecuada. En este mismo tiempo también se ha transformado el ámbito de la información sobre salud. Los ciudadanos muestran cada vez más interés y preocupación por los temas relacionados con la salud e incluso por la gestión del sistema sanitario y ha surgido de la mano de la salud 2.0 la relación entre pacientes y profesionales sanitarios que interactúan en la Red y comparten conocimiento, opinión compartida por Jesús Coterón, Presidente de la Asociación de Periodistas Vasco- Euskal Kazetarien Elkartea²²⁴.

Álvaro Sánchez León, periodista de Diario Médico, afirmaba en un debate organizado por Olga Navarro en Tekuidamos,²²⁵ que había que incentivar el periodismo especializado en salud, que debía abrirse a las redes sociales. Las asociaciones de pacientes, la enfermería... incluso los gestores sanitarios tienen la oportunidad, y de hecho la utilizan, de dar a conocer su papel gracias a la salud 2.0.



²²⁴ Coterón, J. (2015). Comunicación y alimentación 2.0. Ponencia en el Encuentro Comunicación, Alimentación y Salud (Getxo, 14-15 de septiembre de 2015).

²²⁵ Navarro Martínez, O. (4 de abril de 2014). Periodismo sanitario: ¿virus o agente de salud? Recuperado el 5 de agosto de 2015 de: [<http://tekuidamos.com/>].

En este contexto, el periodismo especializado en salud tiene una función primordial en el contraste de fuentes y en la divulgación. Como afirma Carlos Mateos en su blog *Comunicación en Salud*²²⁶. A pesar de la revolución digital, el periodista especializado en salud es capaz de informar con calidad, de dar noticias y elaborar informaciones contrastadas, avaladas con estudios, contando con diferentes especialistas, con casos de pacientes, con la perspectiva de otros profesionales sanitarios y además, comprensibles por todo el mundo, informaciones de las que responde y se responsabiliza con su firma. El periodista 2.0 es multimedia y multiplataforma²²⁷. Multitarea. La función del periodismo es informar para que el ciudadano tome decisiones libres. Una función más necesaria que nunca en un momento en el que existe un exceso de información en la Red²²⁸.

Las sociedades científicas tienen un papel esencial en la formación de los periodistas encargados de informar sobre temas de salud, en opinión de Alipio Gutiérrez, puesto que a su juicio, *“esta colaboración estrecha entre los profesionales de la salud y los periodistas facilita la difusión de una información más rigurosa”*, una labor de comunicación que *“debe realizarse de forma transparente y comprensible”*, así lo afirmaba en el encuentro comunicación, alimentación y salud celebrado en Getxo en septiembre de 2015.

SINC²²⁹, un servicio multimedia de información científica, es la plataforma de comunicación de la Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología (FECYT) desde 2008 y ha merecido el premio Concha García Campoy en su primera edición (2015) por su dedicación a la divulgación de noticias especializadas en innovación, salud y tecnología.

²²⁶ Mateos, C. (9 de abril de 2014). El periodismo especializado en salud, más necesario que nunca. *Comunicación, en Salud, blog de COM Salud*. Recuperado el 5 de agosto de 2015 de: [<http://comsalud.es/web/blog/category/comunicacion-en-salud-2-0/>].

²²⁷ Casals Carro, M.J. (2006). La enseñanza del periodismo y las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación. *Estudios sobre el mensaje periodístico*, 12, 59-70.

²²⁸ SENC. Encuentro comunicación, alimentación y salud. Getxo, 14-15 septiembre de 2015.

²²⁹ El Servicio de Información y Noticias Científicas (SINC) es la primera agencia pública de ámbito estatal especializada en información sobre ciencia, tecnología e innovación en español. Produce noticias, reportajes, entrevistas y materiales audiovisuales (vídeos, fotografías, ilustraciones e infografías). Todos los contenidos producidos por SINC tienen una licencia *Creative Commons* 3.0. SINC, la ciencia es noticia. Recuperado el 10 de septiembre de 2015 de: [<http://www.agenciasinc.es/>].

En este marco el presidente de la Asociación Española de Comunicación Científica, Antonio Calvo Roy afirma que los medios irán aprendiendo que es rentable tener periodismo y periodistas científicos especializados, en una sociedad que vive en medio de la tecnología y la ciencia. Para Calvo Roy, el periodista científico es *“el enviado especial de la sociedad en el país de la ciencia y, por lo tanto, es el corresponsal que debe informar de lo que pasa en ese país que es donde está cociéndose el futuro de la humanidad”*



Fuente: Proyecto Relate (2011).
Recuperado el 10 de septiembre de
2015 de:

[\[http://www.agenciasinc.es/Noticias/El-proyecto-europeo-Relate-tiende-puentes-entre-ciencia-y-periodismo\]](http://www.agenciasinc.es/Noticias/El-proyecto-europeo-Relate-tiende-puentes-entre-ciencia-y-periodismo).

El proyecto RELATE²³⁰ (*Research Labs for Teaching Journalists*) es una iniciativa europea (7º Programa Marco) para tender puentes entre la ciencia y el periodismo. Los resultados de este proyecto, que se inició en 2009, se presentaron en la conferencia *“Bridging the gap between science and journalism”* organizada en Bruselas (Bélgica) que ha implicado a 78 periodistas especializados de toda Europa. Finalizó en 2011.

Con este panorama habrá que esforzarse mucho para estar mejor informados. La crisis económica (2008-2014) y los efectos de la revolución tecnológica han provocado el despido de más de 20.000 periodistas. Muchos medios están trabajando con la tercera parte de su personal y con presupuestos muy limitados. Esta situación repercute sin ninguna duda en la calidad de la información. En el último año también los reporteros gráficos de algunos medios del País Vasco han visto amortizarse su puesto de trabajo. Esperemos que con la lenta pero palpable recuperación económica y la ayuda las nuevas tecnología de la información podamos en breve recuperar parte del terreno perdido.

²³⁰ Research Labs for Teaching Journalists (RELATE). Recuperado el 2 abril de 2015 de: [\[http://relateproject.eu\]](http://relateproject.eu).

12.1 Revistas especializadas en Alimentación y Comunicación en España

España ha contado con distintas publicaciones del máximo nivel desde principios del siglo XX. Nos permitimos recordar algunas de las pioneras en materia de salud:



- Siglo Médico. 1834-1936 inicialmente tenía una frecuencia semanal; tuvo su continuación en la Semana Médica Española y posteriormente con la Gaceta Médica (Madrid)
- Revista Clínica de Madrid. Enero 1909
- Revista Clínica Española: fundada en 1940 por el Dr. Carlos Jiménez Díaz
- Cirugía Española fundada en 1970

En relación a las Ciencias de la Alimentación, en España se publican o se han publicado las siguientes revistas que muchas se pueden consultar en el siguiente enlace:

http://www.gfmer.ch/Medical_journals/Revistas_medicas_acceso_libre.htm

- -Anales de Bromatología. Universidad Complutense de Madrid (1949-1992)
- -Actividad Dietética (Barcelona, 1997)



- -Actividad Nutricional (Madrid, 1989)
- -Alimentación, nutrición y salud (Madrid, 1994)
- -Avances en Diabetología (Madrid, 1988)
- -Diabetes (Madrid, 1954)
- -Endocrinología y nutrición (Barcelona, 1951)
- -Formación continuada en nutrición y obesidad (Madrid, 1998)
- -Nutrición Clínica y nutrición hospitalaria (Madrid, 1981)

- -Nutrición Hospitalaria (Madrid, 1982)
- -Revista Española de Nutrición Comunitaria (Barcelona, 1995)
- También están disponibles unas excelentes publicaciones sobre “Comunicación y salud”:
- -Revista Española de Comunicación en salud (Madrid, 2010)
- -Revista de Comunicación y salud (Madrid, 2011)
- -Revista electrónica de comunicación, información e innovación en salud (Madrid)
- -Revista Comunicar posicionada en el Q1 de Scopus²³¹. Especializada en comunicación y educación. Elabora en el 2006 un monográfico de “*Comunicación para la salud*” (Vol. XIV, nº 26. 2006)

12.1.1 Revista Eroski Consumer

El Grupo de distribución alimentaria Eroski tiene varias publicaciones relacionadas con la alimentación. En concreto la Fundación Eroski publica Eroski Consumer desde 1974 en un formato independiente alejado de presiones publicitarias y de grupos de interés. La actividad en todas sus facetas dispone de 50 periodistas especializados. La página web se creó en torno al año 2000 y contabiliza en la actualidad 250.000 visitas al mes. En total su publicación en los diversos formatos impacta en 650.000 lectores. Miren Rodríguez, directora de la publicación, afirma que el apartado de recetas equilibradas es el tema más demandado por sus lectores.

12.1.2 Revistas de las Organizaciones de Consumidores

Organizaciones de consumidores como la OCU (Organización de Consumidores y Usuarios) también tienen publicaciones periódicas sobre salud, como OCU-Salud, que en el mes de octubre de 2015 ha sacado a la luz su número 122.

CEACCU (Confederación Española de Asociaciones de amas de Casa, Consumidores y Usuarios) publica su colección cuadernos.

²³¹ Revista Comunicar. Recuperado el 10 de septiembre de 2015 de [<http://www.revistacomunicar.com>]

12.2 Las fuentes de información en el área de alimentación y salud

Según la última encuesta del FECYT (2015)²³² la información sobre medicina y salud es la que más interés suscita, por delante incluso de la información deportiva. El informe del Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información (OntSI) sobre los ciudadanos ante la e-Sanidad publicado en 2014²³³ ponía de manifiesto que los profesionales sanitarios médicos y otros (88,1%) y farmacéuticos (62,3%) son las fuentes a las que se recurre de manera más habitual para obtener información sobre temas sanitarios y son también, las fuentes que inspiran mayor confianza, con una valoración media de 8,4 puntos (médicos) y 7,4 (farmacéuticos) sobre 10.

Este mismo informe reflejaba que, en conjunto, el 29,9% de los ciudadanos utiliza Internet como fuente de información en el ámbito sanitario, aunque si referimos este porcentaje a los usuarios de internet alcanza hasta el 48%. El resto de alternativas, medios de comunicación y personas cercanas (amigos, familiares) son utilizadas como fuente por aproximadamente la mitad de la ciudadanía (54,2% y 48,9% respectivamente).

Los internautas que utilizan internet para consultar o buscar información relacionada con la salud consultan principalmente sobre enfermedades y problemas específicos de salud (40%) y muy por debajo se encuentran las consultas sobre nutrición, alimentación y estilos de vida saludables (16,8%), así como sobre medicamentos (16,0%).

El principal inconveniente de la red como fuente de información sobre temas sanitarios, señalado por el 54,4% de los internautas, es el desconocimiento de la fiabilidad de la información que se consulta es el riesgo de interpretación de la información buscada (28,7%).

²³² Encuesta de Percepción Social de la Ciencia, realizada por FECYT en 2014 y publicada en abril de 2015. Recuperado el 20 de mayo de 2015 de:
[http://icono.fecyt.es/informesypublicaciones/Documents/libro_psc02.pdf].

²³³ Los ciudadanos ante la e- Sanidad, Informe ONTSI (Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información. Recuperado el 3 de marzo de 2015 de:
[www.ontsi.red.es/ontsi/sites/default/.../informe_ciudadanos_esanidad.pdf]

Las informaciones sobre salud que se publican en los medios de comunicación tradicionales, digitales, en sitios de internet o en cualquier soporte, proceden en muchos casos de agencias de noticias de comunicación que se hacen eco de noticias e informaciones relevantes.

En otras ocasiones las informaciones que recogen y difunden las agencias de noticias proceden de notas de prensa y otras acciones comunicativas generadas por gabinetes de comunicación bien de industrias relacionadas con la provisión de servicios sanitarios, laboratorios farmacéuticos, industria alimentaria, Administraciones sanitarias, asociaciones de pacientes, sociedades científicas y otras entidades corporativas o incluso los gabinetes de prensa de Universidades, otros organismos de investigación que quieren difundir sus actividades y hallazgos, o incluso las editoriales de publicaciones biomédicas.

Internet es también en muchas ocasiones la fuente de la información, a partir de sitios web de muy variada naturaleza y calidad: revistas científicas y comunicados de prensa editoriales; sitios web del sector científico y sanitario, del sector político y de las Administraciones Públicas, de la sociedad civil o del sector industrial.

El gran crecimiento de la información en internet generó una importante preocupación por su calidad. Desde la década de 2000 se han elaborado informes y guías de buenas prácticas por asociaciones médicas, colegios profesionales y comisiones de expertos, tanto a nivel del Estado como en la Unión Europea y en otros países.²³⁴

Una investigación reciente sobre quién utiliza internet para informarse sobre nutrición y alimentación publicada en Australia refleja que la búsqueda de información de salud es el tercer uso más frecuente de internet y que la mitad de los usuarios de Internet buscan información sobre dieta y nutrición, pero

²³⁴ La Asociación Médica Americana publicó en la prestigiosa publicación científica JAMA unas guías para la publicación de información científica y sobre salud en sitios de Internet. También la Asociación de Informática de la Salud en sus informes SEIS.

nuevamente poner de manifiesto el problema de la credibilidad y fiabilidad de la información. Por el contrario, ofrece la ventaja de la interactividad²³⁵.

Con mucha frecuencia la fuente original de la noticia son otros medios de comunicación, así como revistas especializadas. Pero también puede surgir la información a partir de una fuente primaria, como informantes clave o la calle.

La gran abundancia de información hace que una búsqueda simple a través de un buscador general como Google recupere un exceso de información difícil de comprender y de evaluar para muchos ciudadanos y también para muchos profesionales de la información. Por ello es imprescindible la existencia de repositorios institucionales con información de referencia y la prescripción de links y sitios web con información contrastada, asequible y que además son fáciles de encontrar.

El método científico es la base de los nuevos avances e investigaciones en salud. Este procedimiento implica también actos de comunicación, puesto que los investigadores deben dar a conocer no solo sus hallazgos, sino también como los ha obtenido en Congresos biomédicos y a través de publicaciones científicas.

La investigación en ciencias de la salud genera la evidencia científica que sustenta la toma de decisiones en relación a los procedimientos diagnósticos, manejo y tratamiento de los problemas de salud o bien recomendaciones y medidas de prevención y promoción de salud dirigidas a la población general.

No todos los estudios constituyen pruebas de evidencia científica de la misma importancia y calidad. Dependiendo del diseño del estudio, la población investigada, la calidad de los protocolos para la recogida de datos, las técnicas empleadas, mecanismos de control de calidad, control de sesgos y análisis de los datos, las investigaciones permitirán extraer conclusiones que representen los datos del estudio o que puedan generalizarse; que sugieran preguntas para

²³⁵ Pollard, C.M. (2015). Who Uses the Internet as a Source of Nutrition and Dietary Information? An Australian Population Perspective. *Journal of Medicine and Internet Research*, 17(8),e209.

plantear nuevas investigaciones²³⁶ u observar relaciones de asociación entre unas variables y otras de las investigadas, o incluso en algunos tipos de estudios establecer una relación causal entre los parámetros estudiados.

Existe una jerarquía de la evidencia científica, desde los estudios de investigación básica en laboratorios, en animales o las opiniones de investigaciones autorizadas que especulan y plantean preguntas a las que dar respuesta con estudios que reúnan unas determinadas características, pasando por estudios transversales observacionales que permiten describir panorámicas y analizar posibles asociaciones, hasta grandes estudios de cohortes, longitudinales con amplias muestras y protocolos bien diseñados que pueden proporcionar evidencias importantes sobre relaciones causales, o los estudios de intervención y ensayos clínicos controlados aleatorizados y a doble ciego, de tamaño suficiente que permiten extraer conclusiones bien fundamentadas (figura 21) y de donde se derivaran los grados de recomendación (A-D).

²³⁶ Arija V, Fernández-Cao JC, Basora J, Bulló M, Aranda N, Estruch R, Martínez-González MA, Salas-Salvadó J. (2014). Excess body iron and the risk of type 2 diabetes mellitus: a nested case-control in the PREDIMED (PREvention with MEDiterranean Diet) study. *British Journal of Nutrition*. 2014 Dec 14;112(11):1896-904. doi: 10.1017/S0007114514002852.

Gómez-Candela C, Martín Fuentes M, García Vázquez N, Crespo Yanguas M, Lisboa Catalán A, Campos Del Portillo R, Palma Milla S. (2014). Twenty-five years of home parenteral nutrition outsourcing: the experience at Hospital Universitario La Paz, Madrid. *Nutrición Hospitalaria*; 30(6):1295-302. doi: 10.3305/nh.2014.30.6.8181.

Ortega Anta, R.M.; López Sobaler, A.M. (2014) Primeras Jornadas UCM-ASEN Avances y controversias en nutrición y salud. *Nutrición Hospitalaria*; 30 (Suppl 2):1-104. doi: 10.3305/nh.2014.30.sup2.8106.

Figura 21.- Jerarquía de la evidencia científica en 10 niveles²³⁷



Fuente: Haynes, R.B. (2006). Of studies, syntheses, synopses, summaries, and systems: the «5S» evolution of information services for evidence –based healthcare decisions. *Evidence Based Medicine [Internet]*. Dic 1;11(6),162-4. Recuperado el 3 de febrero de 2015 de: [<http://ebm.bmj.com/content/11/6/162.2.short>].

El periodista especializado en salud debe ser capaz de comprender los puntos clave de las publicaciones biomédicas y discernir si se trata de un estudio observacional cuyas conclusiones no evidencian relaciones causales, o se trata de un ensayo clínico. Además, también debe conocer la calidad y prestigio de las publicaciones biomédicas en las que se han publicado los artículos científicos que originan la noticia antes de redactar sus informaciones.

Para identificar y localizar publicaciones científicas existen bases de datos bibliográficas como Medline, EMBASE, Psychinfo y otros. Las búsquedas se realizan por medio de tesauros de términos clave que pueden utilizarse de forma aislada o combinados mediante operadores de álgebra booleana.

²³⁷ Pirámide de la Evidencia Científica propuesta por Haynes (2001), modificada por DiCenso en 2009 con seis niveles y adaptada en la actualidad a 10 niveles de evidencia.

En el campo de la nutrición se trabaja la **Nutrición Basada en la Evidencia** NUBE (Serra Majem, 2010)

Doreste Alonso, J.L. y Serra Majem, LI (2005). NUTRICIÓN BASADA EN LA EVIDENCIA. Revista de la Facultad de Salud Pública y Nutrición 6(2), Abril – Junio.

Haynes, R.B. (2006). Of studies, syntheses, synopses, summaries, and systems: the «5S» evolution of information services for evidence –based healthcare decisions. *Evidence Based Medicine [Internet]*. Dic 1;11(6),162-4. Recuperado el 3 de febrero de 2015 de: [<http://ebm.bmj.com/content/11/6/162.2.short>]

Landa Ramírez, E.; Martínez Basurto, A.E. y Sánchez Sosa, J.J. (2013). Medicina basada en la evidencia y su importancia en la medicina conductual *Psicología y Salud.0*, 23 (2), 273-282

Puesto que las publicaciones científicas son muy numerosas y no es viable ni realista poder llegar a todas ellas, se hace necesaria la creación de archivos repositorios que faciliten el acceso o colecciones que grupos de expertos preseleccionan en relación con determinados temas. Los repositorios pueden ser públicos, de acceso libre, o bien pueden permitir un acceso restringido. Otra vía de acceso a información de calidad es acceder a buscadores y colecciones disponibles en webs de calidad acreditada.

En un editorial publicado en 2004 en la prestigiosa revista científica *Annals of Internal Medicine*, Lisa M. Schwartz y Steven Woloshin aconsejaban a los autores de artículos científicos que querían comunicar resultados de investigaciones no basarse en resultados preliminares y comunicar la diferencia de riesgos en cifras absolutas, puesto que el riesgo relativo puede inducir una sobreestimación de la magnitud de los resultados. Por ejemplo, una reducción del riesgo de un 50% puede referirse a una reducción del 20% al 10%, pero también del 0.000002% al 0.000001%²³⁸. Asimismo, recomiendan incluir las limitaciones, posibles conflictos de interés y fuente de financiación.

El periodista especializado en salud debe estar preparado para poder identificar cuáles son las características de la fuente de la información y tener en cuenta si el destinatario de la información de una determinada fuente son los profesionales sanitarios o el público general. Si son fuentes primarias, bases de datos, portales de internet, etc. Quiénes son los autores de la información: autores individuales que opinan, como autores de blogs, comentarios en redes sociales. Si se trata de sitios web corporativos, de sociedades científicas y otras asociaciones, instituciones públicas, académicas, etc.

La evaluación de la calidad de la información en internet es especialmente importante. Esta preocupación dio lugar al desarrollo de distintos protocolos de acreditación de sitios web con información sobre salud. Los sellos de acreditación de calidad de las webs sobre salud suponen someterse a un

²³⁸ Schwartz, L.M. & Woloshin, S. (2004). The Media Matter: A Call for Straightforward Medical Reporting. *Annals of Internal Medicine*, 140(3), 226-228. doi:10.7326/0003-4819-140-3-200402030-00015.

proceso de auditoría y supervisión continuada en el tiempo para poder conservarlo. Algunas de estas acreditaciones son de ámbito autonómico, como el procedimiento establecido por la Junta de Andalucía, de ámbito estatal como Web Médica Acreditada impulsado por el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona respaldado por Ministerio de Ciencia y Tecnología, o de ámbito internacional como Web Médicas de Calidad en lengua española o HONCode, impulsado por *Health on the Net Foundation* con sede en Suiza.

Evaluar la calidad de los contenidos de una web implica que la autoría pueda ser fácilmente reconocible, lo mismo que la capacitación de los autores, la fecha de actualización, si dispone de un comité editorial y si está sometida a proceso de evaluación por pares, garantías de confidencialidad, transparencia y honradez, declaración de no reemplazar la relación médico-paciente, accesibilidad y facilidad de navegación.

El periodista especializado en salud debe intentar dar el mensaje correcto, en vez de intentar obtener titulares. Preguntarse si se trata de un tema que merece la atención del público, que supone un mejor conocimiento de la relación dieta y salud y si el contexto es adecuado, quedando claro si se trata de resultados preliminares o concluyentes; si coinciden con hallazgos previos o bien se contraponen y en este caso, cuál es la calidad del estudio, las mejoras que puede aportar frente a estudios precedentes y también las limitaciones de la investigación. También debe saber que los editoriales y artículos de opinión reflejan opiniones, especulaciones y pueden plantear dudas, pero en ningún caso suponen pruebas de evidencia que sostengan o refuten otros hallazgos.

Se plantean, pues, algunos retos difíciles, como es ofrecer información de calidad sin perder la cercanía al lector ni desinformar y no generar expectativas inviables que generen cansancio y desánimo.

13 Alimentación, ética y comunicación

En el campo de la nutrición y la salud pública las últimas décadas han sido decisivas. Los avances en investigación biomédica y su puesta en práctica, han permitido que los profesionales sanitarios hayan adquirido un nivel muy alto de competencias a la hora de desempeñar su labor. Tanto en salud pública como en las ciencias de la salud en general, ha surgido la necesidad de desarrollar otro tipo de competencias que al igual que las puramente técnicas, necesitan ponerse en práctica para el correcto desarrollo de la profesión. La ética, concretamente, no ha experimentado un desarrollo paralelo y se plantea si, un uso tan avanzado de la tecnología en la alimentación y en las ciencias de la salud haya podido dejar atrás principios éticos que habría que haber investigado y establecido por igual en un principio.

13.1 La ética en la promoción de la salud

La ética aplicada a las ciencias de la salud empezó a tener repercusión alrededor de los años sesenta aunque hasta hace unas décadas no se empezó a expandir rápidamente. Es un campo relativamente nuevo y en desarrollo. En salud pública, parte de ese avance ha sido propiciado a través de la publicación de documentos éticos. Uno de ellos fue un borrador de un código ético en salud pública elaborado por la Sociedad Americana de Salud Pública en 2001; no obstante, a nivel mundial existe un único código ético. Asimismo, el primer programa, *Ethics and Public Health: Model Curriculum* fue publicado en Estados Unidos en 2003. Por otro lado, en el campo de la promoción de la salud los avances han tenido lugar con mayor lentitud. Mediante The International Union For Health Promotion and Education se está planteando la posibilidad de establecer un código ético y con su creación se espera que el papel de la ética en la promoción de la salud esté mejor establecido²³⁹.

Lo cierto es que otra parte involucrada en la creación de esta serie de documentos y códigos se ha debido a que la sociedad demanda atención hacia

²³⁹ Sindall C (2002). Does health promotion need a code of ethics? *Health Promotion International*, 17, 3.

principios éticos. Esto ha repercutido en una mayor conciencia y la implicación de diferentes partes en este aspecto.

Hasta la fecha, los valores éticos se habían asumido automáticamente y no se habían definido expresamente lo cual ha supuesto un impedimento para poder continuar avanzando en el tema. Además, con frecuencia, existen insuficientes evidencias científicas para guiar la toma de decisiones en la intervención nutricional y en las medidas de promoción de la salud a nivel de población. Resulta necesario situar el contexto de las decisiones o acciones tomadas ya que para realizar una intervención exitosa se debe tener en cuenta que hay factores que varían dependiendo de si su aplicación es a nivel nacional o local, o si ésta se realiza en países diferentes. Tampoco se había prestado atención a sus implicaciones morales y políticas aunque en un contexto más amplio de salud pública, en los gobiernos, en los medios de comunicación y en las comunidades, estas consideraciones sí suelen salir a la luz²⁴⁰.

Recordar que en los estudios nutricionales de cualquier nivel de recogida de datos deben respetarse los postulados que la Asociación Médica Mundial desarrolló en la conocida como “Declaración de Helsinki” (1964), con sus posteriores revisiones. Al consentimiento informado debemos añadir una adecuada protección de los datos personales según establece la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/1999, de 13 de diciembre de 1999 y su legislación consolidada. En el caso de estudios poblaciones de intervención o que hagan necesarias pruebas invasivas deberá solicitarse autorización expresa al Comité de Ética que corresponda en cada caso.

En un trabajo pionero realizado por la comisión de ética de la investigación de EE.UU. en una reunión en Belmont en 1979²⁴¹, que todavía permanece vigente se establecieron cuatro principios a tener en cuenta: respeto por la autonomía personal, no maleficencia, beneficencia y justicia. Carter y

²⁴⁰ Jennings, B.; Kahn, J.; Mastroianni, A. & Parker, L.S. (2003). Ethics and Public Health Model Curriculum. Associations of Schols & Programs of Public Health (ASPPH). Recuperado el 4 de abril de 2015 de: [http://www.aspph.org/wp-content/uploads/2014/02/EthicsCurriculum.pdf].

²⁴¹ Comisión Nacional para la Protección de los Seres Humanos en Estudios Biomédicos y del Comportamiento de los EE.UU. Informe Belmont: Principios éticos y normas para el desarrollo de las investigaciones que involucran a seres humanos. Publicado el 18 de abril de 1979 en el PDR reports. Recuperado el 21 de marzo de 2015 de [http://comitedebioetica.cat/wp-content/uploads/2012/09/informe_belmont_1978.pdf].

colaboradores²⁴² subrayan otros puntos a considerar: justicia, equidad sanitaria, habilitación y atribución de poder y definen detalladamente la coacción y la estigmatización.

La coacción es una preocupación presente en la ética aplicada a la salud pública, y se debe principalmente a que con el objeto de alcanzar objetivos en salud pública es probable que se dé coacción de algún tipo, traspasando la autonomía y libertad individuales. Como se verá más adelante, en otra situación donde se suelen dar casos de coacción es mediante las campañas de marketing social aunque se definan como intervenciones puramente informativas.

La estigmatización es otro concepto que potencialmente es capaz de alterar el estado del paciente. El estigma relaciona a los individuos con estereotipos negativos y la estigmatización puede resultar en prejuicios y discriminación. La estigmatización se puede dar de diferentes formas dependiendo de si el sujeto estigmatizado es más o menos responsable de su estado de salud. Por ejemplo, una persona con una enfermedad congénita será estigmatizada pero el concepto que se tenga de ella no será el mismo que el que se tiene de una persona con una alteración en la salud de la cual sea responsable hasta cierto punto (diabetes, ECV...). También existe una importante discriminación hacia personas con obesidad, y por parte de contextos diferentes incluyendo el sistema de salud.²⁴³

Existen por tanto, dos enfoques principales en la promoción de la salud: el enfoque de tipo ético, y el enfoque fundamentado en evidencias científicas. Se sabe que ambos enfoques están dirigidos a mejorar el bienestar de la población y que además están interrelacionados entre sí: las prácticas basadas en evidencias científicas pueden ser más éticas y las prácticas éticas pueden ser más eficaces. No puede eliminarse ninguno de los dos enfoques porque la promoción de la salud podría mejorar significativamente integrando ambos

²⁴² Carter, S.M.; Rychetnik, L.; Lloyd, B.; Kerridge, I.H.; Baur, L.; Bauman, A.; Hooker, C. & Zask, A. (2011). Evidence, Ethics, and Values: A Framework for Health Promotion. *American Journal of Public Health*;101, 465–472. doi:10.2105/AJPH.2010.195545

²⁴³ Hill, D.; Chapman, S., Donovan, R. (1998). The return of scare tactics. *Tobacco Control*,7:5–8
Araujo Yaselli, M. (2001). Bioética y nutrición en salud pública. *Cuadernos de Bioética* 3.

conceptos en distintos niveles: desde programas establecidos a nivel nacional a iniciativas comunitarias. Por una parte, las decisiones que se tomen en cuanto a la promoción de la salud deben estar sustentadas por las últimas investigaciones en ciencias de la salud, especialmente, aquellas resultantes de investigaciones epidemiológicas sobre la población.

En el artículo de Tannahill (2008)²⁴⁴ se proponen diferentes definiciones para evidencia científica, siendo una de ellas: “*toda información válida y relevante*”. Ahora bien, si las acciones tomadas en la promoción de la salud estuvieran únicamente fundamentadas por evidencias contundentes, no se generarían tantas ni tan variadas acciones ni tampoco se conseguiría una mejora significativa en el estado nutricional y de salud de la población, con la posibilidad de que las desigualdades en salud de distintos niveles socioeconómicos aumentasen. Es por ello por lo que toda evidencia científica debe analizarse dentro del contexto de qué se requiere a la hora de realizar juicios y tomar decisiones.

No obstante es una tarea compleja, debido a que tiene unas implicaciones políticas y sociales y se relacionan entre sí muchos elementos con distintos intereses: comunitarios, corporativos y burocráticos. Como se mencionó anteriormente, el enfoque ético ha sido escaso hasta la fecha y según subrayan Carter y colaboradores (2011)²⁴⁵ ha estado marcado por la ausencia de información respecto qué se debería hacer en la promoción de la salud y cómo se podría llevar a cabo. Algunos autores sugieren que así como es necesario definir los valores que promueve la ética, también lo es comprender los distintos sistemas de razonamiento: deontología, utilitarismo, teoría de la virtud, teoría social contractual, el enfoque de las capacidades y la ética narrativa. Estos sistemas todavía no han conseguido avances significativos en la salud pública y en la promoción de la salud.

Por último, no hay suficientes evidencias científicas acerca de intervenciones dirigidas a la sociedad de forma global y otros elementos que

²⁴⁴ Tannahill, A. (2008). Beyond evidence – to ethics: a decision-making framework for health promotion, public health and health improvement. *Health Promotion International*, 23 (4) doi:10.1093/heapro/dan032

²⁴⁵ Carter, S.M.; Rychetnik, L.; Lloyd, B.; Kerridge, I.H.; Baur, L.; Bauman, A.; Hooker, C. & Zask, A. (2011). Evidence, Ethics, and Values: A Framework for Health Promotion. *American Journal of Public Health*. 101,;465–472. doi:10.2105/AJPH.2010.195545.

juegan un papel importante como los factores sociales, económicos y comunitarios. Por lo general las intervenciones con potencial para crear el mayor impacto sobre la población tienden a ser menos eficaces y por tanto, intervenciones más flexibles serían deseables.

Carter y colaboradores sugieren un modelo de intervención en la promoción de la salud en el que se menciona que para que ésta sea exitosa, se deben incluir los dos sistemas de razonamiento mencionados: uno basado en evidencias y otro que sea ético conteniendo cada uno a su vez, valores definidos. Ambos sistemas tienen exactamente el mismo peso y están interrelacionados. Asimismo, se debería proporcionar información acerca de cómo estos conceptos son valorados o devaluados atendiendo a cada situación y cuál es su margen de variación así como sus posibles soluciones. La propuesta también requiere que se especifique explícitamente cómo y por qué se realizan las cosas.

13.1.1 La promoción de la salud a través de marketing social

Las campañas orientadas a la población son una de las formas más comunes de promoción de la salud. En principio, se trata de campañas informativas en las que se fomenta en última instancia la decisión individual de adoptar comportamientos más adecuados para su propio beneficio y el abandono de conductas que pueden resultar perjudiciales para la salud. No obstante, mediante el marketing social se pueden persuadir las elecciones del consumidor lo cual puede llegar a ser inadmisibles si al consumidor se le mete miedo innecesario o si se manipula la percepción que tiene de sí mismo. Es decir, a la población sana, se le puede hacer creer que están en situación de riesgo de padecer alguna enfermedad.

Asimismo, los mensajes utilizados en las campañas, podrían empeorar la estigmatización del sector de la población que se encuentra en mayor riesgo, disminuyendo el grado de tolerancia que las comunidades tienen sobre ciertos problemas de salud que se dan en la población. Como se ha visto, además de estas campañas que manipulan a la sociedad, la manipulación también puede darse en campañas mediadas por los gobiernos. Es por ello por lo que en

Estado Unidos existe cierta reticencia a que el gobierno participe en campañas de salud pública y por tanto, interfiera también en las decisiones individuales²⁴⁶.

En este sentido se plantea que si la publicidad y los mensajes en los MCS son capaces de crear nuevos objetos de deseo a través de esta manipulación, también sería capaz de utilizarse esta misma estrategia en beneficio de la salud pública. El marketing social plantea serias dudas éticas al respecto. ¿Se puede justificar la manipulación de los individuos en beneficio de la salud pública? A su vez, surgen nuevas dudas relacionadas con la restricción de ciertos anuncios publicitarios que muestran conductas perjudiciales para la salud. Algunos autores se preguntan: ¿Están estas acciones atentando contra la libertad de expresión en una sociedad democrática?

Una de las tácticas que se utilizan en la promoción de la salud y generalmente a través de la publicidad sanitaria es el miedo. Muchas generaciones de educadores de la salud desde 1950 han admitido que bajo ningún concepto se debe influir a las personas, para que adopten un estilo de vida más saludable a través del miedo. Si se utiliza correctamente, el miedo puede ser una estrategia para propiciar cambios en el comportamiento pero en publicidad, la persona que recibe ese tipo de anuncio puede responder de forma positiva si elimina las razones para sentir miedo, realizando un cambio de comportamiento, o negativa si niega la relevancia o los peligros de ese mensaje.

La manipulación de la información también es ejercida a través de las industrias alimentarias y farmacéuticas, especialmente cuando se comercializan productos con supuestos efectos beneficiosos no demostrados²⁴⁷. A través de las llamadas medicinas alternativas también se puede engañar al consumidor bajo la recomendación de una serie de patrones dietéticos no fundamentados por evidencias científicas o recomendados por personal no cualificado.

²⁴⁶ McKenna, J.W.; Pechacek, T.F.; Stroup, D.F. (2003). Health communication ethics and CDC quality control guidelines for information. *Public Health Reports*. 118.

²⁴⁷ Bruyère, O.; Rizzoli, R.; Coxam, V.; Avouac, B.; Chevalier, T.; Fabien-Soulé, V.; Kanis, J.A.; Kaufman, J.M.; Tsouderos, Y. & Reginster, J.Y. (2012). Assessment of health claims in the field of bone: a view of the Group for the Respect of Ethics and Excellence in Science (GREES). *Osteoporosis International*,23,193–199 DOI 10.1007/s00198-011-1561-x.

No obstante, cada vez en más países las declaraciones saludables de productos alimentarios se regulan por medio de la legislación. En Europa el Reglamento CE 1924/2006 que entró en vigor en 2007 establece que la declaración de propiedades saludables respecto a un alimento o sustancia solo es permitida si se ha constatado mediante suficiente evidencia científica que posee dicho efecto.

Ante todo, uno de los valores fundamentales de la ética debe ser el de proteger al consumidor, bajo los principios de justifica y no maleficencia. Se defiende entonces, que los intereses del consumidor estén respaldados por el Ministerio de Sanidad, Colegios Profesionales o la Organización de Consumidores. En este caso, vuelve a surgir otro planteamiento ético. Si bien es cierto que las instituciones podrían controlar que la comunicación de información en salud es precisa, veraz y fundada en evidencias científicas hay ciertas controversias ya que inevitablemente esta comunicación influye sobre cambios de comportamiento individuales o impone ciertos valores con lo que esta forma de proceder puede llegar a ser invasiva y atentar en cierto modo, contra la libertad individual.

A raíz de la publicación de Una nueva perspectiva acerca de la salud de los canadienses de Marc Lalonde, exministro de Canadá, en 1974, se puso de manifiesto que si se deseaban disminuir las tasas de mortalidad, los individuos tenían que realizar un cambio de comportamiento. Se puso énfasis a que era el individuo el mayor responsable de su estado de salud, a través de la adopción de comportamientos más o menos saludables y exceptuando casos en los que claramente se observaran que el comportamiento estaba influido por fuerzas sociales e institucionales. Todo ello originó un debate porque por un lado se creía que los individuos estaban obligados a contribuir sobre la sociedad, aumentando su estado de bienestar. Por otro lado, se entendió como una estrategia que restaba responsabilidades al gobierno respecto la salud de la población.

No obstante, existe la obligación moral de difundir lo que se conoce y en algunos casos urgentes es imprescindible trasladar la información tan pronto como sea posible. La comunicación de la salud debe ser responsable, ha de

respetar la libertad de elección y la autodeterminación de los individuos, debe ser significativa para la sociedad y accesible, y todos los pasos que forman parte del proceso de comunicación deben estar orientados hacia el consumidor final. Mc Kenna (2011)²⁴⁸ muestra el ejemplo de la comunicación en la salud tal y como es concebida en el CDC, fundamentada en investigaciones rigurosas de mercado y de los consumidores y cuyo objetivo primordial se basa en difundir el mensaje correcto. Además, al tratarse de un organismo federal en los Estados Unidos, deben cumplir con un requerimiento que entró en vigor en 2002 por el que se regula y se extrema la calidad, objetividad, utilidad e integridad de la información difundida por parte de estas agencias.

13.2 Ética y obesidad

La obesidad es un tema estrechamente relacionado con la ética: *“nuestra identidad está ligada a nuestros cuerpos por lo que los mensajes acerca de ellos parecen ser indivisibles de nuestro valor intrínseco”*. El problema empeora cuando sobrepeso y obesidad entran dentro de la misma categoría. Además, la alimentación es un tema central en la sociedad por lo que cualquier cambio al respecto puede resultar intrusivo. En un anuncio publicitario *australiano How do you measure up? (¿Cómo te mides?)* se representan algunos conceptos definidos anteriormente, como por ejemplo la coacción. En el anuncio aparece un hombre junto con una cinta de medir en el que con el paso de los años se observa que ha ido ganando peso. El protagonista declara no estar preocupado acerca de la situación hasta que ha repercutido negativamente sobre su salud. En la última escena aparece la hija del protagonista que se muestra preocupada por lo que está suponiendo la ganancia de peso en el estado de salud de su padre. En este anuncio se coacciona al espectador en el sentido de que retrata culpa, por parte del padre, la cual es el principal motivante de su cambio de actitud y en el sentido de que cualquier persona con un índice de masa corporal superior a 25 debería percibirse a sí mismo de forma negativa y con riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, diabetes, etc. Asimismo, el anuncio pretende fomentar cierta sensación de culpa en aquel

²⁴⁸ McKenna, J.W.; Pechacek, T.F.; Stroup, D.F. (2003). Health communication ethics and CDC quality control guidelines for information. *Public Health Reports*. 118.

que no está dispuesto a adoptar una actitud diferente para mejorar su calidad de vida.

En el momento actual la inclusión de los valores éticos en la promoción de la salud y la alimentación saludable está en vías de desarrollo. Al igual que es importante la investigación en ciencias de la salud para la toma de decisiones sobre las acciones dirigidas a fomentar la salud de la población también lo es la consideración de los valores éticos. Sin embargo, cualquier información que esté dirigida a propiciar un cambio de actitud en beneficio de la salud acarrea implicaciones éticas. En primer lugar sería necesario consensuar y definir correctamente los valores éticos que se desean promulgar, ya que varían considerablemente en la bibliografía al uso; y debido a que la integración de los principios éticos y las acciones fundadas en evidencias científicas es la herramienta más eficaz en el consejo dietético y la promoción de la salud, se eliminarían factores como la coacción o la estigmatización. Por último, es interesante seguir avanzando en el desarrollo de códigos éticos centrados en la promoción de la salud, con el objetivo de constituir las bases fundamentales para tal fin.

13.3 Ética de la alimentación

Los aspectos éticos de la alimentación actual tienen muchos matices que la comunidad científica está tomando en consideración y algunos de ellos se plantean con frecuencia en los circuitos profesionales y en los medios de comunicación. Veamos algunos puntos que pudimos presentar en la Real Academia Nacional de Medicina (Madrid, 2014)²⁴⁹.

- 1.- **Soberanía alimentaria.** Punto clave en el mantenimiento de la autonomía de agricultores y ganaderos y en el mantenimiento de la biodiversidad. La manipulación de las semillas y la dependencia externa en inseminación artificial, semillas con fecha de caducidad y el uso de líneas de cultivo y pesticidas como objeto de servidumbre atenta contra la posibilidad de autogestión tradicional de cultivos, variedades y especies. La puesta en

²⁴⁹ Aranceta, J. 2015. Nueva Pirámide Alimentaria para la Población Española. Presentado el 15 de enero de 2015 en la Real Academia Nacional de Medicina, en Madrid. Recuperado 2 de septiembre de 2015 de [<http://www.ranm.tv/index.php/video/703/gu%C3%ADas-alimentarias-equilibrio-nutricional-y-balance-energ%C3%A9tico-sesi%C3%B3n-cient%C3%ADfica-extraordinaria-%C2%B7-madrid-15-de-enero-de-2015/#>].

marcha y la potenciación de los bancos de semillas. La mayor parte de los países cuentan con bancos de semillas bien catalogados pero el más importante del mundo se encuentra en Noruega. El Banco Mundial de Semillas de Svalbard²⁵⁰ es una enorme despensa subterránea de semillas de miles de plantas de cultivo de todo el mundo, situado cerca de Longyearbyen en el archipiélago noruego de Svalbard. En su interior a prueba de terremotos, impactos nucleares y demás desastres se pueden albergar 4,5 millones de semillas diferentes de todo el mundo perfectamente catalogadas y disponibles.

2.- **Sostenibilidad.** Este concepto hace referencia a la posibilidad de perpetuar un proceso de producción de alimentos sin alterar el ecosistema y dañar el entorno. La Dieta Mediterránea es un ejemplo de dieta sostenible y una referencia en cultivos tradicionales mantenidos en el tiempo con repercusiones positivas sobre el hábitat, la economía y la salud.

3.- **Cultivos ecológicos.** La agricultura ecológica tiene un gran recorrido de futuro. En la actualidad existe un nuevo borrador europeo de regulación de los cultivos y la comercialización para asegurar la veracidad y calidad de estos productos. También con la idea de que las semillas utilizadas sean de origen orgánico.

4.- **Huella hídrica y de carbono.** Muchos cultivos y procesos productivos tienen una repercusión importante sobre el efecto invernadero (cría animal-consumo de carne). Por otra parte cada vez cobra más importancia las ratio de gasto de agua en relación al cultivo o a la obtención de alimentos. En España la agricultura y la ganadería son las actividades con mayor uso de agua y con mayor impacto en la Huella Hídrica²⁵¹. Café, trigo, soja y cacao son los alimentos vegetales que más agua virtual precisan. El líder destacado es la carne de vacuno y sus derivados: 1 kg de carne genera una Huella Hídrica de 15.000 litros de agua.

Las CCAA de Andalucía, Castilla-La Mancha y Extremadura son las de mayor gasto hídrico mientras que País Vasco, Aragón y Madrid con mayor

²⁵⁰ Crop Trust. La Bóveda Global de Semillas de Svalbard. Recuperado el 5 de marzo de 2015 de: [<https://www.croptrust.org/what-we-do/svalbard-global-seed-vault/>].

²⁵¹ En 2002 Argén Hoekstra, profesor de la Universidad Twente (Holanda), acuñó el término de "huella hídrica".

especialización productiva lideran las menores cantidades.²⁵² En resumen la cantidad de agua necesaria para mantener el consumo de un español medio es de 6.269 litros por habitante y día de la cual poco más del 2,6% corresponde a agua del grifo.

En el caso de algunos alimentos y productos podemos encontrar su valoración como huella hídrica, huella de carbono y huella social consultando la página de Rainforest Alliance. El emblema de la *rana verde* indica un compromiso de eco-huella en todas las dimensiones sin condicionar un aumento en el precio del producto.

Figura 22.- Huella ecológica



Fuente: Vallejo, C., (20 de enero de 2014). Distintas huellas: carbono, ecológica, hídrica y social. Blogs Madri+d. Recuperado el 7 de marzo de 2015 de: [http://www.madrimasd.org/blogs/sostenibilidad_responsabilidad_social/2014/01/20/132299]

Es un futuro cercano la rotulación acercará al ciudadano y al consumidor el histórico completo de las distintas huellas referidas a la producción y comercialización de los alimentos como un valor añadido y una cualidad comparativa susceptible de decisión de compra.²⁵³

²⁵² Esteban Moratilla, F.; Molina Moreno, M.; Fernández Barrera, M. (2010). La Huella Hídrica en España. *Revista de Obras Públicas* 157 (3.514) Octubre de 2010, 21-38. Recuperado el 4 de marzo de 2015 de: [http://www.huellahidrica.org/Reports/EstebanMoratilla-et-al-2011.pdf].

²⁵³ Agrelo, M. (mayo 2014). Rainforest Alliance: Sigue a la Rana. Eco-huella. Recuperado el 4 de marzo de 2015 de: [http://www.eco-huella.com/2014/05/rainforest-alliance-sigue-la-rana.html].

- 3. Producción animal.** La cría de animales, su captura, transporte en vivo, sacrificio y comercialización representa uno de los puntos más complicados de la producción de alimentos de origen animal. En muchas ocasiones hay situaciones muy mejorables en relación a la calidad y tipo de alimentos ofertados a los animales marinos (piscifactorías) o terrestres. Dimensiones y características de la estabulación (vacuno, cerdos, aves...); transporte a los lugares de sacrificio, métodos y condiciones empleadas, controles de salubridad, conservación y transporte hasta el punto de venta o la cadena de procesado. Se trata de un grupo alimentario de gran impacto en la salud que requiere una producción más sostenible, un consumo moderado y una mejora en la calidad de su composición nutricional. El impacto de la contaminación ambiental es todavía muy elevado.

- 6.- Producción intensiva de productos vegetales.** Es necesaria una mayor evaluación de la huella social, sistemas de cultivo, uso de fertilizantes, pesticidas y otros productos químicos. Se trata de un grupo alimentario vital para nuestra economía y para la estructura de la Dieta Mediterránea. Sin duda se requiere un mayor apoyo a los pequeños agricultores y a la agricultura de tecnología o variedades tradicionales o históricas sin caer en los movimientos mercantilistas que pretenden limitar el consumo de estos alimentos solo a los ciudadanos más pudientes. Con la disculpa de producto de cercanía y de variedad autóctona el vendedor o el restaurante, que en ocasiones incluso dice utilizar una pequeña cantidad de este alimento o ingrediente en la configuración de la receta, pone el precio del plato en el nivel de un tres estrellas Michelin. No debía ser este el espíritu de la iniciativa.

- 7.-Ética de la comercialización.** Los movimientos de comercialización de alimentos desde el origen de producción al consumidor que permitan una vida digna a los campesinos y recolectores pone el acento en un mundo más solidario. El sistema conocido como “Precio Justo” es un ejemplo de productos de excelente calidad que permiten un proceso sostenible y una relación más justa con el punto de origen.

8.- **Menos desperdicios.** Cada año se desechan en Europa entre el 30 y el 50% de los alimentos producidos. En España se tiran más de 7 millones de toneladas de alimentos anuales tanto el Ministerio de Agricultura como la Unión Europea han puesto en marcha una iniciativa denominada “*Más alimento – desperdicio*”²⁵⁴ con 9 consejos para llevar a la práctica esta excelente idea.

Figura 23 Estrategia “Mas alimento menos desperdicio”. MAGRAMA



Fuente: MAGRAMA. Estrategia más alimento, menos desperdicio”. Recuperado el 4 de marzo de 2015 de: [<http://www.magrama.gob.es/es/alimentacion/temas/estrategia-mas-alimento-menos-desperdicio/>].

9.- **Solidaridad alimentaria.**- El suministro gratuito de alimentos entre los más necesitados y la puesta en marcha de comedores sociales ha sido una actividad muy meritoria en todas las provincias españolas desde que existen datos estadísticos. Primero fueron las instituciones religiosas, luego se sumaron los ciudadanos acaudalados y la nobleza. Finalmente la solidaridad vecinal en primera instancia, los nuevos servicios sociales, las diversas ONG y otras instituciones consiguen que en España casi exista la universalidad del vaso de leche y del plato caliente al menos una vez al día.

²⁵⁴ Fuente: MAGRAMA. Estrategia más alimento, menos desperdicio”. Recuperado el 4 de marzo de 2015 de: [<http://www.magrama.gob.es/es/alimentacion/temas/estrategia-mas-alimento-menos-desperdicio/>].

El Banco de los Alimentos, Cáritas Diocesana, La Cruz Roja, Nutrición sin Fronteras, Acción contra el Hambre y muchas iniciativas más consiguen suministrar alimentos a los más necesitados. Según datos de 2014, casi 2,2 millones de ciudadanos en España se han beneficiado de los más de 50 comedores sociales existentes²⁵⁵. Se hace necesaria la solidaridad y la capacitación simultánea para la gestión saludable de la alimentación.

- 10.- **Ética de los nuevos alimentos.**- Es imprescindible asegurar la completa seguridad y viabilidad para los nuevos alimentos e ingredientes que se están poniendo en uso y los que están en vías de desarrollo. Variedades e ingredientes transgénicos, alimentos funcionales, elementos vinculados a la nanotecnología alimentaria, envases de todo tipo, utensilios de cocina, semillas mejoradas, procesos tecnológicos en la industria alimentaria. Es necesario mejorar el marco legal, la información al consumidor, los controles independientes y la monitorización desde las instituciones europeas, estatales y autonómicas.

13.4 Ética de la comunicación en alimentación y salud

En varios apartados de esta revisión introductoria sobre la alimentación, la comunicación y la salud hemos comentado la relevancia ética y social de la información en temas de alimentación, nutrición y salud por partes de periodistas y/o personal sanitario. En 2013 la Asociación de Informadores de la Salud (ANIS) en colaboración con la Federación de Alimentos y Bebidas (FIAB) el Ministerio (MAGRAMA), la Agencia Española de Seguridad Alimentaria, Alimentación y Consumo (AECOSAN) y la posterior incorporación de la Federación de Periodistas de España (FAPE) pusieron a punto un documento de consenso sobre la “Comunicación responsable en alimentación y nutrición”²⁵⁶ en formato de decálogo que resumimos a continuación:

²⁵⁵ Cuesta, J.G. (8 de septiembre de 2014) Casi 2,2 millones sobreviven gracias a los comedores sociales, un 20% más desde que gobierna Rajoy. El Mundo. Recuperado el 4 de marzo de 2015 de: [<http://www.elmundo.es/economia/2014/09/08>].

²⁵⁶ Manifiesto por una comunicación responsable en alimentación y salud. Recuperado el 10 de abril de 2015 de: [http://fape.es/wp-content/uploads/2014/11/Diptico_Manifesto2.pdf].

- 1.- Máximo rigor, objetividad y evidencia científica en las informaciones en alimentación y salud.
- 2.-Importancia de los estilos de vida y factores genéticos asociados a la alimentación
- 3.- Comunicación adecuada de las alertas alimentarias
- 4.- Considerar y transmitir la regulación y las inspecciones de los alimentos
- 5.-Plantear la información en base a fuentes fiables y válidas. Contrastar la información.
- 6.-Noticias basadas en la evidencia científica. Nutrición basada en la evidencia (NUBE)
- 7.-Trasparencia en la información a partir de todos los agentes involucrados.
- 8.-Rigor, equilibrio y precisión en la información
- 9.-Uso responsable de la información recuperada de Internet.
- 10.-Corresponsabilidad en la información. Informadores, científicos, empresas y administración para alcanzar la buena praxis en la información en temas de alimentación y salud.

14 Comunicación y crisis alimentarias

El concepto de crisis alimentaria hace referencia a un riesgo alimentario detectado en un alimento o grupo de alimentos que pone en peligro la salud de los potenciales consumidores. Con frecuencia se trata de una sustancia tóxica o potencialmente tóxica detectada en algún alimento, producto alimentario o pienso. En estos casos el operativo se plantea con el objetivo de detectar e inmovilizar los alimentos existentes en el mercado o en tránsito hacia él (sistemas de vigilancia alimentaria) y la comunicación a la población sobre el riesgo y medidas para evitarlo o minimizarlo.

También se denomina crisis alimentaria aquella relacionada con el suministro de alimentos o bebidas que con motivo de una catástrofe natural, conflicto bélico, epidemia etc., se hace insuficiente para la población y la pone en grave riesgo de malnutrición, procesos infecciosos secundarios etc. En ambos casos, aunque con argumentos diferentes los MCS son elementos clave para la mejora o solución del problema.

La Agencia Española de Seguridad Alimentaria, Nutrición y Consumo (AECOSAN, 2014)²⁵⁷ ha impulsado la elaboración de un documento para analizar las claves de actuación ante una situación de crisis alimentaria. En el documento se resalta que una crisis alimentaria puede tener consecuencias graves para la salud. También puede despertar alarma social y tener un efecto negativo para los operadores económicos. Por lo tanto es de vital importancia poner a punto antes de que suceda los mecanismos necesarios para:

- 1.- Favorecer una gestión óptima
- 2.- Minimizar los daños
3. Transmisión clara, veraz y adecuada a los consumidores

²⁵⁷ Jefes de Agencias de la Unión Europea (HoA) (2014). *Compartiendo protocolos, experiencias y conocimientos sobre la gestión y comunicación de crisis alimentarias*. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN). Recuperado el 3 de mayo de 2015 de: [http://aesan.msssi.gob.es/AESAN/docs/docs/notas_prensa/Espanol_final_report.04.pdf].

Las directrices modelo de actuación están protocolizadas por la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA) y por la Comisión Europea (Decisión 2004/478/CE de la Comisión).

En el documento se resalta la importancia de varios aspectos fundamentales:

- 1.- Unidad de acción
- 2.- Agilización en la toma de decisiones
- 3.- Proporcionalidad y transparencia
- 4.- Colaboración y coordinación de todas las partes implicadas
- 5.- Información clara en respuesta a la situación
- 6.- Pautas de comunicación
- 7.- Consideración de los requisitos legales
- 8.- Uso de los principios de gestión preventiva y de la incertidumbre

En el caso de las crisis alimentarias precedentes los ciudadanos consideran más valorado las páginas web como canal de comunicación, seguidas de las redes sociales, la televisión y la prensa escrita. La radio es el canal menos valorado.

Se valora la presencia de un único portavoz oficial aunque sea un comunicador externo a la institución responsable. Informar a la población lo antes posible con claridad y dar las pautas necesarias para minimizar los efectos o el riesgo detectado. Quedan pendientes investigar las limitaciones, el vocabulario y los formatos específicos para utilizar las redes sociales como medio de comunicación bidireccional en estas situaciones.

En la gestión de una crisis alimentaria es primordial contar con una red de alerta alimentaria, un sistema de comunicación que permite que información crucial sobre determinados alimentos se transmita de forma rápida entre todos los sectores implicados. En España, esta red se materializa con el Sistema Coordinado de Intercambio Rápido de Información (SCIRI); este se integra en el de la UE, el Sistema de Alerta Rápida para Alimentos y Piensos (RASFF); y en la Red Global de Seguridad Alimentaria (INFOSAN).

Desde el punto de vista de la comunicación en situación de crisis alimentaria es imprescindible abordar estas premisas

- A)- Informar al público: Reglamento (CE) nº 178/2002
- B) –Activar un teléfono de atención al ciudadano (OIAC)
- C).- Comunicación permanente y actualizada en el Portal WEB
- D)-Disponer de un Gabinete de Medios de Comunicación

Algunas crisis alimentarias importantes padecidas en los últimos años han servido de banco de pruebas para una mejor gestión de los riesgos y fraudes alimentarios y también para establecer protocolos de comunicación:

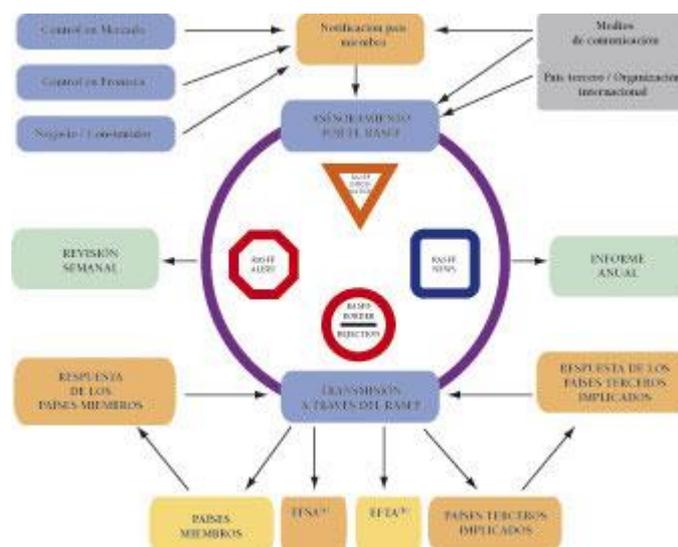
- El síndrome del aceite tóxico, también conocido como síndrome tóxico o enfermedad de la colza fue una intoxicación masiva sufrida en España en la primavera de 1981. La enfermedad afectó a más de 20 000 personas ocasionando la muerte de unas 1100 personas que habían consumido aceite de colza desnaturalizado para uso industrial que luego fue vendido fraudulentamente para consumo humano.
- “Enfermedad de las vacas locas” Reino Unido y otros países. Casi 350.000 animales afectados. 220 personas padecieron la nueva variante de la Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.
- Crisis alimentaria en Alemania: presencia de E. Coli-Enterohemorrágico en brotes de soja elaborados en Alemania e inicialmente atribuidos a los pepinos de Almería. Registrados más de 4.000 casos con más de 40 fallecidos.

En los últimos años han aparecido con relativa frecuencia otras crisis alimentarias; intoxicación por dioxinas, gripe aviar, gripe porcina, presencia de benzopirenos en aceite de orujo español etc. Las nuevas medidas de trazabilidad de los alimentos y el sistema europeo de alertas rápidas ayudarán en gran medida al control de los riesgos.

Después del desastre de Fukushima y para evitar la entrada de alimentos contaminados se puso en marcha el Reglamento de ejecución (UE) no

284/2012 de la Comisión, de 29 de marzo de 2012, por el que se imponen condiciones especiales a la importación de piensos y alimentos originarios o procedentes de Japón a raíz del accidente en la central nuclear de Fukushima y se deroga el Reglamento de Ejecución (UE) no 961/2011 [Diario Oficial L 92 de 30.3.2012].²⁵⁸

Figura 24.-: Esquema de control y respuesta a las crisis alimentarias (EFSA, 2014)



Fuente: Jefes De Agencias Alimentarias Nacionales De La UE (Hoa) (2014). *Compartiendo protocolos, experiencias y conocimientos sobre la gestión y comunicación de crisis alimentarias*. Recuperado el 4 de marzo de 2015 de:

[http://aesan.mssi.gob.es/AESAN/docs/docs/notas_prensa/Espanol_final_report.04.pdf]

²⁵⁸ El **síndrome del gourmand** es un síndrome raro y curioso que produce en el paciente un irrefrenable deseo de comprar o cocinar alimentos exquisitos y platos muy sofisticados. La enfermedad fue descrita por primera vez por los investigadores M. Regard, y T. Landis en 1997 en la revista *Neurology*. Al parecer este trastorno de la alimentación está causado por una lesión que afecta a ciertas zonas del hemisferio cerebral derecho (lóbulo temporal y frontal) y puede generar alteraciones en la adecuación alimentaria y dispendio económico severo.- Regard M, T Landis T (1997) "Gourmand syndrome". Eating passion associated with right anterior lesions. *Neurology* 48, 1185-1190.

15 Factores Relacionados en las Decisiones de Compra de alimentos

En la compra y adquisición de alimentos y productos alimentarios se ponen en marcha muchos mecanismos conscientes e inconscientes que interactúan en la decisión de elegir un tipo de alimento o bebida. De introducirla en la cesta de la compra, de solicitarlo en un bar, un restaurante o en un pedido por internet.

Desde un punto de vista general a la hora de seleccionar un producto “ lo que busca el comprador no es el producto en sí, sino los beneficios o servicios que este le puede aportar”²⁵⁹. En el caso de la compra de un alimento el consumidor asume su presencia en el marco de sus hábitos alimentarios y sobre esta premisa valora un gran elenco de parámetros que según la circunstancia y el momento emocional condicionaran el último paso: la compra y/o la ingesta del alimento.

Acompañando aspectos sensoriales el consumidor puede valorar el valor nutritivo, el impacto en la salud, el ahorro de tiempo, la imagen de marca, su relación con el aspecto físico, la conservación de la naturaleza, la seguridad entre otros. La mayor parte de estos factores están o pueden estar influenciados o reforzados por acciones de comunicación en los medios. Unas de carácter publicitario y otras relacionadas con los contenidos y la información aportada por los medios de comunicación en sus diferentes formatos.

En ocasiones el marketing operacional incluye el uso selectivo de los MCS y los canales de distribución y venta para hacer llegar los mensajes de excelencia sobre determinados productos o ingredientes. No solo se pueden utilizar los publirreportajes, también los artículos aparentemente independientes pero relacionados con inserciones de publicidad y otras muchas veces como reflejo de noticias de la prensa científica.

²⁵⁹ Estrategia de marketing y comportamiento del consumidor. UOC, 2009

W.L. Wilkie propuso en 1994 el análisis de tres estadios en el comportamiento del consumidor ante la compra de un nuevo producto²⁶⁰

Una primera etapa denominada de precompra donde el consumidor recaba información y valora posibles alternativas y contenidos. En este apartado la información obtenida a partir de medios de comunicación tradicionales, internet y libros especializados puede resultar decisiva.

Una segunda fase denominada de compra donde el consumidor se encamina a la tienda, supermercado o tienda virtual en internet con una primera decisión de compra que podrá ser modulada y condicionada por los estímulos presentes en el punto de compra.

La tercera fase denominada post-compra que corresponde con la utilización o la degustación del producto que producirá satisfacción o decepción según el resultado obtenido.

El proceso de compra se basa en una relación asimétrica entre factores cognitivos, afectivos y conductuales. En muchos casos y sobre todo en la adquisición de nuevos alimentos la compra motivada es el elemento clave. En este proceso, los estímulos derivados de la información recibida a través de los MCS es una pieza fundamental para generar o reafirmar una necesidad sentida.

En el proceso de compra motivada existes tres figuras potenciales: el comprador, el pagador y el usuario. En algunos casos las tres figuras son la misma persona pero en ocasiones no. Cada una de las situaciones tiene su proceso cognitivo y motivaciones propias que conviene explorar y conocer en los procesos de comunicación y marketing.

El consumidor se posiciona ante una posibilidad de compra a partir de sus características individuales, su situación anímica, las características del producto y los factores situacionales. Los estímulos situacionales son muy

²⁶⁰ Wilkie, W.L. (1994). *Consumer Behavior* 3ed. New York: John Wiley

importantes en el proceso final de decisión de compra y suelen estar relacionados con las estrategias de marketing del punto de compra: política de precios, descuentos, promociones, situación física del producto en la estantería o en la dimensión del local, ubicación del producto en relación a sus competidores etc.

En relación a la compra de un alimento o producto alimenticio el consumidor se puede plantear en la mayor parte de los casos estos puntos de interés:

1.- Tangibilidad: elemento concreto con unas características nutricionales u organolépticas muy definidas y de necesidad funcional básica (azúcar, aceite...)

2.- Duración: producto perecedero, vida media del producto, situación en el proceso de maduración, fecha de consumo preferente, necesidad de conservación etc.

3.- Disponibilidad. Este punto hace referencia a la facilidad de su adquisición. Los productos de conveniencia son muy fáciles de adquirir en situaciones de normalidad (pan). Estos productos son susceptibles de compra impulsiva. En un segundo nivel nos encontraríamos los productos de comparación o esporádicos que necesitan un posicionamiento cognitivo y de duración del proceso más significativo (complementos dietéticos, hígado de ternera, productos ecológicos integrales, etc.). En un tercer nivel nos encontraríamos los productos de especialidad donde el tiempo de adquisición tiene menos importancia por su carácter excepcional (pan artesano con masa madre, tomate feo de Navarra, guisantes de lágrima, etc.). En este apartado se considera por último la disponibilidad de productos no buscados o deseados inicialmente (caviar, semillas de lino, etc.) pero que son susceptibles de pasar a otros niveles si la información recibida realza sus características funcionales o su rol social.

El proceso de compra suele venir precedido o acompañado de un proceso de decisión. Esta decisión se basa en un reconocimiento de la necesidad y de manera más o menos en aspectos cognitivos y en búsqueda o recuerdo de información sobre el producto y sus características (conjunto evocado).

La toma de decisiones con la información disponible en la memoria puede no ser suficiente en determinadas situaciones o en relación a distintos alimentos o productos. En este caso el consumidor suele recurrir a la búsqueda externa de información. La motivación por la que se adquiere o se desea adquirir nueva información se fundamenta en los beneficios potenciales derivados de un mayor conocimiento del producto y su funcionalidad.

15.1 Fuentes de información

Las fuentes de información sobre productos alimentarios, ingredientes o utillaje complementario han podido impactar en el consumidor o su entorno a través de dos canales diferenciados:

1. Fuentes de información controladas por las empresas o grupos de interés. En este apartado confluyen las acciones desde la empresa o los canales de distribución a partir de publicidad en todos sus términos, folletos, páginas web de la empresa o diversos tipos de información en el punto de compra.
2. Fuentes de información independientes. Proviene del círculo familiar o de amistades, el solicitado o recibido de expertos o personal de salud, y de la propia experiencia, como fuentes personales. Las fuentes generales se derivan de los medios de comunicación social, internet, información de asociaciones de consumidores, asociaciones científicas o profesionales. Revistas y medios especializados, páginas web institucionales y en algunos casos asociaciones de pacientes o afectados.

En los aspectos alimentarios las personas muy sensibilizadas por su salud y el potencial impacto de los distintos alimentos viven una situación de búsqueda permanente de información con una mayor implicación en los elementos presentes en la cesta de la compra. Existe como elemento de motivación el denominado riesgo percibido. A mayor riesgo percibido mayor necesidad de recabar información sobre distintos alimentos, bebidas y procesos culinarios derivados. Un mayor conocimiento nos hará procesar con mayor facilidad información complementaria.

Este proceso en toda su dimensión seguiría un modelo simplificado en el caso de decisiones de compra en las que el consumidor está habituado y ha desarrollado experiencia con resultados positivos. Aquí también valoraremos la importancia de los hábitos de compra que automatizan este proceso y simplifican su proceso cognitivo.

En el modelo de intención de compra nos encontramos al menos con tres posibilidades distintas:

- 1.- Compra planificada en la que producto y marca se eligen siempre de antemano (Cola Cao original)
- 2.- Compra parcialmente planificada en la que tenemos claro el producto pero dejamos la elección de la marca a la elección en el punto de compra (leche, queso manchego, salsa de tomate...)
- 3.- Compra no planificada. No se tiene decidido ni el producto ni la marca (recorrido por el supermercado para ir “recordando” los productos que se necesitan y eligiéndolos de las estanterías en función de diversas sensaciones (novedad, precio, valor nutricional, “producto saludable”, oferta promocional, aspecto, etc.). Esta situación es diferente a la denominada “compra por impulso”.

Como habíamos comentado, la configuración básica de la cesta de la compra se satisface a partir de productos de baja implicación en los que los factores situacionales juegan un papel importante en la elección. Sin dejar de recordar que varios se elegirán por primera vez o se volverán a elegir por motivos “técnicos” derivados de la alfabetización nutricional facilitada por los medios de comunicación social junto con otros informadores o agentes de salud.

Preparar la lista de la compra; Componente emocional y la utilidad subjetiva

La compra por impulso es una reacción eminentemente emocional ante la presencia de un alimento, producto o servicio. Se trata de un acto que dependerá de aspectos emocionales y cognitivos del consumidor que puede producirse en el marco de una compra no planificada (cesta de la compra sin

lista previa) pero que no se deriva necesariamente de esta circunstancia. En los componentes de la compra por impulso tiene mucho peso el estado emocional positivo o negativo, las conductas compensatorias y el ambiente situacional. Al margen del posicionamiento espacial de determinados objetos más susceptibles de compra impulsiva (dulces, libros, flores...) en la actualidad los puntos de venta dan mucha importancia al aspecto y colocación de los alimentos u objetos con iluminación especial que resalte sus cualidades (luz especial para resaltar el aspecto de frutas o verduras), tipo de música, intensidad de la luz, decoración ambiental y aromas singulares. Muchas casas comerciales han logrado diseñar su propio aroma representativo de la marca que incluso se percibe desde el exterior con el interés de atraer y ser reconocido por los viandantes o clientes. Este argumento podría ser motivo de fidelización pero también de compra impulsiva en muchas ocasiones.

15.2 Configuración de la cesta de la compra

El consumidor se adentra en el mercado de proximidad o en el supermercado con la intención de cumplimentar la cesta de la compra. En este proceso priman aspectos cognitivos, emocionales, de comodidad, de tiempo disponible y de precio sobre una estructura planificada o no de antemano. Veamos el panorama general a partir de un Panel Nielsen:

- 1.- Consumidor en el que el producto y la marca están presentes en la lista de la compra y no son susceptibles de modificación (cliente fidelizado): 22% de la cesta de la compra
- 2.- Consumidor con el producto decidido pero no la marca concreta: 15% de la cesta de la compra.
- 3.- Consumidor con la marca decidida pero modificada en el punto de compra: 5% de la cesta de la compra.
- 4.- Consumidor con el producto o marca no decidido de antemano: 55% de la cesta de la compra.

En cualquiera de las 4 situaciones los aspectos cognitivos de educación y alfabetización nutricional adquieren especial importancia hacia la configuración de una cesta de la compra más adecuada y saludable. Puntos relacionados

con la educación para el consumo (lista de compra, comparación de precios, etc.) junto con temas de valor nutricional (comprensión del etiquetado nutricional, cumplimiento de las Guías Alimentarias) y componentes de interés para la salud (consejo dietético, información de salud en MCS, etc.)

No hay duda de que un porcentaje importante de la decisión de compra se relaciona con aspectos cognitivos que se ponen en marcha tanto en la compra planificada como en el caso de la compra no planificada e incluso en la denominada compra impulsiva. Estos aspectos cognitivos y la capacitación para la salud son los aspectos que debemos considerar cuando pensemos en comunicar temas de alimentación y salud.

15.3 Evolución de la cesta de la compra de alimentos

El contenido de la cesta de la compra ha evolucionado en paralelo a los cambios producidos en nuestra sociedad. La crisis económica, el aumento del número de hogares unipersonales, la reducción del tamaño de las familias, el aumento de los ciudadanos de mayor edad y los cambios en los estilos de vida han condicionado la configuración del lugar de compra y de la adquisición de alimentos y bebidas.

Según el estudio Nielsen (2014) sobre la compra de alimentos realizado en una muestra de 8.000 personas de todo el Estado se desprende la existencia de varios patrones de consumo influenciados por la edad del consumidor, el nivel adquisitivo y el tamaño de la familia²⁶¹

Veamos el comportamiento específico de los consumidores con algunos alimentos o productos concretos:

Aceite: las personas jóvenes compran el aceite de olivar virgen en botella de cristal, las personas de mediana edad suelen adquirir envases de plástico de 1 l. Las familias con más miembros y las personas de edad compran garrafas de

²⁶¹ Nielsen (2014). Patrones de consumo según edad del consumidor y unidad familiar

plástico de mayor volumen y mejor precio. En este apartado los datos de 2015 apuntan a un aumento del precio del aceite de oliva virgen, con una disminución del volumen de ventas del aceite de oliva normal y un aumento simultáneo del consumo de aceite de girasol.

Pastas alimenticias: los jóvenes (grandes consumidores de pasta) se decantan por los envases de 500 g, las personas de edad por los formatos en plástico de 250 g y las familias por los grandes formatos.

Atún en conserva: como elemento de representativo del pescado en conserva. Las personas jóvenes se decantan por la compra de envases conjuntos de 3 latas pequeñas, mientras que los hogares con niños adquieren latas de 500 g o más.

Zumos: las familias con niños adquieren envases de 200 ml, mientras que los adultos compran con mayor frecuencia envases de 1 litro en cartón o cristal.

Agua mineral envasada: las familias con niños pequeños demandan botellas de 300 ml. Mientras que las familias con personas adultas o ancianos adquieren botellas de 1 litro o garrafas (agua en garrafa más los ancianos).

Yogures: los jóvenes destacan por el consumo de formatos individuales grandes, yogur bebible en envase de 500 ml que también tienen mucha aceptación en jóvenes adolescentes. Los adultos y personas mayores optan por los envases de 125 g o en todo caso por envases intermedios.

Estos ejemplos se pueden trasladar a la mayor parte de los productos envasados. Muchas empresas vienen incorporando al mercado envases reducidos (leche, azúcar, mahonesa, legumbres, arroz...) pensando en los hogares de 1 sola personas, preferentemente jóvenes y personas mayores que viven solas.

El estudio Nielsen (2014) plantea que los consumidores seleccionan los productos alimentarios en función de estos tres atributos por orden de

prioridad: el precio, la marca y la cantidad de producto²⁶². Otros estudios como el de MERCASA²⁶³ indican que también entran en juego las ofertas, las propiedades nutricionales atribuidas, la visibilidad en los medios de comunicación y la innovación (producto nuevo con nuevas posibilidades). El importante auge de las marcas blancas (35% de la cesta de la compra) puede atribuirse casi totalmente a los mejores precios en relación a los productos con marca. En todo caso en 2015 se aprecia una reactivación de los productos de marca para ganar cuota de mercado con precios más competitivos y otros valores puestos en escena.

Como habíamos comentado la innovación es uno de los factores que utilizan las empresas con I+D+i para posicionarse con más fuerza frente al consumidor. El equipo Nielsen ha constatado que el 60% de los compradores prefiere versiones de marcas conocidas, el 63% adora los productos nuevos y un 56% cambiaría de marca ante una presentación novedosa o un valor añadido. En este punto los medios de comunicación también tienen un papel clave. Informar de la innovación, del nuevo ingrediente, del nuevo aspecto tecnológico utilizado. También de la nueva funcionalidad del alimento, producto o variedad ofertada.

15.3.1 Hábitos de comida dentro y fuera del hogar

Los días laborables a la mesa de los hogares españoles se sientan un promedio de 2,3 personas a la hora de la comida del mediodía. En la cena la cifra sube a 2,6 personas. Un 9% de personas no suele comer en su casa por motivos laborales u otros. Estas personas suelen buscar menús similares a la comida realizada en el hogar. El 35% de los jóvenes no come en casa al mediodía pero si suelen cenar en casa o en casa de sus padres. Las personas mayores suelen realizar en gran medida todas las comidas en casa.

En cuanto a la composición de las comidas caseras depende del tiempo disponible. Las cenas suelen ser sencillas y de preparación rápida durante los

²⁶² Nielsen (2014). Patrones de consumo según edad del consumidor y unidad familiar

²⁶³ MERCASA (2015). Alimentación en España. Consumo Alimentario 2014. Recuperado el 14 de marzo de 2015 de: [http://www.mercasa-ediciones.es/alimentacion_2014/pdfs/pag_040-050_consumo_alimentario.pdf].

días laborables de la semana. En el fin de semana se dedica más tiempo a una comida más elaborada.

Dos de cada 10 comidas o cenas que realizamos en casa se basan en productos precocinados. Este porcentaje es mayor en grandes ciudades. Esta estructura es más frecuente en personas y parejas jóvenes y cuando la considerada el ama de casa trabaja fuera del hogar sobre todo los días laborables de la semana.

En relación a los hábitos de compra en general en los hogares se realizan algo más de 2 compras generales a la semana. Solo un 14% compra a diario. Más del 60 % realiza solo una compra al mes o cada 15 días la mayor parte en grandes superficies o hipermercados. Esta concentración de la compra ha repercutido negativamente en las tiendas de cercanía. En 1989 teníamos en España 86.000 tiendas de barrio. En la actualidad se estimas por debajo de 25.000 las tiendas tradicionales de suministro de alimentos.

En todos los casos la cercanía, la comodidad y el precio son los factores que fidelizan a los clientes en las cadenas de distribución o pequeños comercios. Para las personas mayores las tiendas de proximidad y los mercados de cercanía son la primera opción para productos frescos (carne, pescados, frutas, pan...).

El estudio Nielsen concluye poniendo énfasis en los factores que reconocen también los consumidores como determinantes en la elección de compra como añadidos a los puntos mencionados como prioritarios de precio y marca:

- 1.- Recomendación de un amigo, conocido o familiar sobre todo en productos nuevos o especiales. Aquí también podemos considerar los denominados prescriptores: sanitarios y medios de comunicación.
- 2.- La publicidad sobre todo en población infantil y en padres con niños pequeños.
- 3.- La fecha de caducidad o consumo preferente
- 4.- Los folletos o la comunicación aportada por ciertas tiendas y superficies de distribución.

En la cesta de la compra sigue la tendencia al ahorro en la gran mayoría de los hogares con excepción de los productos innovadores, los productos saludables y los que hacen la vida más fácil²⁶⁴ (Nielsen, 2014).

En relación a la forma de realizar los pedidos la compra online (e-commerce) va avanzando en nuestra sociedad para llenar la compra en formato digital. A través de la página web del establecimiento el 52% de los consumidores han accedido a este servicio. El 22% prefiere utilizar la App de la cadena alimentaria. La entrega de pedidos online también tiene su curiosidad con datos de 2015. El 34% prefiere la entrega del pedido en casa (el denominado home delivery); el 23% prefiere recoger en pedido en el establecimiento (click & collect) con la variante del denominado click & drive servicio preferido por 2 de cada 10 personas y que consiste en acudir en coche al establecimiento y un empleado se encarga de introducir el pedido en el maletero.

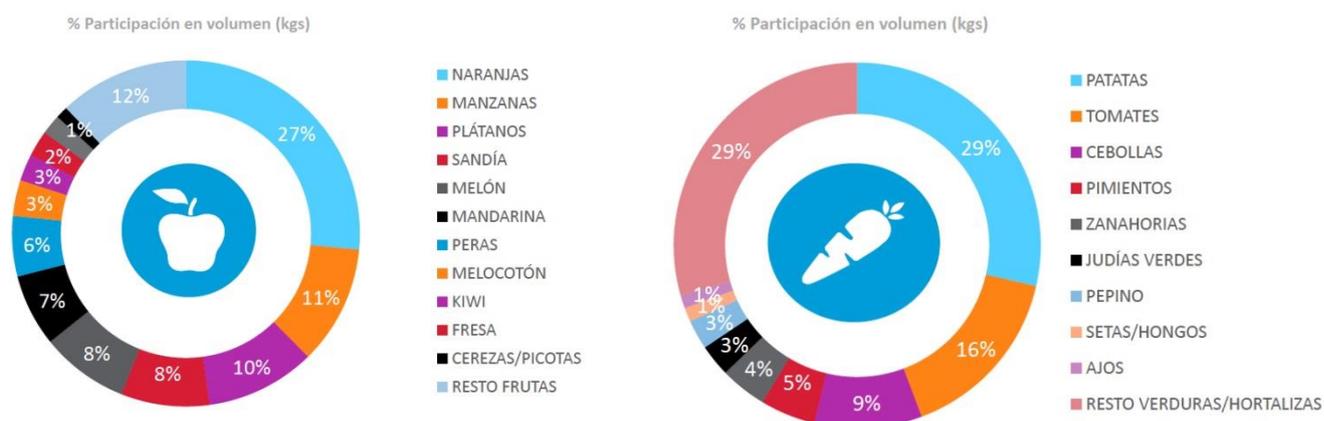
El denominado e-commerce funciona cada vez más entre los consumidores españoles que se conectan a través de su móvil a la red mientras realizan la compra para conocer la opinión de otros consumidores o de expertos en relación a determinados productos, ingredientes u ofertas que tienen en ese momento a su alcance inmediato.

²⁶⁴ Nielsen (2014). Patrones de consumo según edad del consumidor y unidad familiar. Recuperado el 20 de mayo de 2015 de: [<http://www.nielsen.com/es/es/press-room/2014/espana-pasa-del-carro-a-la-cesta-de-la-compra-los-consumidores-g.html>]

Figura 25. E-comercio en España (2013)

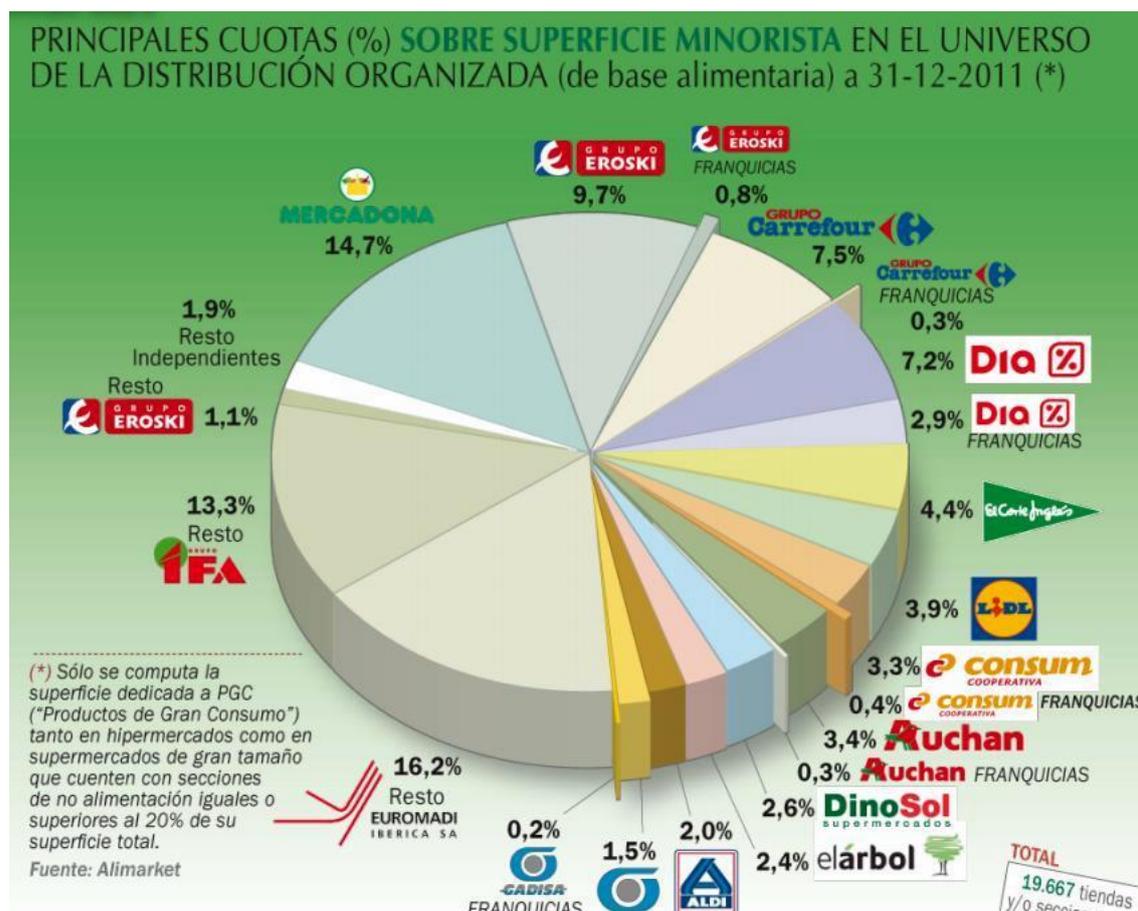


Fuente: SymphonyIRI. Análisis de los hábitos on line del comprador. Febrero 2013

Figura 26.- Proporción de frutas y hortalizas en el volumen de productos distribuidos²⁶⁵

Fuente: Informe Nielsen "Preferencias de los canales de distribución del consumidor global" el 13 de agosto y el 5 de septiembre de 2014

²⁶⁵ El informe internacional Nielsen "Preferencias de los canales de distribución del consumidor global" se realizó entre el 13 de agosto y el 5 de septiembre de 2014 con la participación de más de 30.000 consumidores online de 60 países de Asia-Pacífico, Europa, América Latina, Oriente Medio, África y América del Norte.

Figura 27.-Distribucion organizada²⁶⁶

Fuente: Alimarket (2012). Infografía sobre cuotas de mercado en la distribución organizada española

²⁶⁶ Infografía de Alimarket sobre cuotas de mercado en la distribución organizada española

En España Mercadona es el líder las ventas (14.402 mill de euros), Carrefour (14.296), Eroski (6.755), El Corte Inglés (4.830), Auchan (4.684), Lidl (2.400), Consum (1.584), Dinosol (1.494), Makro (1.332) y Ahorramás (1.264) (Alimarket, 2012)

Tabla 7.- Factores influyentes en la decisión de compra o demanda

Factores personales	Motivación hacia la búsqueda	Implicación en la compra o en el producto
		Riesgo percibido en la compra
		Costes y beneficios en la búsqueda
		Actitud en la búsqueda
	Capacidad para adquirir y procesar información de los medios de comunicación y entorno cercano	Experiencia y conocimiento del consumidor
		Características sociodemográficas del consumidor
Factores situacionales	Tipo de mercado y de producto	
	Características y forma de la información	
	Características del mercado (diferenciación)	
Factores del entorno del mercado	Nivel de precios y dispersión	
	Estabilidad del producto	
	Número y características de los establecimientos comerciales	

Fuente: modificado de ALONSO, J. (2004): *Comportamiento del Consumidor*. Editorial ESIC, Madrid, pp 82-95

Segunda parte:

Trabajo de investigación

Justificación, Objetivos y Metodología

"Si buscas resultados distintos, no hagas siempre lo mismo"

Albert Einstein. Premio Nobel de física (1879-1955)

1.-Justificación del tema

En este proyecto intentamos establecer la relación consciente e individualizada entre el papel informativo, divulgativo y persuasivo de los medios de comunicación consumidos específicamente por cada unidad motivo de estudio y la presencia de un alimento, nuevo alimento, técnica culinaria o perfil alimentario que pudiera afirmarse estar relacionado con el **impacto informativo** esporádico o continuado analizado como variable independiente.

1.1 Hipótesis de trabajo

En la sociedad actual los medios de comunicación social, prensa, radio, televisión y también los medios digitales e internet, tienen un papel importante en la decisión de compra de los ciudadanos y, por lo tanto, en la configuración del modelo alimentario y como consecuencia, su repercusión en el estado de salud y calidad de vida.

2.-Objetivos de la investigación

2.1 Objetivo general

En este trabajo se plantea:

1. Analizar la influencia de los medios de comunicación en el conocimiento de la existencia de nuevos alimentos, ingredientes o en la idoneidad renovada de algunos alimentos tradicionales.
2. Conocer los efectos de los medios de comunicación sobre el nivel de información de la audiencia en temas básicos relacionados con la alimentación.

2.2 Objetivos específicos:

1. Analizar las principales fuentes de información sobre temas alimentarios en el colectivo estudiado.
2. Conocer el porcentaje de ciudadanos que introducen un nuevo alimento o ingrediente en su perfil alimentario en relación a la información recibida por los medios de comunicación social.
3. Enumerar los argumentos que condicionan la introducción o el cambio en los hábitos de consumo alimentario.
4. Describir el consumo habitual de medios de comunicación en el colectivo en relación con la ingesta de alimentos

3.-Material y método

Presentamos una investigación con un diseño metodológico basado en primer lugar en técnicas cuantitativas. Un método considerado apropiado y defendido entre otros autores por Holsti (1968), Berelson (edición de 1952) y más tarde por Krippendorff (1990) o Piñuel y Gaitan (1998), para abordar el estudio de manera objetiva y sistemática.

La investigación se completó empleando una metodología cualitativa, según aconsejan autores de referencia como Bailey (1990), Sierra (1998), Ruíz (2005) y Báez (2007). A su vez Bericat (1998) considera que el uso de una metodología cualitativa y cuantitativa aporta una visión completa a la investigación.

Para lograr los objetivos planteados se ha realizado por un lado, una investigación cualitativa mediante grupos focales y por otro lado, se ha llevado a cabo un estudio transversal observacional en una muestra aleatoria poblacional.

3.1 Investigación cualitativa

Se organizaron cuatro grupos focales, dos con hombres y mujeres con edades comprendidas entre 30 y 50 años y dos con hombres y mujeres con edades comprendidas entre 60 y 80 años. En cada sesión participaron entre 8 y 10 personas y tuvieron una duración máxima de 45 minutos. Se utilizó un cuestionario de 8 preguntas en las sesiones. Cada pregunta centraba la discusión en un tema y se planteaban bien como preguntas abiertas que no admitían respuestas monosilábicas o como frases inacabadas. Se estructuraron dos preguntas para facilitar la introducción y presentación del tema de discusión; cinco preguntas abriendo temas a discutir en el grupo y una pregunta de cierre y recapitulación de la sesión. Los temas clave abordados fueron la información sobre alimentación y salud (Subtemas: dónde, cómo, frecuencia, confianza) y conocer nuevos alimentos y bebidas (dónde, cómo, confianza, uso). Cada grupo estuvo guiado por una persona acompañada por

un observador que recogía las informaciones y comentarios de los participantes.

Se invitó a participar a personas voluntarias que reunieran las características establecidas previamente para cada grupo. Se reclutaron en entornos próximos a centros educativos, equipamientos socioculturales públicos y aulas de la experiencia de la Universidad del País Vasco-Euskal Herriko Unibertsitatea. Se explicaba el interés y finalidad de la investigación, en qué consistiría su colaboración y se garantizaba la confidencialidad de la información, que quedaría registrada de forma anónima, de acuerdo a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. Una vez recibida esta información y asegurado que lo habían comprendido, firmaban un documento de consentimiento informado.

Las sesiones de discusión de cada grupo se grabaron y complementariamente el observador tomaba notas, tanto de las contribuciones de cada participante, como de expresiones, gestos y lenguaje no verbal. La información quedaba registrada de forma anónima. Se informó a los participantes de que se grabaría la sesión y se solicitó su autorización.

Se realizaron transcripciones literales del contenido de las grabaciones, añadiendo anotaciones complementarias sobre las observaciones registradas en los casos oportunos. Posteriormente se eliminaron las palabras y textos superfluos e irrelevantes de las transcripciones y se separaron los comentarios relevantes, nuevas ideas aportadas y se introdujo en una base de datos para su posterior codificación. Se buscaron categorías comunes dentro de cada bloque de información para cada pregunta de la discusión hasta consensuar las categorías más adecuadas, y se asignaron códigos, se reorganizó y sintetizó.

3.2 Estudio transversal poblacional

El ámbito poblacional del estudio es el conjunto de personas residentes en viviendas familiares principales y como ámbito geográfico se considera todo el territorio estatal. Para la selección de la muestra se siguió un procedimiento aleatorio polietápico, configurado en tres fases, con estratificación de las unidades de primera etapa (secciones censales) por comunidades autónomas.

En un segundo nivel se consideraron las viviendas principales dentro de cada unidad censal y a su vez, en cada hogar se seleccionó un individuo.

Se consideraron los siguientes grupos de edad: 3 a 8 años; 9 a 18 años; 19 a 64 años y más de 64 años. Se estimó el tamaño de muestra necesario en 6.800 individuos, lo que permite realizar estimaciones específicas por grupos de edad y sexo en cada Comunidad Autónoma con resultados extrapolables y representativos. Para el diseño y tratamiento muestral se contó con la colaboración de la empresa líder en estudios poblacionales Sigma-2 de Madrid.

La recogida de información se llevó a cabo a lo largo de un año natural, entre abril de 2014 y mayo de 2015, desarrollando el trabajo de campo con cuatro submuestras coincidentes con las cuatro estaciones del año.

3.3 Protocolo del estudio

El protocolo del estudio contemplaba los siguientes apartados.

1. Datos sociodemográficos, que incluyen edad, sexo, nivel educativo, ocupación, actividad laboral y lugar de residencia.
2. Alimentos o ingredientes conocidos a través de los medios de comunicación.
3. Alimentos o ingredientes conocidos a través de los medios que se han incorporado a la dieta en los últimos años
4. Fuentes de información y consulta sobre alimentación.

En cada unidad muestral se aplicó un cuestionario con 28 items. El cuestionario fue cumplimentado en todos sus items, 21 preguntas cerradas y 7 apartados abiertos, aunque delimitados. En menores de 12 años las respuestas fueron tuteladas por los padres o tutores.

A cada encuestado se le solicitó dibujar en un espacio acotado dentro del cuestionario la silueta de un alimento de especial significado para él.

El cuestionario fue diseñado y validado en septiembre de 2006, para la elaboración del trabajo de la Suficiencia Investigadora, en una prueba piloto. Se aplicó el cuestionario inicial a 12 personas entre 20 y 55 años; seis personas tenían entre 20 y 25 años y otras seis tenían entre 50 y 55 años. En esta nueva fase y con algunos cambios en el cuestionario de 2006 se planteó un nuevo

estudio piloto en Febrero de 2014 (n= 40) con personas seleccionadas al azar domiciliadas en País Vasco y Navarra.

Se comprobó pregunta por pregunta cada uno de los siguientes parámetros:

1. Comprensión operativa del enunciado de la pregunta
2. Comprensión de las posibles respuestas sugeridas
3. Existencia de suficiente espacio de expresión para las preguntas abiertas
4. Existencia de intervalos de respuesta adecuados a la dimensión de la pregunta
5. Tiempo de realización del cuestionario por bloques temáticos
6. Opinión personal de los participantes en relación al interés global del cuestionario.

Como consecuencia de este proceso se suprimieron dos preguntas y se modificó el enunciado o estructura de otras tres para adecuarlas a una mejor cumplimentación de acuerdo a los objetivos del estudio.

La información se recogió en el transcurso de una entrevista individual en el domicilio del encuestado en un horario previamente pactado. Este bloque temático relacionado con los MCS formaba parte un protocolo más amplio de valoración alimentaria, estado nutricional y estilos de vida.

Una vez cumplimentados los cuestionarios que sirvieron de soporte para el estudio, se procedió a su codificación e informatización. Se analizaron inicialmente los conceptos emergentes en las preguntas abiertas para su posterior categorización. De esta manera se estableció un sistema de codificación secundaria que ha permitido realizar un análisis cuantitativo de la información.

3.3.1 Confidencialidad y aspectos éticos

El protocolo de trabajo se diseñó cuidando estrictamente que estuviera de acuerdo con el acuerdo de Helsinki sobre investigaciones en seres humanos, invitando a los encuestados a participar libremente una vez informados detalladamente sobre el interés y objetivos del estudio, en qué consistía su colaboración, en cuanto a tiempo y esfuerzo dedicado, posibles implicaciones, riesgos y beneficios de su colaboración, así como la solución de posibles

dudas. También se informaba sobre el tratamiento confidencial de la información facilitada, y que quedaría registrada de forma anónima, no identificable en las bases de datos.

Completado el proceso de información detallada a cada participante, y una vez confirmado que la habían comprendido, se solicitaba su consentimiento para participar de forma voluntaria. En el caso de menores o personas tuteladas, se informaba además con el mismo procedimiento, al padre, madre o tutores y se solicitaba también su autorización para que el menor de 18 años o la persona tutelada pudiera participar en el estudio.

En todos los casos se garantizaba estrictamente el respeto a la confidencialidad de la información proporcionada por todos los participantes regulada de acuerdo a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal en todos los procesos de grabación y tratamiento de la información obtenida.

SIGMA DOS, compañía global de investigación de mercados era la empresa responsable de la recogida de los datos personales de los encuestados de este estudio. Es auditada bianualmente en materia de Protección de Datos y cumple con toda la normativa vigente en relación a estudios poblacionales.

3.4 Análisis de la información

Inicialmente se ha realizado un análisis estadístico descriptivo de los datos. Las variables categóricas y cualitativas se describen mediante proporciones. Para la comparación de los resultados en función de las variables sexo, edad o hábitat se ha empleado el test de Chi cuadrado. Se ha aceptado como nivel de significación valores de $p < 0,05$.

Se ha realizado un análisis factorial por el método de análisis de componentes principales para identificar patrones de utilización de la información del etiquetado nutricional. No fue preciso realizar transformaciones ni estandarizar las variables incluidas en el análisis por estar medidas todas ellas utilizando la misma escala. Se utilizó el test de esfericidad de Bartlett y el

Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) para evaluar la idoneidad de la aplicación de la técnica de análisis a los datos, adoptando como valor crítico un KMO $> 0,60$.²⁶⁷

Se realizó una rotación ortogonal (opción Varimax) de los factores para mejorar la diferencia entre las cargas, lo que permitió interpretar más fácilmente la solución. Se utilizaron los siguientes criterios para retener los factores: factor de valor propio (eigenvalue) $> 1,4$, la identificación de un punto de cambio de tendencia en el gráfico de sedimentación, la proporción de la varianza explicada, así como la posibilidad de interpretación del factor. La fuerza y la dirección de las asociaciones entre los patrones y las características del etiquetado de alimentos se describen a través de la matriz rotada de carga de factores. Se han retenido las características con cargas en los factores $> 0,30$ y comunalidad $> 0,20$. Las puntuaciones de los factores para cada patrón se construyeron sumando las puntuaciones obtenidas para las características de cada componente ponderadas por la carga del factor.

Este mismo procedimiento se utilizó para identificar patrones de fuentes de información. Posteriormente, mediante análisis de regresión logística se han investigado los factores asociados con los patrones de fuentes de información, ajustando por edad, sexo, y nivel educativo y considerando el tipo de convivencia y los patrones de utilización del etiquetado de alimentos.

Para evaluar el nivel de conocimiento de las recomendaciones sobre alimentación y salud se calculó un indicador considerando las respuestas correctas a los ítems planteados. Posteriormente se ha realizado un análisis de regresión logística para identificar los factores asociados a una mayor probabilidad de obtener una puntuación más elevada en el nivel de conocimientos.

Este estudio formaba parte de una investigación más amplia sobre hábitos de consumo alimentario y contemplaba el análisis de la ingesta usual de alimentos y bebidas mediante un cuestionario de frecuencia de consumo alimentario. A partir de la información recogida por este método se ha calculado un índice de calidad de la dieta, teniendo en cuenta el grado de cumplimiento de las guías alimentarias para la población española. Posteriormente se ha

²⁶⁷ Cuadras, C.M. (2014). *Nuevos métodos de análisis multivariante*. Barcelona, CMC editions

realizado un análisis de regresión logística para investigar los factores determinantes de una mayor puntuación, por tanto más saludable, en el índice de calidad de la dieta, ajustando los modelos por edad, sexo y nivel educativo y teniendo en cuenta el score de nivel de conocimientos y el tipo de convivencia.

Los datos se han analizado utilizando el paquete de programas estadísticos SPSS, v19.0.

Tercera parte:

Resultados y discusión

Nadie sabe de lo que es capaz hasta que no lo intenta

Publio Sirio. Escritor romano (85 a. C. – 43 a. C.)

Si no puedes sobresalir con tu talento hazlo con tu esfuerzo.

Dave Weinbaun, escritor y empresario (San Luis, 1972)

1 Resultados

1.1 Participantes

La muestra quedó configurada por 6800 individuos, 3514 mujeres (51,7%) y 3286 hombres (48,3%), mayores de 3 años, con una edad media de $42,89 \pm 21,12$ años. La edad media por sexos y la distribución muestral por grupos de edad y sexo se describe en la tabla 8 y en la tabla 9 por Comunidad Autónoma. Los participantes se reclutaron por el método de rutas aleatorias, en cuatro olas estacionales, procedimiento por el que se ha conseguido incluir en el estudio el número de individuos planteado inicialmente.

La ocupación profesional de los encuestados fue en un 50,7% estudiantes universitarios; un 17,4% con profesiones de grado FP y un 20,4% desempeñaban ocupaciones laborales relacionadas con diplomaturas o licenciaturas universitarias (tabla 10). La ubicación geográfica de los encuestados se describe en la tabla 11.

Tabla 8.- Distribución del colectivo muestral por grupos de edad y sexo. Año 2014-15

		Grupos de edad				Total
		De 3 a 8 años	De 9 a 18 años	De 19 a 64 años	65 y más años	
Hombre	N	212	347	2193	534	3286
	%	51,8%	54,1%	48,6%	43,3%	48,3%
Mujer	N	197	294	2323	700	3514
	%	48,2%	45,9%	51,4%	56,7%	51,7%
Total	N	409	641	4516	1234	6800
	%	6%	9,4%	66,4%	18,1%	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: datos de elaboración propia

La distribución del colectivo por edades se ajusta a la distribución de la población española según el censo de 2012. El colectivo entre 3 y 8 años representaba el 6%, un 9,4% tenía entre 9 y 18 años, mientras que la mayor parte de la población estudiada se situaba entre los 19 y 64 años, con un 18,1% tenía 65 o más años de edad (tabla 8). En la tabla 9 se muestra la distribución del colectivo por grupos de edad, sexo y Comunidad Autónoma.

Galicia, Castilla y León, Asturias, Aragón y Cantabria fueron las Comunidades Autónomas con mayor proporción de población con 65 y más años de edad, 20% o más del colectivo estudiado. Por el contrario, Andalucía (13,5%), Canarias (15,0%) y Baleares y Navarra (15,3%) expresaron las menores proporciones en este grupo de edad

Tabla 9.- Distribución del colectivo muestral por grupos de edad, sexo y Comunidad Autónoma

	De 3 a 8 años		De 9 a 18 años		De 19 a 64 años		65 y más años	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Andalucía	23	5,8%	39	9,8%	284	71,0%	54	13,5%
Aragón	26	6,5%	35	8,8%	257	64,3%	82	20,5%
Asturias	17	4,3%	27	6,8%	269	67,3%	87	21,8%
Baleares	21	5,3%	38	9,5%	280	70,0%	61	15,3%
Canarias	23	5,8%	43	10,8%	274	68,5%	60	15,0%
Cantabria	24	6,0%	31	7,8%	265	66,3%	80	20,0%
Castilla-La Mancha	28	7,0%	45	11,3%	259	64,8%	68	17,0%
Castilla y León	18	4,5%	44	11,0%	250	62,5%	88	22,0%
Cataluña	23	5,8%	33	8,3%	272	68,0%	72	18,0%
Extremadura	22	5,5%	40	10,0%	260	65,0%	78	19,5%
Galicia	22	5,5%	34	8,5%	242	60,5%	102	25,5%
Madrid	29	7,3%	38	9,5%	268	67,0%	65	16,3%
Navarra	30	7,5%	38	9,5%	271	67,8%	61	15,3%
País Vasco	22	5,5%	33	8,3%	278	69,5%	67	16,8%
Murcia	22	5,5%	43	10,8%	273	68,3%	62	15,5%
Rioja	28	7,0%	38	9,5%	253	63,3%	81	20,3%
Comunidad Valenciana	31	7,8%	42	10,5%	261	65,3%	66	16,5%
Total	409	6,0%	641	9,4%	4516	66,4%	1234	18,1%

Fuente: datos de elaboración propia

El 20% del colectivo participante no ha completado los estudios de enseñanza primaria, el 31,4% tiene estudios primarios y el 29,9% ha completado Educación Secundaria, bien bachillerato o algún tipo de Formación Profesional, mientras que el 18,8% ha realizado algún tipo de formación universitaria, de grado medio, superior o estudios avanzados.

El 45,7% de los hombres y el 37,2% de las mujeres participantes tenían un trabajo remunerado en el momento del estudio. La mayor parte de las mujeres sin trabajo remunerado eran amas de casa (39,9%), aunque referían encontrarse en paro el 24,4% de las mujeres que sin trabajo (tabla 12).

Por lo que se refiere a los hombres, el 37,6% referían estar en paro y el 27,6% manifestaba ser pensionista (tabla 13).

Tabla 10.- Distribución del colectivo muestral según el nivel educativo, por grupos de edad, en el colectivo con 9 y más años de edad

	De 9 a 18 años		De 19 a 64 años		65 y más años		Total	
Sin completar primaria, EGB o graduado escolar	53	22,7%	515	12,2%	522	45,5%	1124	20,0%
EGB/ Graduado escolar/ Bachillerato elemental/ ESO	92	39,5%	1271	30,2%	403	35,1%	1768	31,4%
BUP/ Bachillerato superior/FP2/COU/	83	35,6%	1468	34,9%	128	11,1%	1682	29,9%
Estudios universitarios medios o superiores	4	1,7%	707	16,8%	80	7,0%	792	14,1%
Estudios universitarios avanzados	1	,4%	250	5,9%	13	1,1%	264	4,7%
Total	233	100,0%	4211	100,0%	1148	100,0%	5633	100,0%

Fuente: datos de elaboración propia

Tabla 11.- Distribución de la muestra según actividad laboral por sexo

		¿Tiene Ud. un trabajo remunerado actualmente?			
		NS/NC	Sí	No	Total
Hombre	n	6	1303	1542	2851
	%	,2%	45,7%	54,1%	100,0%
Mujer	n	4	1169	1967	3140
	%	,1%	37,2%	62,6%	100,0%
Total	n	10	2472	3509	5991
	%	,2%	41,3%	58,6%	100,0%

Fuente: datos de elaboración propia

Tabla 12.- Distribución del colectivo sin actividad laboral según su situación

	Hombre		Mujer		Total	
	n	%	n	%	n	%
Ama de casa	2	,1%	784	39,9%	786	22,4%
Parado/a	578	37,6%	479	24,4%	1057	30,2%
Estudiante	238	15,5%	234	11,9%	472	13,5%
Pensionista por discapacidad	424	27,6%	262	13,3%	686	19,6%
Sin trabajo por otras razones	295	19,2%	208	10,6%	503	14,4%
Total	1537	100,0%	1967	100,0%	3504	100,0%

Fuente: datos de elaboración propia

Tabla 13.- Distribución del colectivo con actividad laboral según su ocupación

	Hombre		Mujer		Total	
	n	%	n	%	n	%
Trabajador/a autónomo/a	302	22,5%	188	15,8%	490	19,4%
Negocio familiar	33	2,5%	21	1,8%	54	2,1%
Trabajador/a manual no cualificado/a	146	10,9%	170	14,3%	316	12,5%
Trabajador/a manual cualificado/a	352	26,3%	248	20,8%	600	23,7%
Labores domésticas/ Cuidador	4	0,3%	82	6,9%	86	3,4%
Profesional o empleado con trabajo estable	474	35,4%	458	38,5%	932	36,8%
Estudiante	29	2,2%	24	2,0%	53	2,1%
Total	1340	100,0%	1191	100,0%	2531	100,0%

Fuente: datos de elaboración propia

El 36,8% de los participantes en el estudio que referían realizar una actividad laboral remunerada, el 36,8% declaraban estar ocupados como profesionales o empleados con un trabajo estable y el 23,7% como trabajador manual cualificado. El 19,4% era trabajador autónomo (tabla 13).

1.2 Fuentes de información sobre alimentación y salud

1.2.1. Investigación cualitativa

La investigación cualitativa reflejaba que los profesionales sanitarios, principalmente médicos, pero también el personal de enfermería, son el principal referente a la hora de plantear dudas y consultar temas sobre alimentación y salud, especialmente en temas relacionados con la alimentación de los niños pequeños:

“Cuando mis hijos eran pequeños siempre he hecho caso a lo que me decía la pediatra, para empezar a darles fruta o pescado. Ahora que son más mayores menos.”

“Mi hijo es alérgico a los frutos secos, así que tenemos que tener mucho cuidado”

O relacionados con el cuidado de las personas mayores:

“Mi madre tiene Alzheimer. A veces está muy nerviosa y por la noche no quiere cenar. Pregunté al médico a ver qué si le podía preparar una papilla de cereales como las de los niños”.

Las personas más mayores consultan aspectos de la dieta que les puedan ayudar a cuidar mejor sus problemas de salud:

“El otro día fui a tomarme la tensión y le pregunté a la enfermera por los yogures esos que anuncian”

Las personas adultas jóvenes utilizan internet, especialmente páginas web y foros de discusión para buscar información relacionada con problemas de salud que les afecten a ellos o a personas de su entorno, amigos y familiares:

“En internet se encuentra mucha información que si no, no te enteras”

“En internet está todo”

“El otro día me metí en un foro que estaban hablando de la leche; decían que las rayas y los números de las cajas de leche son las veces que han rellenado las cajas cuando se ha pasado la fecha”

“Me gusta mirar en internet. A veces no entiendo lo que pone, pero con tiempo siempre encuentras alguna cosa interesante”

“Lo que más me gusta es que puedes encontrar otras personas que tienen el mismo problema que tú y te cuentan lo que les han dicho, o lo que han encontrado, o cosas así.”

Aunque los medios de comunicación no se encuentran en los primeros lugares como fuente de información en temas de salud, si mencionan algunos programas de televisión y de radio. Entre los programas de televisión, citan los magazines sobre todo de la mañana liderados por personajes populares como María Teresa Campos o Ana Rosa Quintana. También el espacio “Saber Vivir” y los espacios dedicados a la cocina.

Un aspecto controvertido es la credibilidad y confianza de las fuentes. Aunque reconocen que los profesionales sanitarios son quienes les inspiran más confianza y seguridad, las manifestaciones realizadas por algunos personajes muy populares pueden incluso plantear dudas respecto a la opinión de científicos y sanitarios:

“Pues a mí me parece que si lo ha dicho María Teresa Campos, por algo será. Ya puede decir xx lo que quiera”.

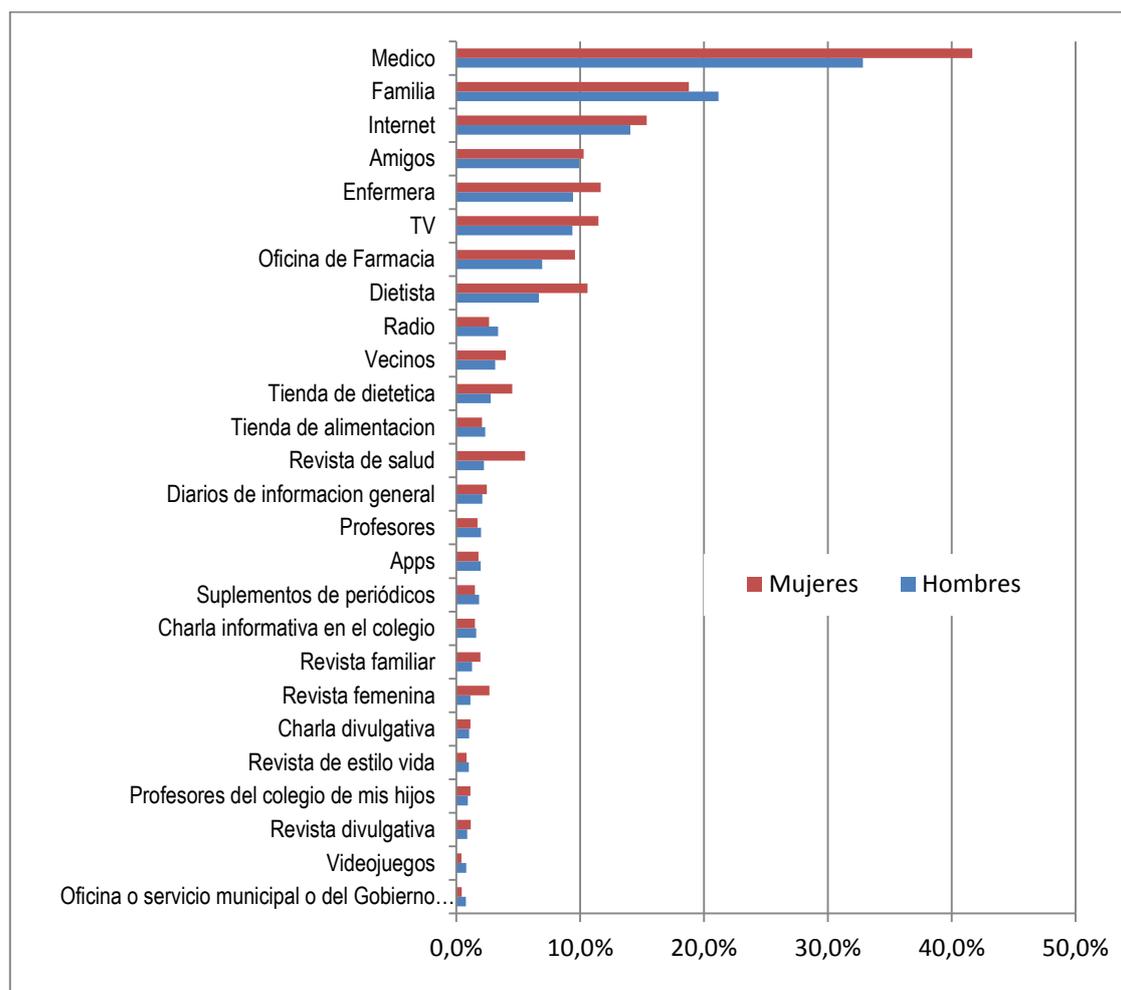
1.2.2. Investigación cuantitativa

- 1) El médico como fuente de información sobre temas de alimentación, nutrición, dieta, ejercicio y salud es reconocido por el 24,2% de la población como única fuente de información. Más ocasional se percibe por el 32% del colectivo. La enfermera es la referente de este tema para el 4,3 del colectivo y de manera más ocasional para el 19,5%. En relación a los dietistas como fuente de información para los usuarios, tenemos un 4,3% del colectivo fidelizado como primera opción y un 13,7% de manera más esporádica. Las oficinas de farmacia y los farmacéuticos son la primera opción de consulta para el 3,8% y de manera más ocasional para el 19,7%.
- 2) En el ámbito extra-sanitario, las tiendas de productos de régimen son una importante fuente de consulta nutricional para el 1,3% y complementario o más esporádico para el 10%. Los amigos son la primera opción de consulta en el 3,2% del colectivo y de manera complementaria en el 26,6%. Los

vecinos también pueden ser una fuente de información de referencia para el 1,2% del colectivo y de comentario más ocasional casi en el 10%.

- 3) La familia es una referencia preferente de información alimentaria declarada en el 9% del colectivo y con relativa frecuencia para el 32%. Los profesores, el servicio municipal de salud o los servicios referentes del Gobierno Autónomo son solo un núcleo testimonial como fuentes de información alimentaria. Lo mismo ocurre con las charlas comunitarias o en el marco docente.
- 4) En relación a los *medios de comunicación* la prensa escrita, tanto revistas como periódicos o suplementos obtienen unos resultados muy discretos. En casi todos los bloques el 70% del colectivo no los reconoce como primera fuente de información en temas de alimentación. Quedan algo mejor, los Suplementos de Salud y las revistas especializadas en alimentación y salud.
- 5) En el caso de los medios audiovisuales, la radio tiene en torno a un 10% de reconocimiento en relación a ser una fuente de información en nutrición reconocida por la población, la TV con un 26% de canal de referencia reconocido podría ser el medio mejor valorado en este momento.
- 6) Internet también es un foco importante de información para un porcentaje elevado de población (27%). Observamos cifras muy testimoniales en videojuegos y aplicaciones para móviles.

Figura 28.- Fuentes de información usuales sobre alimentación y salud por sexo



Fuente: Elaboración propia

Considerando exclusivamente las respuestas “siempre” y “casi siempre”, es decir, las fuentes habituales de información sobre temas relacionados con alimentación y salud, se observa que el médico es la principal fuente de información, tanto para hombres como para mujeres, aunque las mujeres (41,7%) consultan significativamente en mayor medida que los hombres (32,8%), $\chi^2= 56,709$, $p<0,0001$ (figura 28).

El segundo lugar lo ocupa la familia, consultada en mayor medida por los hombres (21,2%) que por mujeres (18,8%); $\chi^2= 5,915$, $p=0,01$.

Internet ocupa el tercer lugar como fuente de información para hombres (14,1%) y mujeres (15,4%).

Las mujeres utilizan profesionales sanitarios como enfermería (11,6%) o dietistas (10,6%) o acuden a la oficina de farmacia (9,6%) significativamente más que los hombres: enfermería 9,4%; $\chi^2= 8,965$, $p<0,01$; dietista 6,7%; $\chi^2= 32,917$, $p<0,0001$; farmacia 6,9%; $\chi^2= 15,60$; $p<0,0001$.

También las mujeres recurren con mayor frecuencia a los medios de comunicación en distintos soportes para buscar información sobre alimentación y salud. Por ejemplo, se informa en la televisión un 11,5% y un 9,4% de los hombres; $\chi^2= 7,918$; $p<0,01$; revistas de salud 5,5% frente a 2,2% los hombres ($\chi^2= 50,038$; $p<0,0001$); o revistas femeninas 2,7% frente a 1,1% los hombres ($\chi^2= 21,520$; $p<0,0001$).

Los videojuegos se utilizan de forma muy limitada como fuente de información sobre alimentación; pero son significativamente más los hombres (0,8%) que las mujeres (0,4%) que los utilizan con este fin ($\chi^2= 4,64$; $p<0,05$).

Por grupos de edad, las familias con niños entre 3 y 8 años y las personas mayores de 65 años son las que consultan y buscan información sobre alimentación y salud con mayor frecuencia con el médico y con enfermería. Las familias de niños entre 3 y 8 años son también las que consultan sobre estos temas con mayor frecuencia en las oficinas de farmacia.

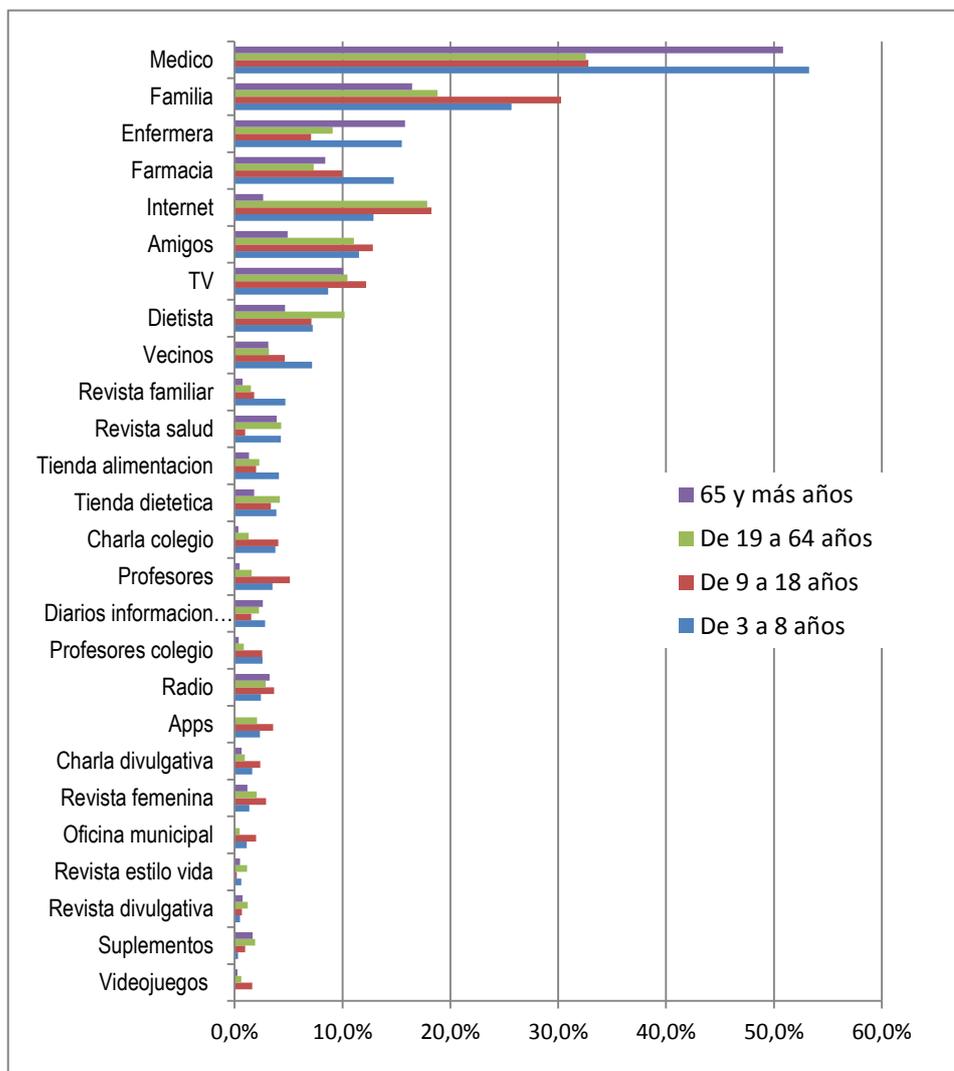
Los jóvenes consultan con frecuencia a la familia y también buscan en mayor medida información en internet. Son los que utilizan este medio en mayor medida (18,3%), junto con los que tienen edades entre 19 y 64 años (17,8%).

Las familias de niños entre 3 y 8 años consultan en mayor medida con amigos y vecinos o tiendas de alimentación; son también los que consultan con más frecuencia revistas familiares y de salud para buscar información sobre alimentación.

Los jóvenes buscan información en mayor medida en TV, en internet y consultan con amigos. Son además el grupo que refiere informarse con mayor

frecuencia con profesores o acudiendo a charlas del centro educativo y también con Apps, videojuegos, revistas femeninas y en la radio (**figura 29**).

Figura 29.- Fuentes de información usuales sobre alimentación y salud por grupos de edad



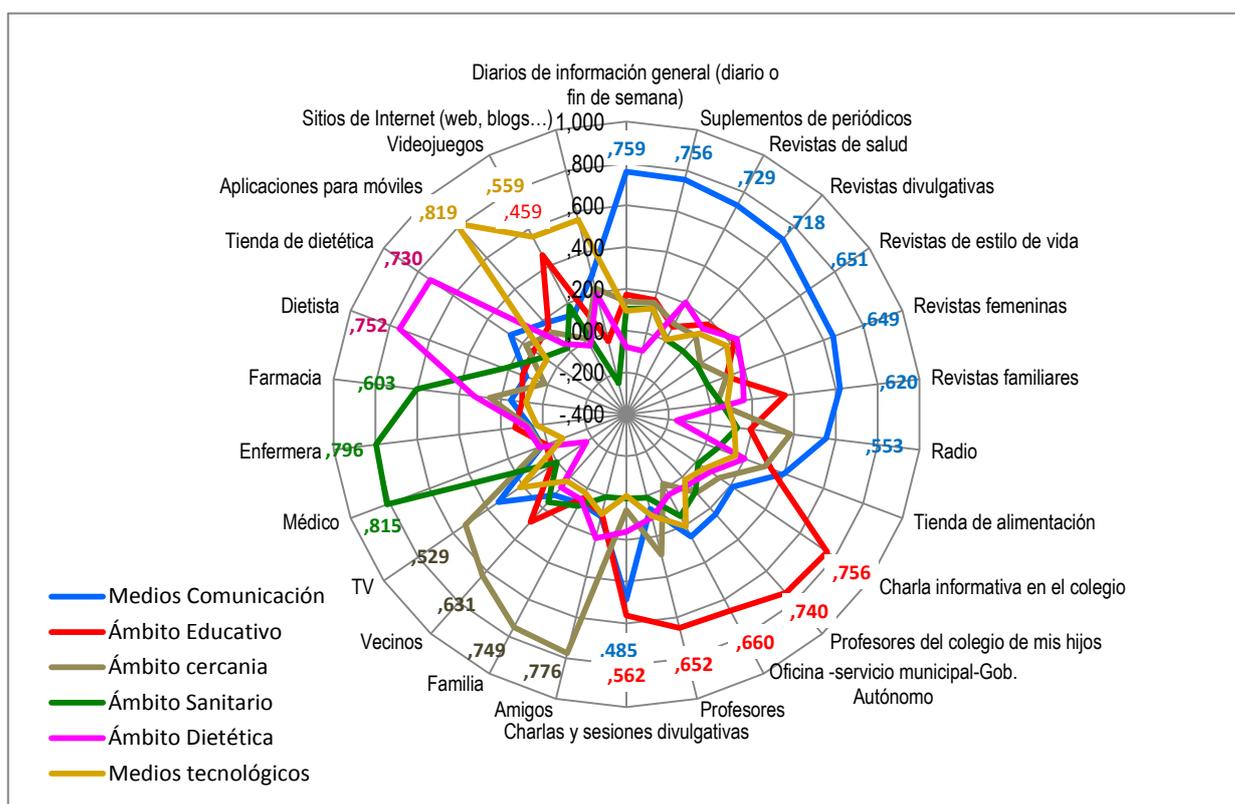
Fuente: Elaboración propia

1.3 Perfiles de utilización de fuentes de información sobre alimentación y salud

Se realizó un análisis factorial por componentes principales para identificar perfiles subyacentes según las fuentes utilizadas y la frecuencia para buscar y consultar información sobre alimentación y salud. El test KMO con un valor 0,9145 confirmaba la idoneidad de la muestra para realizar el análisis, lo mismo que es test de esfericidad de Bartlett.

Se han identificado seis factores que explican el 59,12% de la varianza del modelo (**figura 30**).

Figura 30.- Perfiles de utilización de distintas fuentes de información alimentación y salud identificados por análisis factorial exploratorio.



Puntuaciones de carga de los factores de los perfiles identificados después de rotación varimax. Valores absolutos menores de 0,4 no se muestran.

Eigenvalues: Medios Comunicación=7,8; Ámbito Educativo=2,03; Ámbito cercanía=1,68; Ámbito sanitario=1,54; Ámbito dietética =1,21; Medios Tecnológicos= 1,03.

% varianza explicado: Medios Comunicación=18,04; Ámbito Educativo=11,99; Ámbito cercanía=9,37; Ámbito sanitario=7,41; Ámbito dietética =6,32; medios Tecnológicos=5,98

Varianza total explicada 59,12%.

Fuente: elaboración propia

Un primer patrón al que se ha denominado “**Medios de Comunicación**”. Se caracteriza por mayor puntuación de carga, entre 0,485 y 0,759 en la utilización de medios de comunicación impresos como diarios, suplementos, diferentes tipos de revistas, pero también las charlas divulgativas y la radio.

Un segundo perfil, “**Ámbito educativo**”, se caracteriza por una mayor puntuación, entre 0,459 y 0,756, para fuentes como profesores y charlas, pero también para oficinas y servicios de consulta de ayuntamientos y gobiernos autonómicos y videojuegos.

El tercer perfil, “**Ámbito de cercanía**”, puntúa más alto entre 0,529 y 0,776, entre en fuentes como la familia, amigos, vecinos y también la televisión.

El cuarto perfil, “**Ámbito sanitario**”, puntúa más alto entre 0,603 y 0,815, en profesionales sanitarios como médicos y enfermeras, además de la oficina de farmacia.

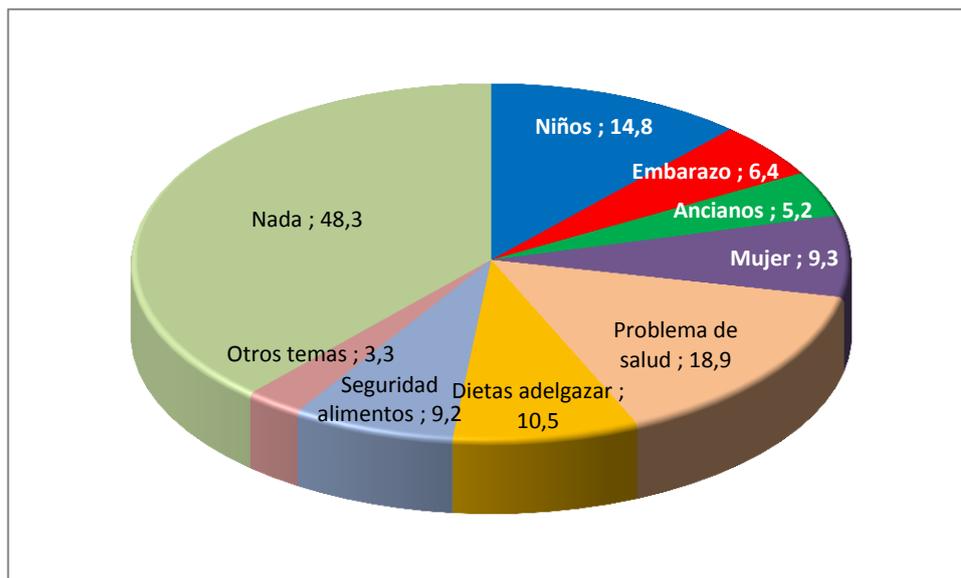
El quinto perfil, “**Ámbito Dietética**”, se diferencia del anterior y puntúa más alto, 0,730 y 0,752, en dietistas y tiendas de dietética.

Por último, el sexto perfil “**Medios tecnológicos**” puntúa más alto, entre 0,557 y 0,819, en la utilización de Apps, videojuegos y sitios web de distinta naturaleza.

1.3.1. Temas consultados sobre alimentación y salud

El 48,3% de los participantes declaran que no han consultado sobre ningún tema relacionado con alimentación y nutrición en los últimos años. Entre los que sí han consultado, la pregunta más frecuente fue la demandada de información sobre la alimentación en problemas específicos de salud o patologías concretas, seguido por la alimentación de los niños y las dietas de adelgazamiento (**figura 31**).

Figura 31.- Temas relacionados con alimentación y salud consultados con mayor frecuencia en los últimos años



Fuente: Elaboración propia

No existen diferencias en la proporción de hombres y de mujeres que solicitan información acerca de problemas específicos de salud. Para todos los demás temas considerados es significativamente mayor la proporción de mujeres que pide información.

1.4 Información, lectura y gestión del etiquetado nutricional

El Real Decreto 930/1992, de 17 de julio, regula en la actualidad los aspectos del etiquetado relativos a las propiedades nutritivas de los productos alimenticios.

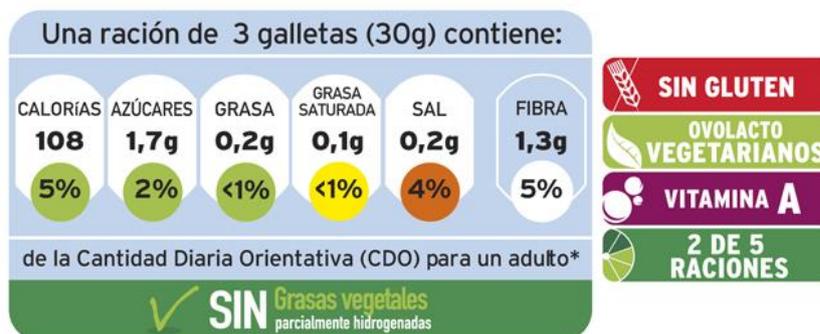
AECOSAN incorpora el enunciado sobre etiquetado nutricional según el Real Decreto 930/1992, de 17 de julio y posteriormente a partir del 13 de diciembre de 2014 la directiva europea con el Reglamento (UE) nº 1169/2011 que modifica el etiquetado de los productos transformados, Se define etiquetado sobre propiedades nutritivas como *“toda información que aparezca en la etiqueta en relación con: el valor energético, y los nutrientes siguientes: Proteínas, Hidratos de carbono, Grasas Fibra alimentaria, Sodio y, Vitaminas y las sales minerales enumeradas en el anexo del RD”, y tiene con carácter general carácter voluntario a menos que las etiquetas, la presentación o la publicidad del alimento de que se trate se haga alguna mención relativa al que el producto posee propiedades nutritivas o de carácter saludable. A partir del 13 de diciembre de 2016 será exigible el cumplimiento obligatorio del Reglamento UE de 2011.*

Este Reglamento (UE), sobre la información alimentaria facilitada al consumidor, introduce como novedad un etiquetado obligatorio sobre información nutricional para la mayoría de los alimentos transformados. Los elementos a declarar de forma obligatoria son: el valor energético, las grasas, las grasas saturadas, los hidratos de carbono, los azúcares, las proteínas y la sal; todos estos elementos deberán presentarse en el mismo campo visual. Además, podrá repetirse en el campo visual principal la información relativa al valor energético sólo o junto con las cantidades de grasas, grasas saturadas, azúcares y sal. La declaración habrá de realizarse obligatoriamente "por 100 g o por 100 ml" lo que permite la comparación entre productos, permitiendo además la decoración "por porción" de forma adicional y con carácter voluntario.

Figura 32.- Información nutricional en el etiquetado de alimentos y bebidas

INFORMACION NUTRICIONAL		
Porción: 1 vaso (200 ml)		
Porciones por envase: 5		
100ml 1 porción		
Energía (kcal)	36	72
Proteínas (g)	3,5	7,0
Grasa total (g)	0,1	0,2
H. de C. disp. (g)	5,2	10,4
Lactosa (g)	5,2	10,4
Sodio(mg)	48	96
Potasio(mg)	165	330
Vitamina B2 (mg)	0,2	24 % (*)
Vitamina B12(µg)	0,3	50 %
Calcio (mg)	128	32 %
Fósforo (mg)	103	26 %
Magnesio (mg)	12	8 %
Iodo (µg)	9	13 %
Zinc (mg)	0,4	5 %

(*) % en relación a la Dosis Diaria Recomendada

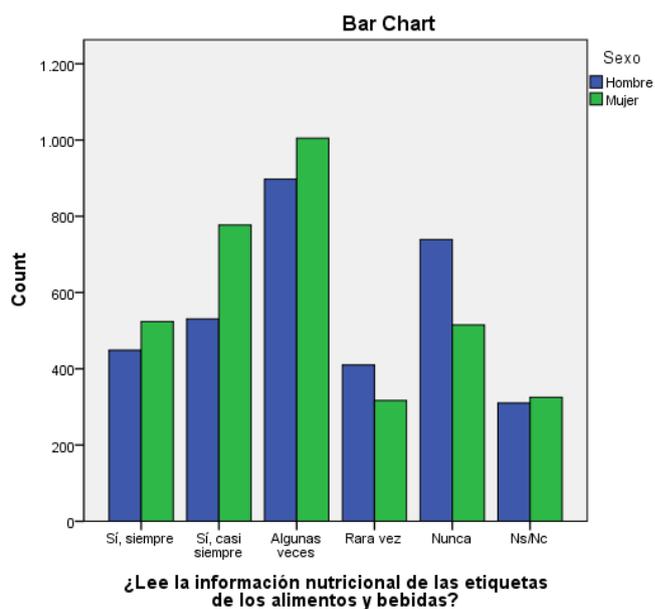


Fuente: Eroski Consumer. [www.consumer.es]

1.5 Lectura y gestión del etiquetado nutricional

El 14,3% de la población manifiesta con claridad que lee el etiquetado nutricional en relación a la compra o consumo de alimentos y bebidas. Un 47% más tiene una cierta costumbre de leer el etiquetado aunque no siempre. En este punto, el 18% declara no leer nunca el etiquetado. En este apartado nos encontramos una mayor sensibilidad en el colectivo femenino en relación a considerar como elemento de compra y elemento de información la lectura de las etiquetas ($p < 0,05$)

Figura 33.- Frecuencia de lectura de la información nutricional del etiquetado

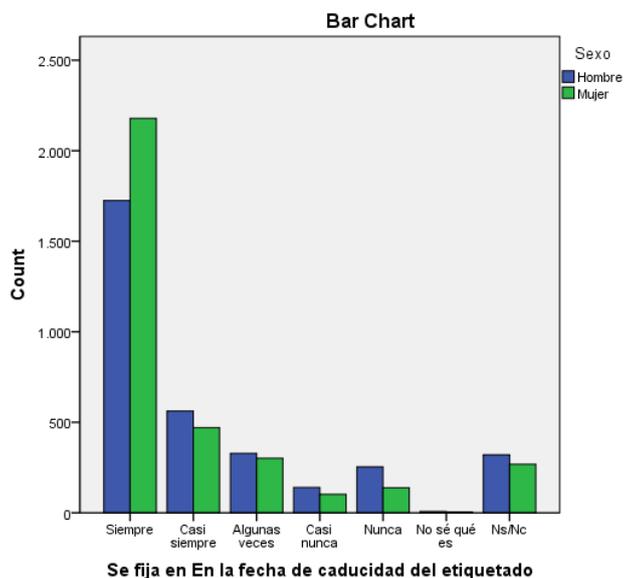


Fuente: Elaboración propia

Veamos a continuación en qué epígrafes centra su atención el colectivo potencialmente usuario de la información incorporada a los alimentos y bebidas:

1. Fecha de caducidad o consumo preferente: el 57,4% se fija en la fecha de caducidad en el momento de compra o consumo de los alimentos o bebidas. Otro 24% adicional se fija en el dato de una manera menos rígida. En torno al 9% manifiesta muy poco o nulo interés por este dato.

Figura 34.Frecuencia de consulta de la fecha de caducidad del etiquetado de los alimentos

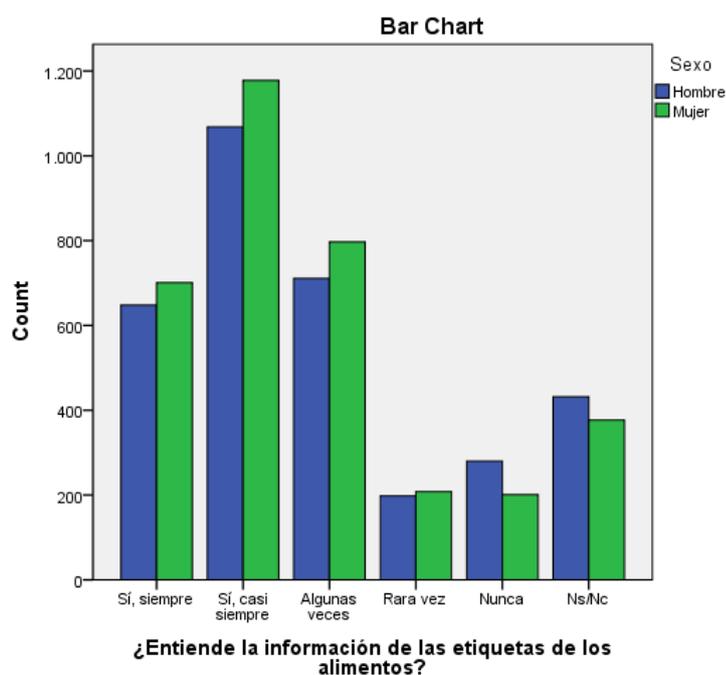


Fuente: elaboración propia

2. Fabricante: la identidad del fabricante importa al 8,9% del colectivo y un 29% adicional de manera más ocasional. Al 46% de la población parece no importarle este dato incorporado al etiquetado.
3. País de origen: otro dato que puede tener especial relevancia en casi todos los alimentos y que ocupa de manera permanente al 10,8%. Otro 28% manifiesta un interés real pero más relajado. A casi el 46% este dato no le preocupa demasiado.
4. Cantidad de producto: el 14,9% se fijan siempre en la cantidad que contiene el envase más un 35% adicional con lectura de cantidades en ciertos casos. En este apartado un 23% no se ocupa en ningún caso de este apartado de información.
5. Listado de ingredientes: el listado de ingredientes es una información muy útil para el consumidor que en este caso utiliza siempre el 15,7% y de manera menos frecuente el 35% del colectivo. El 22% declara que nunca lee este listado de componentes.
6. Nº de raciones incluidas en el envase: es un dato relevante sobre todo para familias numerosas o cuando tienes que hacer números con el presupuesto. El 9% tiene siempre en cuenta este dato y el 28% más lo considera pero de manera menos frecuente. Al 30% del colectivo no le preocupa este dato.
7. Modo de conservación. Información de seguridad muy importante que interesa siempre al 12,7% del colectivo y de manera más relajada a otro 30% adicional. Al 27,5% este dato le tiene sin cuidado.
8. Modo de preparación del producto envasado: el modo de preparación recomendado interesa siempre al 12% de los consumidores y a un 27% adicional con relativa frecuencia. El 27% no se fija en este dato.
9. Información nutricional (nutrientes aportados): interesa siempre al 12,6% y de manera menos frecuente a un 27% adicional. Al 29% del colectivo no le preocupa este epígrafe e incluso un 2,6% no sabe a qué se refiere esta información.

10. El semáforo nutricional o código de colores de información nutricional teóricamente más o menos saludable de uso común en Reino Unido y en algunas cadenas de distribución españolas (Eroski). Un 5% del colectivo se fija siempre en esta información y un 15% adicional con menos frecuencia pero también. Al 36% no le preocupa mucho el dato e incluso el 16% manifiesta que desconoce su presencia y significado.
11. Presencia en el etiquetado del sistema GDA: el 5,2% se fija siempre en este dato de información nutricional complementaria y el 13,9% de manera más ocasional. El 34% ignora este apartado de información e incluso un 17,6% no sabe de qué se trata.
12. ¿Entiende la información incorporada en las etiquetas? Ante esta pregunta tan clara, el 19,8% manifiesta con rotundidad que las entiende y un 55,2% adicional que se arregla bastante bien. Un 13% del colectivo tiene serias dudas sobre la información incorporada a las etiquetas de los alimentos y bebidas.

Figura 35.- Comprensión de la información del etiquetado nutricional de alimentos



Fuente: Elaboración propia

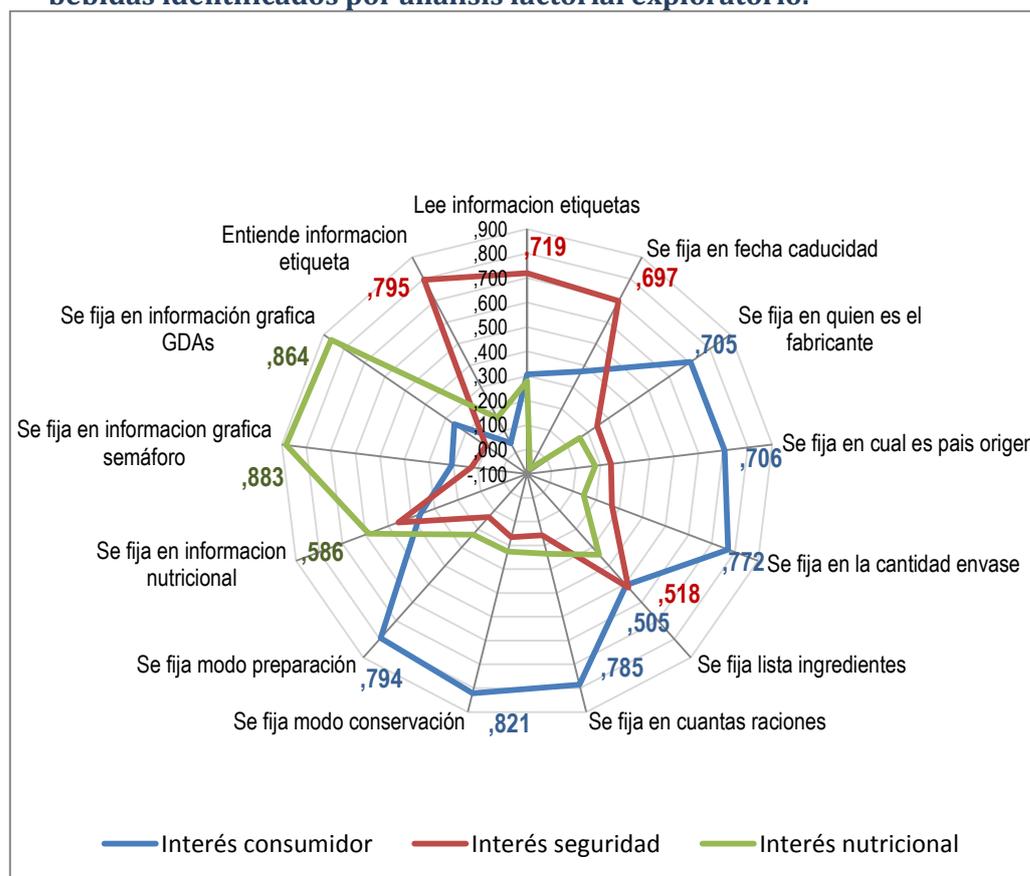
1.6 Los ciudadanos y el etiquetado de los alimentos: Patrones de utilización de la información del etiquetado

Se realizó un análisis factorial por componentes principales y rotación ortogonal varimax para identificar patrones subyacentes de utilización de la información del etiquetado de los alimentos. El test KMO con un valor 0,908 confirmaba la idoneidad de la muestra para realizar el análisis, lo mismo que es test de esfericidad de Bartlett. Por este procedimiento se identificaron tres patrones diferentes que permiten explicar el 69,04% de la varianza del modelo (figura 36):

- 1.- Más interés por aspectos de información/interés como consumidor (*consumerista*)
- 2.- Más interés por aspectos de seguridad/salubridad
- 3.- Más interés por los aspectos nutricionales/nutrición y salud

- 1.- **La tipología más relacionada con los derechos del consumidor**, se fija más y requiere más información en relación a la identidad del fabricante, el país de origen del producto, la cantidad neta aportada por cada envase, la lista completa de ingredientes, las porciones o raciones incluidas en el envase, las recomendaciones de conservación y las sugerencias de preparación del producto.
- 2.- **La tipología de seguridad/salubridad** se refiere a una persona que entiende mejor la información contenida en el etiquetado, se fija de manera especial en la fecha de caducidad, lista de ingredientes y en la información nutricional.
- 3.- **La tipología de interés nutricional/nutrición y salud**, tiene mayor sensibilidad por los contenidos nutricionales del producto y se fija de manera especial en la información nutricional, la información aportada por el código de semáforos, información de GDA's y en cierta medida en la lista de ingredientes.

Figura 36.- Patrones de utilización de la información del etiquetado de alimentos y bebidas identificados por análisis factorial exploratorio.



Puntuaciones de carga de los factores de los perfiles identificados después de rotación varimax. Valores absolutos menores de 0,4 no se muestran.

Eigenvalues: Interés consumidor=6,50; Interés seguridad=1,28; Interés nutricional=1,18;

% varianza explicado: Interés consumidor=32,64%; Interés seguridad=18,47%; Interés nutricional=17,93%;

Varianza total explicada 69,04%.

Fuente: Elaboración propia

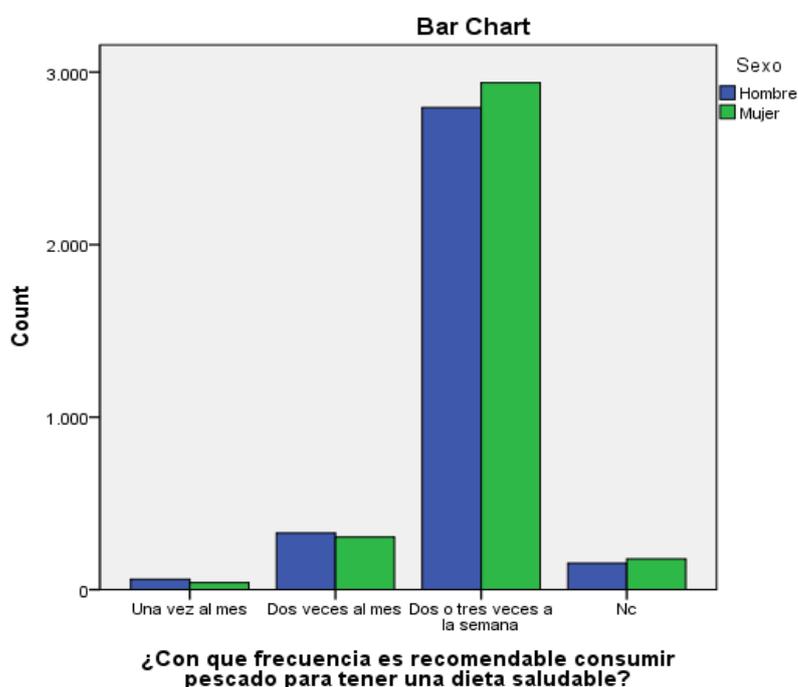
La tipología de seguridad/salubridad es significativamente más frecuente en el colectivo femenino ($p < 0,05$)

1.7 Información y conocimientos sobre alimentación y salud

Aunque es difícil estimar el nivel global de conocimientos de la población en temas básicos de alimentación hemos utilizado unos cuantos enunciados con preguntas fraccionadas para tener una buena orientación sobre el grado de conocimientos expresados.

1.- En relación al consumo de pescado y su frecuencia de consumo semanal el 72% opina que es necesario su consumo varios días /veces a la semana. A diario (11,4%) y de vez en cuando (9,2%) no serían respuestas consideradas adecuadas a medio y largo plazo.

Figura 37.- Nivel de conocimientos: recomendaciones consumo de pescado



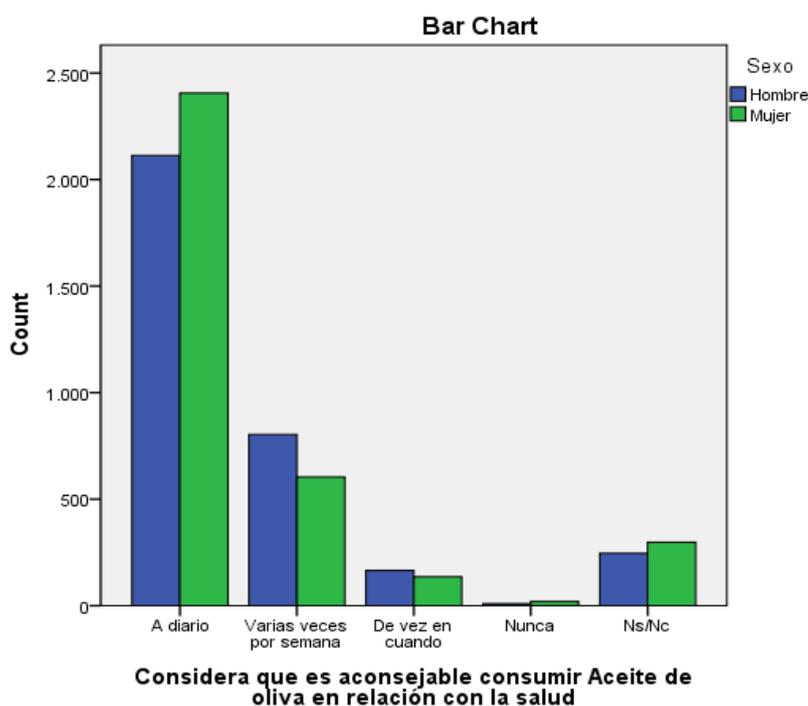
Fuente: Elaboración propia

2.- En relación al consumo de pescado azul, hemos recogido un 56,9% de respuestas de varias veces a la semana; un 5,6% de personas que opinan que debe ser de consumo diario y un 26,5% de consumo “de vez en cuando”. En el caso de consumo de pescado azul su idoneidad va a depender de la edad y circunstancias del comensal aunque la respuesta más segura podría estar relacionada con la denominación “de vez en cuando” o una vez por semana.

- 3.- La frecuencia de consumo de carnes rojas o su presencia en nuestra alimentación suscita un 36,4% de varias veces por semana; un 2,4% de consumo diario; un 48,8% de consumo de vez en cuando y un 2,8% de “nunca”.
- 4.- El consumo de carne de pollo en el marco de la salud plantea un 9% de respuestas que se posicionan en el consumo diario; un 65,6% del colectivo en varios días a la semana y un 16,7% en la situación de vez en cuando. Conviene recordar que la carne de pollo y pavo son las de mayor contenido proteico y menor componente estructural graso (salvo en la piel).
- 5.- En relación al consumo de fiambre de pavo el 10,8% se decantaría por un consumo diario; un 47,6% por su presencia varios días a la semana; un 26,9% de vez en cuando. Incluso un 4,1% opina que no debería consumirse nunca.
- 6.- Las carnes transformadas es uno de los grupos alimentarios más controvertidos en la actualidad en relación a su posible relación de riesgo con la salud. En este apartado un 4% plantea como positivo el consumo diario; un 23,6% varios días a la semana; un 52,4% de vez en cuando y finalmente un 9,5% opina que nunca debería consumirse ese grupo alimentario.
- 7.- El grupo de los lácteos tiene algunas debilidades y formalezas. Su máximo interés radica en los aporte de calcio y vitamina D. El inconveniente relacionado con la presencia de grasas saturadas y en productos elaborados el añadido de azúcar. En este caso el 68% recomienda el consumo diario; un 19% varios días a la semana y un 5% de vez en cuando. Aquí “nunca” se relaciona con el 0,5% del colectivo.
- 8.- El grupo de los huevos suscita en la actualidad una corriente más favorable entre los expertos en relación a la salud. En este caso el 6% opina que es un alimento de consumo diario: el 59,3 de varios días a la semana y un 25,5% de consumo más ocasional.

- 9.- Los frutos secos han cobrado un nuevo impulso con motivo de los estudios sobre Dieta Mediterránea y su relación con efectos positivos en la enfermedad cardiovascular y en los trastornos cognitivos. El 21,4% del colectivo opina que debería consumirse a diario; un 36,7% varias veces a la semana y un 29,2% de vez en cuando. Un 2,7% opina que nunca.
- 10.- En relación al consumo de fruta habría que reconocer que es una de nuestras asignaturas pendientes en base a alcanzar una dieta más saludable. El 78,5% del colectivo motivo de estudio opina que deben consumirse a diario; un 11,9% varias veces por semana y un 2,7% de vez en cuando.
- 11.-Manzanas y salud, un 56% opina que su consumo diario es aconsejable; 25,8% varias veces por semana y un 7,4% de vez en cuando.
- 12.- El consumo de galletas a diario para el 14,9% del colectivo; varias veces a la semana para el 36,2% y de vez en cuando para el 34,2%.
- 13.- El aceite de oliva como símbolo del perfil graso característico de la Dieta Mediterránea, el 66,5% sugieren como positivo su consumo diario; un 20,7% varios días a la semana y un 4,4% de vez en cuando.
- 14.- El aceite de girasol tiene unas características organolépticas más suaves y un perfil nutricional diferente. Un 6,9% recomienda su consumo a diario; un 23,2% varios días a la semana y un 41,7% de vez en cuando.
- 15.- La mantequilla es una materia grasa de origen animal con algunas luces y sombras. Buena fuente de vitamina D pero con una gran carga de ácidos grasos saturados. En nuestro estudio el 4,1% recomienda su consumo diario; el 21,1% varias veces a la semana; el 47,2% de vez en cuando y un 17,7% opina que nunca debería consumirse.

Figura 38.- Nivel de conocimientos: utilización aceite de oliva

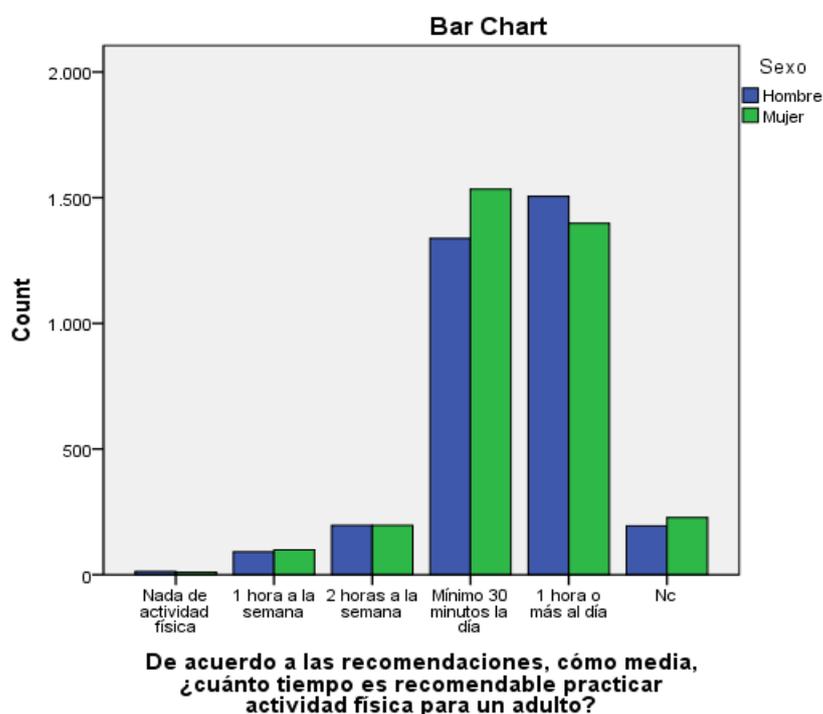


Fuente: Elaboración propia

- 16.- La margarina es una alternativa potencialmente de origen vegetal que puede sustituir a la mantequilla aunque existe el debate de su estructura artificial y ciertas dudas sobre sus ventajas reales. En este caso el 2,5% recomendaría su consumo diario; un 19,6% su consumo varios días a la semana; un 45,4% de vez en cuando y un 21,9% opina que nunca debería consumirse.
- 17.-El consumo de azúcar en todas sus modalidades suscita un gran debate en la actualidad en relación a su posible efecto negativo sobre el sobrepeso y otras enfermedades crónicas. El 24% del colectivo asume como positivo su consumo diario; un 27,2% varios días a la semana; un 29,9% de vez en cuando mientras que el 9,1% se posiciona en “nunca” para referir su consumo.
- 18.-La miel como elemento natural proveniente de las abejas siempre ha tenido una buena imagen aunque su contenido en azúcar sea ciertamente elevado. En este caso el 12,7% recomienda su consumo diario; el 31% varios días a la semana; un 38,3% de vez en cuando y un 7,4% se posiciona negativamente ante su consumo.

- 19.- El chocolate es otro alimento controvertido por su potencial interés en relación a su contenido en cacao (chocolate negro) pero considerando también su añadido en azúcares, grasa y valor energético. Un 3,7% lo recomendaría a diario; un 24,7% varias veces a la semana; un 52% de vez en cuando y un 9,5% nunca.
- 20.- Un punto clave en el consumo de fruta se refiere a la cantidad de fruta recomendable al día/cada día. Un 10% opinan que debería de consumirse 4 o 5 piezas de fruta al día; un 25% 3 raciones de fruta al día como modelo saludable; un 39% entre 1-2 raciones de fruta al día y el resto respuestas con menor cuantía de fruta.
- 21.- En el caso de las verduras y hortalizas un 7,7% opina que se deberían consumir 4 o 5 raciones (cazos) de verduras cada día; un 9% 3 raciones al día; 25,5% 2 raciones al día como referencia saludable. Casi un 50% del colectivo podría asumir consumos menores de 1 ración (cazo) al día como opción aceptable.
- 22.- En relación a las calorías que deben plantearse en la comida principal (mediodía) el 28,5% opina que en torno a una tercera parte de las necesidades diarias frente al 50% que opina que debe de aportar el 50% de la ración energética diaria y el 12% incluso más.
- 23.- El tema alimentario debería complementarse con un cierto grado de movilidad y actividad física diaria. Nuestro colectivo opina que al menos una hora al día es imprescindible (42,7%); un mínimo de 30 minutos al día (42,2%) y un 8% cree que bastaría con algunas horas a la semana.
- 24.- En el caso de la actividad física en niños el colectivo sugiere 1 hora o más al día (57,45); un mínimo de 30 minutos al día (23,8%) y algunas horas a la semana (11%).

Figura 39.-Nivel de conocimientos: actividad física adultos



Fuente: Elaboración propia

Tabla14.- Proporción de hombres y de mujeres que conocen las recomendaciones de consumo en una alimentación saludable para distintos grupos alimentarios: % aciertos

	Total	Hombre	Mujeres
Recomendaciones consumo pescado	84,3%	83,8%	84,9%
Recomendaciones consumo pescado azul	56,9%	55,3%	58,4%
Recomendaciones consumo carne roja	48,7%	47,5%	50,0%
Recomendaciones consumo pollo y aves	65,6%	65,1%	66,0%
Recomendaciones consumo embutidos y carnes procesadas	52,4%	50,2%	54,6%
Recomendaciones consumo lácteos	68,0%	65,9%	70,1%
Recomendaciones consumo huevos	59,3%	58,3%	60,2%
Recomendaciones consumo frutos secos	58,2%	58,2%	58,2%
Recomendaciones consumo fruta	73,1%	70,3%	75,7%
Recomendaciones consumo galletas	70,4%	70,1%	70,6%
Recomendaciones consumo azúcar y dulces	33,0%	31,0%	35,0%
Recomendaciones consumo grasas untables	67,3%	66,8%	67,7%
Recomendaciones consumo aceite de oliva	66,5%	63,3%	69,5%
Recomendaciones consumo aceite de girasol	58,5%	59,6%	59,2%
Recomendaciones consumo verduras	42,3%	39,4%	45,0%
Recomendaciones comida principal	28,5%	27,5%	29,4%
Recomendaciones actividad física adultos	84,9%	85,2%	84,7%
Recomendaciones actividad física niños	57,4%	57,5%	57,4%

Fuente: datos de elaboración propia

Considerando las respuestas acertadas en relación con las recomendaciones de frecuencia de consumo para distintos grupos alimentarios en una alimentación saludable y también para la práctica de actividad física, se calculó un indicador o *score* del nivel de conocimientos, asignando la puntuación +1 para cada respuesta acertada y -1 para las respuestas erróneas. El valor medio de este indicador fue 14,08; (IC 95% 13,98-14,18) para el conjunto de la muestra estudiada. Este valor medio era significativamente más elevado en mujeres (14,54 \pm 3,12) que en hombres (13,74 \pm 3,22); $t= -8,358$; $p<0,0001$ (tabla 14). También se observaron diferencias significativas en el valor medio de este indicador por grupos de edad (tabla 15).

Tabla 15.- Score de conocimientos por grupos de edad y sexo

Grupos de edad 2	Sexo	N	Media	DE
De 3 a 8 años	Hombre	122	13,90	3,35
	Mujer	141	14,68	3,16
	Total	263	14,32	3,27
De 9 a 18 años	Hombre	211	13,34	3,41
	Mujer	186	14,15	2,98
	Total	397	13,72	3,24
De 19 a 24 años	Hombre	201	13,68	2,78
	Mujer	160	13,73	3,60
	Total	361	13,70	3,17
De 25 a 34 años	Hombre	264	13,78	3,29
	Mujer	272	14,62	3,05
	Total	536	14,21	3,19
De 35 a 44 años	Hombre	332	13,75	3,19
	Mujer	320	14,85	2,87
	Total	652	14,29	3,08
De 45 a 54 años	Hombre	377	13,97	3,17
	Mujer	322	14,83	3,09
	Total	699	14,37	3,16
De 55 a 64 años	Hombre	235	13,37	3,65
	Mujer	267	15,01	3,28
	Total	502	14,25	3,55
De 65 a 74 años	Hombre	199	13,88	2,96
	Mujer	251	14,57	3,14
	Total	450	14,26	3,07
75 y más años	Hombre	101	13,50	3,11
	Mujer	149	13,90	3,17
	Total	250	13,74	3,15
Total	Hombre	2042	13,71	3,23
	Mujer	2068	14,57	3,14
	Total	4110	14,15	3,21

Fuente: datos de elaboración propia

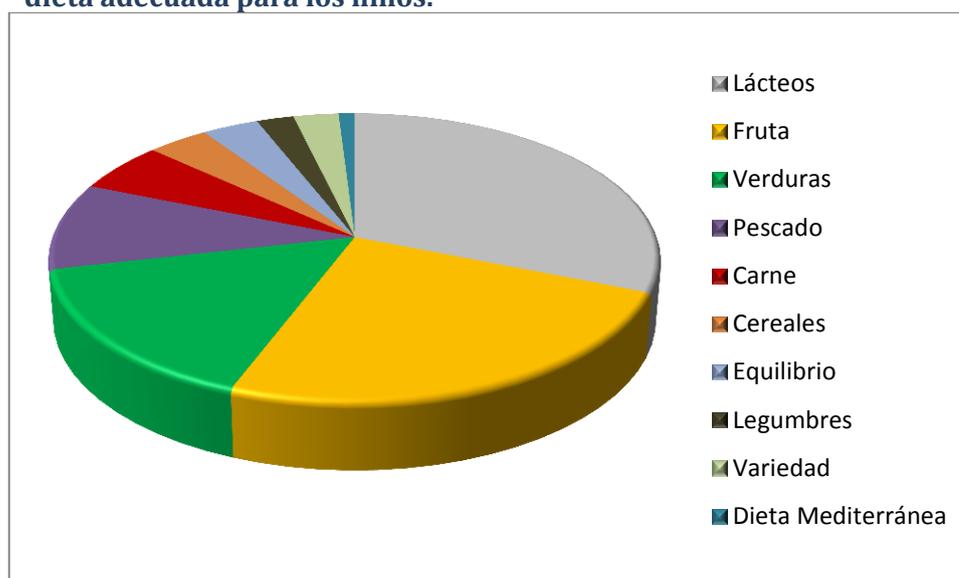
1.7.1. Nivel de información/conocimientos sobre alimentos y etapas de la vida

El colectivo ha sido requerido para enumerar los alimentos o bebidas que considera especialmente adecuados en las distintas etapas de la vida.

Alimentos convenientes en:

- 1.- **Edad infantil:** los lácteos encabezan la frecuencia de respuestas (31,6%), seguido de frutas (25,1%), verduras (15,9%), pescado (10%) y carne (5,7%). El 2,1% opina “que debe comer de todo” (figura 40).
- 2.- **Colectivo de mujeres.** Las frutas y verduras lideran el listado de respuestas. En este grupo aparece también el interés por la soja, la fibra y los frutos secos.
- 3.- **Periodo de embarazo.** Para esta etapa se piensa en los lácteos, frutas y ácido fólico. Un porcentaje importante opina que deberían comer un poco de todo
- 4.- **Edad avanzada:** en relación a las personas mayores el colectivo piensa como alimentos positivos en las frutas, verduras, alimentos ricos en calcio, lácteos y pescado. Algunos con buen criterio se acuerdan del agua, de los alimentos bajos en grasa y sal y en las carnes blancas. Los más rotundos plantean que deben comer de todo.

Figura 40.- Alimentos que los encuestados reconocen como aconsejados en una dieta adecuada para los niños.



Fuente: elaboración propia

1.8. Índice de nivel de conocimientos e índice de calidad de la dieta

Este análisis forma parte de un estudio más amplio en el que se contemplaba en análisis de los hábitos alimentarios. Para su evaluación se combinaban tres métodos diferentes: historia de la dieta; recuerdo de 24 horas y cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos y bebidas.

A partir de la información sobre la estructura de la dieta y el patrón usual de frecuencia de consumo de alimentos y bebidas, teniendo en cuenta las recomendaciones para una alimentación saludable, se ha calculado un índice de calidad de la dieta. Este índice se ha construido considerando el consumo usual del desayuno; calidad del desayuno; consumo usual de pescado; consumo usual de legumbres; consumo usual de frutas; consumo usual de verduras.

El valor medio para el índice de calidad de la dieta es $6,05 \pm 1,84$ (mediana 6,0), más alto en mujeres ($6,17 \pm 1,81$) que en hombres ($5,92 \pm 1,85$). Por grupos de edad, el índice de calidad de la dieta más elevado se observa en los hombres y mujeres del mayor edad 65 y más años de edad $6,42 \pm 1,57$ y el más bajo, en el grupo entre 9 y 18 años ($5,34 \pm 1,98$).

Se ha realizado un análisis de regresión logística para estimar los factores determinantes que pueden estar asociados con el índice de calidad de la dieta, ajustado por edad y sexo. El nivel educativo, la edad, el score de nivel de conocimientos y el perfil Medios tecnológicos de fuentes de información sobre alimentación y nutrición son los factores asociados con el índice de calidad de la dieta. En la tabla 16 se resume el modelo.

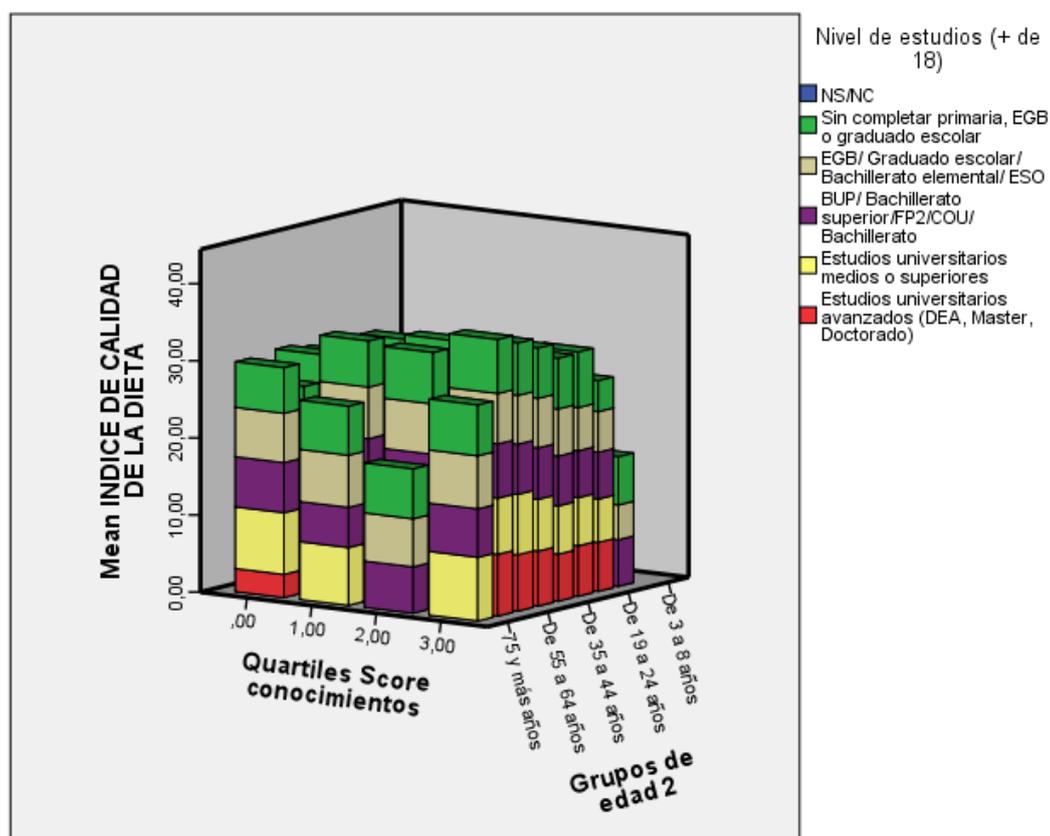
Ser hombre se asocia con menor probabilidad de tener una puntuación en el cuartil más alto para el índice de calidad de la dieta. A medida que aumenta el nivel educativo, aumenta la probabilidad de puntuar en el cuartil más alto del índice de calidad de la dieta, con una Odds Ratio 1,48 IC 95% (1,07-2,04) de probabilidad.

La edad también se asocia positivamente con el índice de calidad de la dieta, con un aumento progresivo de un grupo de edad a otro.

El score de conocimientos en alimentación y nutrición se asocia positivamente con una mayor probabilidad de obtener una puntuación en el cuartil alto del índice de calidad de la dieta. La odds ratio para las personas con una puntuación en el tercer cuartil del score de conocimientos es de 1,56 (IC 95% 1,21-2,03) y para los que obtienen puntuaciones del score de conocimientos en el cuartil más alto la probabilidad de puntuar también en el cuartil más alto para el índice de calidad de la dieta es 1,68 veces mayor (figuras 41 y 42).

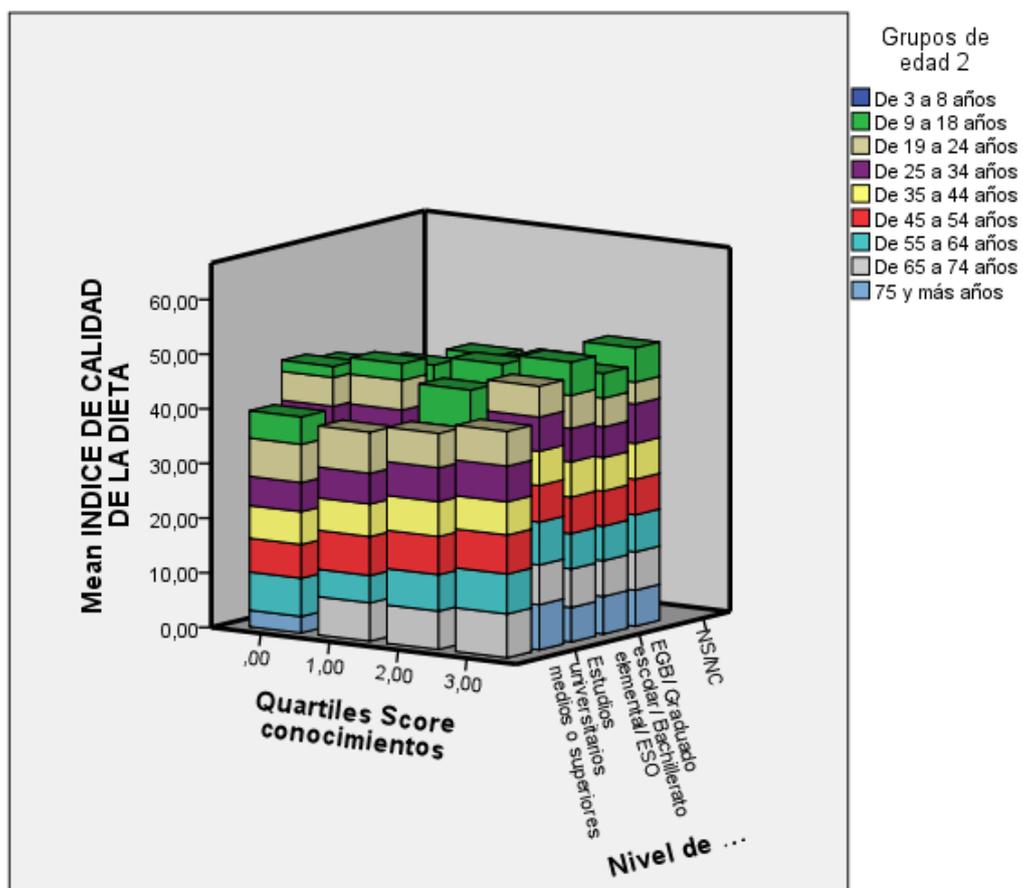
También se asocia una puntuación alta en el patrón Medios Tecnológicos de fuentes de información sobre alimentación y salud con una mayor probabilidad de puntuar en el cuartil alto del índice de calidad de la dieta.

Figura 41.- Relación entre cuartiles del score de nivel de conocimientos - Índice de calidad de la dieta y edad



Fuente: Elaboración propia

Figura 42.- Relación entre el score de conocimientos de las recomendaciones (cuartiles de score); índice de calidad de la dieta y nivel educativo alcanzado



Fuente: Elaboración propia

Tabla 16.-Odds Ratios Mejor índice de calidad de la dieta en función del nivel de conocimientos sobre alimentación y patrón de utilización de medios de comunicación para informarse sobre alimentación, ajustado por sexo, nivel educativo y edad

	OR	95% C.I.OR		Sig.
		LI	LS	
Hombre	0,786	0,663	,932	0,006
Nivel educativo				
Primaria incompleta				0,000
Primaria	0,764	0,583	1,002	0,051
Secundaria	1,205	0,912	1,591	0,189
Universitaria	1,483	1,076	2,044	0,016
Doctorado	1,291	,831	2,008	0,256
Grupos de edad				
3-8 años				0,000
8-24 años	5,484	0,657	45,757	0,116
25-34 años	5,770	0,710	46,915	0,101
35-44 años	6,167	0,764	49,795	0,088
45-54 años	7,998	0,994	64,320	0,051
55-64 años	10,116	1,260	81,227	0,029
65-74 años	13,089	1,626	105,378	0,016
75 - 84 años	14,634	1,821	117,611	0,012
85 y más años	15,260	1,875	124,168	0,011
Conocimientos alimentación				
1er cuartil Score conocimientos				0,000
2º cuartil Score conocimientos	1,194	0,911	01,567	0,199
3er cuartil Score conocimientos	1,569	1,211	2,032	0,001
4º cuartil Score conocimientos	1,684	1,321	2,146	0,000
Patrón " <i>Utiliza Medios Tecnológicos para buscar información salud</i> "	1,127	1,028	1,236	0,011

Fuente: datos de elaboración propia

1.9. Conocer nuevos alimentos

Del apartado en el que se preguntaba a los encuestados sobre los alimentos o ingredientes que habían despertado su interés a partir de los MCS y ante la pregunta “¿Qué fue lo que más le interesó o le llamó la atención de estos ingredientes o alimentos?” el 28,7% de colectivo manifestaron que se habían interesado por su indicación de *aumentar el nivel de salud*; un 25,5% porque el alimento o ingrediente tenía potencialidades de prevención de alguna enfermedad. La relación con la longevidad solo interesó al 3,1% y el posible impacto sobre la belleza al 2,8%. En esta cuestión la comparativa por sexos marca una mayor diferencia en el colectivo de mujeres en relación a la potencialidad de prevención de enfermedades y a las cuestiones de belleza. **(Tabla 17).**

Tabla17.- Qué fue lo que más le interesó o le llamó la atención de estos ingredientes o alimentos

INTERESES	Total	Sexo	
		Hombre	Mujer
Aumenta el nivel de salud	28,7%	28,3%	29,1%
Puede ayudar a prevenir alguna enfermedad	25,5%	23,9%	27,1%
Refuerza la belleza	2,8%	2,0%	3,6%
Aumenta la longevidad	3,1%	2,9%	3,4%
Otros	6,2%	6,1%	6,3%
Total	6800	3286	3514

Fuente: datos de elaboración propia

2.- En la pregunta relacionada con la incorporación de estos alimentos o ingredientes conocidos o con nueva visibilidad a través de los MCS, el 33% del colectivo manifestó haber incorporado a su cesta de la compra y a su alimentación los productos de referencia. En este caso el 19% planteaba que el alimento o producto alimenticio había llegado para quedarse como alimento más habitual. Por el contrario el 13,1% manifestaba que no había incorporado ninguno de los alimentos de los que había tenido conocimiento a través de los MCS. En esta cuestión el colectivo femenino mostró mayor sensibilidad a la información con un 35,1% de incorporaciones novedosas, un 21% de manera más habitual **(Tabla 18).**

Tabla 18.-De los ingredientes o alimentos que ha citado en la primera pregunta ¿cuántos ha incorporado a su dieta habitual?

DIETA HABITUAL	Total	Sexo	
		Hombre	Mujer
Ninguno	13,2%	14,4%	12,0%
Uno o más de vez en cuando, a temporadas	13,6%	13,4%	13,9%
Uno o más habitualmente	19,4%	17,5%	21,2%
NS/NC	53,8%	54,7%	52,9%
Total	6800	3286	3514

Fuente: datos de elaboración propia

3.- Ante la cuestión “En los últimos 5 años ha seguido alguna dieta de la que hubiera tenido conocimiento por los MCS” la respuesta afirmativa se relacionó con el 8,6% del colectivo (10% en mujeres). Llama la atención que el 73% dijese que no al seguimiento de ninguna dieta especial relacionada con su lectura, escucha o visionado en los MCS (**Tabla 19**).

Tabla 19.-En los últimos 5 años ¿ha seguido alguna dieta especial que vio, escuchó o se aconsejaba en algún medio de comunicación

DIETA ESPECIAL	Total	Sexo	
		Hombre	Mujer
NS	13,5%	13,9%	13,1%
Sí	8,6%	7,2%	10,0%
No	73,3%	74,2%	72,5%
NC	4,6%	4,7%	4,4%
Total	6800	3286	3514

Fuente: datos de elaboración propia

4.-En relación al “medio de comunicación por el que tuvo conocimiento de alguna dieta para adelgazar” el 84% no contesta y el 5,8% no lo recuerda. La TV, internet y alguna revista son por este orden los medios a través de los que se obtuvo información. En el colectivo femenino el orden de impacto es internet, TV y alguna revista por este orden (**Tabla 20**).

Tabla 20.- Medio en el que tuvo noticia sobre alguna dieta para adelgazar

Medios	Total	Sexo	
		Hombre	Mujer
No recuerdo	5,8%	6,8%	4,8%
Diario	1,1%	,9%	1,3%
Revista	3,0%	2,4%	3,5%
Libro	1,6%	1,3%	1,9%
Radio	,8%	,7%	,8%
TV	3,7%	3,5%	4,0%
Cine	,1%	,0%	,1%
internet	3,7%	3,0%	4,3%
NC	84,1%	84,4%	83,8%
Total	5528	2635	2893

Fuente: datos de elaboración propia

5.-Los temas de alimentación y belleza relacionados con los medios, suscitan también un elevado porcentaje de no respuesta. Entre las respuesta la fuente principal es alguna revista, TV e internet. Quizá las revistas son una fuente de mayor impacto para el colectivo de mujeres (**Tabla 21**).

Tabla 21.-Medio en el que tuvo noticia sobre dieta para aspectos de belleza

Medio	Total	Sexo	
		Hombre	Mujer
No recuerdo	5,0%	6,1%	4,0%
Diario	,3%	,3%	,4%
Revista	2,7%	1,9%	3,5%
Libro	,4%	,4%	,4%
Radio	,4%	,3%	,5%
TV	2,4%	2,2%	2,7%
Cine	,0%	,0%	,0%
internet	1,8%	1,5%	2,0%
NC	89,2%	88,9%	89,6%
Total	5473	2618	2855

Fuente: datos de elaboración propia

6.-En relación a la información sobre alimentación y diabetes la fuente más recordada de información es la televisión e internet, muy similar en ambos sexos (**Tabla 22**).

Tabla 22.-Medio en el que tuvo noticia sobre alguna dieta para la DIABETES

MEDIOS	Total	Sexo	
		Hombre	Mujer
No recuerdo	5,8%	6,9%	4,8%
Diario	,8%	,9%	,7%
Revista	,6%	,6%	,5%
Libro	,9%	1,0%	,9%
Radio	,7%	,7%	,7%
TV	1,9%	2,1%	1,7%
Cine	,0%	0,0%	,0%
internet	1,1%	1,2%	1,0%
NC	89,7%	88,2%	91,2%
Total	5473	2624	2849

Fuente: datos de elaboración propia

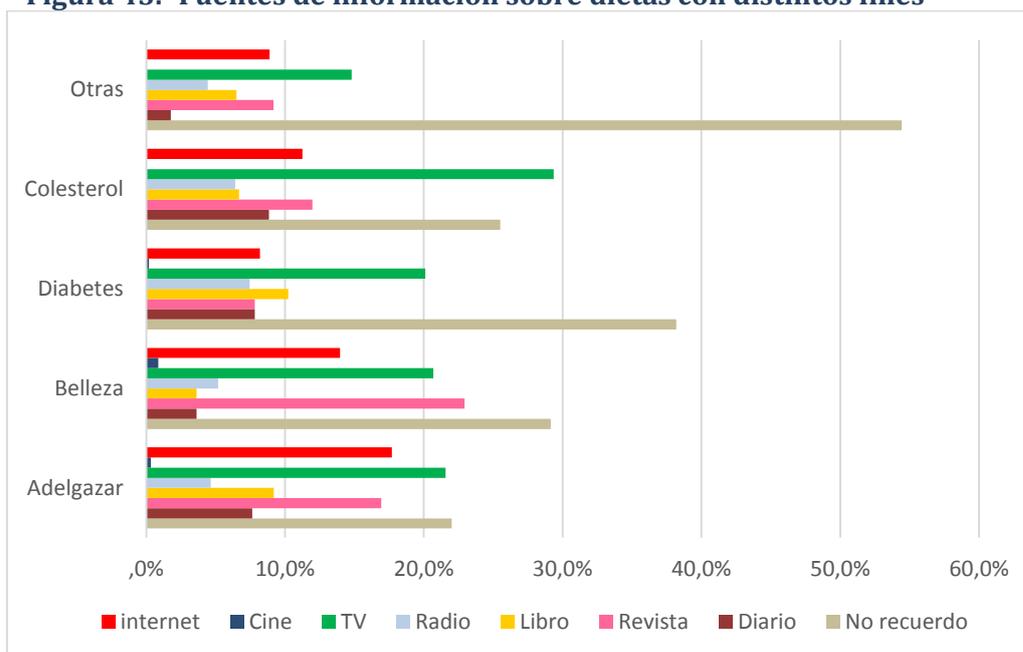
7.- Si planteamos el tema de alimentación y colesterol, la fuente mayoritaria de información entre los respondedores es la TV, seguido a distancia por internet y las revistas. También bastante similar en ambos sexos (**Tabla 23**).

Tabla 23.- Medio en el que tuvo noticia sobre dieta para COLESTEROL

NOTICIAS SOBRE COLESTEROL	Total	Sexo	
		Hombre	Mujer
No recuerdo	5,2%	6,0%	4,3%
Diario	1,0%	1,1%	1,0%
Revista	1,6%	1,8%	1,3%
Libro	,8%	1,0%	,7%
Radio	,8%	,9%	,7%
TV	4,1%	4,2%	4,0%
Cine	0,0%	0,0%	0,0%
internet	1,9%	1,9%	1,8%
NC	87,6%	86,4%	88,7%
Total	5497	2633	2864

Fuente: datos de elaboración propia

8.-En relación a las fuentes de información sobre alguna dieta para otras enfermedades la mayoría no recuerda o no contesta a esta cuestión.

Figura 43.- Fuentes de información sobre dietas con distintos fines

Fuente: Elaboración propia

En conjunto, aunque un alto porcentaje de la muestra declara no recordar dónde se informó sobre distintos tipos de dietas, la televisión se sitúa como principal fuente de información en este sentido. Ocupan también lugares destacados internet y las revistas. Este medio alcanza la segunda posición cuando se trata de información sobre dietas para adelgazar y se es la primera fuente de información cuando se trata de dietas con fines estéticos (figura 43).

9.- Ante la pregunta de “si recuerda el alimento o ingrediente que más le ha impactado en los últimos años a través de los MCS” el 13,3% responde afirmativamente (un 13,9% en mujeres) aunque tenemos un 20% que no contesta a la pregunta (**Tabla 24**). En este apartado el aceite, las leches fermentadas y los cereales de desayuno....

Tabla 24 ¿Recuerda el anuncio de algún alimento, producto alimentario o tema relacionado con la alimentación que más le ha impactado en los últimos años?

ANUNCIO DE ALIMENTACION	Total	Sexo	
		Hombre	Mujer
Sí	13,3%	12,6%	13,9%
No	66,3%	66,8%	65,9%
NC	20,4%	20,6%	20,2%
Total	6800	3286	3514

Fuente: datos de elaboración propia

10.- Ante el planteamiento de si la información que se oferta en los medios de comunicación sobre temas de alimentación es clara y fiable el 35,4% tiene una opinión bastante favorable, frente al 23% con una respuesta poco favorable sobre esta información. Las respuestas son muy similares por sexos. En todo caso un 4,7% del colectivo tiene una opinión muy negativa sobre la claridad y fiabilidad de la información que se vierte en los medios **(Tabla 25)**.

Tabla 25.-Señale en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con la siguiente afirmación sobre las noticias que aparecen en los medios de comunicación sobre temas de alimentación: Son claras y fiables

FIABILIDAD	Total	Sexo	
		Hombre	Mujer
Estoy totalmente de acuerdo	5,6%	5,6%	5,6%
Estoy algo de acuerdo	29,8%	29,9%	29,7%
No estoy de acuerdo ni en desacuerdo	29,7%	29,2%	30,3%
No estoy de acuerdo	18,3%	18,6%	18,0%
No estoy en absoluto de acuerdo	4,7%	5,1%	4,4%
NS/NC	11,8%	11,6%	12,0%
Total	6800	3286	3514

Fuente: datos de elaboración propia

11.- Si planteamos la facilidad o no de comprender la información ofertada por los medios en temas de alimentación el 22% manifiestan que “no entienden bien la información suministrada por los medios de comunicación”. El 38,9% por el contrario tiene una opinión más favorable sobre la comprensión de la información con datos casi similares por sexos **(Tabla 26)**.

Tabla 26.-Señale en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con la siguiente afirmación sobre las noticias que aparecen en los medios de comunicación sobre temas de alimentación: No entiendo bien lo que quieren decir

ENTENDIMIENTO TEMAS ALIMENTACION	Total	Sexo	
		Hombre	Mujer
Estoy totalmente de acuerdo	4,0%	3,9%	4,0%
Estoy algo de acuerdo	18,1%	18,0%	18,2%
No estoy de acuerdo ni en desacuerdo	24,0%	24,6%	23,4%
No estoy de acuerdo	28,9%	29,3%	28,5%
No estoy en absoluto de acuerdo	11,0%	10,9%	11,2%
NS/NC	14,0%	13,3%	14,7%
Total	6800	3286	3514

Fuente: datos de elaboración propia

12.-Un punto clave relacionado con la veracidad percibida sobre la información facilitada por los medios de comunicación el 38% tiene una opinión favorable sobre la veracidad de los contenidos frente al 24% que manifiesta poca credibilidad sobre los temas de alimentación que recibe a través de los medios. Planteamientos muy similares por sexos (**Tabla 27**).

Tabla 27.-Señale en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con la siguiente afirmación sobre las noticias que aparecen en los medios de comunicación sobre temas de alimentación: Es verdad lo que dicen

VERACIDAD TEMAS ALIMENTACION	Total	Sexo	
		Hombre	Mujer
Estoy totalmente de acuerdo	4,1%	4,3%	3,8%
Estoy algo de acuerdo	22,9%	23,2%	22,6%
No estoy de acuerdo ni en desacuerdo	35,7%	34,5%	37,0%
No estoy de acuerdo	18,2%	19,1%	17,4%
No estoy en absoluto de acuerdo	5,8%	6,0%	5,5%
NC	13,3%	12,8%	13,8%
Total	6800	3286	3514

Fuente: datos de elaboración propia

13.- Ante la cuestión de si la información recibida de los medios de comunicación es consultada o contrastada con el médico o profesional de salud, el 23,9% están de acuerdo con esta posibilidad por lo tanto puede ser su modo de actuación. Por el contrario el 45,5% no parece probable que consulten la información con su médico o especialista. En este punto nos encontramos quizá con una mayor predisposición en el colectivo femenino en consultar estos temas con el personal de salud (**Tabla 28**).

Tabla 28.-Señale en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con la siguiente afirmación sobre las noticias que aparecen en los medios de comunicación sobre temas de alimentación: Consulto lo que leo, escucho o veo en los medios de comunicación con el médico.

CONSULTA CON EL MEDICO	Total	Sexo	
		Hombre	Mujer
Estoy totalmente de acuerdo	7,7%	7,1%	8,3%
Estoy algo de acuerdo	16,2%	15,3%	17,1%
No estoy de acuerdo ni en desacuerdo	17,5%	18,1%	16,9%
No estoy de acuerdo	23,5%	24,3%	22,8%
No estoy en absoluto de acuerdo	22,0%	22,8%	21,3%
NC	13,0%	12,4%	13,6%
Total	6800	3286	3514

Fuente: datos de elaboración propia

14.- El mismo tema de información recibida a través de los medios que posteriormente se comenta o consulta en la Oficina de Farmacia, el 26,4% lo refiere como una opción acertada mientras que el 52,2% no lo contemplan como una acción con la que estén de acuerdo. Como en el caso anterior en el colectivo femenino hay una ligera tendencia a consultar los temas de alimentación con el personal de farmacia (**Tabla 29**).

15.- La información sobre alimentación recibida de los medios y comentada o consultada posteriormente con el círculo familiar ocupa al 28,2% del colectivo estudiado. El 38,2% no ve interesante esta posibilidad de contraste de opiniones. En este caso también hay una mayor aceptación por el comentario con algún familiar por parte del colectivo femenino (**Tabla 30**).

Tabla 29.- Señale en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con la siguiente afirmación sobre las noticias que aparecen en los medios de comunicación sobre temas de alimentación: Consulto lo que leo, escucho o veo en los medios de comunicación con el farmacéutico

CONSULTA CON EL FARMACEUTICO	Total	Sexo	
		Hombre	Mujer
Estoy totalmente de acuerdo	3,5%	3,4%	3,7%
Estoy algo de acuerdo	12,9%	11,9%	13,9%
No estoy de acuerdo ni en desacuerdo	18,1%	18,2%	18,1%
No estoy de acuerdo	25,8%	26,4%	25,2%
No estoy en absoluto de acuerdo	26,4%	27,2%	25,7%
NC	13,2%	12,9%	13,5%
Total	6800	3286	3514

Fuente: datos de elaboración propia

Tabla 30.- Señale en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con la siguiente afirmación sobre las noticias que aparecen en los medios de comunicación sobre temas de alimentación: Consulto lo que leo, escucho o veo en los medios de comunicación con algún familiar

CONSULTA CON UN FAMILIAR	Total	Sexo	
		Hombre	Mujer
Estoy totalmente de acuerdo	6,5%	6,2%	6,8%
Estoy algo de acuerdo	21,7%	20,0%	23,5%
No estoy de acuerdo ni en desacuerdo	19,6%	21,0%	18,3%
No estoy de acuerdo	20,1%	20,4%	19,8%
No estoy en absoluto de acuerdo	18,1%	19,1%	17,2%
Nc	13,9%	13,3%	14,5%
Total	6800	3286	3514

Fuente: datos de elaboración propia

16.- En relación a consultar o comentar los temas de alimentación visionados, escuchados o leídos en MCS con algún amigo o en círculo de amistad el 25,9% está de acuerdo con la posibilidad o suele hacerlo frente al 40,2% que no contempla habitualmente esta posibilidad. Como en los casos anteriores el colectivo femenino es más favorable al comentario de estas informaciones de alimentación y salud en el círculo de amistades (**Tabla 31**).

Tabla 31.- Señale en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con la siguiente afirmación sobre las noticias que aparecen en los medios de comunicación sobre temas de alimentación: Consulto lo que leo, escucho o veo en los medios de comunicación con algún amigo/a

CONSULTA CON UN AMIGO	Total	Sexo	
		Hombre	Mujer
Estoy totalmente de acuerdo	5,3%	4,8%	5,7%
Estoy algo de acuerdo	20,6%	18,4%	22,7%
No estoy de acuerdo ni en desacuerdo	20,0%	21,6%	18,6%
No estoy de acuerdo	20,5%	21,0%	20,0%
No estoy en absoluto de acuerdo	19,7%	20,7%	18,6%
NC	14,0%	13,5%	14,4%
Total	6800	3286	3514

Fuente: datos de elaboración propia

17.- Ante la cuestión planteada “ Sobre los productos de alimentación o temas de alimentación que se anuncian o referencian en los medios de comunicación, ¿cuáles le merecen más confianza”? un 29,8% de los hombres y un 32,1% de las mujeres manifiestan como primera opción la información de la TV; un 11,6 % la información de las revistas; un 9% en internet y en cuarto lugar los periódicos o suplementos (8,3%) y cierra como medio de referencia para estos temas la radio con un 6%. El colectivo femenino es más de TV y revistas como medios de información también para esta temática (**Tabla 32**).

18.- Lectura habitual de periódicos: el 46,9% de los hombres y el 32,1% de las mujeres manifiestan leer habitualmente algún periódico o periódicos frente al 48,3% que no leen habitualmente ninguno (**Tabla 33**).

Tabla 32.-Sobre los productos de alimentación o temas de alimentación que se anuncian, ¿cuáles le merecen más confianza?

MAS CONFIANZA	Total	Sexo	
		Hombre	Mujer
Los que se anuncian en televisión	31,0%	29,8%	32,1%
Los que se anuncian en la radio	6,0%	6,4%	5,5%
Los que se anuncian en periódicos o suplementos	8,3%	8,3%	8,3%
Los que se anuncian en revistas	11,6%	8,8%	14,4%
Los que se anuncian en folletos	3,9%	3,0%	4,8%
Los que se anuncian en Internet	9,0%	9,0%	9,1%
Ninguno de ellos	44,6%	46,4%	42,9%
NC	8,8%	9,4%	8,3%
Total	6800	3286	3514

Fuente: datos de elaboración propia

Tabla 33 ¿Suele leer algún periódico habitualmente?

LECTURA DE PERIODICOS	Total	Sexo	
		Hombre	Mujer
Sí	39,4%	46,9%	32,1%
No	48,3%	41,9%	54,5%
NC	12,3%	11,2%	13,4%
Total	6800	3286	3514

Fuente: datos de elaboración propia

19.-En relación a la credibilidad relacionada con los anuncios en los medios de comunicación de cualquier formato referidos a alimentos el 42,7% no creen que son verdad los contenidos de los mensajes frente al 20% que los creen verdaderos. En este caso los hombres tienen un poco más de desconfianza sobre la veracidad de los mensajes (**Tabla 34**).

Tabla 34.-Señale en qué medida está en acuerdo o en desacuerdo con la siguiente afirmación sobre anuncios de productos de alimentación: Todo lo que dicen es verdad

VERDAD SOBRE ALIMENTACION	Total	Sexo	
		Hombre	Mujer
Estoy totalmente de acuerdo	2,7%	2,8%	2,7%
Estoy algo de acuerdo	17,3%	18,0%	16,5%
No estoy de acuerdo ni en desacuerdo	28,0%	27,0%	29,0%
No estoy de acuerdo	31,8%	30,9%	32,7%
No estoy en absoluto de acuerdo	10,9%	12,2%	9,6%
NC	9,2%	9,1%	9,4%
Total	6800	3286	3514

Fuente: datos de elaboración propia

20.- Sobre la afirmación de que a través de los anuncios insertados en los MCS “aprendo cosas que no sabía” el 46% está de acuerdo con la afirmación frente al 21,2% que no lo comparte. En este punto el colectivo femenino tiene una puntuación algo más favorable (**Tabla 35**).

Tabla 35.-Señale en qué medida está en acuerdo o en desacuerdo con la siguiente afirmación sobre anuncios de productos de alimentación: Aprendo cosas que no sabía

APRENDO COSAS NUEVAS	Total	Sexo	
		Hombre	Mujer
Estoy totalmente de acuerdo	7,8%	7,8%	7,8%
Estoy algo de acuerdo	38,2%	35,5%	40,8%
No estoy de acuerdo ni en desacuerdo	23,7%	24,5%	22,9%
No estoy de acuerdo	15,4%	16,3%	14,5%
No estoy en absoluto de acuerdo	5,8%	7,1%	4,5%
NC	9,0%	8,6%	9,4%
Total	6800	3286	3514

Fuente: datos de elaboración propia

21.- La idea de que los mensajes incorporados a los anuncios tienen como único objetivo “vender más” lo asume como cierto el 60, 7% del colectivo. Hombres y mujeres tienen la misma impresión sobre esta cuestión. No llega al 7% las personas que no comparten esta opinión mayoritaria. (**Tabla 36**)

Tabla 36.-Señale en qué medida está en acuerdo o en desacuerdo con la siguiente afirmación sobre anuncios de productos de alimentación: Los hacen sólo para vender más

LO HACEN SOLO PARA VENDER MAS	Total	Sexo	
		Hombre	Mujer
Estoy totalmente de acuerdo	28,4%	29,2%	27,5%
Estoy algo de acuerdo	32,3%	31,8%	32,8%
No estoy de acuerdo ni en desacuerdo	23,4%	23,3%	23,4%
No estoy de acuerdo	5,1%	4,9%	5,3%
No estoy en absoluto de acuerdo	1,8%	1,7%	1,8%
NC	9,1%	9,0%	9,3%
Total	6800	3286	3514

Fuente: datos de elaboración propia

22.- Sobre los contenidos de anuncios de productos alimentarios que la población considera “que no son ciertas” el 53,4% piensa que están en lo cierto: no se atienen a la verdad. En este apartado tenemos poco más del 11% de discrepancia sobre el eje mayoritario (**Tabla 37**).

Tabla 37.-Señale en qué medida está en acuerdo o en desacuerdo con la siguiente afirmación sobre anuncios de productos de alimentación: Muchas cosas que dicen no son ciertas

MUCHAS COSAS QUE DICEN SON FALSAS	Total	Sexo	
		Hombre	Mujer
Estoy totalmente de acuerdo	17,0%	16,6%	17,4%
Estoy algo de acuerdo	36,4%	34,9%	37,8%
No estoy de acuerdo ni en desacuerdo	26,9%	28,9%	25,0%
No estoy de acuerdo	8,3%	8,2%	8,5%
No estoy en absoluto de acuerdo	2,4%	2,8%	2,1%
NC	9,0%	8,7%	9,3%
Total	6800	3286	3514

Fuente: datos de elaboración propia

23.- En el caso más rotundo de que los contenidos “supongan un engaño total” el 20,9% estaría conforme con esta afirmación mientras que el 31,8% no compartiría ese mismo criterio. Los resultados son muy similares en ambos sexos. **(Tabla 38)**

Tabla 38.-Señale en qué medida está en acuerdo o en desacuerdo con la siguiente afirmación sobre anuncios de productos de alimentación: Son siempre un engaño total

SON SIEMPRE INCIERTOS	Total	Sexo	
		Hombre	Mujer
Estoy totalmente de acuerdo	4,2%	4,0%	4,4%
Estoy algo de acuerdo	16,7%	16,9%	16,4%
No estoy de acuerdo ni en desacuerdo	37,1%	37,5%	36,7%
No estoy de acuerdo	23,7%	23,4%	24,0%
No estoy en absoluto de acuerdo	8,1%	8,4%	7,7%
NC	10,3%	9,8%	10,7%
Total	6800	3286	3514

Fuente: datos de elaboración propia

24.- Ante la cuestión de “qué preguntas ha formulado sobre temas de alimentación en los últimos años” el 20% refiere demanda de información específica sobre la alimentación en un problema concreto de salud: un 16% sobre la alimentación de los niños; un 12,4% sobre dietas para adelgazar y un 10% sobre la seguridad de algunos alimentos. Las mujeres preguntan con mayor frecuencia sobre temas de alimentación infantil, dietas de adelgazamiento y la alimentación específica de las mujeres en periodos concretos de la vida **(Tabla 39)**.

Tabla 39 ¿Sobre qué temas relacionados con la alimentación ha consultado o preguntado dudas en los últimos años?

TEMAS DE CONSULTA	Total	Sexo	
		Hombre	Mujer
Sobre la alimentación de los niños	16,5%	13,9%	19,0%
Sobre la alimentación en el embarazo	7,3%	5,7%	8,9%
Sobre la alimentación en los ancianos	5,4%	3,9%	6,8%
Sobre alimentación de la mujer	9,4%	3,3%	15,3%
Sobre alimentación para un problema de salud	20,0%	19,3%	20,7%
Sobre dietas para adelgazar	12,4%	9,6%	15,1%
Sobre seguridad de algunos alimentos	10,0%	10,4%	9,6%
Otros temas	3,5%	3,9%	3,0%
Nunca he consultado nada	45,8%	50,6%	41,1%
NS/NC	7,7%	8,3%	7,1%
Total	6800	3286	3514

Fuente: datos de elaboración propia

25.- Los motivos de compra o consumo de un alimento nuevo describen una secuencia muy concreta. En primer lugar nos encontramos el factor curiosidad (34,65), seguido del factor precio (23,45). El 16,9% porque le hablo un familiar (19,15); porque le habló de él un amigo (16,8); El 16,7% manifiesta haberlo comprado simplemente porque se lo encontró en la tienda. Más directamente relacionado con los MCS el 12,6% adquirió o consumió el producto por lo que había visto, oído o leído sobre él y el 10,7% por los anuncios sobre el alimento o producto. Otra razón que se plantea es “porqué lo piden en casa”: 9,9%. El colectivo femenino parece algo más sensible a la información vertida por los medios de comunicación y a los comentarios de un familiar o amistad (**Tabla 40**).

26.- La cuestión de “con qué frecuencia ve la TV durante las comidas”, el 54% manifiesta que ve la TV mientras come o cena frente a algo menos del 15% que no lo hace nunca. Este hábito es muy similar entre hombres y mujeres (tabla 41).

Tabla 40.-Cuándo empieza a comprar o consumir un alimento nuevo ¿Por qué motivo lo hace?

MOTIVOS PARA EL CONSUMO	Total	Sexo	
		Hombre	Mujer
Por el precio	23,4%	23,7%	23,1%
Porque lo he visto en anuncios	10,7%	10,6%	10,9%
Porque he visto, oído o leído algo sobre el producto	12,6%	10,9%	14,3%
Porque me ha hablado de él un familiar	19,1%	16,5%	21,6%
Porque me ha hablado de él un amigo	16,8%	14,1%	19,3%
Porque lo he visto en la tienda	16,7%	15,9%	17,6%
Por curiosidad	34,6%	34,0%	35,2%
Por ninguna de las razones anteriores	6,8%	7,3%	6,3%
Porque lo piden en casa	9,9%	9,0%	10,8%
Porque es lo que hay en las tiendas más cercanas	5,3%	5,9%	4,8%
NS/NC	12,1%	12,7%	11,4%
Total	6800	3286	3514

Fuente: datos de elaboración propia

Tabla 41 ¿Con qué frecuencia suele ver TV durante las comidas?

FRECUENCIA VER TV EN LAS COMIDAS	Total	Sexo	
		Hombre	Mujer
Nunca	13,9%	12,8%	14,9%
Un día a la semana	2,2%	2,3%	2,1%
Dos días a la semana	3,2%	3,0%	3,4%
Tres días a la semana	2,9%	2,7%	3,1%
Cuatro días a la semana	2,6%	2,9%	2,4%
Cinco días a la semana	3,1%	2,9%	3,2%
Seis días a la semana	1,8%	2,0%	1,7%
Todos los días	54,1%	54,1%	54,2%
Nc	16,1%	17,2%	15,1%
Total	6800	3286	3514

Fuente: datos de elaboración propia

1.10. Información alimentaria: alimentos o ingredientes conocidos o valorizados a través de los medios de comunicación

1.10.1. Investigación cualitativa

Los grupos de discusión pusieron en relieve que los consumidores se encuentran productos nuevos en los lineales de los supermercados y no encuentran el producto al que estaban acostumbrados, que es el que buscaban. Otras veces han conocido los productos nuevos por la publicidad y luego los han visto en las estanterías de los supermercados.

En este sentido mencionan principalmente distintas variedades de leche, leches fermentadas y yogures, productos en los que han modificado, añadido o reemplazado alguno de sus componentes.

Otro bloque de alimentos o ingredientes mencionados son los “antioxidantes” y en este sentido citan las “bayas de Goji”, “zumos”, “resveratrol”, “brócoli”, “algas”, “frutas y verduras”. También mencionaban alimentos que conocían de siempre, pero de los que han “*escuchado en la televisión, en la radio o han leído cosas sobre su interés para la salud*”, como por ejemplo el “*pescado azul*”, “*el aceite de oliva*” o “*el chocolate*”.

Aunque con menos frecuencia también mencionan algunas especias como “*la canela*” “*la pimienta*”, o “*el ajo*” porque han oído hablar del interés de estos alimentos para la salud.

1.10.2. Investigación cuantitativa

Uno de los apartados más exhaustivos del cuestionario hacía referencia a los alimentos o ingredientes conocidos, reconocidos y/o puestos en valor como consecuencia de la información recibida a través de los medios de comunicación excluyendo o minimizando los impactos publicitarios.

En este bloque temático hemos obtenido 5.435 respuestas válidas lo que representa un 79,92% de la muestra total. Los porcentajes se han calculado

sobre las respuestas válidas que incluyen las contestaciones sin contenido. El resto se han considerado datos *missing*.

Desde una valoración global de las respuestas agrupadas por grupos de alimentos o familias de ingredientes podemos estimar un ranking de impactos informativos que han merecido la atención y la potencialidad funcional de trasladar la información a la cesta de la compra o a la mesa de los ciudadanos.

El ranking lo lidera un grupo alimentario poco publicitado como son las frutas (15%) pero que con mucha frecuencia es motivo de visibilidad por sus efectos positivos sobre la salud y la prevención de diversas enfermedades (tabla 42).

El segundo puesto tiene un comentario similar al estar referido a verduras y hortalizas (10,43%). En esta misma línea el tercer puesto lo ocupa el pescado (8%) y el cuarto la leche en todas sus formulaciones (5,5%).

Tenemos muy bien situados a los yogures (4,7%), yogures funcionales (2,7%), cereales y pan (5,4%), frutos secos (4,2%) y aceite (3,2%).

En un segundo nivel se encuentran los productos que al margen de que puedan recibir comentarios independientes por su valor nutricional o asociado, son con gran frecuencia motivo de anuncios publicitarios y campañas de marketing.

A nivel porcentual este subgrupo está liderado por los productos de la gama Actimel y similares (3,2%), productos de soja (4%), sustitutos especiales de la leche (0,8%), preparados de café, cacao y chocolates (2%) y carnes y derivados (4%).

Observamos un tercer grupo a bastante distancia de reconocimiento que sin embargo tiene mucha presencia en los formatos publicitarios aunque también es sujeto de debate por su acción positiva o negativa sobre los niveles de salud.

Aquí nos encontramos porcentajes de reconocimiento para el vino y la cerveza (0,95%); miel y jalea real (1,21%), galletas y azúcar (0,78%), productos enriquecidos con omega-3 (1%), zumos y refrescos (1%), huevos (0,66%) y productos integrales (0,55%).

FRUTAS

En el apartado de frutas las de mayor fijación cognitiva en relación con la información aportada por los diferentes medios de comunicación serían el plátano (7,1%), la manzana (7,2%) el kiwi (6,6%) y el aguacate (6,1%). En todo caso el mayor reconocimiento se centra en el grupo general de las frutas como unidad de referencia (40,7%).

VERDURAS

El segundo grupo alimentario más recordado son las verduras y dentro de este apartado el tomate (9,2%), el ajo (8,6%), el brócoli (8,2%), la zanahoria y la alcachofa (4% y 3,7%) quizá por la mayor visibilidad de sus componentes de interés para la salud evidenciados en los últimos años. A más distancia nos encontramos a la cebolla, el espárrago y las espinacas. Al igual que en el apartado anterior el genérico de las verduras es el epígrafe con mayor número de recuerdos suscita.

PESCADOS

Los pescados es un grupo que suele tener mucha visibilidad en los medios y que en este caso ocupa el tercer lugar en la intensidad de recuerdos informativos. El grupo genérico de pescados es también el de mayor frecuencia. De manera específica el pescado azul sería otro grupo (no incluido en el anterior) muy numeroso señalado (26%). El salmón y las sardinas tienen mayor potencia de marca.

LECHE Y LACTEOS

La leche como genérico es el epígrafe de mayor interés en el grupo, donde la leche sin lactosa tiene un valor relevante. En el campo de los yogures predomina el genérico con un interés específico por los yogures funcionales con mayoría para la referencia *Activia*®, *bífidus*® y *Densia*® por este orden. En el capítulo de las leches fermentadas especiales el *Actime*® no tiene competidor. El *Danacol*® por su potencial acción terapéutica sobre los niveles de colesterol está al mismo nivel de primeras referencias en el bloque de los lácteos funcionales.

CAFÉ y CACAO

Las referencias se centran en el chocolate, chocolate negro, café y cacao en polvo por este orden. De manera aislada se escriben algunas marcas de saborizantes de cacao.

CARNES

Es el capítulo de las carnes la primera referencia fuera del epígrafe genérico es la carne de conejo donde el sector ha realizado un gran esfuerzo de comunicación en los últimos años, también encontramos la carne de pollo, pavo y cerdo a bastante distancia. Las carnes blancas lideran en su conjunto el panorama de referencia para el sector cárnico.-

ACEITES Y GRASAS

El elemento más reconocido es el aceite de oliva, en algunos casos hablamos del aceite en general y aparecen algunas unidades con información sobre las aceitunas, aceite de coco y el papel de las grasas monoinsaturadas. Algunos comentarios sobre la margarina y en menor cantidad sobre la mantequilla.

ESPECIES E INFUSIONES

El interés informativo sobre algunas especies y hierbas aromáticas o medicinales lo lidera el té genérico, seguido del té verde. En las especies destaca con diferencia la canela, en otro plano el jengibre, el perejil y la cúrcuma.

NUEVOS ALIMENTOS O INGREDIENTES

Los encuestados recuerdan la información sobre nuevos productos con cualidades singulares como la stevia (edulcorante natural sin calorías), las bayas de goji (antioxidante), el valor de la fibra (estreñimiento), los suplementos de calcio y magnesio (salud ósea), los suplementos de colágeno, la avena, la quinoa, el lino (omega-3) y las propiedades de los frutos secos en especial de las nueces y las almendras (salud cardiovascular).

Tabla 42 Impacto de los medios de comunicación en la información alimentaria percibida

Productos de alimentación	N	Porcentaje
Vegetales	567	10,43 %
Frutas	815	14,99 %
Legumbres	80	1,47 %
Aceites	174	3,20 %
Cereales y pan	295	5,42 %
Frutos secos	235	4,23 %
Pescado	435	8,00 %
Carne	220	4,04 %
Mariscos y moluscos	16	0,29 %
Hongos y setas	16	0,29 %
Huevos	36	0,66 %
Quesos y cuajadas	32	0,58 %
Yogures	258	4,47 %
Yogures funciones-especiales	150	2,76 %
Actimel y similares	172	3,16 %
Leche	299	5,50 %
Leche vegetal	43	0,79 %
Mantequillas	7	0,12 %
Margarinas	24	0,44 %
Agua	31	0,57 %
Bebidas, zumos y refrescos	57	1,04 %
Vino y cerveza	52	0,95 %
Infusiones	53	0,97 %
Plantas medicinales y aromáticas	28	0,51 %
Espicias	28	0,51 %
Sal	6	0,11 %
Polen, miel y jalea real	66	1,21 %
Aloe vera y vegetales	17	0,31 %
Omega 3	58	1,06 %
Soja	220	4,04 %
Alimentos integrales	30	0,55 %
Barritas energéticas	8	0,14 %
Azúcar	7	0,12 %
Café, cacao y chocolate	108	1,98 %
Galletas y repostería	77	0,66 %
Edulcorantes	24	0,44 %
Conservas, fiambres y embutidos	43	0,79 %
Alimentos preparados y salsas	77	1,41 %
Colesterol	152	2,79 %
Dietas	6	0,11 %
Otros	26	0,47 %
A	119	2,19 %
B	309	5,66 %
TOTAL	5.435	100,00 %

Fuente: datos de elaboración propia

1.11. Fuentes de información de nuevos productos o alimentos

Los medios de información como fuente de conocimientos de nuevos alimentos o ingredientes es una realidad. En nuestra investigación el 37,2% recordaba haber conocido el nuevo alimento o producto a través de la televisión; un 12,6% a través de una revista, un 10,5% por medio de internet; un 5,4 en los contenidos de un libro; un 5,2% en las páginas de un diario y un 4,6% en la radio. En su conjunto más del 75% del colectivo recordaba la novedad informativa de un nuevo producto alimentario a través de los medios de comunicación social en sus distintos formatos. Las mujeres refieren una ligera mayor información a través de la TV, internet y las revistas. Los hombres a través de los diarios.

1.12. Alimentos o ingredientes que ha introducido en su alimentación de manera habitual en relación a la información recibida de los medios de comunicación

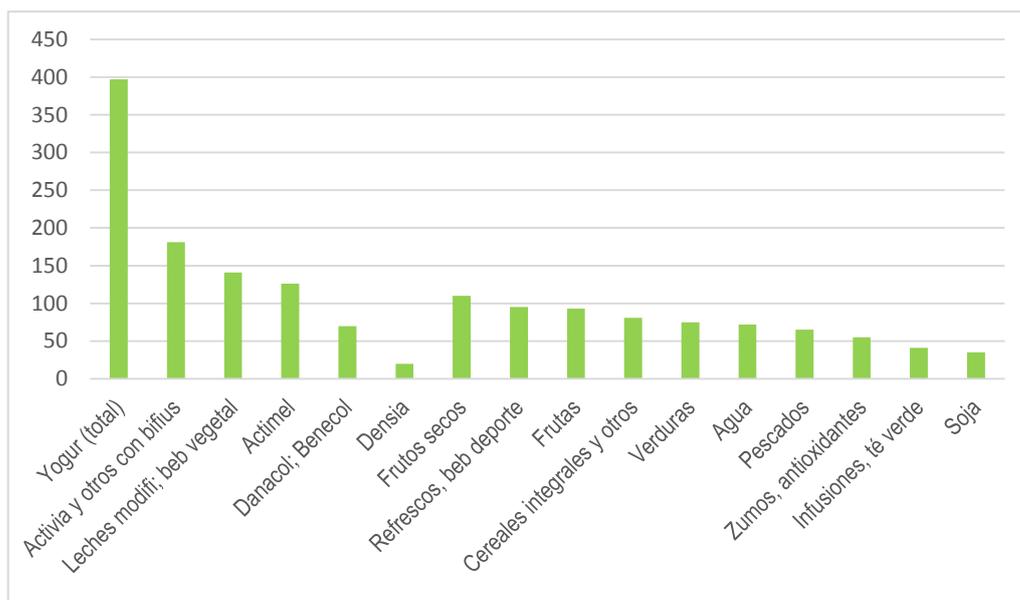
Este es un paso importante porque relaciona específicamente la información recibida a partir de los medios de comunicación en relación a la introducción de determinados alimentos o productos en la dieta habitual. Por lo tanto la influencia real en la tipología alimentaria y potencialmente en el estado de salud.

En esta secuencia de respuestas el liderazgo lo tienen las leches fermentadas (actimel) y los yogures funcionales. Muy cerca de esta influencia están los zumos y bebidas refrescantes.

La leche también es un alimento bien posicionado junto con las frutas, frutos secos y cereales.

Observamos bastantes referencias en relación a los preparados vegetales (soja, avena...) y con menos intensidad el agua de bebida, verduras y los alimentos relacionados con la adecuación de los niveles de colesterol (aquí estaría incluido el danacol) (figura 44).

Figura 44.- Alimentos introducidos en la dieta habitual en relación con información recibida en los medios



Fuente: Elaboración propia

1.13. La realidad en la cocina: frecuencia de cocinado en el hogar

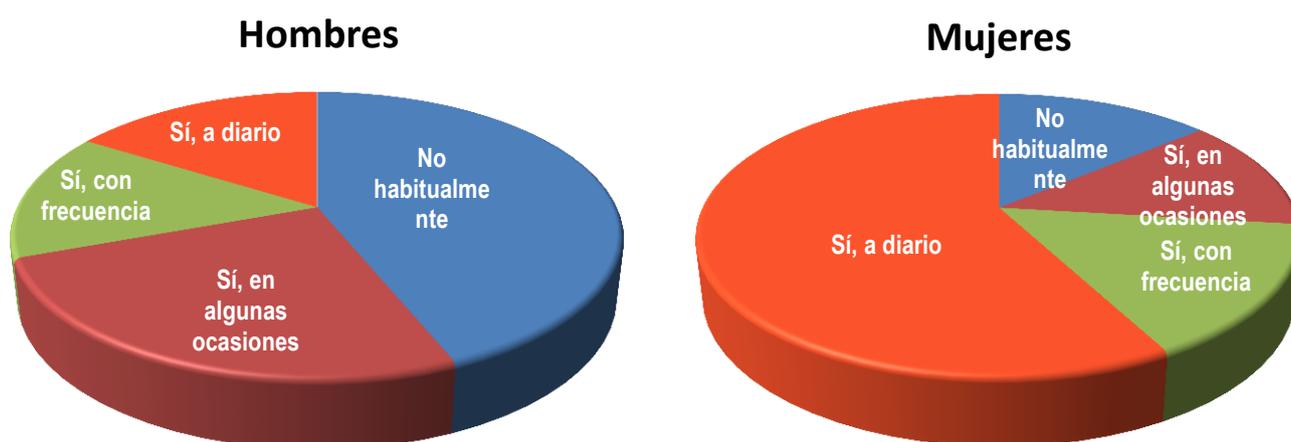
En la época de la historia donde más programas de televisión podemos ver en relación a la preparación y cocinado de alimentos estos son los datos de la implicación real del colectivo representativo encuestado en relación a su implicación en la cocina.

El 25,3% del colectivo manifiesta no cocinar habitualmente. En este punto el 41,6% son hombres. El 17,1% solo cocina ocasionalmente. En este caso el 24% son varones. Las personas que suelen cocinar todos los días o con mucha frecuencia representan el 48,6% del colectivo. En este grupo el 68,3% son mujeres. Por lo tanto no hay duda que en la actualidad el tema de la cocina, los fogones es todavía una materia predominantemente femenina.

Los platos con más éxito de elaboración son las paellas, las albóndigas, las alubias en varios formatos, otras legumbres como las lentejas, el grupo de la pasta, la tortilla de patata, algunos pescados y ensaladas especiales.

Los platos menos apetecibles a juicio del colectivo se centran en los sesos, caracoles y de manera intensa los platos de verdura (acelgas, alcachofas+), el pescado, algunas legumbres (lentejas), el hígado y las vísceras.

Figura 45.- Frecuencia hábito de cocinar en casa en hombres y en mujeres



Fuente: Elaboración propia

“La salud es la unidad que da valor a todos los ceros de la vida.”

Bernard Le Bouvier de Fontenelle. Filósofo francés (1657-1757)

2 Discusión

En este trabajo se ha planteado un análisis sobre cómo se relacionan los ciudadanos con los medios respecto a su alimentación y a su salud, dónde buscan información sobre estos temas y si esta información recibida influye sobre sus hábitos como consumidores y sobre sus hábitos alimentarios.

Para conseguir el objetivo planteado se ha llevado a cabo una investigación con dos vertientes, cuantitativa y cualitativa.

Se ha llevado a cabo un estudio observacional de tipo transversal sobre una muestra aleatoria, representativa de la población española mayor de 3 años, en el que 6800 individuos aceptaron participar. Cómo se informan los ciudadanos sobre temas de salud e incluso, cómo utilizan el etiquetado de los alimentos ha sido motivo de investigación en distintas ocasiones en el ámbito de la Unión Europea y en pequeñas muestras. Sin embargo, hasta la fecha no se había llevado a cabo una investigación de estas características en una muestra aleatoria de la población española, centrando la atención específicamente sobre la alimentación, la salud y los medios de comunicación.

La dimensión cualitativa de la investigación mediante grupos focales ha permitido identificar los principales temas emergentes sobre este aspecto y expresarlos en el lenguaje de los ciudadanos, traduciendo de esta manera o subrayando los datos numéricos estimados en la investigación cuantitativa.

2.1. Fuentes de información sobre alimentación y salud

Los resultados del estudio transversal han puesto de manifiesto que el médico es el profesional en quien más confían los ciudadanos para consultar sus dudas sobre alimentación y salud, aunque también ocupan un lugar destacado otros profesionales sanitarios, como enfermería y la oficina de farmacia.

En el Barómetro de Alimentación elaborado en la Comunidad de Madrid en 2010, los medios de comunicación ocupan en 5º lugar como fuentes de información en temas de nutrición y salud con una puntuación de 4,81 sobre 10. Le sigue internet con 4,08. Los primeros lugares los ocupan los médicos y personal sanitario con una puntuación media de 7,82/10. Las mujeres y la población más joven confían con mayor intensidad en los medios de comunicación e internet.

La Encuesta Bial (2015) elaborada por la Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología (FECYT)²⁶⁸ también destaca que los médicos (4,55/5) son los profesionales mejor valorados, seguido de los científicos (4,4/5), profesores (4,28/5) a mucha distancia de los políticos, que ocupan el último lugar con 1,95/5. De acuerdo a esta encuesta, las áreas de salud y educación son prioritarias para la población (el 64% donaría dinero para la ciencia).

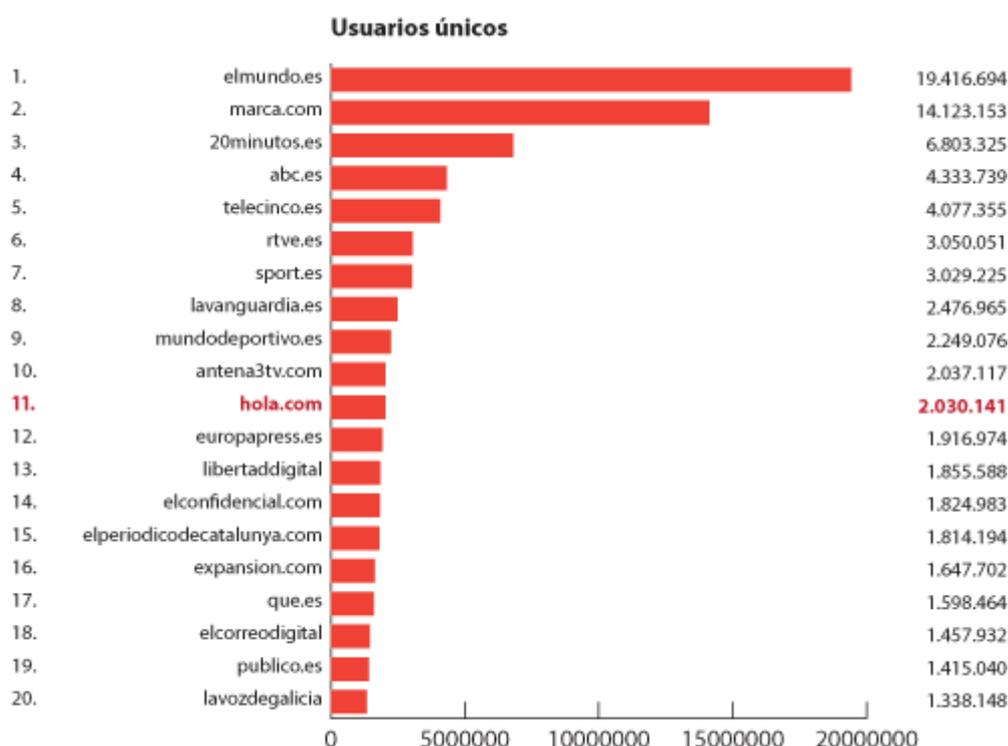
El estudio de la FECyT confirma que internet es la primera fuente de información científica (39,8% de los encuestados), seguida de la televisión (31,9%). En internet, los españoles optan primero por Wikipedia (32,7%) y después por consultar los medios generalistas (31,5%) y las redes sociales (30,8%) situándose en primer lugar Facebook.

En nuestro estudio transversal la información buscada en internet ocupaba un lugar destacado. Otros informes también reflejan que internet y las redes sociales se utilizan cada vez con mayor frecuencia para buscar información sobre salud. No obstante, la investigación cualitativa realizada en nuestra investigación subrayaba que internet inspiraba desconfianza, a pesar de que era al mismo tiempo un abundante fondo de información a la que de otra manera sería muy difícil poder acceder. Por el contrario, esta investigación cualitativa también reflejaba el atributo confianza y fiabilidad como etiqueta muy importante para los medios de comunicación de gran penetración e impacto en los hogares, como la televisión, sobre todo en las declaraciones expresadas por personajes muy populares.

²⁶⁸ Encuesta Bial 2015 (<http://www.fecyt.es/>)

El 46,9% de los hombres y 37% de las mujeres participantes en nuestro estudio declaraban leer habitualmente algún periódico. Los datos del informe Nielsen 2015²⁶⁹ reflejan que los medios de comunicación más consultados en internet en febrero de este año fueron elmundo.es; marca.com y, a distancia, 20minutos.es (figura 46).

Figura 46.- Los 20 medios de comunicación más visitados en internet en el mes de febrero de 2015 según el informe Nielsen.



Datos auditados por Nielsen NetRatings/OJD

Fuente: Nielsen NetRatings/OJD. Febrero 2015

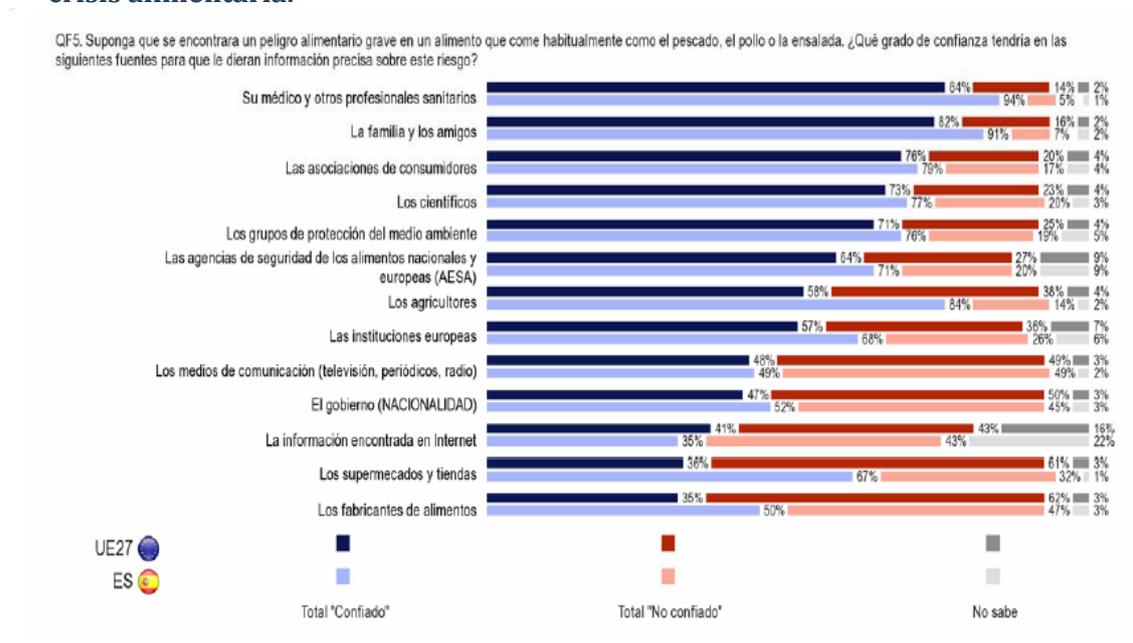
Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en España 67,9% de los hogares tiene acceso a Internet, y el 56% de los internautas utilizan el dispositivo móvil para conectarse. Y como ya nombramos, según la plataforma The Cocktail Analysis, el 91% de la población internauta tiene cuentas activas en redes sociales, una media de 2,31 redes por individuo, estando Facebook en la cabeza con un 85% de usuarios²⁷⁰.

²⁶⁹ Nielsen Net Rating/OJD, Febrero 2015

²⁷⁰ Matarín Jiménez, T. (2015). Redes sociales en prevención y promoción de la salud. Una revisión de la actualidad. *Revista Española de Comunicación y Salud*; 6(1), 62-69

Las crisis alimentarias suponen un contexto informativo especialmente difícil. El Eurobarómetro 354 realizado en los 27 países de la UE y al que España contribuyó con 1026 entrevistas centró el foco de atención precisamente sobre los riesgos asociados con la alimentación. Los resultados reflejan que ante un problema alimentario, los consumidores confían en primer lugar en el criterio de su médico y personal sanitario, seguido de la opinión de su familia. En el noveno puesto nos encontramos a los medios de comunicación y en el último a las empresas alimentarias (figura 47).

Figura 47.- Confianza en distintos agentes informadores ante una situación de crisis alimentaria.



Fuente: Special Eurobarometer 354. European Commission²⁷¹

Desde otro punto de vista el informe del “*Reuters Institute for the Study of Journalism*” (2015), elaborado por la Universidad de Oxford a partir de 2.000 encuestas realizadas en España, concluye que los ciudadanos españoles son los que menos confían en los medios de comunicación. Solo el 34% de los españoles consideran que sus medios de comunicación son creíbles²⁷².

La *American Dietetic Association* (ADA) viene realizando desde 1991 un análisis de tendencias sobre la profesión y aspectos relacionados con la información que reciben los consumidores y sus actitudes hacia estos

²⁷¹ Special Eurobarometer 354. European Commission.

²⁷² Picard, R.G. (2015). *Journalists' Perceptions of the Future of Journalistic Work*. Oxford University.

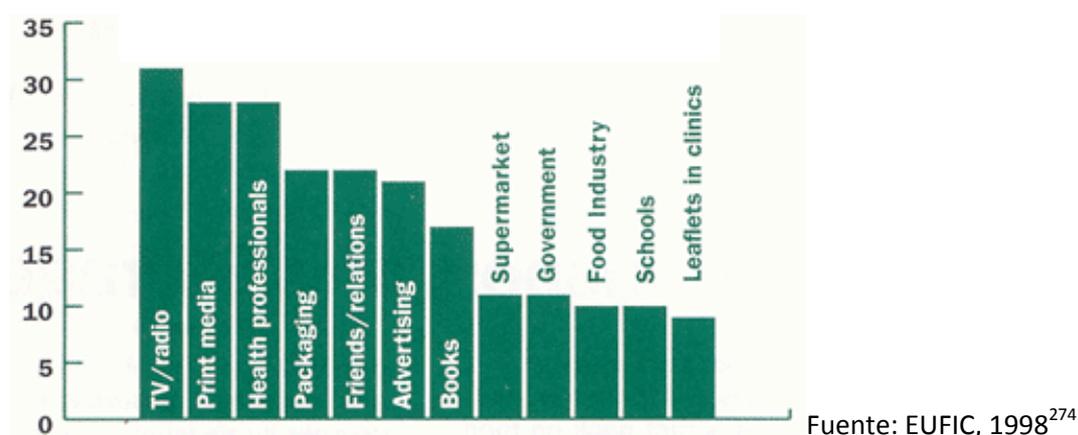
mensajes. Este informe refleja que la televisión y las revistas (41% en 2011) son las principales fuentes de información sobre alimentación y nutrición para los norteamericanos, aunque en los últimos años ha emergido con fuerza internet, que alcanza el 40% en el informe de tendencias 2011. Esta fuente en 1995 apenas representaba un 3% cuando se citó por primera vez, paso al 6% en 2000 y alcanzó un 13% en 2002.

Sin embargo, los profesionales sanitarios son quienes merecen mayor credibilidad y confianza, mientras que los medios de comunicación quedan relegados en la lista de agentes de confianza, especialmente las revistas y sitios de internet²⁷³.

Un estudio europeo promovido por EUFIC en 1996 reflejaba que más del 30% de los europeos utilizan la televisión y la radio como fuente de información sobre alimentación y salud. Le siguen la prensa escrita, el etiquetado de los envases y las personas del entorno más cercano (figura 48).

En la figura 49 podemos constatar el nivel de consulta como fuente de información en temas de alimentación y salud y simultáneamente el nivel de confianza referido por la población belga en relación a estas fuentes. El mayor uso se concentraba en la prensa escrita y los mayores niveles de confianza en los profesionales de la salud y en los mensajes del gobierno.

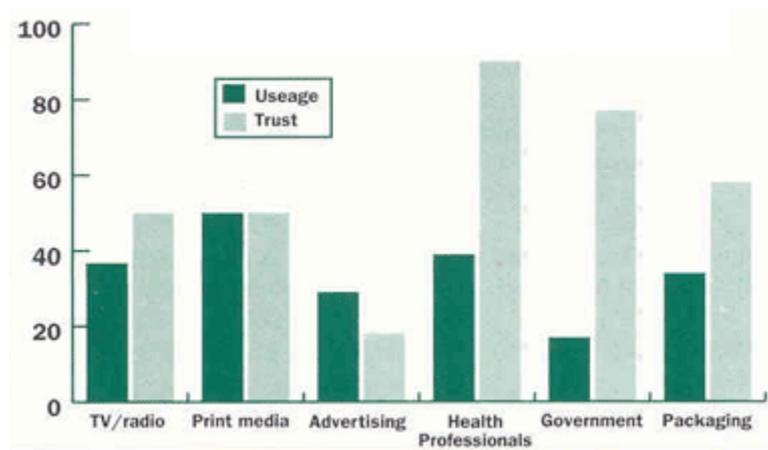
Figura 48.- Porcentaje de ciudadanos del UE que utilizan distintas fuentes de información sobre alimentación y salud



²⁷³ <http://www.eatrightpro.org/resources/media/trends-and-reviews/trends-survey>.

²⁷⁴ EUFIC (1998). Consumer Attitudes to Food, Nutrition and Health. *Food Today* 08/1998.

Figura 49.-Porcentaje de gente que utiliza y confía en distintas fuentes de información sobre alimentación en Bélgica



Fuente: EUFIC, 1998²⁷⁵

Según el informe de septiembre de 2015 del Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información (ONTSI), más del 60% de los internautas españoles buscan con frecuencia información sobre salud en Internet. Si a esto le sumamos la alta penetración de los smartphones en España y el crecimiento del mercado de las aplicaciones móviles sobre salud, pronto, una buena parte de la población llevará distintas apps sobre salud y nutrición en sus dispositivos móviles.

Webs, Foros, Blogs, Redes Sociales... son utilizadas a diario por ciudadanos, profesionales o pacientes para informarse, intercambiar experiencias o conocer mejor determinada enfermedad o tratamiento. Jano, Medline Plus, Tu otro médico, Diario Médico, Forum Clinic o RedPacientes, Gaceta Sanitaria, Com Salud, Nutrición y Cocina, etc.

En la actualidad el 93,3% de los hogares dispone de al menos un teléfono móvil activo y mientras que la media europea de penetración del smartphone (teléfono inteligente) es de un 47,6 %, según *comScore*, el 55,2 % de los españoles dispone de un terminal inteligente.

²⁷⁵ EUFIC (1998). Consumer Attitudes to Food, Nutrition and Health. *Food Today* 08/1998.

2.2. Impacto de las redes sociales en el sector salud

La empresa Solomon McCown²⁷⁶ ha estudiado en profundidad el impacto de las redes sociales en la salud a partir de estudios realizados en EEUU (2015). El 52% de la información que buscamos en internet sobre temas de salud se refiere a algún tipo concreto de enfermedad, seguido por temas de alimentación, hábitos saludables y medicamentos.



Fuente: Solomon Mc Cown

El 77% de los pacientes realizan búsquedas en internet antes de solicitar cita con su médico. Además de buscar información algunos comparten sus experiencias. Un 41% afirma que la información de la red le condiciona la elección del centro sanitario o médico.

También los médicos y profesionales de la salud cuentan con diferentes redes sociales para relacionarse y compartir experiencias; Neomed, Spanamed, Saluspot, Ippok, entre otros. El análisis de Solomons destaca que 1 de cada 7 profesionales participa diariamente en las redes sociales y 1 de cada 4 médicos utiliza los medios sociales para buscar información sobre su especialidad. Muchos de los participantes en las redes sociales son pasivos, no crean o comentan contenidos, pero sí leen los comentarios y opiniones que otros profesionales generan en su red (figura 50).

²⁷⁶ Solomon McCown. [<http://www.solomonmccown.com>].

En general, el impacto de las redes sociales en el campo de la salud y alimentación es muy elevado teniendo en cuenta que cada 5 segundos se realizan 170.000 búsquedas en Google sobre estas temáticas²⁷⁷.

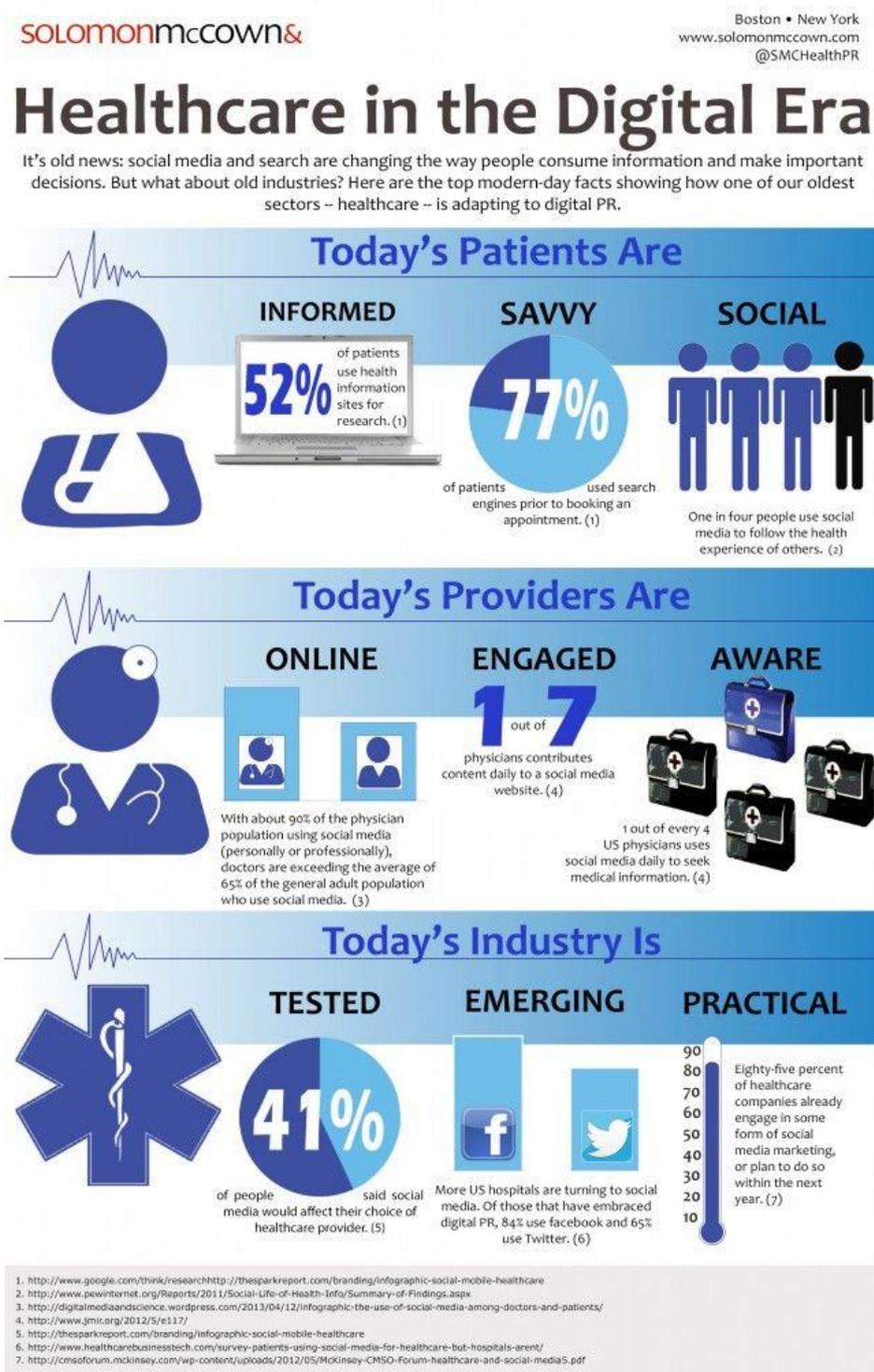
Desde el punto de vista de los profesionales y los ciudadanos, paulatinamente se está modificando la manera de informarse. El 81% de los ciudadanos tienen un Smartphone (Telefónica, 2015) y 8 de cada 10 internautas se conectan a diario y tienen confianza en internet en relación a los temas de salud. La salud está por encima del interés de la información deportiva. En EEUU, 1 de cada 4 noticias está relacionada con la salud. Por otra parte las nuevas tecnologías están ayudando a mejorar los conocimientos en materia de alimentación y nutrición. La Alimentación 3.0 (impresoras 3D) y la Educación 3.0 están en este sugerente camino.

En España, según *The App Date (2015)*²⁷⁸, se descargan 2,7 millones de aplicaciones cada día. De acuerdo a los datos aportados por el ONTSI, en menos de tres años, se han lanzado más de 6.000 aplicaciones distintas. En los próximos años este panorama se multiplicará por ocho o por diez.

²⁷⁷ Gil, L. (8 de mayo de 2015). *Impacto de las redes sociales en el sector salud*. Recuperado el 30 de mayo de 2015 de: [<http://socialmediaeninvestigacion.com/impacto-redes-sociales-salud/>].

²⁷⁸ Theappdate España (2015). *5º Informe del estado de las Apps en España*. Recuperado el 30 de mayo de 2015 de: [<http://www.theappdate.es/>].

Figura 50.- Elementos clave de la relación entre pacientes-profesionales sanitarios y empresas/administraciones vinculadas a la provisión de atención sanitaria en la era digital.



Fuente: Solomon McCown, 2015



A comienzos de verano de 2015 Sanitas puso en marcha el concurso “Ideas Sanitas” para votar las aplicaciones móviles preferidas en el campo de la salud²⁷⁹

Estas son las más votadas en el área de la nutrición (figura 51):

Figura 51.-Las mejores aplicaciones móviles de nutrición según el estudio realizado por Sanitas (2015)



Fuente: Sanitas, 2015

- **Glutenmed:** Pensada tanto para el profesional de la salud como para el paciente celíaco y sus cuidadores/familiares, la aplicación permite administrar con seguridad medicamentos a celíacos.

²⁷⁹ Madrid Conesa, J. Aplicaciones móviles sobre salud y nutrición. En: iSalud & Juan Madrid. Recuperado el 2 de junio de 2015 de: [http://doctorjuanmadrid.com/aplicaciones-moviles-sobre-nutricion/].

- **Social Diabetes:** Es una aplicación para la autogestión de la Diabetes Mellitus tipo 1.
- **Glucómetro:** Aplicación Android para controlar la diabetes. Seguimiento del nivel de glucosa con un medidor de glucosa bluetooth o de forma manual.
- **Tu peso ideal:** Aplicación gratuita disponible en la AppleStore, que estima cuál es tu peso ideal, ofreciendo dos, uno basado en el Índice de Masa Corporal (el que recomiendan los médicos) y otro basado en el criterio popular.

2.3. mHealth

La innovación tecnológica conocida como mHealth pretende apoyar la salud a través de los móviles. Tania Menéndez Hevia, experta en comunicación en la plataforma Wake App Health, plantea que el uso de estas aplicaciones permitirá un ahorro del 35% en el gasto sanitario en España. Nuestras empresas están a la cabeza de Europa en el diseño de Apps en distintas especialidades y cometidos con un objetivo común: conseguir un paciente empoderado²⁸⁰.

2.3.1. Los dispositivos “wearable”, la salud y el estado nutricional

La palabra *wearable* tiene raíz inglesa y se refiere a la posibilidad de objeto “llevable” o “vestible”. Aunque esta tecnología comenzó su desarrollo en los años 70 es en los últimos años cuando se ha avanzado en su utilización operativa. Esta nueva tecnología se puede incorporar a pulseras, relojes, colgantes, gafas, ropa y un largo etcétera y a partir de uno o varios microprocesadores nos aportan información de nuestro organismo y/o nuestra interacción con el entorno.

²⁸⁰ Tania Hevia presentó una ponencia sobre mHealth, e-Health y Apps en la Reunión de Expertos sobre comunicación en alimentación, salud y educación nutricional celebrada en Bilbao los días 14 y 15 de septiembre de 2015, organizada por la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC) y en la que participaron entre otros profesionales, representantes de ANIS, FAPE y la Asociación de Periodistas Vascos. Esta prevista la publicación de los contenidos de la reunión en un monográfico de la revista “Comunicación y salud” en 2016.

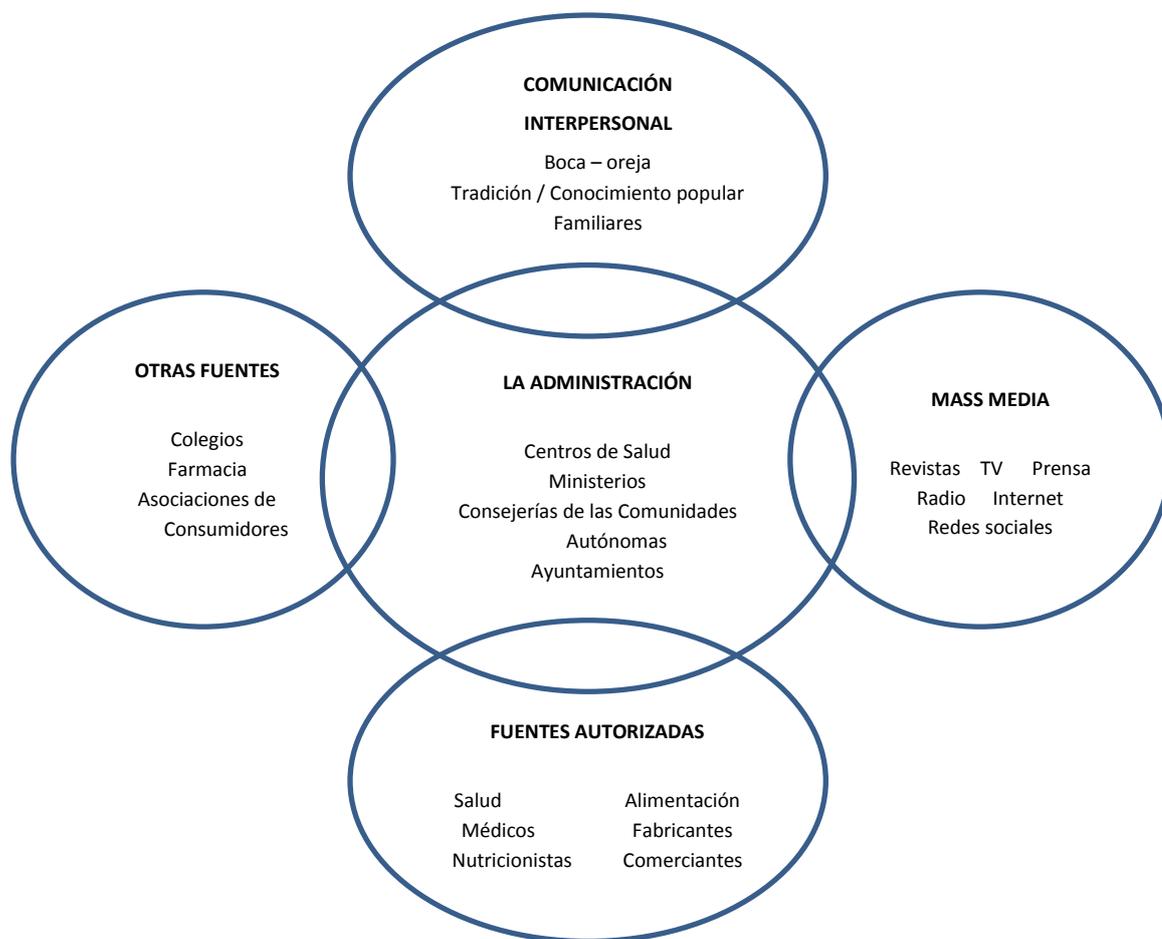
Estos dispositivos son capaces también de conectarse con otros dispositivos móviles y monitorizar o completar la información. De utilidad para temas de salud, deporte, dietética o tiempo libre pueden facilitarnos información y recomendaciones en tiempo real.

Nuestro equipo desde la SENC ha asesorado los contenidos de una aplicación “wearable” como tutorial para el periodo de embarazo con consejos útiles sobre hidratación y alimentación junto con alertas para visitas al ginecólogo/matrona. En breve tendremos la oportunidad de trabajar en otro proyecto para asesoría nutricional permanente en pacientes con cáncer de mama en tratamiento para adaptar su dieta a las incidencias diarias del proceso terapéutico y clínico²⁸¹.

En nuestro trabajo de investigación hemos planteado un análisis factorial de las distintas fuentes de información por los ciudadanos, tratando de identificar patrones subyacentes no visibles directamente a partir de los datos. Este análisis puso de manifiesto que los ciudadanos se polarizan hacia las distintas fuentes de información de salud **siguiendo seis patrones diferenciados**. De manera que en unos casos tienden a informarse en los medios de comunicación tradicionales, como revistas generales o especializadas, diarios y suplementos especiales de diarios o la radio; en otros casos a través de los profesores y charlas en centros educativos o de entidades públicas como aulas de cultura y oficinas de consumo. El tercer modelo se caracteriza por una destacada presencia de la familia, amigos y vecinos como fuente de información de referencia, además de la televisión. El cuarto patrón se caracteriza por la consulta preferente con profesionales de salud en general, fundamentalmente médicos y enfermeras; a diferencia de, quienes siguen el quinto patrón, que consultan preferentemente a profesionales de la dietética y herbolarios. El último patrón lo configura prioritariamente el uso de internet y las nuevas tecnologías como soporte para la búsqueda y consulta de información sobre alimentación y salud. Estos patrones se aproximan a la clasificación de las fuentes de información sobre salud descrita en la figura 52

²⁸¹ Knowi, Portal Global de salud. Recuperado el 21 de abril de 2015 de: [<http://knowi.es/>].

Figura 52.- Clasificación de las distintas fuentes de información sobre salud disponibles para los consumidores.



Fuente: elaboración propia

2.4. Microblogging

Las redes sociales de información especializada van más allá de transmitir información precisa y están sujetas a intereses, emociones o necesidades específicas del usuario²⁸².

Cocina: <http://www.mis-recetas.org>

<http://en.cookshow.com>

Salud y familia: <http://vi.vu>

<http://www.myfamilypedia.org>

También valoramos de interés el denominado *microblogging* o *nanoblogging*, que permite la inmediatez de la comunicación para compartir información en materia de salud y que, en el marco de una utilización constructiva, puede ser una herramienta válida para el divulgador en salud en cualquiera de sus caracterizaciones, condicionada en la actualidad por la limitación de los 140 caracteres.

La primera revista académica en el área de comunicación y salud a nivel internacional aparece en 1989 con el título, “*Health Communication*” (www.tandfonline.com); la segunda, *Journal of Health Communication* (www.tandfonline.com), se edita por primera vez en 1996. Son dos publicaciones de gran nivel y muchos de sus contenidos sirven también de materia para la comunicación en salud incluido el microblogging.

Por otra parte mucha de la información que circula en la red sobre alimentación y salud proviene de la denominada blogosfera sanitaria, especialmente del conocido como Wikisanidad (<https://wikisanidad.org>). Se trata de una página web editada por voluntarios que recoge todo lo que pasa en el campo de la salud 2.0 en España²⁸³.

²⁸² Sánchez González, H.H. & García Estévez, N. (2010). Las redes sociales, la información emotiva y la participación especializada. En Quesada, M (ed.). Internet como fuente generadora de contenidos especializados. P. 371

²⁸³ Blasco Redondo, R. (2015). El microblogging como marco de interés en la información alimentaria y de estilos de vida saludables. Comunicar en salud en tiempos de crisis. Encuentro Comunicación, Alimentación y Salud (Getxo, 14-15 de septiembre de 2015).

2.5. Información al consumidor y etiquetado nutricional

La legislación europea y su trasposición en el Estado regulan el etiquetado de los alimentos y bebidas en nuestro entorno. Las crisis alimentarias que han tenido lugar en los últimos años, como la crisis de las vacas locas, las dioxinas en la carne de pollo, la contaminación de algunas hortalizas o el fraude de la carne de caballo, por citar algunos ejemplos, han alertado a los ciudadanos que exigen un mayor control y trazabilidad de la cadena alimentaria, desde el origen y producción hasta el momento final de consumo.²⁸⁴

La preocupación no se limita a los aspectos de seguridad e higiene alimentaria, sino también a un interés creciente por la influencia de distintos aspectos de la dieta sobre la salud. De hecho la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otros organismos e instituciones y autoridades en materia de alimentación, nutrición y salud pública, han llamado la atención sobre este hecho, poniendo especial acento sobre la información que acompaña a los alimentos envasados en su etiquetado.

Estos agentes consideran que si se proporciona información suficiente y comprensible a los consumidores, podrán elegir qué desean comprar y consumir en cada momento teniendo en cuenta criterios como la composición del producto, sus ingredientes, el origen, dónde se ha elaborado o qué nutrientes contiene y cómo podría contribuir al perfil de la ingesta nutricional diaria.

Según el Barómetro de Alimentación elaborado en la Comunidad de Madrid en 2010²⁸⁵ el consumidor considera útiles las etiquetas informativas a la hora

²⁸⁴ Directiva 2001/18/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 12 de marzo de 2001, sobre la liberación intencional en el medio ambiente de organismos modificados genéticamente.

Decisión del Consejo 2001/204/CE, de 8 de marzo de 2001, por la que se completa la Directiva 90/219/CEE con respecto a los criterios por los que se establece la inocuidad de los microorganismos modificados genéticamente para la salud humana y el medio ambiente

Directiva (UE) 2015/412 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 11 de marzo de 2015, por la que se modifica la Directiva 2001/18/CE en lo que respecta a la posibilidad de que los Estados miembros restrinjan o prohíban el cultivo de organismos modificados genéticamente en su territorio

²⁸⁵ Vilas Herranz, F. (coord.) (2012). Barómetro de alimentación 2010. Dirección General de Ordenación e Inspección. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Recuperado el 2 de julio de 2015 de: [www.madrid.org].

de comprar alimentos. El porcentaje de los ciudadanos que las consideran muy importantes para la decisión de compra ha subido del 42,1% al 62,6%.

En relación a los tres aspectos de las etiquetas de los alimentos por los que se preguntaba en este informe, los madrileños se siguen fijando principalmente en la lista de ingredientes (el 66,4% se fija “Mucho” o “Bastante”), frente al 48% que se fija “Mucho” o “Bastante” en las expresiones relacionadas con la salud. Para este último aspecto se registra casi un 20% de personas que contestan “No sabe”, es decir, no identifican o no comprenden estas menciones de la etiqueta. En este bloque del etiquetado nutricional hay que considerar que los medios de comunicación son el soporte informativo principal para su comprensión que en muchos apartados tiene expresiones o contenidos que precisan explicación pormenorizada.

Distintos estudios han investigado no sólo si los consumidores utilizan la información del etiquetado de los alimentos, sino también si la comprenden y si prestar atención a las etiquetas de los productos influye sobre el perfil nutricional de estos consumidores, como por ejemplo el proyecto Food Labelling to Advance Better Education for Life (FLABEL) financiado por la Comisión Europea (2008-2011).

Una investigación cualitativa realizada en Ontario (Canadá) en 2013 identificó seis temas principales en relación con que las mujeres utilicen la información nutricional del etiquetado: comprender la información; funciones de la información nutricional; motivaciones de salud frente a las estéticas; utilización de la información nutricional en episodios relacionados con la alimentación con connotaciones afectivas (un mal día; estresado) y simbolismo alimentario (comprar comida para celebrar un cumpleaños), así como influencias competitivas en el punto de compra²⁸⁶.

Otras investigaciones han puesto de manifiesto que el grado de utilización de la información del etiquetado varía mucho de unos grupos de población a otros, de manera que los niños, adolescentes y mayores obesos son quienes

²⁸⁶ Wahlich, C.; Gardner, B. & McGowan, L. (2013). How, when and why do young women use nutrition information on food labels? A qualitative analysis. *Psychology & Health* 28 (2), 202-216.

menos atención prestan a la información nutricional del etiquetado de los alimentos²⁸⁷

Entre las principales barreras identificadas para que los consumidores utilicen la información del etiquetado se encuentran la atención y la motivación. Estudios basados en el seguimiento del movimiento de los ojos han determinado que los consumidores fijan la mirada en la información nutricional durante un intervalo que oscila entre 25 y 100 ms. Es un lapso muy breve para poder procesar ningún tipo de información. Sin embargo, la presencia de un logo puede mejorar la atención y facilitar la comprensión²⁸⁸.

En la encuesta llevada a cabo en 2011 por el Consejo Europeo de Información Alimentaria (EUFIC, por sus siglas en inglés), con más de 13.000 consumidores entre 18 y 65 años, residente en 6 países europeos (Alemania, Reino Unido, España, Francia, Polonia y Suecia) se observó que un tercio de los participantes consultaba regularmente la información sobre la porción que constaba en el etiquetado de los alimentos y de las bebidas, pero que utilizaba más frecuentemente la información sobre el precio y la caducidad (el 90% de los participantes buscaba siempre o muy a menudo esta última información).²⁸⁹

En nuestra investigación realizamos un análisis factorial para identificar patrones subyacentes según la forma de utilización por los participantes de la información del etiquetado de alimentos y bebidas, un aspecto innovador en esta área. Este análisis ponía de manifiesto **tres patrones de utilización**: un patrón de interés *consumerista*, con mayor atención hacia aspectos como el peso del envase o el fabricante. Un segundo patrón que podríamos etiquetar como de mayor interés por los aspectos de *seguridad*, como la fecha de caducidad e interés por comprender la información y un tercer patrón

²⁸⁷ Campos, S.; Doxey, J.; Hammond, D. (2011). Nutrition labels on pre-packaged foods: a systematic review. *Public Health Nutrition*, 14(8), 1496–1506.

²⁸⁸ Storcksdieck, S.; Bonsmann, G. & Wills, J.M. (2012). Nutrition Labeling to Prevent Obesity: Reviewing the Evidence from Europe. *Current Obesity Reports*, 1, 134–140.

²⁸⁹ EUFIC (2011). Consumer response to portion information on food and drink packaging A panEuropean study. EUFIC Forum, 5.

Bau AM et al. (2011) Eating behaviour and its association with social living conditions and weight status among adolescent girls: results of the crosssectional Berlin School Children's Cohort study. *Public Health Nutrition*, 14(10),1759–63.

etiquetado como de "*interés nutricional*" que se corresponde con quienes prestan atención a la información sobre el contenido en nutrientes e informaciones nutricionales gráficas o pictóricas.

La investigación cualitativa mediante grupos focales de nuestra investigación ponía de manifiesto las dificultades de los usuarios para poder leer la información nutricional del etiquetado por el tamaño demasiado pequeño de la fuente utilizada en el texto, no comprender la información o no ser capaces de reconocer a qué se referían los fabricantes cuando hablaban de una ración. Esta información es consistente con los hallazgos en otras investigaciones cualitativas mediante grupos focales.

2.6. Comunicación de nuevos alimentos o alimentos funcionales

Los participantes en nuestro estudio transversal, y también la investigación cualitativa, mencionaban algún alimento funcional, principalmente leches fermentadas, yogures o leches con algún componente reducido o modificado, entre los nuevos alimentos descubiertos a través de los medios de comunicación. Mencionaban, entre otros, los mensajes publicitarios a los que habían sido expuestos a través de los distintos medios. También declaraban con frecuencia desconfianza en los mensajes publicitarios de estos productos.

Existe todavía una frontera legal entre alimentos y medicamentos aunque los alimentos puedan tener acción terapéutica (fitoesteroles en el colesterol). Habría que tener en cuenta que 1/ 3 de los problemas de salud están relacionados con la alimentación y por lo tanto la mejora del perfil de consumo alimentario sería una situación muy positiva apoyada por los medios de comunicación. En relación a la posibilidad de poder informar sobre los beneficios potenciales de diferentes alimentos o productos debemos recordar que solo hay 30 declaraciones nutricionales aceptadas (calidades nutricionales o de ingredientes). Por otra parte habría que sumar las 260 alegaciones de salud aceptadas (*“ayuda a mantener el normal funcionamiento del sistema inmunitario”*, etc.). Los productos botánicos (hierbas medicinales y similares) se aprobaran sin más con las indicaciones tradicionales que se vienen aceptando en farmacopea vegetal.

2.7. Alimentos y comunicación en el año 2020 (AZTI-Tecnalia, 2012)

La empresa Azti-Tecnalia ha planteado las estrategias de comunicación dirigidas a los públicos objetivos sobre alimentos en la Unión Europea con la vista puesta en el año 2020. Se han establecido y definido 8 tendencias a comunicar:

1. **Food Telling.** Mensajes e historias sugerentes asociadas a los productos alimentarios. El ciudadano desea una historia, transparente atractiva y cercana.
2. **Supersense.** Se plantea el deseo de una experiencia multisensorial. Un alimento o producto que impacte en los 5 sentidos. Impacto que active los sentidos y que genere sensación placentera.
3. **Slowcal.**- Mensaje relacionado con una vida pausada, sostenible y consciente. Alimentos a partir de la calidad y sostenibilidad. Valoración del entorno más cercano.
4. **Here and Now.**- Gratificaciones inmediatas de sus necesidades pero con un sustrato de salud. Necesito una respuesta alimentaria aquí y ahora.
5. **Eater_tainment.**- Quiero vivir una experiencia alimentaria sorprendente. Algo nuevo, original, muy diferente. Propuesta de una experiencia memorable y sorprendente.
6. **Made Simple.**- Hazlo simple. Necesito la mejor opción ahorrando tiempo. Tiempo de compra y tiempo de consumo.
7. **My Health.** Oferta de salud personalizada a través del alimento. Ciudadano con actitud proactiva y responsable para la mejora de la salud y que busca una propuesta de alimentación personalizada.
8. **Ego Food.**- Propuesta alimentaria que este en armonía con la propia personalidad. El alimento como expresión de la propia personalidad.

A esta brillante previsión habría que añadir otras referencias sugeridas por EUFIC, como contenidos de valor añadido en comunicación y demandas de futuro por parte del consumidor: Alimentos orgánicos (agricultura ecológica), Eco-envases. Envases reciclables o biodegradables, Alimentos provenientes de agricultura sostenible, Huella de carbono. Huella hídrica en los alimentos y apoyo a la compra saludable en los supermercados (*nutritionist help shoppers*).

2.8. Ejemplos de colaboración efectiva de los medios en programas comunitarios de salud nutricional.

Desde hace tiempo es reconocido el potencial de los medios de comunicación para influir sobre las decisiones de los ciudadanos, a través de las informaciones y a través de los mensajes publicitarios. Entre otras, también las decisiones sobre qué alimentos y bebidas comprar y consumir.

Entre las estrategias de intervención comunitaria planteadas por distintos modelos teóricos se contempla la participación de los medios de comunicación con el fin de proporcionar información a los ciudadanos, trasladando los mensajes clave de la intervención. Estas estrategias contribuyen a concienciar y sensibilizar a la población, favoreciendo la participación en otras acciones o mostrando actitudes más favorables hacia el cambio de conductas, o incluso adoptando los nuevos hábitos deseados.

Entre los proyectos que han utilizado este tipo de estrategias de intervención con éxito merece la pena mencionar el proyecto implementado en el Reino Unido en la década de 1990 con el fin de promover una disminución de la ingesta grasa para prevenir las enfermedades cardiovasculares (Kelly, S., 2003).

También la campaña para conseguir reducir la Terapia hormonal Sustitutiva (THS) impulsada por el Women's Health Institute se reforzó con una amplia cobertura mediática: más de 400 artículos en prensa diaria y 2500 noticias en TV y radio a lo largo del mes siguiente a la publicación. Con esta estrategia se consiguió reducir la utilización de THS del 40% al 24% en seis meses (Haas, J:S., 2004).

En la actualidad distintos proyectos están evaluando la efectividad de las redes sociales y otras estrategias basadas en las nuevas tecnologías como canal de comunicación de los mensajes clave e interacción entre los distintos actores implicados. Además, las redes sociales también informan sobre los hábitos y las conductas de los usuarios (Moreno, M.A.et al, 2014).

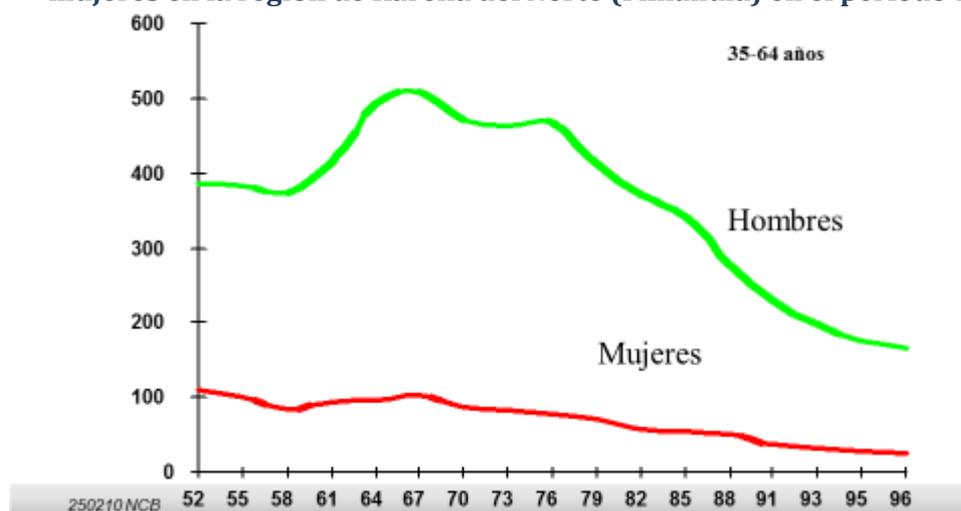
2.9. Impacto de los medios en las campañas y programas de salud a nivel poblacional

El diseño de campañas eficaces de información puede ser facilitado por la aplicación de principios prácticos derivados de la investigación y la teoría de la comunicación. Por ejemplo, la investigación muestra que los medios de comunicación, especialmente a través de las noticias, influyen poderosamente en lo que la gente habla y piensa, y cómo juzga la importancia de los diversos problemas sociales. La teoría sugiere que las nuevas ideas deben atravesar varios pasos de la comunicación interpersonal para llegar a la población general. Los mensajes deben ser simples y repetidos con frecuencia si se quiere ser comprendido y retenido (Kirscht, J.P., 1974).

El Proyecto Karelia del Norte (1972), diseñado para disminuir la mortalidad por enfermedad cardiovascular en la región, ofreció varias ilustraciones de la aplicación de estos principios. El personal del proyecto fue capaz de atraer la atención intensa y frecuente de los medios de comunicación en la región, especialmente de los *periódicos* y *la radio*. Entre 1972 y 1977, se publicaron en los periódicos locales un total de 1.509 artículos relacionados con factores de riesgo cardiovascular, su gestión y las actividades del programa. El poder de la televisión en la promoción de la salud se demostró a partir de 1978 con el programa Claves para la salud, coproducido por el Instituto Nacional de Salud Pública y por el canal de televisión Finlandia 2. Se emitió una serie de cinco programas que contó con un grupo de voluntarios que tenían un alto riesgo de enfermedad debido a sus hábitos poco saludables acompañados de dos educadores de salud, quienes daban consejos a los voluntarios y a los espectadores para promover cambios en los comportamientos de salud.

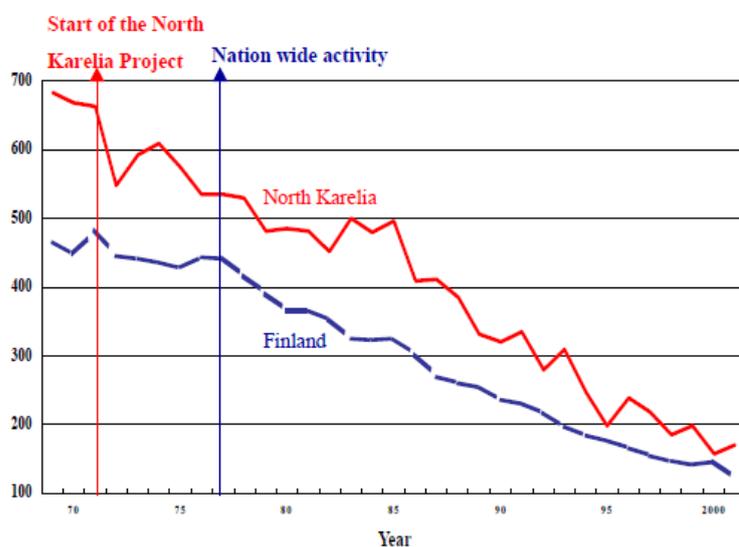
Este proyecto de intervención nutricional junto con la acción programada de los medios de comunicación es el más claro exponente mundial de una acción global en favor de la promoción de la salud a nivel comunitario. Los resultados fueron espectaculares en el periodo 1952-1996, especialmente en hombres, (figura 53) y se mantienen en un buen nivel en comparación con el resto de Finlandia (figura 54) derivados en parte de modificaciones en la ingesta alimentaria y en el aporte de grasas de origen animal (figura 55) (Barengo et al, 2011).

Figura 53.- Cambios en la mortalidad por enfermedades cardiacas en hombres y en mujeres en la región de Karelia del Norte (Finlandia) en el periodo 1952-1996.



Fuente: Instituto Nacional de Salud Pública, Finlandia

Figura 54.- Cambios en la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón en la Región de Karelia del Norte y en Finlandia entre 1969 y 2001 en hombres entre 35 y 64 años.

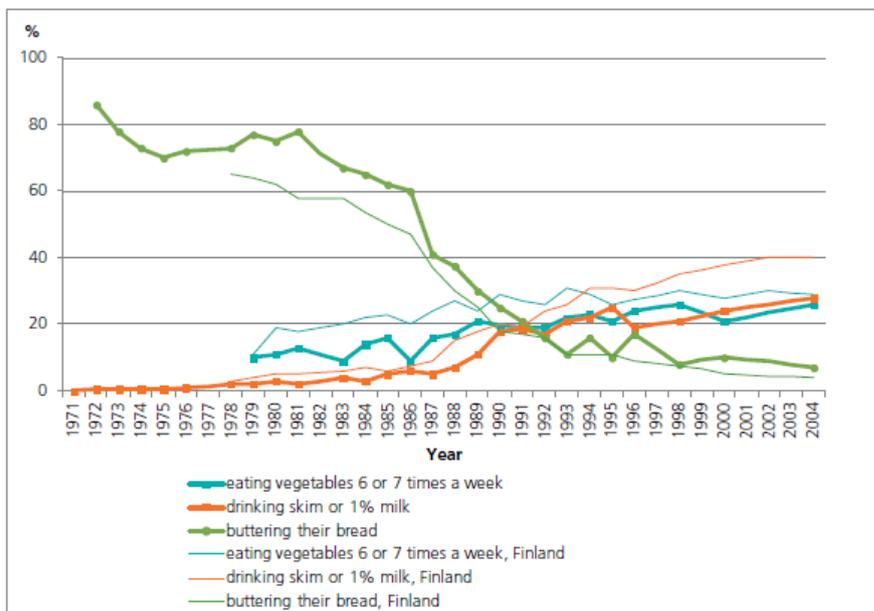


Fuente: Puska, Pekka.
Public Health Medicine
2002; 4(1):5-7²⁹⁰

²⁹⁰ Puska, P. (2002). Successful prevention of non-communicable diseases: 25 year experiences with North. *Public Health Medicine* 4(1): 5-7.

Puska P, Vartiainen E, Laatikainen T, Jousilahti P, Paavola M, editors (2009). *The North Karelia Project: From North Karelia to National Action*. Helsinki: The National Institute for Health and Welfare (THL).

Figura 55.- Cambios en los hábitos de consumo de verduras, leche descremada y mantequilla. Porcentaje de hombres entre 25 y 59 años consumidores en Karelia del Norte y en Finlandia entre 1972 y 2004



Fuente: Helakorpi, S., A. Uutela, and P. Puska (2009)²⁹¹

²⁹¹ Helakorpi, S., A. Uutela, and P. Puska (2009). *Health behaviour and related trends*, in P. Puska, E. Vartiainen, T. Laatikainen, P. Jousilahti and M. Paavola (dir.), *The North Karelia Project: from North Karelia to national action*, Helsinki, Helsinki University Printing House, p. 85-101.

2.10. Publicidad, medios de comunicación y población

La publicidad tiene un gran poder de influencia en la petición, compra y consumo de los alimentos y en especial entre la población infantil, el colectivo más vulnerable a los mensajes persuasivos exitosos diseñados por los creativos de las distintas agencias de publicidad.

Este problema es tan importante que en todos los países desarrollados se está limitando la publicidad dirigida a los niños y población infantil. En España disponemos de varios recursos para modular el tipo de publicidad sobre alimentos orientada a estimular el consumo de algunos alimentos entre la población más joven (la mayor parte, alimentos y bebidas de elevada densidad energética)

En este apartado cabe destacar el “Código de autorregulación de la publicidad de alimentos y bebidas dirigida a menores, prevención de la obesidad y salud (Código PAOS) que entró en vigor el 15 de septiembre de 2005. Esta iniciativa se enmarca dentro de la Estrategia NAOS de la Agencia de Seguridad Alimentaria, Nutrición y Consumo (AECOSAN) en colaboración con la FIAB (Federación de Industrias de Alimentos y Bebidas) y orientada a regular la publicidad dirigida a menores de 12 años.

El estudio de Menéndez García (2009) hace incapié en los apartados del Código PAOS que con mayor frecuencia no se cumplen en todo o en parte:

1.-Punto 6 de la norma ética III, presentación de los productos: “En los anuncios de alimentos y bebidas dirigidos a un público menor de edad deben adoptarse precauciones para no explotar la imaginación del menor. La fantasía, incluyendo las animaciones y los dibujos animados, es idónea tanto para niños más pequeños como para mayores. Sin embargo, debe evitarse que la utilización publicitaria de tales elementos cree expectativas inalcanzables o explote la ingenuidad de los niños pequeños a la hora de distinguir entre fantasía y realidad”

2.- Punto 11 de la norma ética V, presión de ventas: “En los anuncios de alimentos y bebidas dirigidos a un público infantil los beneficios atribuidos al alimento o bebida deben ser inherentes a su uso. La publicidad no debe dar la

impresión de que adquirir o consumir un alimento o bebida dará una mayor aceptación del niño entre sus amigos. Y al contrario, tampoco debe implicar que no adquirir o consumir un producto provocará el rechazo del niño entre sus compañeros”.

3.-Punto 13 de la norma ética VI, apoyo y promoción a través de personajes y programas: “La publicidad de alimentos o bebidas en ningún caso explotará la especial confianza de los menores en sus padres, profesores, o en otras personas, tales como profesionales de programas infantiles, o personajes (reales o ficticios) de películas o series de ficción, ni personajes conocidos o famosos de alto grado de aceptación entre el público infantil”.

4.- Punto 17 de la norma ética IX, promociones, sorteos, concursos y clubes infantiles: “El mensaje publicitario que incluya una promoción deberá diseñarse de tal forma que, además de transmitir el mensaje relativo al incentivo promocional, muestre claramente el producto anunciado”.

Según el informe de la Consultora Barlovento el consumo televisivo en España ha descendido a 191 minutos al día (Agosto, 2015) a partir de los 239 minutos como media en 2014. Con los mayores consumos reflejados en este mes en Baleares y menores en Madrid. Los niños entre 4 y 12 años tenían como referencia de estar delante de la TV una media de 2 horas y 38 minutos al día en 2011²⁹².

Al control específico del Código PAOS habría que añadir el sistema de autocontrol generado de manera autónoma por los propios profesionales de la publicidad. Se denomina “Autocontrol” y es responsabilidad desde 1995 de la Asociación de Autocontrol de Publicidad (AAP) que está formada por anunciantes, agencias y medios para intentar conseguir de manera permanente una publicidad veraz, legal, honesta y leal. El objetivo de este control es facilitar la detección preventiva y retirada de contenidos publicitarios que pudieran infringir lo dispuesto en la Ley de Televisión sin Fronteras²⁹³²⁹⁴.

²⁹² Barlovento comunicación (2015). El comportamiento de la audiencia televisiva: septiembre 2015. Recuperado el 10 de octubre de 2015 de: [<http://www.barloventocomunicacion.es/images/publicaciones/barlovento-audiencias-septiembre-2015.pdf>].

²⁹³ Asociación para la Autorregulación de la Comunicación Comercial. Recuperado el 29 de septiembre de 2015 de: [www.autocontrol.es].

2.11. Consumo alimentario, desigualdades sociales y alfabetización en salud

En la tabla 43 se describe el gasto medio doméstico anual por grupos de alimentos en 2014 en España²⁹⁵ y en la figura 56 la variación respecto a 2013.

Tabla 43.- Perfil Alimentario en España: Gasto medio doméstico anual por grupos de alimentos en 2014

Perfil Alimentario en España (2014)	
PRODUCTO	Gasto Medio Doméstico Anual (€)
Carne	972,87
Fruta y verdura	759,77
Pan y cereales	621,60
Lácteos y huevos	501,87
Pescado	473,91
Bebidas no alcohólicas	288,29
Bebidas alcohólicas	172,96
Azúcares y dulces	163,65
Otros alimentos	141,24
Aceite y grasa	95,21

Fuente: AIS Group, 2015

Durante 2014 diversos fueron los alimentos que llenaron las neveras de los españoles. En relación con el año precedente, el gasto cayó un 1,3% según un estudio de AIS Group. El informe señala que el principal producto en el que los españoles invirtieron su economía fue la carne con un gasto medio de 972,87 euros. Le siguen la fruta y la verdura con un aporte de unos 759,77 euros y el pan y los cereales, en los que los españoles han gastado 621,60 dólares. El aceite y las grasas, por su parte, son los alimentos en los que menos han invertido los españoles con un gasto de 95,21 euros de media.

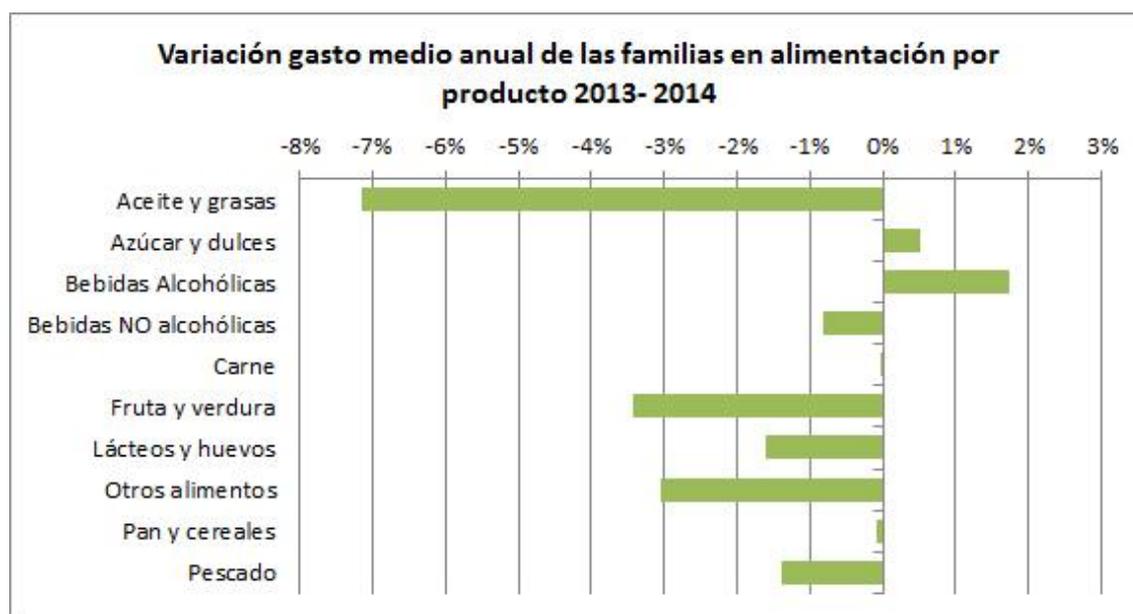
²⁹⁴ Código de corregulación de la publicidad de alimentos y bebidas dirigida a menores, prevención de la obesidad y salud (Código PAOS). Recuperado 23 de enero de 2015 de: [http://www.naos.aesan.msssi.gob.es/naos/ficheros/empresas/Nuevo_Codigo_PAOS_2012_espanol.pdf].

Menéndez García, R. A.; Franco Díez, F. J. (2009). Publicidad y alimentación: influencia de los anuncios gráficos en las pautas alimentarias de infancia y adolescencia *Nutrición Hospitalaria*, 24 (3), 318-325.

²⁹⁵ AIS Group, 2015

El gasto dedicado a los distintos grupos alimentarios ha disminuido en relación a 2013 menos en la compra de azúcar, dulces y bebidas alcohólicas que plantean cierto grado de recuperación según resultados del estudio AIS publicado en 2015.

Figura 56.- Variación en el gasto medio anual de las familias en alimentación por grupos de alimentos 2013- 2014

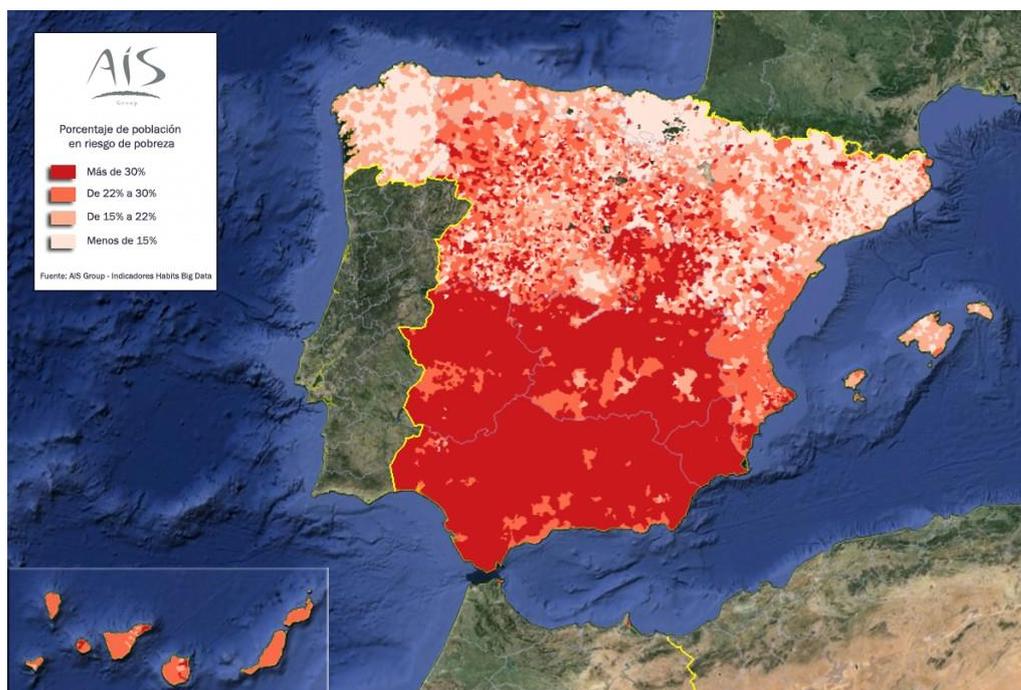


Fuente: <http://www.ais-int.com/>

De acuerdo con el INE (2015) el 22,2% de la población española se encuentra en situación de riesgo de pobreza, entendiendo como tal los hogares unipersonales con ingresos por debajo de los 7.961€ anuales, o de los 663€ al mes (sin alquiler imputado), o los hogares de 2 adultos y 2 niños con ingresos inferiores a 16.719€ al año, o bien 1.393€ al mes. Sobre la base de la información del INE la empresa AIS ha establecido un mapa de la pobreza en España por municipios (figura 57). Los municipios del sur son los que describen mayor riesgo de pobreza con un límite inferior referido a Ceuta, Sanlúcar de Barrameda y Lorca. En el límite superior se encuentran Vitoria, Getxo y Pamplona. A mayor pobreza mayor necesidad de alfabetización sanitaria y nutricional con una importante implicación de los medios de comunicación social, instituciones y asociaciones ciudadanas²⁹⁶.

²⁹⁶ Estudio AIS sobre la Pobreza en España, 2015.

Figura 57.- Mapa de la Pobreza en España. A más pobreza mayor necesidad de alfabetización sanitaria



Fuente: Estudio AIS sobre la Pobreza en España, 2015

Como prueba de la necesidad de continuar la labor de alfabetización y sensibilización en temas de alimentación y salud incluimos este reciente estudio del instituto Sondea del que resumimos los siguientes resultados²⁹⁷:

El 83,1% de los españoles está preocupado por mantener una alimentación sana y equilibrada y a un 82,5 por ciento les gustaría hacer más deporte según de los datos que se desprenden de la “10ª Edición del Panel Herbalife sobre Hábitos de Vida Saludable de los Españoles, elaborado por el instituto Sondea sobre una muestra de más de 2000 personas. Estos resultados se plantean a pesar de que un 50% de los encuestados piensa que tiene un nivel de conocimientos “suficiente” en relación a los parámetros de una dieta saludable. El panorama se completa con más de un 68% que se declaran más sedentarios que sus padres²⁹⁸

²⁹⁷ Ronco López, M.; Peñafiel, C.; Echegaray, L. (2014). . El Periodismo de Salud en España. La información de salud en la prensa española (2000-2010): aproximación a los estudios documentales existentes. *Documentación de las Ciencias de la Información* 37, 267-304.

²⁹⁸ elEconomista.es, edición del 23-7-2015.

2.12. Fuentes de información en salud según la OPS

Figura 58.- Fuentes de información sobre salud. OPS, 2012



Fuente: Organización Panamericana de la Salud

2.13. Algunos ejemplos de informaciones sobre nutrición y salud

El Sur PÁGINA 16

sociedad

CONCEPCIÓN

Martes 8 de septiembre de 2015

POR NATALIA QUERO SANZ
natalia.quero@diarielsur.cl

SU ELIMINACIÓN NO GENERA ENFERMEDADES CARENCIALES

Azúcar: un producto que no es necesario incluir en la dieta

Sólo aporta calorías vacías, sus componentes son incorporados al organismo por otros alimentos que entregan nutrientes que ésta no tiene y es responsable del incremento de tasas de sobrepeso y obesidad.



Consumir azúcar en exceso eleva nivel de glicemia en la sangre, gatillando un alza en la insulina plasmática y esto desencadena sensación de apetito.

Que los dulces son sinónimo de tentación y consumirlos para muchos se transforma en pecado no es desconocido, sobre todo considerando que el consumo excesivo de azúcar a alimentos que la incluyen en su composición son la principal causa del incremento que han experimentado las tasas de sobrepeso, obesidad e hipertrigliceridemia entre otras patologías, en un daño que va mucho más allá de sobrepasar las calorías que se requieren cada día (ver cuadro).

Gloria Bustos Fica, nutricionista y coordinadora de la carrera de Gastronomía Internacional y Tradicional Chilena de Santo Tomás afirma que es por lo mismo que las Guías Alimentarias Chilenas recomiendan moderar su consumo, siempre teniendo en cuenta que el azúcar y la miel se ubican en la cima de la pirámide alimentaria, lo que les transforma en el grupo de alimentos que menos ingesta deberían tener debido a su alto poder calórico.

NO ES VITAL

Recalca, además, que "el azúcar no es un producto necesario de consumir, pues no es vital ya que sus componentes son incorporados al cuerpo por otros alimentos, que incluyen una serie de otros nutrientes que el azúcar no tiene". La anterior sería la razón por la cual las calorías que aporta el azúcar se llaman calorías vacías. "Se trata de un producto de la industria moderna, que puede ser sustituido sin generar enfermedades carenciales alguna", agrega.

Al respecto, explica que los alimentos que reemplazan el aporte de azúcar y que incorporan una mayor cantidad de nutrientes son los cereales, pastas, frutas, verduras y legumbres frescas. "Como sustitución de la percepción del dulzor, hoy la industria ha desarrollado una amplia gama de productos, de buena calidad disponibles en el mercado. El avance de ellos respecta a mejorar los sabores residuales, su dilución y su presentación en distintos formatos como tabletas, líquido o polvo, han sido altamente beneficiosos para incorporarlos en la canasta de las familias chilenas a través de una facilitación y selección de ellos durante el proceso de compra de los usuarios", comenta. Sobre esto, agrega que lo más recomendado es que el dulzor del azúcar se reemplaza hoy por estevia, producto de origen vegetal que ha masificado su presencia en el mercado.

EXCESO

Y si bien los profesionales hacen

Distintas complicaciones

La nutricionista Alejandra Pereira, detalla que el consumo excesivo de azúcar no sólo trae como consecuencia sobrepasar las calorías que se requieren, sino que el daño deriva en otras complicaciones.

-Aumenta la respuesta insulínica: cada vez que se consume azúcar en exceso se eleva el nivel glicémico en la sangre lo que gatilla un alza en la insulina plasmática, desencadenando la sensación de apetito. "Esta conducta repetitiva en el tiempo estimula el consumo desordenado de alimentos, favoreciendo la

énfasis en lo necesario que es reducir y en lo posible evitar el consumo de azúcar, especial atención hay los niños, donde el 34% de los niños menores de seis años tendrá

acumulación de grasa corporal, aparición de obesidad y enfermedades asociadas, como resistencia a la insulina, diabetes, dislipidemias e hígado graso", dice. **-Mayor requerimiento de vitaminas del complejo B:** los hidratos de carbono necesitan de las vitaminas del complejo B para su metabolismo, por lo que el exceso de azúcar incrementará la demanda de estos micronutrientes y si la ingesta no es la óptima, habrá más riesgo de sufrir carencia de vitaminas, especialmente de B1, B2 y B5.

-Incremento de triglicéridos

sobrepeso u obesidad según cifras del ministerio de Salud el año 2014. Una realidad bastante dramática y eliminar al azúcar de la dieta de los pequeños parece una

en la sangre: un consumo excesivo de azúcares favorece la síntesis y acumulación de triglicéridos en el organismo. Esto, comenta, es porque la capacidad de acumular hidratos de carbonos es limitada, por lo tanto, el exceso se transforma en triglicéridos, algo que aumenta el riesgo cardiovascular en las personas.

-Más posibilidad de tener caries: los alimentos ricos en azúcares son el sustrato básico de las bacterias cariogénicas. Un consumo excesivo de este sustrato aumentará las probabilidades de sufrir caries dentales.

tarea ardua.

Es que si se considera que debido al trabajo de los padres muchos niños y niñas deben salir de casa tempranamente para asistir a una sala

cucharadas de azúcar (20 gramos) y entre los 10 y 18, cinco cucharadas (25 gramos), sumar este tipo de productos en la alimentación cotidiana y restar aquellos más saludables de la dieta se transforma en una ecuación que puede tener resultados alarmantes.

La coordinadora de Salud Pública de Nutrición y Dietética de la Universidad del Desarrollo llama a poner ojo y ejemplifica con datos duros: una caja de leche semidescremada con sabor a chocolate individual (200 ml), aporta cerca de 25 gramos de azúcar, mientras que en el caso de la misma porción de un jugo artificial son 28 gramos. Por su parte, un paquete individual de cereal azucarado (90 gramos) entrega 10 gramos de azúcar. En el caso de los yogures, el batido de 125 gramos entrega 17,1 gramos de azúcar y aquellos que incluyen cereales este aporte aumenta a 26,5 gramos. Si se trata de un postre como sémola con leche, envase de 140 gramos, el azúcar que otorga es 14,8 gramos y un flan de caramelo, porción de 120 gramos, 9,7 gramos de azúcar.

Productos como leches saborizadas y jugos contienen la porción diaria de azúcar admisible para un niño, que equivale a 20 gramos (2 a 9 años) o 25 gramos (10 a 18 años).

MÁS SALUDABLE

Es por lo mismo que la profesional recomienda que como colación se incorporen alimentos naturales o elaborados como lácteos con bajo contenido de grasa (con leche descremada y sin azúcar), frutas frescas naturales de la estación o jugos elaborados con estas, frutos secos como pasas, orejones de manzana o higos secos (media taza), verduras crudas o cocidas como palitos de apio o zanahoria, semillas como nueces o maní sin sal (media taza), cereales laminados, inflados o en barra sin azúcar, un sándwich de preferencia en pan marraqueta o integral y, por supuesto, agua, que puede ser natural o en infusión de hierba, por ejemplo.

Sobre lo anterior, enfatiza para lograr tener una alimentación saludable en los niños es importante el ejemplo, pero por lo mismo también se requiere de actividades de información y educación a los padres y apoderados acerca de qué alimentos dar a sus hijos.

Por eso el llamado es a poner ojo, pues si se tiene en cuenta que lo recomendado entre los 2 y 9 años es consumir un máximo de cuatro

Un cóctel de fármacos adelgaza hasta un 10%

PÚBLICO
MADRID

Una combinación experimental de fármacos ya existentes para tratar la obesidad, la migraña y la epilepsia produce una pérdida de peso de hasta un 10% en un año, según una investigación publicada en la edición online de la revista británica *The Lancet*. El estudio está pagado por la farmacéutica que quiere comercializar la mezcla.

Los autores del trabajo, del centro médico de la Universidad Duke, en Durham (Carolina del Norte, EEUU), prepararon un cóctel de phentermine,

un inhibidor del apetito, y topiramato, un principio activo contra las convulsiones para personas epilépticas que también se emplea para prevenir la migraña.

Los participantes en el estudio, casi 2.500 obesos, también registraron una bajada de la presión sanguínea. Todos se pusieron a dieta y comenzaron una tabla de ejercicios, además de medicarse. "Creemos que [la combinación] funciona principalmente porque reduce el hambre e incrementa la saciedad", opina Kishore Gadde, autor del estudio. *

2.14. Algunos medios con información frecuente sobre temas de salud y alimentación

Los temas relacionados con la salud gozan de una gran aceptación por parte del público general. Algo que no resulta extraño si se tiene en cuenta que según el barómetro del Centro de Investigaciones Sociológica²⁹⁹ (CIS) la sanidad constituye el cuarto problema que más afecta a los españoles 11,8%. Ante estos datos parece razonable que los distintos medios incorporen contenidos relacionados con la salud en sus parrillas de programación. Los medios tienen que satisfacer las necesidades que les demanda la sociedad, aunque Byron Scott³⁰⁰ plantea si realmente son los contenidos que el lector plantea o en cambio es el editor el que crea la necesidad en el momento oportuno.

La mayor parte de los periódicos de tirada nacional y local y la mayor parte de las grandes cabeceras internacionales incorporan con frecuencia noticias de salud. Algunos diarios nacionales publican secuencialmente suplementos de salud como se comenta en un apartado posterior. Un riguroso análisis sobre la presencia de temas de salud en los periódicos gratuitos puede consultarse en el artículo elaborado por la profesora Teresa Santos titulado “*La salud en la prensa gratuita especializada*”³⁰¹ donde se plantea un estudio pormenorizados de los contenidos, tirada, publicidad y otras características de los principales periódicos gratuitos de referencia para los profesionales de la salud en España.

Como habíamos comentado en España los diarios generalistas con el fin de dar respuesta a esta demanda incorporaron los contenidos de salud en la década de los ochenta. De incorporar noticias poco relevantes se pasa a secciones específicas y suplementos que distribuyen el sábado *El Mundo*, *El País* y *ABC*, mientras que *La Razón* y *El Público* ofrece noticias sobre la salud el domingo. En este tema fue pionera *La Vanguardia*, que entre 1982 y 1997 publica el suplemento *Futuro*. Le sigue *El País*, con *Salud*³⁰², *El Mundo*, *ABC*, *La Razón* y *El Periódico de Cataluña*. En la década de los noventa, los

²⁹⁹ Estudio nº3104. Barómetro de Julio de 2015.

³⁰⁰ Scott, B. (1998). Conference addresses urgent Needs. Service Journalism Program, School of Journalism, University of Missouri, Columbia, p.2

³⁰¹ Santos Diez, T. (2009). La salud en la prensa gratuita especializada. Un fenómeno emergente. *Estudios sobre el Mensaje Periodístico* 15: 477-490.

³⁰² Revuelta, Gemma (2006). Salud y medios de comunicación en España, *Observatorio de la comunicación científica*, Barcelona, Universidad Pompeu Fabra, p. 205.

periódicos generalistas continuaron publicando contenidos de salud como recoge el *Informe Quiral: medicina y salud en la prensa diaria* (1996)³⁰³.

La salud es un tema recurrente en los distintos diarios. Un ejemplo lo tenemos en *El Correo* que publica a menudo informaciones, entrevistas, reportajes sobre salud. Fermín Apezteguía es el periodista de referencia para la elaboración de estos textos. Además, desde 2009 este diario edita los jueves un suplemento como cuadernillo central de 16 páginas con el nombre de *Salud revista es*³⁰⁴. Los fines de semana Eroski Consumer publica un texto en una página completa sobre temas relacionados con alimentación y consumo en las páginas de este periódico. También profesionales sanitarios del Iguatoria Médico Quirúrgico (IMQ) redactan textos con consejos sobre problemas de salud en los espacios asignados a esta entidad. En el marco de la Escuela de salud de *El Correo*, iniciativa generada en colaboración con la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao, varias veces al año organizan sesiones divulgativas sobre temas de salud dirigidas al público en general. Además las páginas del periódico publican entrevistas con los ponentes que visitan Bilbao con este motivo, que en ocasiones se complementan con reportajes e informaciones sobre el tema que se aborda. A su vez *El País* (2006) sacaba el monográfico *La Medicina que viene* con una periodicidad mensual. Un año más tarde ponía en el mercado un nuevo suplemento mensual *Salud & Bienestar* (2007) con temas de salud y biomedicina con el objetivo de ampliar los contenidos que publicaba los martes³⁰⁵. En 2012 *El País* estructura contenidos y deja de publicar en papel y pasa a la web los suplementos *Tierra y Salud & Bienestar* y de esta manera el suplemento de sanidad se integra en *Sociedad*, donde se ubican los contenidos de salud del diario. El 22 de mayo de 2014 comienza a editar en papel y online la revista mensual de bienestar *Buena vida con contenidos de psicología, ecología...* También el diario *La Razón* tiene suplemento *A tu salud* (2013) que aborda temas de salud, alimentación, verde ciencia y objetivo bienestar con edición impresa y online. De igual modo *La*

³⁰³ Este estudio fue promovido por la Fundación privada Vila Casas y el Observatorio de la Comunicación Científica de la Universidad Pompeu Fabra (Barcelona).

³⁰⁴ En el mes de octubre de 2015 ha publicado el número 40.

³⁰⁵ El País 08/04/2007 *El País* estrena un suplemento mensual sobre salud y biomedicina http://elpais.com/diario/2007/04/08/sociedad/1175983209_850215.html

Vanguardia edita el suplemento *Salud&Vida* (2011) que entrega de manera gratuita con el periódico de papel. Aborda temas de salud como pueden ser enfermedades comunes y crónicas, geriatría homeopatía, nutrición, odontología etc.

También el periódico Bilbao, editado por el Área de Cultura del Ayuntamiento de Bilbao y distribuido por suscripción gratuita, incorpora temas o noticias singulares de salud acaecidas en la Villa, algunas desde una perspectiva histórica, y otras como tema de actualidad.

Radio

Una situación similar se produce en la radio, donde prácticamente todas las emisoras incorporan entre sus contenidos informaciones sobre salud, entrevistas a especialistas, e incluso consultorios en sus magazines, donde se responde a preguntas de los oyentes sobre síntomas de enfermedades, remedios y métodos de prevención. Son muy numerosos los programas de referencia sobre salud. Destacan en la COPE *Los Decanos* (1992), destinado a personas mayores con información sobre cuidados especiales, derechos ciudadanos, actualidad sanitaria, enfermedades y solidaridad. También emiten *La Rebotica* y *Que me pasa doctor*. OCR con *Un mundo sin barreras* para discapacitados, *La salud en Onda Cero* y *En Buenas manos*; En RNE con *el club de la vida*; Punto Radio tenía en antena, *Salud, calidad de vida* y *A su salud*; en Cadena Ser, *La Salud en la Ser* (2009) y *Vivir en salud*; Radio-1 con *El club de la vida* y *Tercera edad*; Radio Euskadi (EITB) emite *Más que palabras*; Inter presenta *Vivir en salud*, además de *Vivir con alegría* y *Solnatura*; Intereconomía ponía en antena *Empieza la salud* y *Salud para todos*; En radio Cultura se podía oír *El Mundo de la Salud*; Radio-5 por su parte cuenta en su programación con los microespacios de cinco minutos diarios *A su salud* y *Alimento y Salud* con información sobre alimentación, nutrición y hábitos de vida saludable y Canal Sur radio emite *Por tu salud* con contenidos de salud de carácter práctico sobre alimentación, hábitos saludables y avances científicos

Un programa divulgativo que incluye consejos de especialistas sobre enfermedades frecuentes y prevención se emite en radio Cultura (97,7 FM) los

sábados a las 13 horas donde se puede sintonizar *El Mundo de la Salud*, un magazine que centra sus objetivos en el fomento de hábitos saludables y prevención de enfermedades entre otros temas.

Televisión

En cuanto se refiere a espacios de televisión en TVE-1 el periodista Ramón Sánchez Ocaña con el asesoramiento del Ministerio de Sanidad comenzó a emitir *Más vale prevenir* (1979). Un espacio divulgativo que trataba temas relacionados con la calidad de vida, alimentación, nutrición y salud. El programa dejó de emitirse en 1987. Años más tarde TVE-1³⁰⁶ incorporaba el espacio semanal de salud *Al hilo de la vida* (1994) con un monográfico sobre trasplantes titulado *Volver a nacer*. Se incluían reportajes de casos reales, y al estudio acudían los protagonistas de la enfermedad, médicos especialistas y público que podía realizar preguntas. Asimismo se incluía la opinión de los espectadores que se recogía mediante entrevistas en la calle y por teléfono. Le sigue *La Botica de la Abuela* (1996).

Otro programa² que se emitió en TVE-1 con una periodicidad diaria y en horario de mañana fue *Saber vivir* (1997). En enero de 2005 se crea el Club Gente saludable y también editan la revista mensual *Saber Vivir* con consejos de salud, dieta saludable, recetas de cocina, autoayuda y familia

A su vez, Antena 3, bajo la dirección del doctor Bartolomé Beltrán emitía el programa *En Buenas manos* (1994). Se trataba de un espacio donde se podía ver todo el proceso que un paciente sigue desde el historial médico, diagnóstico de su dolencia y la operación real. Por primera vez en televisión se mostraban operaciones quirúrgicas realizadas en centros hospitalarios de prestigio tanto nacionales como internacionales. En el estudio contaban con la presencia de personas a las que se les había intervenido quirúrgicamente y expertos cirujanos que mediante maquetas y gráficos explicaban el procedimiento seguido en la operación. Antena 3, incorpora en su parrilla de programación *La botica de Txumari* (2000), con formato similar al emitido en TVE-1 con el nombre de *La Botica de la Abuela* (1996). Más tarde se incorpora

³⁰⁶ elpais. 24/01/1994TVE-1 incorpora un espacio sobre medicina y salud a su programación http://elpais.com/diario/1994/01/21/radiotv/759106802_850215.html

Figura 60. Cabeceras de algunos periódicos en versión digital con secciones de salud



- | |
|---|
| -La Razón ("A tu salud"), los domingos. |
| -ABC ("ABC Salud"), un sábado al mes |
| -El País (Buena Vida, una vez al mes |
| -Grupo Joly (Suplemento de Salud), cada sábado. |
| -El Economista ("EcoSanidad"), suplemento semanal |
| El Mundo (El Mundo salud.es), versión digital. |



2.14.1 Medios de información en salud especializados. Prensa gratuita especializada



En España, los grupos de prensa consolidados centran sus objetivos en las publicaciones especializadas en salud³⁰⁷. En este sentido Recoletos crea la sociedad Pool de Medios, S.A. (1991) para ampliar sus estrategias de mercado hacia el sector de la prensa gratuita. Inicia su andadura en 1992 con *Diario Médico*³⁰⁸ (41.124 ejemplares) destinado a los profesionales de la salud, que se reparte de lunes a viernes en Hospitales y Centros de Salud. Desde 1995 se puede acceder a sus contenidos en la edición digital (www.diariomedico.com). Siguiendo en esta misma línea también en 1995 publica *Correo Médico* (13.331 ejemplares) en edición impresa para los médicos que trabajan en núcleos de poblaciones inferiores a 10.000 habitantes. Su publicación es posible en virtud de un acuerdo con la Sociedad Española de Medicina³⁰⁹ Rural y Generalista (Semergen) y el patrocinio de GlaxoSmithKline. En la actualidad *Diario Médico* y *Correo Médico* están disponibles a través de la aplicación de Orbyt.

En el año 2002 Recoletos incrementa sus publicaciones con el semanal *Correo Farmacéutico* (20.894 ejemplares) destinado para los farmacéuticos,

³⁰⁷ En la década de los 70 se publicó *Noticias Médicas* que fue el primer diario gratuito especializado destinado a los licenciados y doctores en medicina con una tirada de 60.000 ejemplares, que se recibía por suscripción.

³⁰⁸ Fuente tirada Diario Médico (3 de marzo 2015).

³⁰⁹ Santos, Díez, Teresa (2007). El auge de la prensa gratuita en España. UPV/EHU. Bilbao, 132.

centros de atención primaria, hospitales e industria farmacéutica en general. También se puede acceder al portal www.correofarmacologico.com. En abril de 2007 los periódicos pasan a manos de Media Group³¹⁰, que compra Recoletos y edita estos gratuitos a través de Unidad Editorial Revistas.

Otra empresa implicada en este sector es Contenidos e Información de Salud S.L. que edita los semanales *El global* en edición impresa (2000) y digital (2001) destinado a los farmacéuticos; *Gaceta Médica Hospitalaria* (2002) para médicos especialistas y la *Revista Española de Economía de la Salud* (ReES), dirigida a profesionales de administración y gestión de servicios sanitarios y personal médico.

A su vez el Grupo Editorial Sanidad Ediciones S.L. (Saned) tiene en el mercado la revista profesional *El Médico* (1981) y en versión digital *El Médico Interactivo* (1999) destinada a médicos, gestores, sociedades científicas y la industria farmacéutica.

En formato digital podemos encontrar Revista Médica (www.medica.es), Redacción Médica (www.redaccionmedica.com), Intramed (www.intreamed.net), HospiMédica (www.hospimedica.es), Portales Médicos (www.portalesmedicos.com) y Gaceta Médica (www.gacetamedica.com) entre otros. En la dirección electrónica http://www.gfmer.ch/Medical_journals/Revistas_medicas_acceso_libre.htm podremos encontrar todas las revistas médicas españolas de acceso libre entre las que se incluyen 12 revistas de nutrición y salud pública en castellano.

Además de estas publicaciones con contenidos muy especializados de actualidad existen otras que centran sus objetivos en los clientes de las farmacias y público en general. Se trata de publicaciones que tienen como finalidad fomentar el desarrollo de la información de salud divulgando hábitos saludables, gastronomía, belleza y bienestar, además de recomendaciones de especialistas, consejos y sugerencias de utilidad. Con estos objetivos surgen numerosas publicaciones, tal es el caso de *Consejos de tu Farmacéutico* (1998) editado por Publicitario Farmacéutico, S.L., con una

³¹⁰ En 2006 Recoletos la deuda de Recoletos alcanzaba los 272,2 millones de euros, una situación que en abril de 2007 le lleva a vender la empresa a RCS Media Group, que a su vez era propietario del 96% de Unedisa, editora del diario El Mundo, por 1.100 millones de euros. Es necesario mencionar que de esta operación se excluye el diario gratuito Qué. Finalmente en agosto de 2007 las sociedades Cartera Factoría, S.L. (70% capital) y Grupo Godó de Comunicación S.A. (30%) venden a Vocento la totalidad del capital del diario gratuito Qué por 132 millones de euros.

tirada de 187.561, periodicidad mensual y cobertura nacional. Siguiendo en esta misma tendencia el grupo Zeta junto con Colegio de Farmacéuticos de Cáceres y Badajoz sacan al mercado *Farmaex* (2002) con una tirada de 30.000 ejemplares que distribuyen en las oficinas de farmacia de ambas capitales. Impulsado por el Grupo Saned Sanidad Ediciones S.L., y la distribuidora de medicamentos y productos sanitarios Cofares editan *El Periódico de la Farmacia* (2005) con periodicidad quincenal y una cobertura nacional se reparte en unas 13.000 oficinas de farmacia. De nuevo Contenidos e Información de Salud publica el semanal *Estar Bien* (2006) con una periodicidad que ha pasado de semanal a casi tres meses y cobertura nacional. Por su parte, la empresa Ediciones Vitalidad y Progreso S.L, edita de *Salud 21 de la Región de Murcia* (2008), también está centrada en la edición, gestión, elaboración y distribución de publicaciones periodísticas de información y comunicación de masas dirigidas al público en general. Tiene una tirada de 26.000 ejemplares y una periodicidad quincenal.

Eusko Ikaskuntza publica desde el año 1984 la revista Mediatika, Cuadernos de Medios de Comunicación relacionados con el periodismo científico. Desde el 2005 solo se encuentra en formato electrónico. El numero 8 correspondiente al año 2008 estuvo dedicado como monografía al periodismo científico en donde destaca el artículo publicado por el que fuera Rector de la UPV-EHU JJ. Goiriena de Gandarias, “*La salud en la información científica*” donde se plantea una revisión de la divulgación científica en salud a partir de los estudios publicados en las grandes revistas científicas del mundo. El artículo incorpora los principales contenidos de la reunión internacional de expertos que convocó la Fundación BBVA (1997) con el título “*Encuentro Internacional Salud-Comunicación-Sociedad*”, que contó con la participación del Prof. J.J. Goiriena. En este mismo número de Mediatika podemos encontrar interesantes aportaciones al periodismo científico por parte de los profesores de la UPV-EHU K. Meso y J. Díaz Noci.³¹¹.

³¹¹ Goiriena de Gandarias, J.J.; Garea Lafuente, M.G. (2002). La salud de la información científica. En: Salaverría, R. (coord.). *Mediatika. Cuadernos de Medios de Comunicación*, 8, 523-558.

2.15. El nuevo informador en temas de alimentación y salud (E-Guru.).

Se trata de una nueva figura muy bien descrita por la Agencia de Comunicación Ketchum³¹². Este nuevo tipo de *influenciador* ha surgido de la revolución digital lo que le ha permitido opinar y compartir comentarios e información en tiempo real.

Su figura genera cierta polémica por autoproclamarse experto en temas de alimentación y salud. Concretamente representa un 16% de la población española; es extremadamente activo a nivel online, utilizando blog personal o acciones de microblogging, dedicando mucho tiempo y energía a recomendar o criticar marcas y productos (figura 61).

Para los “e-gurús” en España la opinión de los profesionales de la salud es la más importante, aunque la influencia de la familia es también clave. El perfil del denominado “e-gurú” es el de una persona joven (un 48% tiene menos de 35 años), más mujeres que hombres con estudios superiores y con unos ingresos bastante superiores a la media.

Este nuevo grupo de influenciadores tiene un impacto importante en las percepciones de salud, seguridad y valor nutricional en todo el mundo. En ellos se fijan millones de consumidores, que pueden actuar en muchas ocasiones siguiendo sus pautas y recomendaciones³¹³.

³¹² González, A. (2015). Papel de los gabinetes de comunicación especializados en temas de salud. Ponencia en el Encuentro Comunicación, Alimentación y Salud (Getxo, 14-15 de septiembre de 2015). Ketchum España. [www.ketchum.es]

³¹³ González, A. (2015). Papel de los gabinetes de comunicación especializados en temas de salud. Ponencia en el Encuentro Comunicación, Alimentación y Salud (Getxo, 14-15 de septiembre de 2015).

Figura 61.- Incidencia de e-gurus a nivel mundial

Incidencia de **E-GURÚS** a nivel mundial



Fuente: Ketchum España, 2015

2.16. Cómo mejorar la información nutricional en los medios de comunicación

Con este panorama habrá que esforzarse mucho para estar mejor informados. La crisis económica (2008-2014) y los efectos de la revolución tecnológica han provocado el despido de más de 20.000 periodistas. Muchos medios están trabajando con la tercera parte de su personal y con presupuestos muy limitados. Esta situación repercute sin ninguna duda en la calidad de la información. En el último año también los reporteros gráficos de algunos medios del País Vasco han visto amortizarse su puesto de trabajo. Esperemos que con la lenta pero palpable recuperación económica y la ayuda las nuevas tecnología de la información podamos en breve recuperar parte del terreno perdido.

Los medios de comunicación tiene la potencialidad de mejorar la salud, pero para ello es necesario mejorar la calidad de la información que ofrecen y hacer una apuesta clara por el rigor, con la vista puesta en que desempeñan una función informativa- formativa entre sus lectores. Este plan de trabajo también es posible en los periódicos modestos en base a consultar fuentes profesionales solventes e independientes y en tener un buen criterio periodístico en base a estas tres propuestas:

1. Citar los estudios, de manera que los lectores puedan contrastar por sí mismos la información. El doctor Ben Goldacre, en su blog '*Bad Science*' ('Mala ciencia') propone varias teorías para explicar por qué en muchas ocasiones los periodistas no citan las fuentes primarias de información (algo bastante fácil de hacer). En su opinión, deberíamos cuestionar la credibilidad de toda noticia de salud que no cite el estudio o los estudios de base³¹⁴.

2. La profesora Gemma Revuelta, directora del Centro de Estudios de Ciencia, Comunicación y Sociedad de la Universidad Pompeu Fabra, considera

³¹⁴ Basulto, J y Caorsi, L (1 de octubre de 2013). Consejos nutricionales en los diarios ¿son fiables? Recuperado el 30 de mayo de 2015 de: [http://www.consumer.es/web/es/alimentacion/aprender_a_comer_bien/alimentos_a_debate/2013/10/01/218224.php].

que el sector especializado y los medios de comunicación deben interactuar para fomentar el conocimiento mutuo. En este apartado el apoyo de los profesionales de la nutrición y la salud y una mejor formación especializada de los periodistas para valorar e interpretar las evidencias científicas serian de gran utilidad.

3. Desligar al máximo los contenidos y el sentido de la información de presiones sectoriales o de grupos de presión del área económica o política.

Cada año se publican en torno a 2 millones de artículos biomédicos y es muy difícil que el informador sanitario pueda tener acceso a todos ellos y que además, sea capaz de comprender la relevancia de los hallazgos en cada caso.

Los buscadores específicos de publicaciones biomédicas y de noticias científicas sobre alimentación y salud, como OVI; Scopus o BIREME-OPS son algunos recursos de utilidad. El tesoro DeCS es también una herramienta muy útil para los periodistas de habla hispana porque permite utilizar términos de búsqueda en español y busca los términos equivalentes en inglés y en otros idiomas y al mismo tiempo los aplica para ejecutar las búsquedas correspondientes en otras bases de datos bibliográficas.

Sin embargo, si es necesario que pueda disponer de unos criterios mínimos que le permitan reconocer el tipo de información que maneja y por tanto, la relevancia del mensaje a trasladar a los ciudadanos, evitando generar alarmas infundadas, falsas expectativas o soluciones inmediatas cuando se trata de meros hallazgos incipientes que tal vez solo signifiquen el inicio de una nueva vía de investigación que tan solo logrará, en el mejor de los casos, soluciones concretas al cabo de los años. Es necesario, pues, que también se familiarice con algunas escalas de recomendaciones y evidencia para poder comprender este alcance.

Cooper y cols³¹⁵ realizaron en 2012 un análisis de la calidad de la evidencia en la que se basaban los consejos dietéticos que se difunden en diez periódicos del Reino Unido en una semana al azar, utilizando para ello las escalas de evaluación de la evidencia científica propuestas por el World Cancer Research Fund (WCRF) y la del Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), reflejaba que de las 111 alegaciones de salud encontradas, el 72% y el 68% (según la escala utilizada), estaban fundamentadas en niveles de evidencia inferiores a las categorías “convinciente” o “probable”. Es decir, se realizaban afirmaciones que no estaban respaldadas por estudios suficientes de la calidad adecuada. Estos resultados reflejan que con frecuencia la prensa se hace eco de mensajes no fundamentados suficientemente y contribuyen a extender conceptos equivocados sobre dieta y salud.

Un análisis de características similares realizado por Teresa Alzate (2013) sobre los consejos dietéticos y nutricionales en la prensa española, concluía que existe poca información y elaborada a menudo por periodistas sin especialización; en muchos casos las informaciones son anónimas³¹⁶, observaciones similares a las referidas por García-Latorre y Gobantes-Bilbao (2014) sobre el análisis de las informaciones publicadas en la prensa de Aragón³¹⁷.

El periodista especializado en salud tiene que hacer frente a muchas dificultades, además de la precariedad de recursos y tener que realizar muchas otras tareas en las redacciones. Las noticias positivas de salud no venden. Sería deseable hacer información de la salud y no solo de la enfermedad. Es importante intentar comunicar siempre las cifras como porcentajes para facilitar su comprensión, pero también contextualizar el dato en su expresión.

Por otra parte, los Gabinetes de Comunicación son muchas veces cortafuegos. Lo importante es el ciudadano y el paciente al margen de los

³¹⁵ Cooper B.E., Lee W.E.; Goldacre B.M. & Sanders T.A. (2012). The quality of the evidence for dietary advice given in UK national newspapers. *Public Understanding of Science*, 21(6),664-73. doi: 10.1177/0963662511401782.

³¹⁶ Alzate Narváez, T. (2013). Consejos dietéticos y nutricionales en la prensa española. *Revista Española de Comunicación y Salud*, 4(1), 17-26

³¹⁷ García-Latorre, F.J., Gobantes-Bilbao, M. (2014). La información sanitaria autonómica en la prensa diaria: el caso de Aragón. *Revista Española de Comunicación y Salud*,5(2), 149-167.

intereses. Más formación al periodista y mejor formación a los sanitarios para saber comunicar.

Los 7 pecados del periodista especializado según el periodista especializado en salud Fermín Apeztegia (El Correo-Grupo Vocento)³¹⁸, son:

1. Sensacionalismo
2. Generar alarma social
3. Crear falsas expectativas
4. Contribuir a publicidad encubierta
5. Exceso de tecnicismos
6. Confianza excesiva en la fuente
7. Endiosamiento

Es evidente que en la tarea de mejorar la comunicación en alimentación y salud deben implicarse todos los actores implicados, profesionales de la salud, profesionales de la comunicación, así como las entidades públicas (administraciones públicas), privadas (atención sanitaria, industria farmacéutica, industrias tecnológicas y telecomunicaciones, industria alimentaria, canales de distribución, hostelería y restauración, medios de comunicación, gabinetes de prensa y relaciones públicas, empresas publicitarias y de marketing, etc.), y de la sociedad civil (ONGs en promoción de salud, comunicación y salud, asociaciones de periodistas, asociaciones científicas...).

Un aspecto esencial es la formación adecuada de los profesionales implicados y las oportunidades para la formación continua y puesta al día. En la tabla 44 se recogen centros que ofrecen en la actualidad formación sobre temas relacionados con la comunicación en salud.

La Universidad Pompeu Fabra ofrece la posibilidad de estudiar Periodismo especializado en Ciencia y Salud, al que se accede desde el tercer o cuarto curso del Grado en Periodismo, con una carga lectiva de 4 ECTS y 100 horas de dedicación. El curso está dirigido por el Prof. Vladimir de Semir.

³¹⁸ Apezteguia, F. (2015). Comunicar en salud en tiempos de crisis. Ponencia en el Encuentro Comunicación, Alimentación y Salud (Getxo, 14-15 de septiembre de 2015).

Algunas revistas y fuentes de información sobre ciencia y comunicación:

- Public Understanding of Science, disponible (Biblioteca-UPF) en <http://pus.sagepub.com/>
- Science Communication, disponible (Biblioteca-UPF) en <http://scx.sagepub.com/>
- JCOM - Journal of Science Communication, disponible on line en <http://jcom.sissa.it/>

Mencionar también que existe el Premio Iberoamericano Roche de “Periodismo y Salud”. Actualmente está en el jurado la periodista Ainhoa Iriberrí

También el Premio EU “Al Periodismo sobre Salud”³¹⁹ En 2013 la periodista española freelance Marta Palomo de Udaeta obtuvo uno de los premios.

Los escritores de ciencia William J. Broad y Nicholas Wade, del New York Times y antes de la revista Science, sugieren una serie de preguntas que se deben formular siempre para evitar cualquier tipo de distorsión en la información (están indicadas en el terreno de la investigación, principalmente):

- 1.-¿Contiene su trabajo, o su publicación, los resultados de todos los experimentos?
- 2.-¿Hasta qué punto los datos ofrecidos como evidencia fueron suavizados en relación con los hechos desnudos?
- 3.-¿Hay otros científicos que citan esta investigación suya u otras anteriores?
- 4.-¿Cuánto tiempo le ha llevado la realización de estos experimentos?
- 5.-¿Ha sido publicado el trabajo o aceptado para su publicación?
- 6.-¿Es suficiente su texto para que otros especialistas puedan repetir la experiencia?
- 7.-¿Perseguía desde un principio este resultado o se encontró con él cuando buscaba otra cosa?
- 8.-¿Cuál ha sido exactamente su contribución? (Explican que esta pregunta se debe a la frecuencia de casos de robo de créditos por trabajos hechos por otros científicos)³²⁰

³¹⁹ 2013 EU Health Prize for Journalists. Recuperado el 1 de junio de 2015 de: [http://ec.europa.eu/health-eu/journalist_prize/index_es.htm].

³²⁰ Calvo Hernando, M. (2002). El Periodismo científico, necesario en la sociedad actual En: Salaverría, R. (coord.). *Mediatika. Cuadernos de Medios de Comunicación*, 8, 485-498.

2.16.1 Importancia del titular del artículo o noticia

Considerar de mucha importancia para el equilibrio y veracidad de la información el título del artículo que por otra parte es la parte más impactante de la noticia y en ocasiones el único apartado que se lee. Intentar huir del sensacionalismo y de la posibilidad de lecturas incorrectas. La profesora de periodismo Elena Blanco Castillo incluye en su artículo sobre “Periodismo, salud y calidad de vida” algunos ejemplos de titulares sobre temas de alimentación que podrían haber condicionado inadecuadamente el consumo o rechazo de algunos alimentos o nutrientes:

- Los grandes consumidores de café no sufrirían aumento de presión (22/03/2007, Reuters Health)
- La cafeína podría ser buena para algunos corazones adultos (22/02/2007, Reuters Health)
- La artritis reumatoide aumenta el riesgo de muerte del cáncer, según plantea un estudio (27/02/2007, HealthDay)
- Las burbujas microscópicas de grasa combaten el cáncer (04/01/2007, HealthDay)
- Té verde más analgésico demora avance del cáncer de próstata (15/03/2007, Reuters Health)
- Un antioxidante del té junto con Celebrex podría combatir al cáncer de próstata (02/03/2007, HealthDay)
- Combinación de tomate y brócoli podría proteger contra el cáncer de próstata (16/01/2007, HealthDay)
- Beber moderadamente aumenta riesgo de cáncer de pecho en mujeres(16/03/2007, Reuters Health)³²¹

En todo caso, parece vigente la afirmación planteada en la Conferencia de Cantigny³²² (1995) por Edward Huth, editor de *Annals of Internal Medicine*

³²¹ Blanco Castilla, E. y- Paniagua, F.(2007). *Periodismo, salud y calidad de vida* FISEC-Estrategias - Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Lomas de Zamora Año III, Número 8, Mesa II, 3-24. Recuperado el 10 de julio de 2015 de: [<http://www.fisec-estrategias.com.ar/>].

³²² La Sociedad Interamericana de Prensa (SIP) y la Fundación Robert R. McCormick se unieron para auspiciar en conjunto la Conferencia Hemisférica sobre la Modernización de la Enseñanza en Periodismo. Esta conferencia se celebró en Cantigny, Illinois, en septiembre de 1995.

cuando se refirió entre otros asuntos a la influencia de los medios de comunicación sobre la salud y puso como ejemplo un artículo que aparecía en esos días en The New York Times, y que mostraba los increíbles cambios que se habían producido entre 1970 y 1988 en la dieta y, en consecuencia, en los hábitos alimentarios de la población inducidos en gran parte por los medios³²³.

A pesar de algunas sombras, nos parece oportuno recordar lo que afirma con bastante criterio el periodista Carlos Mateos, especializado en Periodismo de Salud 2.0 y e-Health (ComSalud.es):

“Lo que el periodista especializado en salud conserva en solitario, a pesar de la revolución digital, es la capacidad de informar como nadie, de dar noticias; contrastadas, con estudios, con diferentes especialistas, con casos de pacientes, con la perspectiva de otros profesionales sanitarios y comprensibles por todo el mundo. Y responsabilizarse de ellas con su firma. Esa labor, con tanta “infoxificación” que produce la Red, es más necesaria que nunca”.

³²³ Goiriena de Gandarias, J.J.; Garea Lafuente, M.G. . (2002). La salud de la información científica. En: Salaverría, R. (coord.). *Mediatika. Cuadernos de Medios de Comunicación*, 8, 523-558.

Tabla 44.- Centros e instituciones que trabajan temas de comunicación y salud

CENTRO	PAGINA WEB
Observatorio de la Comunicación Científica (Universidad Pompeu Fabra, de Barcelona)	http://www.upf.edu/occ/
Psinet (Universidad Oberta de Cataluña, en Barcelona)	http://www.uoc.edu/in3/psinet/
Observatorio de Comunicación y Salud (Universidad Autónoma de Barcelona)	http://www.portalcomunicacion.com/ocs
Comunicación y Salud (Madrid Salud)	http://www.madridsalud.es/comunicacion_salud/comunicacion_y_salud.php
Grupo de Investigación ECCO (Universidad de Almería)	http://www.grupoecco.org/principal.htm
Asociación Española de Comunicación Sanitaria (Universidades de Málaga y Almería)	http://www.aecs.es/
Grupo-Programa Comunicación y Salud del semFYC	http://sites.google.com/site/grupocomunicacionysaludsemfyc/
Web Médica Acreditada	http://wma.comb.es/
Fundación de Educación para la Salud (FUNDADEPS)	http://www.fundadeps.org/
Alezeia (Asociación de Educación para la Salud)	http://www.alezeia.org/
Sociedad Española de Informática de la Salud (SEIS)	http://www.seis.es
Escuela Andaluza de Salud Pública	www.easp.es/web/esp/index.asp
Asociación Nacional de Informadores de Salud (ANIS)	http://www.anisalud.com/
Asociación Española de Agencias de Publicidad de Salud	http://www.forosalud.com/
Revista Medicina y Cine	http://revistamedicinacine.usal.es/
Cuadernos de Comunicación y Salud	http://www.cuadernosdecys.com/
Qualitative Health Research	http://qhr.sagepub.com/
Health Communication Research Centre, de la Universidad de Cardiff	http://www.cardiff.ac.uk/encap/research/hcrc/index.html
Lisa Sparks, Health communication and caregiving research, policy, and practice ¹⁵	http://media.myfoxa.com/mentalhealth/documents/Health-Communication-and-Caregiving%20Research.pdf
Redes sociales: Enrique Gavilán – blog NYT	http://egavilan.wordpress.com/2010/07/01/internet-me-deprime/ http://www.nytimes.com/2010/05/30/business/30stream.html?_r=2

Fuente: elaboración propia

Cuarta parte:

Conclusiones

“Si cierras la puerta a todos los errores, dejarás afuera la verdad”.

Rabindranah Tagore

Poeta bengalí. Premio Nobel de Literatura (1861-1941)

1. Los profesionales sanitarios son la primera referencia como fuente de información sobre alimentación y salud para la mayor parte de los ciudadanos, seguidos por familiares y amigos y, en tercer lugar, por sitios de internet.
2. A pesar de que internet emerge con fuerza como fuente de información, los ciudadanos no tienen demasiada confianza en la información recuperada y a menudo no la comprenden. Los profesionales sanitarios son los que más confianza inspiran en todos los grupos de edad y sexo.
3. Se han identificado diferentes patrones de utilización de las fuentes de información sobre alimentación y salud, que explican el 59% de la variabilidad: *Medios Comunicación*, el que explica la mayor parte de la variabilidad en las fuentes (18,04%); *Ámbito Educativo* (11,99%); *Ámbito de proximidad* (9,37%); *Ámbito sanitario* (7,41%); *Ámbito dietética* (6,32%) y *Medios Tecnológicos* (5,98%).
4. El etiquetado de los alimentos pretende ayudar a los ciudadanos a realizar las elecciones de alimentos y bebidas con información suficiente para adoptar decisiones acertadas. Aunque cerca de la mitad del colectivo estudiado refiere prestar atención a la información del etiquetado con cierta frecuencia, el 18% declara no hacerlo nunca. En este sentido se han identificado tres patrones diferenciales de utilización de la información del etiquetado de alimentos: *interés consumidor*, *interés por seguridad* e *interés nutricional*.
5. Un alto porcentaje de los encuestados, más del 75%, declara haber tenido información sobre alimentos que desconocía a través de los medios de comunicación, especialmente la televisión (37,2%). Mencionan sobre todo los productos lácteos funcionales, como leches fermentadas, yogures con probióticos, con estanoles o enriquecidos, que les llamaron la atención por su interés para la salud.
6. Se han identificado algunos factores determinantes del índice de calidad de la dieta, como el género, el nivel educativo, la edad, el score de nivel de

conocimientos y el perfil “Medios tecnológicos” de fuentes de información sobre alimentación y nutrición. La probabilidad de obtener una puntuación elevada en el índice de calidad de la dieta (dieta más saludable) se asocia con ser mujer, nivel educativo medio o alto, edad media o madura, una puntuación por encima de la media en el nivel de conocimientos sobre alimentación y nutrición y una puntuación más elevada en el patrón “Medios Tecnológicos” de utilización de fuentes de información.

7. Entre los productos que los encuestados refieren haber incorporado a su alimentación habitual en mayor medida después de haber recibido información sobre su interés por diferentes medios de comunicación, destacan en primer lugar las leches fermentadas y los yogures funcionales, seguidos por leches modificadas, bebidas vegetales (soja, avena, almendras...), frutos secos, algunos refrescos y bebidas para deportistas, frutas, cereales integrales (algunas variedades como quinoa y espelta), seguidos por verduras, agua envasada y pescado.
8. El interés para la salud destaca claramente como el principal argumento para haber llamado la atención y atraer el interés hacia el producto, seguido por los motivos estéticos.
9. El 54% refiere ver la televisión siempre mientras come o cena, frente al 13% que declara no hacerlo nunca. El 39,4% de los encuestados afirma leer el periódico habitualmente, frente al 48,3% que manifiesta no leer nunca ningún diario.
10. Podemos afirmar que existe evidencia del potencial de los medios de comunicación en su conjunto para contribuir a modificar los hábitos alimentarios y otros estilos de vida de manera favorable, repercutiendo en un mejor estado de salud de la población. Para ello sería imprescindible seleccionar el mensaje, el canal y el lenguaje más adecuados a la población diana en cada caso.
11. Informar en salud requiere de un conocimiento profesionalizado de las ciencias de la información y comunicación en cuanto a fuentes, procesos y elaboración de informaciones en distintos soportes. También requiere

comprender los enfoques de los profesionales de la salud y habilidades suficientes para tender puentes de confianza y comunicación entre ambos colectivos.

12. Los medios de comunicación y los espacios de salud son foros de vital importancia para la alfabetización en alimentación y salud de nuestra población, complemento necesario de las acciones institucionales o de los profesionales de la salud. Las nuevas tecnologías pueden aportar también ayudas para el conocimiento y la adherencia a estilos de vida más saludables. Un nuevo compromiso del periodismo de salud con la promoción de la salud y calidad de vida.

Quinta parte:

Bibliografía

*"La vida es el arte de sacar conclusiones suficientes a partir de datos
insuficientes".*

Samuel Butler (1835-1902), escritor y filósofo inglés

Los libros son como los amigos, no siempre es el mejor el que más nos gusta.

Pío Baroja (1872-1956), escritor español

No es preciso tener muchos libros, sino tenerlos buenos.

Séneca (2 AC-65), filósofo latino

Advertising. Wikipedia, The Free Encyclopedia. Recuperado el 12 de enero de 2011, de

[<http://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Advertising&oldid=407475760>].

AECC (2006). Guía de Estilo. Salud y Medios de Comunicación. Cáncer.

Recuperado el 2 de marzo de 2015 de:

[https://www.aecc.es/Comunicacion/publicaciones/Documents/Salud_y_medios_C%C3%A1ncer.pdf].

Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición

(AECOSAN). Recuperado el 10 de abril de 2015 de [www.aesan.msssi.gob.es].

Aiestaran Yarza, A.; Camacho Marquina, I. y Ronco López, M.M. (2014). La información sobre Salud y Medicina en los diarios de la Comunidad Autónoma Vasca y Navarra. Ámbitos: *Revista Internacional de Comunicación*; 26, 81-90.

Alarcó Hernández, A. (1999). *Periodismo científico en la prensa diaria. Aspectos de biomedicina*. (Tesis doctoral). Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad de La Laguna.

Alarcó Hernández, A. y Meneses Fernández, M.D.(2005). *El periodismo científico en la prensa. Aspectos de biomedicina*. Tenerife, Ecopress comunicaciones.

Albery, I. & Munafò, M. (2008), *Key concepts in health psychology*. Thousand Oaks, CA, EEUU, Sage.

Almirón Roig, N. (2012). Alimentación y calentamiento global: La larga sombra del ganado en la prensa española. *Estudios sobre el Mensaje Periodístico*, 19(1), 17-33.

Álvarez, A. (1997). El drama es que no hay drama. Algunas claves vygotskianas para el análisis (y el diseño) de los medios de comunicación. *Cultura y Educación*, 9, 1(1), 69-81.

Álvarez, A., & Del Río, P. (1999). Cultural mind and cultural identity: projects for life in body and spirit. En S. Chaiklin, M. Hedegaard & U. Juul Jensen (Eds), *Activity theory and social practice: cultural historical approaches*, 302-324. Aarhus: Aarhus University Press.

Álvarez, R. (2005). *¿Seismos de ida y vuelta?* En: Cuesta, U.; Ugarte, A.; Menéndez, T. (coords). *Comunicación social y salud. Una introducción*. I Curso de Comunicación y salud. Madrid, Ed. Complutense, 25-32.

Álvarez Cantalapiedra, S. (2001). El debate de las necesidades en la era de la globalización: un análisis del patrón de consumo alimentario español en los últimos veinticinco años. (Tesis doctoral). Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. Universidad Complutense de Madrid.

Alvarez Munarriz, L., & Alvarez De Luis, A. (2009). Estilos de vida y alimentación. *Gazeta de Antropología*, 25(1).

Alzate Narváez, T. (2013). Consejos dietéticos y nutricionales en la prensa española. *Comunicación en Salud*, 4(1), 17-26.

Anido Rivas, J. D. & Quintero Rizzuto, M. L. (2009). *El consumo alimentario en la ciudad de Caracas (Venezuela) durante el siglo XX: del alimento a la boca del consumidor*. I Congreso Español de Sociología de la Alimentación, Gijón

(La Laboral), Recuperado el 24 de junio de 2015, de http://www.saber.ula.ve/ciaal/pdfs/presentacion_anidoyquitero.pdf

ANIS. Asociación Nacional de Informadores de Salud. Recuperado el 10 de abril de 2015 de: [<http://www.anisalud.com/es/la-asociacion/la-asociacion-nacional-de-informadores-de-la-salud>].

Añaños Carrasco, E.; Estaún, S.; Tena, D.; Mas, M. T., & Valli, A. (2009). *Psicología y comunicación publicitaria*. Barcelona: Servei de Publicacions de la Universitat Autònoma de Barcelona.

Aranceta, J. (2013). *Nutrición Comunitaria*, 3ª edición, pp 216. Barcelona: Elsevier.

Aranceta, J. 2015. *Nueva Pirámide Alimentaria para la Población Española de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria, 2015*. Presentado el 15 de enero de 2015 en la Real Academia Nacional de Medicina, en Madrid. Recuperado 2 de septiembre de 2015 de [<http://www.ranm.tv/index.php/video/703/gu%C3%ADas-alimentarias-equilibrio-nutricional-y-balance-energ%C3%A9tico-sesi%C3%B3n-cient%C3%ADfica-extraordinaria-%C2%B7-madrid-15-de-enero-de-2015/#>].

Aranceta Bartrina, J.; Pérez Rodrigo, C.; Pedrós Merino, C.; Ramos, N.; Fernández, B. y Lázaro, S. (2015) Evaluación del Estado Nutricional y Hábitos Alimentarios de la Población Española- Metodología y Estudio Piloto. *Nutrición Clínica en Medicina*, IX (1), 94-95.

Aranceta, J.; Pérez Rodrigo, C.; Santos, T. (2015). Comunicación, alfabetización y etiquetado nutricional: Patrones de utilización de la información del etiquetado nutricional en la población española. *Revista Española de Comunicación en Salud*, Suplemento 1, S20

Araujo Yaselli M (2001). Bioética y nutrición en salud pública. *Cuadernos de Bioética* 3ª.

Arboleda, A. C. (2000). *Revisión de la Literatura 7 Capítulo II, Alimentación*. Recuperado el 15 de junio de 2015, de http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lhr/cabrera_p_ed/capitulo2.pdf

Arija, V., Fernández-Cao, J.C., Basora, J., Bulló M., Aranda, N., Estruch, R., Martínez-González, M.A., Salas-Salvadó, J. (2014). Excess body iron and the risk of type 2 diabetes mellitus: a nested case-control in the PREDIMED (PREvention with MEDiterranean Diet) study. *British Journal of Nutrition*, 112(11):1896-904. doi: 10.1017/S0007114514002852.

Arsuaga, J.L. (2003). *Los aborígenes. La alimentación en la evolución humana*. Barcelona, RBA Libros S.A.

Asesoría de Comunicación en Salud 2.0. (2014). Top 20 Medios de Comunicación online especializados en salud. Recuperado el 29 de abril de 2015, de [http://www.asesorian.com/informes/Informe_Asesorian_Marzo_2014.pdf]

Asociación Española Contra el Cáncer. (2006). *Guía de estilo. Salud y medios de comunicación. El cáncer*. Pauta, Estratègies de Comunicació, SL.

Asociación para la investigación de medios de comunicación. (2015). *Marco General de los Medios en España*. Madrid: BtoB Print Management Outsourcing.

Asociación para la investigación de medios de comunicación. (2013). Casi el 60 % de los españoles está dispuesto a pagar más por productos de alimentación de calidad. Recuperado el 2 de abril de 2015, de [<http://www.aimc.es/Casi-el-60-de-los-espanoles-esta.html>].

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behaviour and Human Decision Processes*, 50, 179-211.

Ajzen, I. & Fishbein, R. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behaviour*. Englewood Cliffs, NJ, EE. UU.: Prentice Hall.

Atoche Monterola, M. (2003). *Comunicación y salud: periodismo institucional y de difusión en la Oficina de Prensa del Ministerio de Salud*. (Memoria Licenciatura). Facultad de Letras y Ciencias Humanas E.A.P. de Comunicación Social. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima-Perú.

Báez, J. y Pérez de Tudela, J. (2007). *Investigación cualitativa*. Madrid, ESIC Editorial.

Báguena i Marangues, N. (2005). *La alimentación en la antigua Roma*, en Salas i Salvadó, J.; García Lorda, P.; Sànchez i Ripollès, J M (dirs.) *La alimentación y la nutrición a través de la historia*, Madrid, Editorial Glosa, S.L., pp 133-157

Baile Ayensa, J. I., & Ruiz Ramos, Y. (2009). El efecto de los medios de comunicación en la autoestima de chicas adolescentes, un estudio en el contexto de los trastornos alimentarios. *Cuadernos del Marqués de San Adrián*, 6, 11-18.

Bailey, K. (1990). *Methods of Social Research* (2ª ed), The Free Press, Nueva York. Jankowski (eds.). 1993. *Metodologías cualitativas de investigación en comunicación de masas*, Bosch, Barcelona.

Bajec, M.R.; Pickering G.J. & DeCourville, N. (2012). Influence of Stimulus Temperature on Orosensory Perception and Variation with Taste Phenotype. *Chemosensory Perception*. 12; 5(3-4). doi:10.1007/s12078-012-9129-5

Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Nueva Jersey, NJ, EE. UU.: Prentice Hall.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ, EE. UU.: Prentice Hall.

Barengo Noël, C., Tuomilehto Jaakko, O., Nissinen, A., & Puska, P. (2011). Estrategias de comunicación en la mejora de los factores de riesgo cardiovascular y enfermedades cardiovasculares en el Proyecto Karelia del Norte. *Comunicación y Salud*. 1(1), 42-51.

Barrena, E. (2003). *Agencias, la información en estado puro*. En: Catalán, J.M.; López Iglesias, J. *¡Infórmate en salud! Los medios de comunicación y la información sanitaria*. Madrid, ediciones Eneida, 67-78.

Basagoiti, I. (coord.) (2014). *Alfabetización en salud: de la información a la acción*. Madrid: Itaca-TSB.

Basora, L. (2010). *Relación entre el contexto económico y la utilización de los servicios sanitarios: visión desde Atención Primaria*. Ponencia presentada en el VII Foro de debate Social. Fundación Pfizer. Madrid, 11 de noviembre de 2010.

Beauchamp, G.K.; Menella, J.A. (2009). Early flavor learning and its impact on later feeding behavior, *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*; 48: 525-30.

Becker, M. H. & Malman, L. A. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care regimens. *Medical Care*, 13, 10-24.

Bell, D.R.; Corsten, D. & Knox, G. (2009), *Unplanned category purchase incidence: Who does it, how often, and why*. Working paper Wharton School, University of Pennsylvania.

Bellisle, F. (2005). The determinants of food choice. *EUFIC REVIEW* 04. Recuperado el 21 de marzo de 2015 de [<http://www.eufic.org/article/en/expid/review-food-choice>].

Benítez, R.; Fernández-Capetillo, O.; Lázaro, E.; Mateos, J.M.; Osorio, A.; Elezgarai, I.; Bilbao, A.; Lingenhoehl, K.; Van Der Putten, H.; Hampson, D.R.; Kuhn, R.; Knöpfel, T. & Grandes, P (2000). Immunocytochemical localization of the metabotropic glutamate receptor mGluR4a in the piriform cortex of the rat. *The Journal of Comparative Neurology*, 417(3), 263-74.

Benton, D. (2004). Role of parents in the determination of the food preferences of children and the development of obesity. *International Journal of Obesity* 28, 858–869. doi:10.1038/sj.ijo.0802532.

Berelson, B. (1952). *Content Analysis in Communication Research*, Free Press, Glencoe.

Bericat Alastuey, E. (1998). *La integración de los métodos cuantitativo y cualitativo en la investigación social*. Ariel

Berné Manero, C., & Martínez Caraballo, N. (2007). Determinantes del comportamiento variado del escenario de compra del consumidor. *Europea de Dirección y Economía de la Empresa*, 18(3), 99-114. Recuperado el 20 de mayo de 2015, de <http://www.aedem-virtual.com/articulos/126565986700.pdf>

Blanco Castilla, E. y Paniagua, f. (2007). *Periodismo, salud y calidad de vida. Contenidos y fuentes*. FISEC-Estrategias. Facultad de CC. Sociales de la Universidad Nacional de Lomas de Zamora, 8 (2), 3-24.

Blog H.C.R. *Religiones africanas*. Recuperado el 18 de septiembre de 2015 de [<https://matutehcr.wordpress.com/category/religiones-africanas/>].

Bordenave, J. D. (2007). Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. *Guía de planificación participativa de estrategias de comunicación en salud*. OMS-UNICEF, 42. Recuperado el 23 de junio de 2015, de http://www.unicef.org/paraguay/spanish/py_guia_comunicacion_salud_vcorta.pdf.

Borrell, C. & Malmusi, D. (2010), La investigación sobre los determinantes sociales y las desigualdades en salud: evidencias para la salud en todas las políticas. Informe SESPAS 2010. *Gaceta Sanitaria* 24; extra 1, 101-108.

- Bozal Caro, C. I. (2014). *Periodismo y salud: Análisis del tratamiento periodístico del síndrome de Down en ABC y La Vanguardia (1970-2014)*. (Grado en Periodismo). Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Valladolid.
- Brannon, L. & Feist, J. (2001). *Psicología de la salud*. Madrid, España: Paraninfo.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona, España: Paidós
- Bruyère, O., Rizzoli, R., Coxam, V., Avouac, B., Chevalier T., Fabien-Soulé V., Kanis, J.A., Kaufman, J.M., Tsouderos, Y. & Reginster, J.Y. (2011). Assessment of health claims in the field of bone: a view of the Group for the Respect of Ethics and Excellence in Science (GREES). *Osteoporosis International*, 23,193–199 DOI 10.1007/s00198-011-1561-x.
- Calaña Gonzáles, C. E., (2013). *Cambios y crecimiento en los hábitos alimentarios. Impacto en la industria de la restauración*. GestionRestaurantes.com. Recuperado el 3 de abril de 2015, de [<http://www.gestionrestaurantes.com/cambios-y-crecimiento-en-los-habitos-alimentarios-impacto-en-la-industria-de-la-restauracion/>].
- Calvo Hernando, M. (1997). *Manual de periodismo científico*. Barcelona, Bosch.
- Camacho Marquina, I. (2009). La gripe A en la prensa española. *Latina de Comunicación Social*, 64, 827-843. doi:10.4185/RLCS.
- Camacho Marquina, I. (coord.) (2010). *La especialización en periodismo*. Sevilla, Comunicación social Ed.
- Camacho, O. (2011). *El consumidor en 2020*. Deloitte, Mexico.
- Campello González, A. (2014). *Relación entre el discurso sanitario y el estético en la publicidad alimentaria*. (Grado en Nutrición Humana y Dietética). Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Alicante.
- Canga Larequi, J. (2001). Periodismo e Internet: nuevo medio, vieja profesión. *Estudios sobre el mensaje periodístico*, nº 7. Madrid, Servicio de Publicaciones de la Universidad Complutense.
- Carrasco, G. (9 de Junio de 2012). *Manual de buenas prácticas en periodismo sanitario*. Recuperado el 2 de septiembre de 2015 de: [<http://elpacienteinteligente.blogspot.com.es/2012/06/pros-y-contras-de-las-noticias.html>].
- Carter, S.M., Rychetnik, L., Lloyd, B., Kerridge, .IH., Baur, L., Bauman, A., Hooker, C. & Zask, A. (2011). Evidence, Ethics, and Values: A Framework for Health Promotion. *American Journal of Public Health*, 101, 465–472. doi:10.2105/AJPH.2010.195545.
- Casals Carro, M.J. (2006). La enseñanza del periodismo y las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación. *Estudios sobre el Mensaje Periodístico*, 12, 59-70.
- Casino, G. (2003). *La información de salud en los diarios de información general*. En Catalán, J.M.; López Iglesias, J. (Eds.). *¡Infórmate en Salud! Los medios de comunicación y la información sanitaria*. Madrid: Ediciones Eneida, 19-36

Castiel, L. D., & Álvarez-Dardet, C. (2005). Las Tecnologías de la Información y la Comunicación en Salud Pública: Las Precariedades del exceso. *Revista Española Salud Pública*, 79(3), 331-337.

Castro, A.; Coe, G. y Waisbord, S. (2002). *Comunicación en Salud: Lecciones Aprendidas y Desafíos en el Desarrollo Curricular*. Washington: OPS-USAID. Recuperado el 21 de mayo de 2015 de: [http://www.comminit.com/en/node/149697/sdc]

Catalán-Matamoros, D. J. (2013). *Los formatos ubicuos en periodismo sanitario: retos y oportunidades en la comunicación con los usuarios*. En Actas del V Congreso Internacional Latina de Comunicación Social. Santa Cruz de Tenerife: Universidad de La Laguna.

Catalán Sesma, J.M. (1998). La Asociación Nacional de Informadores de la Salud: el periodismo sanitario. *Revista de Administración Sanitaria*, 11 (7), 3

Centro de Referencia CDO/GDA. (2010). Dime cómo lees y te diré cómo te alimentas. Estudio sobre el Sistema de Etiquetado Nutricional. Recuperado el 13 de mayo de 2015, de http://www.fundacionalimentum.org/media/File/dossier_alimentum_2_estudio.pdf

Cid, P.; Merino, J.M. y Stieповich, J. (2006). Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud. *Revista Médica de Chile*; 134, 1491-1499, doi: 10.4067/S0034-98872006001200001

Chimeno, S. (2004). Información sobre salud, sanidad y medicina. En: Fernández del Moral, J (coord) *Periodismo especializado*. Barcelona: Ariel Comunicación, 433-451

Colet Ruz, J. (2011). La concepción de la identidad visual de los envases. Una aproximación a la función publicitaria del packaging. (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Barcelona.

Comisión Nacional para la Protección de los Seres Humanos en Estudios Biomédicos y del Comportamiento de los EE.UU. INFORME BELMONT: Principios éticos y normas para el desarrollo de las investigaciones que involucran a seres humanos. Publicado el 18 de abril de 1979 en el PDR reports. Recuperado el 21 de marzo de 2015 de [http://comitedebioetica.cat/wp-content/uploads/2012/09/informe_belmont_1978.pdf]

Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES) (2008). *Salud mental y medios de comunicación: Guía de estilo*. Recuperado el 2 de marzo de 2015 de: [https://consaludmental.org/general/salud-mental-y-medios-de-comunicacion-guia-de-estilo-2-714/]

Consulta Mixta de Expertos OMS/FAO, "Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas", OMS, Serie de Informes Técnicos 916, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003

Contreras, J. (2005). *Alimentación y cultura perspectivas antropológicas*. Barcelona: Ariel cop

- Contreras, J. (2007). Alimentación y religión. HUMANITAS Humanidades Médicas, Tema del mes online, nº 16. Recuperado el 10 de septiembre de 2015 de [<http://www.fundacionmhm.org/tema0716/articulo.pdf>]
- Corbett, JB, Durfee, JL (2004). Testing public (un)certainty of science media representations of global warming. *Science Communication*, Vol. 26 No. 2, December 2004 129-151
- Costa Sánchez, C. (2008). "Medicina y salud en la prensa. Las noticias de salud en los principales diarios de Galicia". *Latina de Comunicación Social*, 63,15-21.
- Costa, M. & López, E. (1996). Educación para la Salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida. Madrid, España: Pirámide.
- Coterón, J. (14-15 de septiembre de 2015). Encuentro comunicación, alimentación y salud. Getxo.
- Cruz Cruz, J. (1991). Alimentación y cultura. Antropología de la conducta alimentaria. Pamplona: EUNSA
- Cuadras, CM. (2014). Nuevos métodos de análisis multivariante. Barcelona, CMCeditions
- Cuenca Fontbona, J. (2010). El análisis de la calidad de las relaciones en el ámbito de las Relaciones Públicas Aplicación de un modelo global de auditoría de Relaciones Públicas a la sociedad municipal 22@ del Ayuntamiento de Barcelona. (Tesis doctoral). Universidad Ramon Llull, Barcelona.
- Cuesta Cambra, U. & Gaspar Herrero, S. (2014). Publicidad y Salud: un Manual Práctico para conocer los cambios. *Comunicación y Salud*, 4, 109-114.
- Cuesta Cambra, U., Ugarte Iturrizaga, A., & Menéndez Hevia, T. (2008). Comunicación y salud: avances en modelos y estrategias de intervención. Madrid: Complutense.
- Dallanhol, H. (1999): Los diez mandamientos del divulgador de la ciencia. *Revista Latina de Comunicación Social*, 21.
- Dávila Quintana, C. D., & González López Valcárcel, B. (2009). Crisis económica y salud. *Gaceta Sanitaria*, 23(4), 261-265. Recuperado el 14 de junio de 2015, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112009000400001&script=sci_arttext
- De la Serna, J.L. (1999). Periodismo de salud en España. Cuenta y razón, 113,89- 92. Recuperado el 12 de abril de 2015 de [http://www.cuentayrazon.org/revista/pdf/113/Num113_014.pdf].
- De Lorenzo, D. (2012). Perspectivas presentes y futuras de la Nutrigenómica y la Nutrigenética en la medicina preventiva. *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*. 32(2), 92-105.
- Decálogo de Consenso sobre la Alimentación Española en tiempos de crisis. Declaración de Cádiz. (2012). Sociedad Española de Nutrición Comunitaria.
- del Pozo de la Calle, S., García Iglesias, V., Cuadrado Vives, C., Ruiz Moreno, E., Valero Gaspar, T., Ávila Torres, J.M. y Varela Moreiras, G. (2012). Valoración Nutricional de la Dieta Española de acuerdo al Panel de Consumo Alimentario., Madrid, Fundación Española de Nutrición.

Del Puerto Varela, C. (1999). Periodismo científico: la astronomía en titulares de prensa. (Tesis doctoral). Departamento de Ciencias de la Información. Universidad de La Laguna. Instituto de Astrofísica de Canarias.

Del Río, P. (2000). No me chilles que no te veo. Atención y fragmentación audiovisual. *Cultura y Educación*, 20, 51-80.

Del Río, P., Álvarez, A., & Del Río, M. (2003). El efecto Pigmalión en televisión. Orientaciones y propuestas sobre la influencia de la televisión en la infancia. *Tecnologías de la Información y Comunicación Educativas*, 4. Recuperado el 15 de abril de 2015, de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=893319>

Del Río, P. & del Río, M. (2008). La construcción de la realidad por la infancia a través de su dieta televisiva. *Comunicar*, 31(XVI), 99-108.

Demattè, M.L.; Endrizzi, I. & Gasperi, F. (2014). Food neophobia and its relation with olfaction. *Frontiers in Psychology*; 5, 127. Published online 2014 Feb 17. doi: 10.3389/fpsyg.2014.00127

Di Luca, M., Calderón, D., Adames, A., Alayón, M. M., Pirela, A., & Mendoza, C. A. (2011). Publicidad y Alimentación. Nutriendo conciencias en las escuelas para el buen vivir. (1ª ed.) Caracas: Inversiones Innova Pro 811, C.A.

Díaz, J. (2011). Retórica periodística y controversias biopolíticas: El caso de las noticias sobre la polémica de las 'hamburguesas gigantes' (España, 2006). *Signos*, 44(75), 4-17.

Díaz Méndez, C. y Gómez Benito, C. (2005). Sociología y alimentación. *Revista Internacional de Sociología (RIS)*, Tercera Época, N°40, Enero-Abril, 21-46

Díaz Méndez, C. y González Álvarez, M (2008). IV. Industria y alimentación: de la publicidad referencial a los alimentos funcionales. . En: Díaz Méndez, C.y Gómez Benito, C. (coord.). Alimentación, consumo y salud, 1,105- 129, Madrid: Fundación La Caixa.

Díaz Rojo, J. A., Morant Marco, R., Westall Pixton, D., & Molina Martí, X. (2010). Valores noticiosos y discurso sobre la salud en tres diarios nacionales españoles. *Lingüística en la red*, 7

Díez de Velasco, F. (2005). La Historia de las Religiones: Métodos y perspectivas, Madrid: Akal.

Diezhandino Nieto, M. P. (1993). El «Periodismo de Servicio», la utilidad en el discurso periodístico. Dossier. *Análisis* 15, 117-125.

Dirección de Promoción de la Salud y Control de ENT Subsecretaria de Prevención y Control de Riesgos. Ministerio de la Salud Argentina. Recuperado el 19 de enero de 2015, de <http://www.msal.gov.ar/argentina-saludable/pdf/doc/estrategias-comunicacion-promocion-salud.pdf>

Directo al paladar. Alimentos prohibidos en cada religión: el cristianismo. Recuperado el 10 de septiembre de 2015 de [<http://www.directoalpaladar.com/cultura-gastronomica/alimentos-prohibidos-en-cada-religion-el-cristianismo>

Directo al paladar. Alimentos prohibidos en cada religión: el judaísmo. Recuperado el 10 de septiembre de 2015 de

[<http://www.directoalpaladar.com/cultura-gastronomica/alimentos-prohibidos-en-cada-religion-el-judaismo>].

Directo al paladar. Alimentos prohibidos en cada religión: el islamismo. Recuperado el 10 de septiembre de 2015 de [<http://www.directoalpaladar.com/cultura-gastronomica/alimentos-prohibidos-en-cada-religion-el-islamismo>]

Doreste Alonso, J.L. y Serra Majem, LI (2005). NUTRICIÓN BASADA EN LA EVIDENCIA. Revista de la Facultad de Salud Pública y Nutrición 6(2), Abril – Junio

Drutman, J. y Chort, S. (cords.). EPS-Salud. Educación para la Salud. Calidad con Calidez en Información. Recuperado el 2 de marzo de 2015 de : [<http://www.eps-salud.com.ar>]. En la página electrónica de EPS-Salud podemos encontrar diversas guías y recursos para periodistas e informadores de salud.

Dufour, D.; Goodman, A. & Pelto, G.H. (2012) Nutritional Anthropology: Biocultural Perspectives on Food and Nutrition, Second edition. New York: Oxford University Press.

Duhl, L. (1990). The Social Entrepreneurship of Change. New York, Pace University Press.

Eagleman, D.M. (2013). Why Public Dissemination of Science Matters: A Manifesto. The Journal of Neuroscience, 33(30), 12147–12149

Eaves Fernández, M. (7 de marzo de 2012), La influencia del líder en la gestión de equipos. Recuperado el 21 de enero de 2015 de: [<http://blog.bbvaconsultoria.com/2012/03/la-influencia-del-lider-en-la-gestion-de-equipos/>]

Echegaray Eizaguirre, L., Peñafiel Saiz, C., & Aiestaran Yarza, a. (2013). Análisis de la percepción de los profesionales de la medicina sobre la información en salud en la prensa vasca y navarra. *Estudios sobre el Mensaje Periodístico*, 20(1), 341-356.

Echeverría, J. (2008). Apropiación Social en las tecnologías de la información y de la comunicación. *Iberoamericana de Ciencia, Tecnología y Sociedad*, 10(4), 171-182.

EFSA. Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria. Recuperado el 9 de septiembre de 2015 de: [www.efsa.europa.eu].

EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition, and Allergies (NDA) (2010). Scientific Opinion on principles for deriving and applying Dietary Reference Values. *EFSA Journal*; 8(3):1458. oi:10.2903/j.efsa.2010.1458.

Elias, C. Periodistas especializados en ciencia: formación, reconocimiento e influencia. En: En: Salaverría, R. (coord.). *Mediatika*. Cuadernos de Medios de Comunicación, 8, 389-403

Eroski Consumer, (2014). Hogares en Crisis: cambios en la compra y en la dieta. *Eroski- Consumer*, 190, pp 22-27.

Escobar Ubreva, Á.; León Vergara, M.R.; Fernández Bermejo, M.C. y Buiza Camacho, B. (2010). Manual de acreditación de páginas web sanitarias, una

apuesta por la calidad y la accesibilidad. En: No Solo Usabilidad, nº 9. Recuperado el 10 de junio de 2015 de.[www.nosolousabilidad.com].

Espinosa Manfugás, J. (2007). Evaluación sensorial de los alimentos. Ciudad de La Habana: Editorial Universitaria.

EUFIC. Comportamiento del consumidor ante la alimentación, la nutrición y la salud. (1998). Alimentación hoy en día. Food Today EUFIC, Recuperado el 11 de julio de 2011, de [<http://www.eufic.org/article/es/artid/comportamiento-consumidor-alimentacion-nutricion-salud>].

EuropaPress. Más de 12,8 millones de españoles están en riesgo de pobreza o exclusión. El Correo 10 de febrero de 2015. Recuperado el 14 de abril de 2015 de [<http://www.elcorreo.com/bizkaia/sociedad/201502/10/millones-espanoles-estan-riesgo-20150210122317-rc.html>].

European University Institute (2015). EU Statistics on Income and Living Conditions. SILC-Eurostat 2013. Recuperado 20 de julio de 2015 de [<http://www.eui.eu/Research/Library/ResearchGuides/Economics/Statistics/DataPortal/EU-SILC.aspx>].

Falciglia, G.A. & Norton, P.A. (1994). Evidence for a genetic influence on preference for some foods. *Journal of the American Dietetic Association*, 94,154-158.

Falcón, M. y Luna, A. (2012). Alfabetización en salud: concepto y dimensiones. Proyecto europeo de alfabetización en salud. *Revista Comunicación y Salud*, 2 (2), 91-98.

FAO. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. (1996). Guía Metodológica de Comunicación Social en Nutrición, capítulo 8: Elección de medios y combinación de multimedios. Recuperado el 15 de abril de 2015, de <http://www.fao.org/docrep/003/x6957s/X6957S08.htm#ch8>

Fardet, A. & Boirie, Y. (2014). Associations between food and beverage groups and major diet-related chronic diseases: an exhaustive review of pooled/ meta-analyses and systematic reviews, *Nutrition Reviews*, 72(12),741–762

Farrow, C.V.; Haycraft, E.; Blissett, J.M. (2015). Teaching our children when to eat: how parental feeding practices inform the development of emotional eating-a longitudinal experimental design. *American Journal of Clinical Nutrition*. May; 101 (5),908-13. doi: 10.3945/ajcn.114.103713. Epub 2015 Mar 18.

Federación de Euskadi de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (2012). Guía de estilo. Cómo abordar la salud mental en los medios de comunicación. Recuperado el 2 de marzo de 2015 de: [http://www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_3189_3.pdf].

Feedback. (2009). Informe de investigación cualitativo: “Evaluación de etiquetados nutricionales”. Preparado para MINSAL-SERNAC.

Feo Acevedo, C., & Feo Istúriz, O. (2013). Impacto de los medios de comunicación en la salud pública. *Saúde em Debate. Rio de Janeiro*, 37(96), 84-95.

Ferguson, T.; Rowlands, A.V., Olds, T. & Maher, C. (2015). The validity of consumer-level, activity monitors in healthy adults worn in free-living conditions:

a cross-sectional study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 12, 42, DOI 10.1186/s12966-015-0201-9.

Feria Moreno, A. (2002). Salud y medios de comunicación. *La educación para la salud en el ámbito comunitario*. Recuperado el 15 de febrero de 2015, de <http://tecnologiaedu.us.es/revistaslibros/feria5.html>

Fernández-Celemín, L., & Jung, A. (2006). What should be the role of the media in nutrition communication?. *British Journal of Nutrition*, 96(1), 86-88

Fernández del Moral, J. (2004). *Periodismo Especializado*. Barcelona, Editorial Ariel.

Fernández-Gómez, E. & Díaz-Campo, J. (marzo-mayo, 2015). Publicidad infantil de alimentos y estrategias cross-media en España. El caso de Boing. *Razón y Palabra*, Ecología de los Medios, 89

Fernández Muerza, A. (2004). Estudio del periodismo de información científica en la prensa de referencia: el caso español a partir de un análisis comparativo. (Tesis doctoral). Departamento de Periodismo II. Universidad del País Vasco. Facultad de CC de la Comunicación.

Fernández Muerza, Alex (2005): La información científica en la prensa de referencia: el caso español a partir de un análisis comparativo, *ZER Revista de Estudios de Comunicación*, nº19. Bilbao: UPV/EHU, pp. 205-232. Consultado el 26 de agosto de 2015 de [<http://www.ehu.es/zer/es/hemeroteca/articulo/La-informacin-cientfica-en-la-prensa-de-referencia-el-caso-espanol-a-partir-de-un-analisis-comparativo/264>].

Fieldhouse, P. (1995). *Food and Nutrition: Customs and culture*, 2nd. Edition. London: Chapman & Hall. Reprint Springer, 2013.

Flandrin, J.L. & Montanari, M. (eds.) (1996), *Histoire de l'alimentation*, París: Fayard, pp. 13-14. Traducción española: *Historia de la alimentación*, Ediciones, Trea, 2004.

Flay BR, DiTecco D, Schlegel RP (1980) Mass media in health promotion: an analysis using an extended information-processing model. *Health Educ Q* 7: 127-47

Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO), Food Balance Sheets, FAOSTAT. Recuperado el 29 de marzo de 2015 de: [<http://faostat3.fao.org/faostat-gateway/go/to/browse/FB/FB/E>]

Forcade, V. Arabia: cultura y gastronomía. Capítulo 8: La alimentación. Recuperado el 14 de abril de 2015 de [<http://www.mailxmail.com/curso-arabia-cultura-gastronomia/alimentacion-1>].

Forrestell, C. A., & Mennella, J. A. (2007). Early Determinants of Fruit and Vegetable Acceptance. *Pediatrics*, 120(6), 1247-1254. doi: 10.1542/peds.2007-0858 PMID: PMC2268898

Formiguera, X., De Leiva, A., Gomis, R., & Vilardell, M. (2005). *Obesidad*. Cuadernos Quiral, año 8, nº 19. Barcelona: Fundación Vila Casas

Foz, M. *Historia de la Obesidad*. Recuperado el 25 de enero de 2015, de <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono6/Articulos/articulo1.pdf>

Francescutti, L. P. (2010). La información científica en los telediarios españoles. *Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve*, 21.

Frasquet Deltoro, M. Tema 7. El comportamiento del consumidor y de las organizaciones. Recuperado el 15 de junio de 2015, de <http://www.uv.es/~frasquem/dci/Tema7.pdf>

Fuentes Bol, M. C. (2006). Canales alternativos en la compra de la alimentación española. Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino. Gobierno de España.

Fundación Alimentum. Informe sobre la evolución de los contenidos mediáticos de Nutrición, Actividad Física y Obesidad. NAOS BASIC 2005-2010. Recuperado 22 de mayo de 2015, de http://www.fundacionalimentum.org/media/File/Informe_Evolucion_Contenidos_Mediaticos_NAOS.pdf

Fundación 1º de mayo (2014), Informe 106-2014. Pobreza y trabajadores pobres en España. Recuperado el 2 de septiembre de 2015 de [<http://www.1mayo.ccoo.es/nova/files/1018/Informe106.pdf>].

Fundación Pfizer (2010). Estudio sobre el impacto de la crisis económica en los sistemas de protección social y en la salud y calidad de vida de los españoles. VI Foro de Debate Social VII Foro de Debate Social Influencia del contexto económico. en los sistemas de protección social y en la salud. Recuperado el 10 de julio de 2013 de [https://www.fundacionpfizer.org/sites/default/files/pdf/Estudio_completo_El_impacto_del_contexto_economico_en_los_sistemas_de_proteccion_social_y_la_salud.pdf].

Fundación Privada Vila Casas. (2006), Informe Quiral 2005. Medicina, comunicación y sociedad. Barcelona: Observatorio de la Comunicación Científica, UPF, 2006

Gaitán, J. A. y Piñuel, J.L. (1998). Técnicas de investigación en comunicación social. Madrid. Síntesis.

Gaitán; Moya, J. A. y Piñuel, J. L. (1998). Técnicas de investigación en comunicación social, Síntesis, Madrid.

García, A., Peris, M., De Semir, V., Borràs, J. M., Revuelta, G., Méndez, E., & Ribas, C. (2000). Las noticias sobre el cáncer en los medios de comunicación escrita. *Gaceta Sanitaria*, 14(2), 139-145.

García-Latorre, F.J.; Gobantes-Bilbao, M. (2014). La información sanitaria autonómica en la prensa diaria: el caso de Aragón. *Revista Española de Comunicación y Salud*; 5(2), 149-167.

García-Mayor, R.V., Larrañaga Vidal, A., Docet Caamaño M.F y Lafuente Giménez, A. (2012), Disruptores endocrinos y obesidad, obesógenos, *Revista de Endocrinología y Nutrición*; 59 (04), Abril, 261-267

Gibney, M.J. (2004). European consumers' attitudes and beliefs about safe and nutritious foods: concepts, barriers and benefits. In *Proceedings of the International Food Conference: 'Thinking beyond tomorrow' held in Dublin June '04*. Citado por Bellisle, F (2005). INFORMES EUFIC 04/2005. Los factores

determinantes de la elección de alimentos. Recuperado el 20 de marzo de 2015 de [<http://www.eufic.org/article/es/expid/review-food-choice/>].

Glanz, K., Kristal, A.R.; Tilley, B.C. & Hirst, K. (1998). Psychosocial correlates of healthful diets among male auto workers. *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention* 7, 119-126.

Gobierno del Principado de Asturias (2011). Difusión y divulgación científica en Internet. Recurso en línea. Recuperado el 12 de abril de 2015 de: [<http://ria.asturias.es/RIA/bitstream/123456789/1661/1/Difusion-y-divulgacion-cientifica-en-Internet.pdf>]

Godnic, A. M. (2007). Estrategias de promoción de alimentos funcionales dirigidas a profesionales de la salud. (Tesis MBA). Universidad Torcuato di Tella, Buenos Aires, Argentina.

Gómez-Candela C, Martín Fuentes M, García Vázquez N, Crespo Yanguas M, Lisbona Catalán A, Campos Del Portillo R, Palma Milla S. (2014). Twenty-five years of home parenteral nutrition outsourcing: the experience at Hospital Universitario La Paz, Madrid. *Nutrición Hospitalaria*; 30(6):1295-302. doi: 10.3305/nh.2014.30.6.8181.

González, M., Penelo, E., Gutiérrez, T., Raich, RM., & Raich, R. M. (2011). Alimentación, modelo estético femenino y medios de comunicación entre los adolescentes. *European Eating Disorders Review*, 19, 349-356. Doi:10.1002/erv.1102.

González Borjas, A. (2004). Salud, información periodística especializada en alza. *Ambitos*, 11-12, 301-310.

González Días, C. (2008). La categoría de producto y el mensaje transmitido en la publicidad infantil de alimentos. *Latina de Comunicación Social*, 63, 480-491. DOI:10.4185/RLCS-63-2008-798-480-491

Goñi Murillo, C., Vilches, C., Ancizu Irure, E., Lorenzo Repáraz, V., Ancizu Iribarren, P., Áriz Vidondo, M., & Martínez Inda, M.J. (1999). Factores relacionados con los comportamientos alimentarios en una población juvenil urbana. *Atención Primaria*, 23(1), 32-7.

Grupo Append, Investigación de Mercados. (2005). El consumidor ante la distribución alimentaria 2005.

Guía de Estilo. Salud y medios de comunicación. VIH/SIDA. (2006). Recuperado el 27 de abril de 2015, de https://www.pfizer.es/docs/pdf/sala_prensa/guia-estilo-medios-comunicacion-sobre-sida.pdf

Guerra Salas, L. (2008). El léxico en los suplementos y secciones de salud de la Prensa española e hispanoamericana en Internet. *An Mal Electrónica*, 24, 47-63.

Haas JS. (2004). Changes in the use of postmenopausal hormone therapy after the publication of clinical trial results. *Ann intern Med*; 140: 184-8

Harris, M. (2005). Bueno para comer: enigmas de alimentación y cultura. Barcelona: Alianza

Haynes, R.B. (2006). Of studies, syntheses, synopses, summaries, and systems: the «5S» evolution of information services for evidence -based healthcare decisions. *Evidence Based Medicine* [Internet]. Dic 1;11(6),162-4. Recuperado el 3 de febrero de 2015 de: [http://ebm.bmj.com/content/11/6/162.2.short]

Heller, E. (2008). *Psicología del Color* (1ª. Ed.). Barcelona: Gustavo Gilli S. L.

Hernández, G, Efe. (12 de noviembre de 2014). ¿Influyen los medios de comunicación en el consumo de alimentos? Recuperado el 14 de marzo de 2015 de [http://www.efesalud.com/noticias/influyen-los-medios-de-comunicacion-en-el-consumo-de-alimentos/]

Herrero Aguado, C. (2008). Al horario infantil en televisión: de la falta de imaginación a la irresponsabilidad de los mensajes publicitarios. *Trastornos de la conducta alimentaria*, 7, 751-766.

Hill D, Chapman S, Donovan R (1998). The return of scare tactics. *Tobacco Control* 1998;7:5–8

Hipócrates de Cos (2000), *Tratados hipocráticos*, Obra completa, Madrid, Editorial Gredos, Biblioteca Clásica Gredos

Hollands, G.J.; Shemilt, I.; Marteau, T.M.; Jebb, S.A.; Kelly, M.P.; Nakamura, R.; Suhrcke, M. & Ogilvie, D. (2013), Altering micro-environments to change population health behaviour: towards an evidence base for choice architecture interventions. *BMC Public Health* 13, 1218. Recuperado el 8 de febrero de 2015 de [http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/1218]

Holsti, R. (1968). Content Analysis. En: *The Handbook of Social Psychology*, eds. Daniel T. Gilbert, Susan T. Fiske y Gardner Lindzey. Nueva Delhi: Amerind Publishing Co., 595-692.

Horwath, C.C. (1999). Applying the transtheoretical model to eating behaviour change: challenges and opportunities. *Nutrition Research Reviews*; 12, 281-317

Husain, I. (2015). Can healthy people benefit from health apps? *British Medical Journal*, 350, 1887

Iaboli L, Caselli L, Filice A, Russi G, Belletti E (2010). The Unbearable Lightness of Health Science Reporting: A Week Examining Italian Print Media. *PLoS ONE* 5(3): e9829. doi:10.1371/journal.pone.0009829

Ibargüen Onsurbe, J. y, Gómez de Arriba, A. (coords). (2014). *Seguridad alimentaria en el marco de una trayectoria social descendente. Un estudio sobre riesgo social y alimentación en la Comunidad de Madrid*. Madrid: Acción Contra el Hambre.

Informe FOESSA, 2014. Informe sobre exclusión y desarrollo social en España. Recuperado 20 de julio de 2015 de [http://www.foessa2014.es/informe/uploaded/descargas/VII_INFORME.pdf].

Institute for Health Metrics and Evaluation, 2012. DALYs en España. Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2010, GBD profile: Spain". Recuperado el 12 de julio de 2015 de [http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/country_profiles/GBD/ihme_gb_d_country_report_spain.pdf]

Instituto de Estudios Médicos Científicos. (2007). Estudio la salud en los medios de comunicación. Escritos de información general. Recuperado el 29 de abril de 2015, de <http://www.inesme.com/pdf/21noviembre07b.pdf>

Instituto Nacional de Estadística (INE), (2015). Encuesta de Población Activa - Trimestre 2/2015. Recuperado el 2 de septiembre de 2015 de [http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176918&menu=ultiDatos&idp=1254735976595].

Instituto Nacional de Estadística (INE), INEbase. 2014. Recuperado el 25 de abril de 2015 de:

[<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t25/p458&file=inebase>].

Ivette A, Macias M., Lucero Guadalupe Gordillo S., Esteban J., Camacho R (2012). Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. *Rev Chil Nutr* Vol. 39, N°3, Septiembre, págs.: 40-43

Jackson, P., Romo, M., Castillo, M., & Castillo-Durán, C. (2004). Las golosinas en la alimentación infantil. Análisis antropológico nutricional. *Médica de Chile*, 132, 1235-1242. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872004001000012>

Janis, I.L. & Mann, L. (1977). *Decision making: A psychological analysis of conflict, choice and commitment*. New Haven, CT, EE. UU.: Free Press

Jefes De Agencias Alimentarias Nacionales De La UE (Hoa) (2014). Compartiendo protocolos, experiencias y conocimientos sobre la gestión y comunicación de crisis alimentarias. Recuperado el 4 de marzo de 2015 de: [http://aesan.msssi.gob.es/AESAN/docs/docs/notas_prensa/Espanol_final_report.04.pdf]

Jennings B, Kahn J, Mastroianni A, Parker LS (2003). *Ethics and Public Health: Model Curriculum*

Jessor, R. & Jessor, S. L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development: a longitudinal study of youth*. Nueva York, NY, EE. UU.: Academic Press.

Jessor, R. (1992). Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. En: Rogers, D.E- & Ginzberg, E. (Eds.), *Adolescents at risk: Medical and social perspectives*. Boulder, CO, EE. UU.: Westview Press, pp. 19-34.

Jurado Salván, E. (2003). *Evolución de la información sanitaria en la prensa escrita durante la transición española*. (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Ciencias de la Información.

Kamphuis, C.B.; De Bekker-Grob, E.W. & Van Lenthe, F.J. (2015). Factors affecting food choices of older adults from high and low socioeconomic groups: a discrete choice experiment. *The American Journal of Clinical Nutrition*.101(4), 768-74

Kittel, R., Brauhardt, A. & Hilbert, A. (2015). Cognitive and emotional functioning in binge-eating disorder: A systematic review. *International Journal of Eating Disorders* May 26. doi: 10.1002/eat.22419.

Krippendorff, K. (1990). *Metodología del análisis de contenido. Teoría y práctica*, Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.

- Kurihara, K. & Kashiwayanag, M. (2000). Physiological Studies on Umami Taste, *Journal of Nutrition*, Vol.130 (4), 931-934
- Laborda Gil, X. (2012). Gloria y Poder. De Retórica: La comunicación persuasiva. (67-88). Barcelona: UOC
- Laín Entralgo, P. (1970). La medicina hipocrática, Madrid, Ed. Revista de Occidente.
- Laín Entralgo, P., (ed). (1976), Historia universal de la medicina, Volumen III, Barcelona, Salvat,
- Laatikainen T, Critchley J, Vartiainen E, Salomaa V, Ketonen M, Capewell S.(2005). Explaining the decline in coronary heart disease mortality in Finland between 1982 and 1997. *Am J Epidemiol.*;162:764-73
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Government of Canada. Ontario (Canada).
- Landa Ramírez, E.; Martínez Basurto, A.E. y Sánchez Sosa, JJ. (2013). Medicina basada en la evidencia y su importancia en la medicina conductual *Psicología y Salud*.0, Vol. 23, Núm. 2: 273-282
- Landaeta-Jiménez, M., Patiño, E., & Galicia, N. (2010). Campaña de educación nutricional contra la malnutrición por medios de comunicación masivos en Venezuela. *Anales Venezolanos de Nutrición*, 23(1), 26-33.
- Lattimore, P. & Caswell, N. (2004), Differential effects of active and passive stress on food intake in restrained and unrestrained eaters. *Appetite* 42, 167-173.
- León, J.L. & Medina, S. (2002). *Psicología social de la salud: fundamentos teóricos y metodológicos*. Sevilla, España: Comunicación Social, Ediciones y Publicaciones
- Lévi-Strauss, C. (2006). *Antropología estructural: Mito, sociedad, humanidades*. México: Ediciones Siglo XXI.
- Lipworth, W., Kerridge, I., Dulce, M., Jordens, C., Bonfiglioli, C., & Forsyth, R. (2012). Ampliar el debate sobre el conflicto de intereses: abordar las relaciones entre periodistas y la industria farmacéutica. *Med Ethics*, 38(8), 492.
- Lipworth, W., Kerridge, I., Morrell, B., Forsyth, R., Jordens, C. (2015). Views of health journalists, industry employees and news consumers about disclosure and regulation of industry-journalist relationships: an empirical ethical study. *Med Ethics*, 41, 252–257.
- Loopstra, R.; Reeves, A. & Stuckler, D. (2015). Rising food insecurity in Europe. *Lancet*. 385 (9982), p2041, 23 May
- Lorenzo Romero, C. (2006). El comportamiento del consumidor ante el diseño del punto de venta virtual: efectos e interacciones. (Tesis doctoral). Universidad de Castilla-La Mancha, Cuenca.
- Lucas, A.; García, C. y Ruiz, J.A. (1999). *Sociología de la comunicación*. Madrid, Trotta.
- Luengo, M., & González, A. (2008). I Encuesta Nacional de Periodismo Sanitario. Una aproximación al perfil y el entorno del informador de la salud en

España. Universidad Carlos III de Madrid. Asociación Nacional de Informadores de la Salud.

Macías, 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.

Márquez Hernández, V. (2010). Los contenidos sanitarios en la prensa nacional. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 1(2), 164-171. Recuperado el 20 de mayo de 2015, de <http://www.aecs.es>

Martín Llaguno, M., Fernández Poyatos, M. D. & Ortiz Moncada, R. (2011). Cinco años de Código PAOS en España: un análisis DAFO. *Comunicación y Salud*, 1(1), 31-41.

Martinez, S. & Kaufman, P.(2008). Twenty Years of Competition Reshape the U.S. Food Marketing System. *Amber Waves*, April 1. Recuperado el 7 de mayo de 2015 de [<http://www.ers.usda.gov/amber-waves/2008-april/>]

Martínez Gutiérrez, F. (2013). Los nuevos medios y el periodismo de medios sociales. Análisis y aplicación de las redes sociales en los medios digitales españoles. (Tesis doctoral). Departamento de Periodismo II. Universidad Complutense de Madrid.

Martínez Segura, P. (2002). Medios de comunicación y salud. Informe SESPAS 2002 Invertir para la salud. Prioridades en salud pública. Capítulo 28.

Martínez Segura, P. (2014), ANIS: Conciliación de intereses entre informadores y comunicadores de la salud. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 5(1), 24-27

Martínez Solana, Y. (2003). Propuesta de un modelo responsable de información sanitaria: estudio del caso de la encefalopatía espongiiforme bovina (EBB o mal de las vacas locas). (Tesis doctoral). Departamento de Periodismo I. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Ciencias de la Información.

Maslow, A. (1943). A Theory of Human Motivation. Trabajo publicado originalmente en *Psychological Review*, 1943; 50 (4): 370-396. Disponible en Zimmerman, M. (2002). Recuperado el 20 de agosto de 2015 de [<http://emotionalliteracyeducation.com/abraham-maslow-theory-human-motivation.shtml>]

Maté, M.C.; González, S.L., Trigueros, M.L. (2010, 24 de Noviembre). 14.4.1 El Modelo de Creencias en Salud (Becker 1974; Rosenstock 1974). Recuperado el 15 de junio de 2015 de: [<http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/materiales/bloque-tematico-iv/tema-14.-la-adherencia-al-tratamiento-1/14.4.1-el-modelo-de-creencias-en-salud-becker-1974.>]

Mateos, C. (9 de abril de 2014). El periodismo especializado en salud, más necesario que nunca. *Comunicación, en Salud*, blog de COM Salud. Recuperado el 5 de agosto de 2015 de: [<http://comsalud.es/web/blog/category/comunicacion-en-salud-2-0/>]

Mc Combs, M. (2006). *Estableciendo la agenda: el impacto de los medios en la opinión pública y en el conocimiento*. Barcelona: Paidós Iberica.

McKenna JW, Pechacek TF, Stroup DF (2003). Health communication ethics and CDC quality control guidelines for information. *Public Health Reports*. May-June 2003. Volume 118.

McNutt, K. (1990). Partnerships with the Media. How Journalists and Nutritionists Can Help Each Other. *Nutrition Today*, July/August 1990.

McQuail, D. y WINDAHL, S. (1997). Modelos para el estudio de la comunicación colectiva. Pamplona, Ed. Eunsa.

Mediavilla, M. (1999). Crónica: Seminario Salud y opinión pública, *Revista Quark*. Ciencia, Medicina, Comunicación y Cultura, 16, julio-septiembre.

Meneses Fernández, M.D. (2007) En torno al periodismo especializado. Consensos y disensos conceptuales. *Anàlisi* 35, 137-152

MERCASA (2015), Alimentación en España. Consumo Alimentario 2014. Recuperado el 14 de marzo de 2015 de: [http://www.mercasa-ediciones.es/alimentacion_2014/pdfs/pag_040-050_consumo_alimentario.pdf].

Meso Aierdi, K.; Díaz Noci, J. (2002). Periodismo científico en el ciberespacio: la información académica al encuentro de la tecnología digital. En: Salaverría, R. (coord.). *Mediatika*. Cuadernos de Medios de Comunicación, 8, 605-629.

Mikulak, A (2011). Mismatches between 'Scientific' and 'Non-Scientific' ways of knowing and their contributions to public understanding of science. *Integr Psych Behav* (2011) 45:201–215

Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente (MAGRAMA). Observatorio de consumo y distribución alimentaria 2013. Recuperado el 20 de junio de 2015 de [<http://www.magrama.gob.es/es/alimentacion/temas/consumo-y-comercializacion-y-distribucion-alimentaria/observatorio-de-consumo-y-la-distribucion-alimentaria/>].

Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente (MAGRAMA). Informe del Consumo Alimentario en España 2014 Recuperado el 20 de junio de 2015 de [<http://www.magrama.gob.es/es/alimentacion/temas/consumo-y-comercializacion-y-distribucion-alimentaria/panel-de-consumo-alimentario/ultimos-datos/>].

Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (2013). Datos y cifras Curso escolar 2013/2014. Recuperado el 20 de mayo de 2015 de [http://www.mecd.gob.es/dms/mecd/servicios-al-ciudadano-mecd/estadisticas/educacion/indicadores-publicaciones-sintesis/datos-cifras/Datos-y-Cifras-2013-2014-LR/Datos%20y%20Cifras%202013-2014_final.pdf]

Miranda, G. F., Vercellesi, L., & Bruno, F. (2004). Fuentes de información en ciencias biomédicas y periodismo médico: enfoques metodológicos y de evaluación. *Pharmacological Research*, 50(3), 267-272.

Molina Callado, A. (17-20 de noviembre de 2008). El consumidor y su comportamiento de compra, Universidad de Castilla-La Mancha. Curso de especialista en Derecho y Economía del Consumo. Pontificia Universidad Católica del Perú.

Monje Álvarez, C.A. (2011). Metodología de la investigación cualitativa y cuantitativa. Guía didáctica. Neiva, Colombia, Universidad Surcolombiana,

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas. Programa de Comunicación Social y Periodismo. Recuperado el 28 de noviembre de 2014 de: [https://carmonje.wikispaces.com/file/view/Monje+Carlos+Arturo++Gu%C3%ADa+did%C3%A1ctica+Metodolog%C3%ADa+de+la+investigaci%C3%B3n.pdf]

Montes de Oca, A. (2010). Los males crónicos del periodismo en salud en Venezuela: dos décadas, dos diarios. Anuario Electrónico de Estudios en Comunicación Social "Disertaciones" Recuperado el 21 de mayo de 2015 de: [http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/Disertaciones]

Mook, D.G. (1987). *Motivation: The Organization of Action*. London, W.W. Norton & Company Ltd.

Morales, M., & Vallejo, M. L. (2010). Estándares de calidad en la construcción de los relatos periodísticos sobre salud. *Signo y Pensamiento*, 29(56) 328-355.

Morales Vargas, G. (2011). *La investigación de mercados online y la Netnografía*. (Tesis Licenciatura). Universidad de Chile, Facultad de Economía y Negocios, Escuela de Economía y Administración. Santiago, Chile.

Morán, M. L. (1992). Algunas reflexiones en torno a la influencia de los medios de comunicación en la formación y características de la cultura política de los españoles. *Reis*, 57, 37-59.

Moreno MA, Witchill JM. (2014). Influence of social media on alcohol use in adolescents and young adults. *Alcohol Res*; 36(1): 91-100

Moreno Castro, C. (2008). Los usos sociales del periodismo científico y de la divulgación. El caso de la controversia sobre el riesgo o la inocuidad de las antenas de teléfono móvil. *Iberoamericana de Ciencia, Tecnología y Sociedad*, 10(4), 197-212.

Moreno Guerrero, J; Martínez de las Rivas, J; Romero Martín, M. y Domínguez Carmona, M. (1991). La información sanitaria en la prensa diaria. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 65, 445-450

Mosquera, M. (2003). *Comunicación en Salud: Conceptos, Teorías y Experiencias*. Recuperado el 21 de febrero de 2015, de http://www.portalcomunicacion.com/obregon/pdf/Mosquera_2003.pdf

Muñoz, E. (2002). Los medios de comunicación y los alimentos modificados genéticamente: conflicto entre conocimiento e información. Fundación Duques de Soria. Soria: CSIC

Muñoz-Cano, J. M. (2013). La industria de los alimentos y sus campañas de promoción de la salud. *Comunicación y salud*, 4(1), 3-6.

Murphy, E.M. (2005). La promoción de comportamientos saludables. Boletín de salud, 2. Washington, DC, Population Reference Bureau.

National Library of Medicine. Evaluating Internet Health Information Tutorial, MedlinePlus. Recuperado el 10 de septiembre de 2015 de: [http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/webeval/webeval_start.html]

Navarro Martínez, O. (4 de abril de 2014). Periodismo sanitario: ¿virus o agente de salud? Recuperado el 5 de agosto de 2015 de: [http://tekuidamos.com/]

Navas López, M. J. (2005). La Construcción social del experto alimentario: Una aproximación Antropológica al estudio de las crisis alimentarias. (Tesis doctoral). Departamento de Tecnología de la Alimentación y Nutrición. Universidad Católica San Antonio. Murcia.

Navas López, J. (2010). El experto alimentario y los medios de comunicación: las crisis alimentarias en España (EEB 2001) frente a la tranquilidad alimentaria (2007). *Athenea Digital*, 18, 49-64.

Nestle, M., Wing, R., Birch, L.; DiSogra, L.; Drewnowski, A.; Arbor, A.; Middleton, S.; Sigman-Grant, M.; Sobal, J.; Winston, M.; & Economos, C. (1998). Behavioural and social influences on food choice. *Nutrition Reviews* 56(5), S50-S64.

Noar, S., Benac, C. & Harris, M. (2007). Does tailoring matter? Metaanalytic review of tailored print health behavior change interventions. *Psychological Bulletin*, 133, 673-693.

Núcleo accumbens. Wikipedia. Recuperado el 20 de abril de 2015, de http://es.wikipedia.org/wiki/N%C3%BAcleo_accumbens

Olivares, S., Albala, C., García, F., & Jofré, I. (1999). Publicidad televisiva y preferencias alimentarias en escolares de la Región Metropolitana. *Médica Chile*, 127, 791-799.

Olivares, S., Yáñez, R. & Díaz, N. (2003). Publicidad de los alimentos y conductas de 5º a 8º básico. *Chilena de Nutrición*, 30(1), 46-42. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182003000100005>

Ordóñez, M. A., & Saiz, L. (2014). Medios de Comunicación y salud. Construir una democracia saludable. Recuperado el 27 de abril de 2015, de <http://www.vocesenelfenix.com/sites/default/files/pdf/15.pdf>

Ortega Anta, R.M.; López Sobaler, A.M. (2014) Primeras Jornadas UCM-ASEN Avances y controversias en nutrición y salud. *Nutrición Hospitalaria*;30 (Suppl 2):1-104. doi: 10.3305/nh.2014.30.sup2.8106.

Ortiz-Escobar, D. (2011). Entre el instinto y la razón: la evolución espontánea de las dietas. *Instituciones, Ideas y Mercados*, 54, 69-85.

Osuna Acedo, S. (2008). Publicidad y consumo en la adolescencia. La educación de la ciudadanía. Barcelona: Icaria.

Otero Toranzo, M. (2008). Creación y reinención de la imagen país: la experiencia pública. El Foro de Marcas Renombradas Españolas. Santiago de Chile.

Padial Espinosa, M. (2010). Obesidad, sedentarismo y ejercicio físico. Análisis del tratamiento informativo de la prensa local andaluza. (Máster en Actividad Física y Salud). Universidad Internacional de Andalucía.

Palmerín García, A. (2003). Manual práctico sobre el uso de la información en programas de prevención del abuso de alcohol en jóvenes. Madrid, Colegio Oficial de Psicólogos. Recuperado el 21 de enero de 2015de: [http://www.msssi.gob.es/alcoholJovenes/docs/Manualpractico_alcoholjovenes.pdf]

- Pastor, Y., Balaguer, I. & García Merita, M. L. (1999). Estilos de vida y salud. Valencia, España: Albatros.
- Pender, N. J. (1996). Health promotion in nursing practice. Stanford, CA, EE. UU.: Applenton & Lange.
- Peñafiel Saiz, C., Camacho Markina, I., Aiestaran Yarza, A., Ronco López, M., & Echeagaray Eizaguirre, M. (2014). La divulgación de la información de salud: un reto de confianza entre los diferentes sectores implicados. *Latina de Comunicación Social*, 69, 135-151.
- Pérez-Rodrigo, C., Aranceta-Bartrina, J., Gil, A., González-Gross, M., Ortega, R.M., Serra-Majem, L. & Varela-Moreiras, G. (2015) , Clustering of dietary patterns, life styles and overweight in Spanish children and adolescents of the ANIBES study, *Nutrients* (en proceso).
- Pollard, C.M. (2015). Who Uses the Internet as a Source of Nutrition and Dietary Information? An Australian Population Perspective. *Journal of Medical Internet Research*, 17(8),e209
- Prades, J, Farré, J. & Gonzalo, J. L. (2014). Journalists and bloggers. Professional identities and practices in food risk/benefits communication in Spain. *Communication & Society /Comunicación y Sociedad*, 27(1), 1-21
- Prochaska, J. & Diclemente, C. (1983). Stages and processes of change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of consulting and Clinical Psychology and Psychotherapy*, 51, 390-395.
- Psicología del color. Wikipedia. Recuperado el 20 de abril de 2015 de http://es.wikipedia.org/wiki/Psicolog%C3%ADa_del_color
- Publicidad. (2008). Wikipedia, La enciclopedia libre. Recuperado el 18 de junio de 2008, de <http://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Publicidad&oldid=18054268>
- Puente, N.; Hermida, D.; Azkue, J.J.; Bilbao, A.; Elezgarai, I.; Díez, J.; Kuhn, R.; Doñate-Oliver, F. & Grandes P (2005). Immunoreactivity for the group III receptor subtype mGluR4a in the visual layers of the rat superior colliculus. *Neuroscience*; 131 (3), 627-33.
- Puska P, Vartiainen E, Laatikainen T, Jousilahti P, Paavola M, editors (2009). The North Karelia Project: From North Karelia to National Action. Helsinki: The National Institute for Health and Welfare (THL).
- Puska P, Wiio J, McAlister A, Koskela K, Smolander A, Pekkola J, Maccoby N (1985) Planned use of mass media in national health promotion: the "Keys to Health" TV program in 1982 in Finland. *Can J Public Health* **76**: 336-42
- Quesada Pérez, M. (1998). Periodismo Especializado EIUNSA. Ediciones Internacionales Universitarias.
- Quesada Pérez, M. (2009). Fuentes digitales especializadas en contenidos de calidad. En Internet como fuente generadora de contenidos especializados. Barcelona pp. 144- 162
- Quesada Pérez, M. (ed.) (2010). Internet como fuente generadora de contenidos. IX Encuentro de Profesores de Periodismo Especializado. Barcelona, 29-30 de junio de 2009. Barcelona, Universidad Pompeu-Fabra-

Instituto de Estudios de Comunicación Especializada. Recuperado el 10 de octubre de 2015 de: [http://repositori.upf.edu/bitstream/handle/10230/11306/periodismo_especializado.pdf]

Raich, R. M., Sánchez D., & López-Guimerà, G. (2008). Alimentación, modelo estético femenino y medios de comunicación. Cómo formar alumnos críticos en educación secundaria (1ª. ed.). Barcelona: Graó

Rajmil, L., Artazcoz, L, García-Gómez, P., Flores, F., & Hernández-Aguado, I. (2015). Spanish children are most affected by the economic crisis, says the Spanish Society of Public Health (SESPAS). *British Medical Journal*, 350, 1945.

Ramos-López, O., Ojeda-Granados, C., Román, S., & Panduro, A. (2013). Influencia genética en las preferencias alimentarias. *Endocrinología y Nutrición*, 21(2), 74-83.

Rausell Köster, C., González Días, C., & Ortiz Díaz-Guerra, M. J. (2008). Características de la figura humana en los spots de bebidas emitidos en España en 2006. *Latina de Comunicación Social*, 63, 220-237.

Recio-Rodríguez, J.I.; Martín-Cantera, C.; González-Viejo, N.; Gómez-Arranz, A.; Arietaleanizbeascoa, M.S.; Schmolling-Guinovart, Y. et al. on behalf the EVIDENT Group (2014). Effectiveness of a smartphone application for improving healthy lifestyles, a randomized clinical trial (EVIDENT II): study protocol. *BMC Public Health*, 14,254. Recuperado el 28 de junio de 2015 de [http://www.biomedcentral.com/1471-2458/14/254].

Redacción pr. (2011). La Salud 'sobrevive' en los suplementos de los diarios generalistas. Recuperado el 24 de abril de 2015, de <http://prnoticias.com/hemeroteca/20110328-un-repaso-a-los-suplementos-de-salud->

Regard M, T Landis T (1997) "Gourmand syndrome". Eating passion associated with right anterior lesions. *Neurology* 48: 1185-1190.

Reguero, L.; Puente, N.; Elezgarai, I.; Mendizabal-Zubiaga, J.; Canduela, M.J.; Buceta, I.; Ramos, A.; Suárez, J.; Rodríguez de Fonseca, F.; Marsicano, G. & Grandes, P (2011). GABAergic and cortical and subcortical glutamatergic axon terminals contain CB1 cannabinoid receptors in the ventromedial nucleus of the hypothalamus. *PLoS One*; 6(10), e26167. doi: 10.1371/journal.pone.0026167. Epub 2011 Oct 11.

Revuelta, G. (2006). Salud y medios de comunicación en España. Observatorio de la Comunicación Científica. Universidad Pompeu Fabra. *Gaceta Sanitaria*, 20 (1), 203-8.

Revuelta, G. (2012). Salud en España durante el periodo 2000-2009: aproximación a través del análisis de la prensa. *Medicina Clínica*, 138: 622-6.

Revuelta, G., & De Semir, V. (2008). Medicina y Salud en la prensa diaria. Informe Quiral 1997-2006. Barcelona, Noclay, S. L. L.

Revuelta, G., De Semir, V., Armengou, C., & Pérez, C. (2013). La comunicación pública de la medicina regenerativa. Informe Quiral. Medicina, comunicación y sociedad. Barcelona: Fundació Vila Casas.

- Riemsma, R.P., Pattenden, J., Bridle, C., Sowden, A.J., Mather, L., Watt, I.S., et al. (2002). A systematic review of the effectiveness of interventions based on a stages-of-change approach to promote individual behaviour change. *Health Technology Assessment*, 6. Recuperado el 3 de junio de 2015, de [<http://www.hta.ac.uk/pdfexecs/summ624.pdf>]
- Ritchie, C.I.A. (1996) *Comida y civilización* (4ª edición). Madrid: Alianza.
- Rivera, L. M., & Sánchez, M. (2002). Márketing de productos ecológicos. La agricultura mediterránea en el siglo XXI. *Mediterráneo Económico*, 2, 150-174.
- Roballo, L.; Valentini, G.; Rodríguez, A.; Camps, X.; Davyt, O., Bianco, E. (2011). Abordaje del tabaquismo por el cardiólogo: cómo realizar una intervención efectiva. *Rev Urug Cardio*; 26, 237-243
- Roda Fernández, R. (2002). *Medios de Comunicación de masas su influencia en la sociedad y en la cultura contemporánea*. Madrid: Siglo XXI de España
- Rodrigo Alsina, M. (1995) *Los modelos de la comunicación*. Madrid, Ed. Tecnos
- Rodríguez, R.J. (2003). *Cómo Analizar Cuantitativamente Datos Cualitativos*. Recuperado el 13 de junio de 2015 de: [<http://www.rubenjoserodriguez.com.ar/index.php/2011/07/02/como-analizar-cuantitativamente-datos-cualitativos>].
- Rodríguez Campuzano, M.L.; Rentería Rodríguez, A.; García Rodríguez, J.C. (2013). Adherencia a la dieta en pacientes diabéticos: efectos de una intervención. *SUMMA Psicológica UST* 10 (1), 91-101
- Rogers, R. W. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. En J. T. Cacioppo & R. E. Petty, (Eds.), *Social Psychophysiology* (pp. 153-176). Nueva York, NY, EE. UU.: Guilford.
- Román, V., & Quintana, M. (2010). Nivel de influencia de los medios de comunicación sobre la alimentación saludable en adolescentes de colegios públicos de un distrito de Lima. *An Fac med*, 71(3), 185-189.
- Ronco López, M.; Peñafiel, C. y Echegaray, L. (2014). El periodismo de salud en España. La información de salud en la prensa española (2000-2010): aproximación a los estudios documentales existentes. *Documentación de las Ciencias de la Información*, 37, 267-304.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 1-28.
- Roy, J.R. *Marketing metrics made simple*. Recuperado el 20 de marzo de 2015 de: [<http://www.marketing-metrics-made-simple.com/pr-metrics.html>]
- Rubio Campaña, A., & De La Quintana García, A. (2010). Estudio de los hábitos alimentarios en la profesión periodística: 2010. II Congreso Internacional Latina de Comunicación Social. Universidad La Laguna.
- Rubio González, E. (2009). *El impacto de la publicidad subliminal en la elección de un producto: en Morelia, Mich. (Tesis doctoral)*. Michoacana, San Nicholas Hidalgo, México.
- Ruiz, E., Ávila J.M., Castillo, A., Valero, T., del Pozo, S., Rodríguez, P., Aranceta Bartrina, J., Gil, A., González Gross, M., Ortega, R.M., Serra Majem,

L. & Varela-Moreiras, G.(2015), The ANIBES Study on Energy Balance in Spain: Design, Protocol and Methodology, *Nutrients*, 7(2), 970-998; doi:10.3390/nu7020970

Sánchez Marcos, J. (2010). La información sobre la salud en los medios de comunicación. *Española de Comunicación en Salud*, 1(2), 68-76.

Sánchez, M., Gil, M. J., & Gracia, A. (2000). Segmentación del consumidor respecto al alimento ecológico: diferencias interregionales. *Estudios regionales*, 6, 171-188.

Sandri, P. M. (13 de enero de 2012.) Los colores nos condicionan al comprar. Recuperado el 22 de junio de 2015, de [<http://www.lavanguardia.com/estilos-de-vida/20120113/54244233858/los-colores-nos-condicionan-al-comprar.html>]

Santos Diez, T. (2009). La salud en la prensa gratuita especializada. Un fenómeno emergente. *Estudios sobre el Mensaje Periodístico* 15: 477-490

Sarabia Cobo, C.M.; Ortego Maté, M.C. y Torres Manrique, B. (2013). Desarrollo de habilidades y competencias a través del coaching y la inteligencia emocional. Tema 5. Comunicación y diálogo. Universidad de Cantabria. Recuperado el 6 de junio de 2015 de: [<http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/desarrollo-de-habilidades-y-competencias-a-traves/materiales/temas-pdf/Tema%205comunicacion-dialogo.pdf>].

Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model. En: Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 217–242). Washington, DC, EE. UU.: Hemisphere

Scully, M., Wakefield, M., Niven, P., Chapman, K., Crawford, D., Pratt, I. S., Baur, L. A., Flood, V. & Morley, B. (2012), Association between food marketing exposure and adolescents' food choices and eating behaviors, *Appetite*, 58 (1), 1-5.

Serrano González, M. I. ((1998). Educación para la salud del siglo XXI. Comunicación y salud. *Española Salud Pública*, 72, 151-153. Recueprado el 24 de junio de 2015, de http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revist_a_cdrom/VOL72/72_2_151.pdf

Sierra, R. (1998), *Técnicas de investigación social. Teoría y ejercicios*. Madrid: Editorial Paraninfo.

Sindall C (2002). Does health promotion need a code of ethics? *Health Promotion International*. Vol 17, No. 3

Singh, M. (2014). . Mood, food, and obesity. *Frontiers in Psychology*, Sep 1;5, 925. doi: 10.3389/fpsyg.2014.00925.

Sloan, P.; Legrand, W.; Hindley, C. (2015). *The Routledge Handbook of Sustainable Food and Gastronomy*. London: Routledge

Sociedad Española de Nutrición Comunitaria SENC (2012). Decálogo de Consenso sobre la Alimentación Española en tiempos de crisis. Declaración de Cádiz de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, 18(4),226-228

Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad. (marzo-abril, 2015). Alertas informativas sobre la obesidad. Dossier de prensa.

Solano Sosa, J. A. Impacto de los medios de comunicación colectiva en los valores, actitudes y el comportamiento de la adolescencia en Costa Rica. Recuperado el 22 de junio de 2015, de <http://www.binasss.sa.cr/revistas/ay/1n1/0002.html>

Spence, C.; Harrar, V. & Piqueras-Fiszman, B (2012). Assessing the impact of the tableware and other contextual variables on multisensory flavour perception. *Flavour*; 1:7. Recuperado el 10 de septiembre de 2015 de [<http://www.flavourjournal.com/content/1/1/7>]

Spence, C. y Piqueras-Fiszman, B. (2014). *The Perfect Meal: The Multisensory Science of Food and Dining*. London: John Wiley & Sons

Speros, C. (2005). Health literacy: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 50, 633–640.

Steven, P. (2005). *Dominatrix. La influencia de los medios de comunicación*. Barcelona: Intermón, Fundación para el Tercer Mundo.

Stubenitsky, K.; Mela, D.J. (2000). UK consumer perceptions of starchy foods. *British Journal of Nutrition*; 3(3), 277-85.

Tannahill, A (2008). Beyond evidence – to ethics: a decision-making framework for health promotion, public health and health improvement. *Health Promotion International*, Vol. 23 No. 4 doi:10.1093/heapro/dan032

Tellería Chávarri, M. (2005). *Los medios de comunicación al servicio del poder: la influencia mediática en la sociedad global (1ª. ed.)*. Barcelona: Erasmus Ediciones.

Tétrault, K. La influencia y el impacto de los medios de comunicación en los jóvenes y los adolescentes norte americanos y latinoamericanos de hoy. Recuperado el 19 de enero de 2015, de <http://www.google.es/url?url=http://socialmediainfluence.wikispaces.com/file/view/>

The Islamic Bulletin. Dieta del Ramadán. The Islamic Bulletin Issue 21. Recuperado el 14 de abril de 2015 de [http://www.islamicbulletin.org/newsletters/issue_21_spanish/ramadan.aspx].

Tocino, I., De Quinto, M., Mata, E., Revilla, R., Rodríguez, J. J., & Callado, J. (2000). Riesgos alimentarios. ¿Crisis alimentarias, políticas sociales o de comunicación? Cuadernos Quiral, año 2, nº 6. Barcelona: Fundación Vila Casas

Torres Montero, V. A., & Chaves Cabrera, R. A. (2008). La comunicación en los programas de promoción y prevención de la salud en Bogotá: secretaría distrital de salud, EPS y medios de comunicación. (Trabajo Grado). Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Comunicación y Lenguaje Comunicación Social. Bogotá.

Ugarte Iturrizaga, A.; Menéndez Hevia, T. y Cuesta Cambra, U. (Coords.) (2009). *Prensa escrita y salud en Madrid. Una revisión del modelo de la Agenda Setting y su aplicación a la dinámica de las noticias sobre salud en Madrid*. Madrid. Ed. Complutense.

Universidad de Córdoba. Alimentación y Cultura. Influencias religiosas sobre la alimentación. Recuperado el 14 de abril de 2015 de <http://www.uco.es/ayc/religion.pdf>

US DHHS Public Health Service, National Institutes of Health, National Cancer Institute (2004). Making health communication programs work. Recuperado el 25 de febrero de 2015 de: [<http://www.cancer.gov/publications/health-communication/pink-book.pdf>].

Vanhees, K., Vonhögen, I. G., Van Schooten, F. J., & Godschalk, R. W. (2014). You are what you eat, and so are your children: the impact of micronutrients on the epigenetic programming of offspring. *Cell Mol Life Sci*, 71(2), 271-85. doi:10.1007/s00018-013-1427-9

Varela, G.; Moreiras, O. y Requejo, A. (1985) Estudios sobre Nutrición (dos volúmenes). Madrid: Publicaciones del Instituto Nacional de Estadística.

Vartiainen E, Laatikainen T, Peltonen M, Juolevi A, Männistö S, Sundvall J, et al. (2010). Thirty-five-year trends in cardiovascular risk factors in Finland. *Int J Epidemiol*;39: 504-18.

Vinaccia, S.; Quiceno, J.M.; Fonseca, P.; Fernández, H. y Tobón, S. (2006). Calidad de vida relacionada con la salud y su impacto sobre la cognición hacia la enfermedad en pacientes con hiperplasia prostática. *Acta Colombiana de Psicología* 9(2): 47-56.

Wahba, M.A. & Bridwell, L.G. (1976) Maslow Reconsidered: A Review of Research on the Need Hierarchy Theory. *Organizational Behavior and Human Performance* 15, 212-240.

Warren, Carl. 1975. *Géneros periodísticos informativos*. Barcelona. ATE.

Weigold, M.F. (2001). Communicating Science. A review of the literature. *Science Communication*, 23 (2), 164-193

Weinstein, N. (1988). The Precaution Adoption Process. *Health Psychology*, 7, 355-386.

Weiss, B.D.; Mays, M.Z.; Martz, W.; Castro, K.M.; DeWalt, D.A.; Pignone, M.P.; Mockbee, J. & Hale, F.A. (2005). Quick Assessment of Literacy in Primary Care: The Newest Vital Sign. *Annals of Family Medicine*; 3(6), 514-522. doi 10.1370/afm.405

Wikipedia. Gastronomía budista. Recuperado el 18 de septiembre de 2015 de [https://es.wikipedia.org/wiki/Gastronom%C3%ADa_budista]

Wilkie, W.L. (1994). *Consumer Behavior* 3ed. New York: John Wiley

Woloshin, S, Schwartz, LM (2002). Press releases: Translating research into news. *JAMA* 2002; 287(21), 856-2858. doi:10.1001/jama.287.21.2856.

World Health Organization (1998). Promoción de la salud: glosario. Division of Health Promotion, Education, and Communication. Recuperado el 15 de mayo de 2015 de: [http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf]

Zarate, J., Churrua, I., Pascual, J., Casis, L., Sallés, J., Echevarría, E (2008). Brain endocannabinoid system is involved in fluoxetine-induced anorexia. *Nutritional Neuroscience*;11(3):111-8. doi: 10.1179/147683008X301496.

Zoëga Ramsøy, T. (2014). Selected readings in "Consumer Neuroscience & Neuromarketing (2nd edition). Copenhagen: University of Copenhagen

Zubia Gallastegui, B. (2009). Qué buenas noticias científicas! Análisis de las noticias sobre ciencia y tecnología publicadas en los diarios vascos. Comunicación al foro Iberoamericano de comunicación y divulgación científica. Campina, Brasil, 23-25 de noviembre- Recuperado el 12 de septiembre de 2015 de [http://www.oei.es/forocampinas/PDF_ACTAS/COMUNICACIONES/grupo8/287.pdf]

Zudaire, M. (2009). "Proyecto FLABEL: el etiquetado de los alimentos a fondo" "Entorno-Empresarial.Com". Recuperado el 11 de julio de 2011, de http://www.entorno-empresarial.com/?ed=65&pag=articulos&aid=2803

Anexos

Cuestionarios y recursos empleados en la investigación

"Todo es muy difícil antes de ser sencillo".

Thomas Fuller. Historiador inglés (1608-1661)

ENCUESTA NUTRICIONAL (ENPE)

Hábitos Alimentarios y Estado Nutricional

C2

Medios de comunicación alimentación

En este cuestionario le queremos preguntar sobre algunas cuestiones relacionadas con la información alimentaria recogida en los distintos medios de comunicación

Número de encuestador:	Fecha:
-------------------------------	---------------

Código de identificación del cuestionario:			
Número de ruta	Distrito	Sección	Número de serie

AÑO MES NUM. CUESTIONARIO

C1.4 MUNICIPIO C1.5 DISTRITO C1.6 SECCIÓN

Algunas preguntas sobre Ud.

C2.1 Es Ud. Un hombre Una mujer

C2.2 ¿En qué año nació?

C2.3 ¿Qué mes es su cumpleaños? C2.4 ¿Cuál es su edad? años

C2.5 ¿Dónde nació? País Localidad Provincia

Ahora unas preguntas sobre información acerca de la alimentación y nutrición...

C9.1 Cuando busca información sobre temas de alimentación, nutrición, dieta, ejercicio y salud ¿podría decirnos a quién de las siguientes personas o puntos de información consulta o pregunta? **Circule solo una casilla en cada fila:**

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
Médico	1	2	3	4	5
Enfermera	1	2	3	4	5
Dietista	1	2	3	4	5
Farmacia	1	2	3	4	5
Tienda de dietética	1	2	3	4	5
Amigos	1	2	3	4	5
Vecinos	1	2	3	4	5
Familia	1	2	3	4	5
Profesores	1	2	3	4	5
Oficina o servicio municipal o del Gobierno Autónomo	1	2	3	4	5
Charla informativa en el colegio	1	2	3	4	5
Tienda de alimentación	1	2	3	4	5
Profesores del colegio de mis hijos	1	2	3	4	5
Charlas y sesiones divulgativas	1	2	3	4	5
Revistas femeninas (Hola, Pronto, Mia, Cosmopolitan...)	1	2	3	4	5
Revistas divulgativas (Muy Interesante, Quo...)	1	2	3	4	5
Revistas de estilo de vida (Men's Health, Integral...)	1	2	3	4	5
Revistas familiares (Ser Padres, Mi Bebé y yo...)	1	2	3	4	5
Revistas de salud (Saber Vivir, Dieta Sana, Cuerpomente...)	1	2	3	4	5
Diarios de información general (diario o fin de semana)	1	2	3	4	5
Suplementos de periódicos	1	2	3	4	5
Radio	1	2	3	4	5
TV	1	2	3	4	5
Sitios de Internet (web, blogs...)	1	2	3	4	5
Videojuegos	1	2	3	4	5
Aplicaciones para móviles	1	2	3	4	5

Unas preguntas sobre información acerca de la alimentación y nutrición... (sigue)

C9.2 ¿Lee la información nutricional de las etiquetas de los alimentos y bebidas?

Sí, siempre.....1 Sí, casi siempre.....2 Algunas veces..... 3

Rara vez.....4 Nunca5

C9.3 ¿En qué datos del etiquetado de alimentos se suele fijar (*Circule solo una casilla en cada fila*)

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca	No sé qué es
En la fecha de caducidad	1	2	3	4	5	6
Quién es el fabricante	1	2	3	4	5	6
Cuál es el país de origen	1	2	3	4	5	6
Que cantidad tiene el envase	1	2	3	4	5	6
La lista de ingredientes	1	2	3	4	5	6
Cuántas raciones tiene el envase	1	2	3	4	5	6
Cuál es el modo de conservación	1	2	3	4	5	6
Cuál es el modo de preparación	1	2	3	4	5	6
La información nutricional	1	2	3	4	5	6
Información gráfica: el semáforo nutricional	1	2	3	4	5	6
Información gráfica sobre aporte nutricional por ración GDA	1	2	3	4	5	6

C9.4 ¿Entiende la información de las etiquetas de los alimentos?

Sí, siempre.....1 Sí, casi siempre.....2 Algunas veces..... 3

Rara vez.....4 Nunca5

C9.5 De la siguiente lista de alimentos, **en relación con la salud**, cuáles cree que sería aconsejable consumir a diario, varias veces por semana, de vez en cuando (*Circule solo una casilla en cada fila*)

	A diario	Varias veces por semana	De vez en cuando	Nunca
Pescado, en general	1	2	3	4
Pescado azul	1	2	3	4
Carnes rojas	1	2	3	4
Pollo	1	2	3	4
Fiambre de pavo	1	2	3	4
Embutidos	1	2	3	4
Lácteos (leche, yogur queso...)	1	2	3	4
Huevos	1	2	3	4
Avellanas, nueces	1	2	3	4
Fruta en general	1	2	3	4
Manzanas	1	2	3	4
Galletas	1	2	3	4
Aceite de oliva	1	2	3	4
Aceite de girasol	1	2	3	4
Mantequilla	1	2	3	4
Margarina	1	2	3	4
Azúcar	1	2	3	4
Miel	1	2	3	4
Chocolate	1	2	3	4

Unas preguntas sobre información acerca de la alimentación y nutrición... (sigue)

C9.6 ¿Qué cantidad de fruta es recomendable consumir para tener una dieta saludable? (*Circule solo una casilla*)

- Nada de fruta 1
 1-3 piezas de fruta a la semana 2
 4-6 piezas de fruta a la semana 3
 1 pieza de fruta al día..... 4
 2 piezas de fruta al día 5
 3 piezas de fruta al día 6
 4 piezas de fruta al día 7
 5 piezas de fruta o más al día 8

C9.7 ¿Qué cantidad de verdura es recomendable consumir para tener una dieta saludable?

- Nada de verdura 1
 1-3 raciones de verdura (cazos) a la semana..... 2
 4-6 raciones de verdura (cazos) a la semana..... 3
 1 ración de verdura (cazo) al día..... 4
 2 raciones de verdura (cazos) al día..... 5
 3 raciones de verdura (cazos) al día..... 6
 4 raciones de verdura (cazos) al día..... 7
 5 raciones de verdura o más (cazos) al día 8

C9.8 En nuestro entorno la comida del mediodía es la ración principal del día. Debe aportar:

- Alrededor de la tercera parte de las calorías del día (30-35%)..... 1
 La mitad de las calorías del día (50%) 2
 Casi todas (más del 80%) las calorías que se ingieren en el día..... 3

C9.9 ¿Con que frecuencia es recomendable consumir pescado para tener una dieta saludable?

- Una vez al mes 1
 Dos veces al mes..... 2
 Dos o tres veces a la semana..... 3

C9.10 De acuerdo a las recomendaciones, cómo media, ¿cuánto tiempo es recomendable practicar actividad física para un adulto?

- Nada de actividad física 1
 1 hora a la semana 2
 2 horas a la semana 3
 Mínimo 30 minutos al día..... 4
 1 hora o más al día 5

C9.11 ¿Cómo media, cuánto tiempo debería practicar actividad física un niño o una niña en edad escolar, bien jugando o haciendo deporte?

- Nada de actividad física 1
 1 hora a la semana 2
 2 horas a la semana 3
 Mínimo 30 minutos al día..... 4
 1 hora o más al día 5

Ahora unas preguntas sobre los alimentos y los medios de comunicación

C10.1 ¿Podría decirnos, por favor, qué alimentos o ingredientes alimentarios ha descubierto "*como importantes*" a través de los medios de comunicación? Indique *en qué medios* ha leído, visto u oído algún dato sobre estos alimentos:

¿Qué alimento o ingrediente?	¿En qué medio lo leyó, vio, escuchó? Puede indicar más de uno							
	Diario	Revista	Libro	Radio	TV	Cine	Internet	No recuerdo
<i>Ejemplo: Nueces</i>	1	2	3	4	5	6	7	0
	1	2	3	4	5	6	7	0
	1	2	3	4	5	6	7	0
	1	2	3	4	5	6	7	0
	1	2	3	4	5	6	7	0

Unas preguntas sobre los alimentos y los medios de comunicación.....(sigue)

C10.2 ¿Qué fue lo que más le interesó o le llamó la atención de estos ingredientes o alimentos? *Puede indicar más de una respuesta*

- Aumenta el nivel de salud..... 1
 Puede ayudar a prevenir alguna enfermedad ... 2
 Refuerza la belleza 3
 Aumenta la longevidad 4
 Otros 5

C10.3 De los ingredientes o alimentos que ha citado en la primera pregunta *¿cuántos ha incorporado a su dieta habitual?*

- Ninguno.....1
 Uno o más de vez en cuando, a temporadas.....2
 Uno o más habitualmente3

C10.4 En los últimos 5 años *¿ha seguido alguna dieta especial que vio, escuchó o se aconsejaba en algún medio de comunicación?*

- Sí.....1 No2 NS/NC0

C10.5 En caso afirmativo, díganos por favor, **qué tipo de dieta y en qué tipo de medio tuvo noticia sobre esa dieta.**

¿Qué tipo de dieta?	¿En qué medio lo leyó, vio, escuchó? Puede indicar más de uno							
	Diario	Revista	Libro	Radio	TV	Cine	internet	No recuerdo
<i>Ejemplo: Para la psoriasis</i>	1	2	3	4	5	6	7	0
Para adelgazar	1	2	3	4	5	6	7	0
De belleza	1	2	3	4	5	6	7	0
Para la diabetes	1	2	3	4	5	6	7	0
Para el colesterol	1	2	3	4	5	6	7	0
Otras (indique cuál)	1	2	3	4	5	6	7	0

C10.6 ¿En qué medios de comunicación suele leer, ver o escuchar noticias relacionadas con la alimentación? Cite, por favor, sus nombres *en orden de importancia para Ud.:* nombre del diario (*El País, El Mundo, Deia, ABC, El Correo, Ideal...*), de revistas (*Hola, Pronto, Integral, Muy interesante...*), título de libros o colecciones de libros, títulos de videos o series en video o DVD, nombre de programas de radio, nombre de programas de TV, nombre páginas web, etc.

1	5
2	6
3	7
4	8

C10.7 Si en la pregunta anterior no recordaba los nombres, ¿podría decirnos *en qué tipo de medios de comunicación* suele leer, ver o escuchar noticias relacionadas con la alimentación, según el orden de importancia para Ud.? (periódico, revistas, libros, videos, DVD, programas de radio, programas de TV, páginas web, etc.)

1	5
2	6
3	7
4	8

C10.8 ¿Recuerda el anuncio de **algún alimento, producto alimentario o tema relacionado con la alimentación que más le ha impactado** en los últimos años

- Sí.....1 No2

Unas preguntas sobre los alimentos y los medios de comunicación... (sigue)

C10.9 Señale, por favor, qué tipo de producto o sobre qué tema, la marca si la recuerda, el medio o medios en los que lo vio, leyó o escuchó

¿Qué producto o qué tema?	Qué marca	En qué tipo de medios	Nombre del medio (periódico, revista, cadena de TV, radio, web)
<i>Ejemplo: Leche con fibra</i>	<i>Asturiana</i>	<i>TV</i>	<i>Antena 3</i>
1			
2			
3			
4			
5			

C10.10 Señale por qué le han llamado la atención los anuncios que ha mencionado

Producto, anuncio	Motivo
<i>Ejemplo: Leche con fibra</i>	<i>Me puede ayudar a ir al WC</i>
1	
2	
3	
4	
5	

C10.11 Señale, por favor, en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre las noticias que aparecen en los medios de comunicación sobre temas de alimentación

	Estoy totalmente de acuerdo	Estoy algo de acuerdo	No estoy de acuerdo ni en desacuerdo	No estoy de acuerdo	No estoy en absoluto de acuerdo
Son claras y fiables	1	2	3	4	5
No entiendo bien lo que quieren decir	1	2	3	4	5
Es verdad lo que dicen	1	2	3	4	5
Consulto lo que leo, escucho o veo en los medios de comunicación con el médico	1	2	3	4	5
Consulto lo que leo, escucho o veo en los medios de comunicación con el farmacéutico	1	2	3	4	5
Consulto lo que leo, escucho o veo en los medios de comunicación con algún familiar	1	2	3	4	5
Consulto lo que leo, escucho o veo en los medios de comunicación con algún amigo/a	1	2	3	4	5

C10.12 Sobre los productos de alimentación o temas de alimentación que se anuncian, ¿cuáles le merecen más confianza? (*Puede marcar más de una*)

- Los que se anuncian en televisión1
 Los que se anuncian en la radio2
 Los que se anuncian en periódicos o suplementos ..3
 Los que se anuncian en revistas.....4
 Los que se anuncian en folletos5
 Los que se anuncian en Internet.....6
 Ninguno de ellos7

C10.13 ¿Suele leer algún periódico habitualmente?

Sí..... 1 No 2

C10.14 ¿Cuántos días a la semana suele leer algún periódico? Nº de Días _____

Unas preguntas sobre los alimentos y los medios de comunicación... (sigue)

C10.15 Señale, por favor, en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre los anuncios de productos de alimentación. Circule solo una casilla en cada fila.

	Estoy totalmente de acuerdo	Estoy algo de acuerdo	No estoy de acuerdo ni en desacuerdo	No estoy de acuerdo	No estoy en absoluto de acuerdo
1. Todo lo que dicen es verdad	1	2	3	4	5
2. Aprendo cosas que no sabía	1	2	3	4	5
3. Los hacen sólo para vender más	1	2	3	4	5
4. Muchas cosas que dicen no son ciertas	1	2	3	4	5
5. Son siempre un engaño total	1	2	3	4	5
6. Otras razones (especificar)	1	2	3	4	5

C10.16 ¿Sobre qué temas relacionados con alimentación ha consultado o preguntado dudas en los últimos años? (Puede señalar más de una respuesta)

- Sobre la alimentación de los niños..... 1
 Sobre la alimentación en el embarazo 2
 Sobre la alimentación en los ancianos 3
 Sobre alimentación de la mujer 4
 Sobre alimentación para un problema de salud 5
 Sobre dietas para adelgazar 6
 Sobre seguridad de algunos alimentos 7
 Otros temas: 8
 Nunca he consultado nada..... 9

C10.17 ¿Qué alimento o alimentos considera especialmente bueno o conveniente para...:

Grupo de personas	Alimentos
Los niños:	
Las mujeres:	
Las embarazadas:	
Los ancianos:	

C10.18 ¿Cuándo empieza a comprar o consumir un alimento nuevo ¿por qué motivo lo hace? (Puede señalar más de una respuesta)

- Por el precio..... 01
 Porque lo he visto en anuncios..... 02
 Porque he visto, oído o leído algo sobre el producto 03
 Porque me ha hablado de él un familiar 04
 Porque me ha hablado de él un amigo..... 05
 Porque lo he visto en la tienda 06
 Por curiosidad 07
 Por ninguna de las razones anteriores 08
 Porque lo piden en casa..... 09
 Porque es lo que hay en las tiendas más cercanas 10

C10.19 ¿Con qué frecuencia suele ver TV durante las comidas?

- Nunca..... 1
 Un día a la semana 2
 Dos días a la semana 3
 Tres días a la semana 4
 Cuatro días a la semana 5
 Cinco días a la semana 6
 Seis días a la semana 7
 Todos los días 8

C10.20 Señale alguno o algunos alimentos y /o bebidas que actualmente forman parte de su alimentación que empezó a consumir porque recibió, leyó, escuchó o vio información o consejos en los medios de comunicación (periódicos, revistas, radio, televisión o internet)

1		5	
2		6	
3		7	
4		0	Ninguno

C12.13 ¿Cuáles son los tres platos o preparaciones culinarias **que más le gustan?**

1º	_____
2º	_____
3º	_____

C12.14 ¿Cuáles son los tres platos o preparaciones culinarias **que NO le gustan NADA?**

1º	_____
2º	_____
3º	_____

C12.15 ¿Cocina Ud?

No habitualmente..... 1 Sí, en algunas ocasiones 2 Sí, con frecuencia.....3 Sí, a diario .. 4

C12.16 Escriba sin ninguna modestia, **el plato o los platos que suele Ud. preparar** habitualmente o alguna vez al año y **que le "quedan redondos"**

¡Muchas gracias por su colaboración!