

AIBR
**Revista de Antropología
Iberoamericana**
www.aibr.org
Volumen 14
Número 1

Enero - Abril 2019
Pp. 121 - 144

Madrid: Antropólogos
Iberoamericanos en Red.
ISSN: 1695-9752
E-ISSN: 1578-9705

**«Como un sedimento que se va quedando en el cuerpo»:
Percepción social del riesgo sobre compuestos tóxicos
persistentes y otras sustancias químicas
sintéticas en la alimentación entre mujeres embarazadas
y lactantes en España**

Cristina Larrea-Killinger, Araceli Muñoz, Arantza Begueria y Jaume Mascaró Pons
Universitat de Barcelona, Observatorio de la Alimentación (ODELA)

Recibido: 03.10.2017

Aceptado: 14.06.2018

DOI: 10.11156/aibr.140107



RESUMEN

El objetivo de este artículo es analizar cómo las mujeres embarazadas y lactantes perciben la presencia de sustancias químicas en los alimentos y reflexionan acerca de los efectos en su propia salud, la del feto y la del bebé, cuando piensan sobre la acumulación, transmisión y eliminación de estas sustancias de su cuerpo. Partimos de la hipótesis de que el discurso de las mujeres sobre los efectos en salud de los Compuestos Tóxicos Persistentes (CTP) está relacionado con la proximidad o distancia social de los actores sociales reproductores de estos discursos. La recepción y aceptación de estas argumentaciones son más evidentes cuanto mayor es la confianza en los actores sociales que transmiten esa información. Este artículo analiza los discursos del personal sanitario y el entorno social próximo de estas mujeres, pues ambos juegan un papel esencial en la transmisión de dichos discursos. A pesar de que los consejos alimentarios que reciben las mujeres están fuertemente medicalizados, las informaciones facilitadas sobre sustancias químicas en los alimentos en el entorno médico son escasas y poco homogéneas, de forma que este tipo de riesgos son invisibilizados en la relación médico-paciente, y la responsabilidad sobre la gestión de los mismos suele recaer en las mujeres.

PALABRAS CLAVE

Percepción social del riesgo, contaminación interna, Compuestos Tóxicos Persistentes, mujeres embarazadas y lactantes, indefensión.

“LIKE A SEDIMENT THAT STAYS IN THE BODY”: SOCIAL PERCEPTION ON PERSISTENT TOXIC SUBSTANCES AND OTHER SYNTHETIC CHEMICAL SUBSTANCES IN FOOD AMONG PREGNANT AND BREASTFEEDING WOMEN IN SPAIN

ABSTRACT

This paper analyzes the ways in which pregnant and breastfeeding women perceive the presence of chemical substances in food products. It also deals with how they reflect on the effects of those substances on their own health and that of the baby and the foetus when they think about processes of accumulation, transmission and elimination of those substances inside their bodies. Our first hypothesis is that women's discourses about the health effects of Persistent Toxic Substances (PTS) is related to the social distance of the social actors that reproduce these discourses. The acceptability of these discourses is more evident the greater is the trust in the social actors who transmit this information. This paper analyzes the discourses of health workers and the close social environment of these women, since both play an essential role in the transmission of these discourses. Despite the fact that the dietary advice received by women is strongly medicalized, the information provided on chemical substances in food in the medical environment is scarce and not homogeneous. Thus, this type of risk is made invisible in the doctor-patient relationship, and the responsibility for managing it usually falls on women.

KEY WORDS

Social perception of risk, internal contamination, Persistent Toxic Substances, pregnant and breastfeeding women, defenselessness.

Agradecimientos

Los autores agradecemos la participación a todos los miembros de nuestro grupo de investigación, así como a todas las mujeres embarazadas y lactantes y profesionales de la salud que han participado en este estudio.

1. Introducción

La población española desvela un creciente interés por la búsqueda de información en lo que se refiere a la alimentación y su relación con la salud. Este interés está relacionado con el proceso de medicalización de la alimentación contemporánea, caracterizado por la tendencia a sustituir el discurso social y simbólico de selección y consumo de alimentos por otro de carácter nutricional basado en la dieta equilibrada. Sin embargo, pese a que la medicalización alimentaria ha ido calando en el conocimiento profano, las prácticas no se han modificado según lo esperado por los expertos, debido a la poca atención que estos han concedido al papel de los factores estructurales y a las motivaciones sociales para el consumo alimentario (Gracia-Arnaiz, 2007).

A este proceso de medicalización le acompañan otras transformaciones económicas, políticas y tecnológicas del sistema alimentario, en el que participan las industrias agroalimentarias y las compañías químicas. Es en este contexto de tecnificación y aumento de la producción de alimentos, donde la industria química ha jugado un papel relevante en el control de plagas, fabricación de abonos, elaboración y conservación de alimentos, producción de aditivos, conservantes, y otros componentes, en los que los científicos se han fijado, tras comprobar los efectos nocivos de algunos de estos compuestos químicos en la salud humana. A pesar de que algunas de estas sustancias fueron prohibidas por el Convenio de Estocolmo, una vez verificados¹ los peligros asociados a su toxicidad persistente, muchos de los compuestos químicos continuaron permitiéndose al desconocerse sus efectos en la salud (Porta y Zumeta, 2002). Ante la tecnificación y la abundancia de alimentos, aumentaron las dudas y las incertidumbres sobre los riesgos potenciales de los alimentos que consumimos, productos cada vez más manipulados y procesados (Contreras, 2011; Fischler, 1990).

Los Compuestos Tóxicos Persistentes (CTP) son sustancias que se caracterizan por el efecto acumulativo a dosis bajas en el interior del

1. En 2001 fue adoptado el «Stockholm Convention» (United Nations Environment Programme) con el objetivo de reducir o eliminar la emisión de «Persistent Organic Pollutants» (POPs).

cuerpo humano, y también por provocar trastornos y problemas de salud a largo plazo (Porta, Puigdomènech y Ballester, 2009). La regular exposición, absorción y acumulación de estos compuestos, generalmente en tejidos grasos y órganos como el hígado, el cerebro y el sistema nervioso (Bergman, Heindel, Jobling, Kidd y Zoeller, 2013), comportan un riesgo silencioso debido a la invisibilidad de sus efectos a corto plazo (Grandjean y Landrigan, 2006), y una causalidad difusa y multifactorial de las enfermedades y trastornos derivados, entre los que se encuentran efectos inmunosupresivos, oxidativos, neurotóxicos, disruptores endocrinos², metabólicos, carcinógenos y epigenéticos (Barouki, Gluckman, Grandjean, Hanson y Heindel, 2012). También actúan como inductores de cambios en la salud reproductiva y en el desarrollo del feto (Valls-Llobet, 2010).

A nivel científico, la exposición a los CTP en mujeres embarazadas y lactantes, a través del consumo alimentario, muestra diversos efectos nocivos sobre la salud de la madre, el feto y el bebé (Fängström, Hovander, Bignert, Athanassiadis, Linderholm, Grandjean, Weihe y Bergman, 2005; Veyhe, Hofoss, Hansen, Thomassen, Sandanger, Odland y Nieboer, 2015). Se afirma que la mayor parte de las dioxinas suelen llegar a las mujeres a través de alimentos como lácteos, pescados y carnes, pudiendo afectar al feto a través de exposiciones intrauterinas (CAPS, 2011). Recientes estudios sobre la exposición de los CTP en mujeres embarazadas y niños muestran, por ejemplo, sus efectos como disruptores endocrinos (Muncke, 2011; Rochester, 2013), así como la mayor gravedad de los efectos de neurotoxicidad en embarazadas, bebés y niños y niñas durante la etapa de crecimiento (CAPS, 2011; Grandjean y Landrigan, 2006).

En un contexto occidental marcado por el proceso de medicalización, tanto en el embarazo (Blázquez, 2005; Montes, 2007) como en la alimentación contemporánea (Gracia- Arnaiz, 2007), las mujeres embarazadas están sujetas a una gran autorregulación y autocuidado de sus cuerpos para proteger la salud de sus fetos, siendo así, ambos, mujer y criatura, centro de vigilancia y control biomédico (Lupton, 2012). En este marco, en donde los discursos biomédicos han jugado un papel importante en la construcción de los significados alrededor del feto, las prácticas y el riesgo, se ha tendido a priorizar muchas veces las necesidades de protección del feto sobre los derechos de la mujer embarazada (Imaz, 2001; Lupton, 2012). Por eso, el consumo de alcohol y tabaco durante el embarazo ha sido un asunto medicalizado y asumido como responsabilidad materna (Bell, McNaughton y Salmon, 2009). El embarazo se ha convertido en una etapa marcada por el discurso del riesgo donde el principio de precaución

2. Compuestos químicos que pueden provocar disfunciones hormonales (CAPS, 2011).

se establece como una estrategia para manejar la incertidumbre, proteger la criatura y construir la categoría moral de «buena madre» (Leppo, Hecksher y Tryggvesson, 2014). Por eso, la mujer vive su cuerpo durante el embarazo con miedo y desconfianza (Montes y Bodoqué, 2002).

En este artículo analizamos la percepción de las mujeres sobre la presencia de sustancias químicas sintéticas y los riesgos de los CTP en el interior de sus cuerpos a través de la alimentación; en él nos enfrentamos a tres procesos distintos: la acumulación, la transmisión y la eliminación. Estos procesos son percibidos de modo diverso, según tengamos en cuenta el estado fisiológico en el que se encuentra la mujer, bien sea el embarazo, el puerperio o los primeros seis meses de lactancia. La persistencia de sustancias químicas sintéticas en los alimentos y los riesgos en la salud de la madre, del feto y del bebé apelan a la irresponsabilidad política y a la irracionalidad económica del capitalismo global en el que nos encontramos inmersos. Aunque en un estudio anterior se observó que las personas entrevistadas sobre percepción del riesgo químico atribuían a los individuos una mayor capacidad de elección y responsabilidad individual que en el caso de la contaminación ambiental (Muñoz, Larrea, Zafra y Begueria, 2014), la producción agroalimentaria continuaba siendo un asunto de mayor responsabilidad atribuida a las administraciones públicas y las empresas.

Primero, presentamos los consejos alimentarios facilitados por la institución sanitaria, que se centran en la gestión de riesgos y las prohibiciones alimentarias.

En segundo lugar, nos referimos a los consejos alimentarios facilitados por personas del entorno más cercano, como madres, padres, suegras, maridos, amigas y vecinas, que inciden en la elección de alimentos, en su preparación y consumo. Pretendemos analizar la relación entre la información recibida y los agentes productores de esta información para saber cómo los consejos alimentarios son o no aceptados y cómo estos repercuten en el grado de incertidumbre sobre la acumulación y transmisión de los CTP.

En tercer lugar, analizamos la percepción del cuerpo, teniendo en cuenta los procesos de acumulación, transmisión y eliminación de estos compuestos químicos y su relación con el cuidado de sí, del feto y del bebé. Buscamos estudiar cómo las mujeres embara+zadas y lactantes perciben la corporalidad tóxica (Larrea-Killinger, Muñoz y Mascaró, 2017; Larrea-Killinger, Muñoz, Mascaró, Zafra y Porta, 2017).

2. Metodología del estudio

Estos datos proceden de una investigación interdisciplinar en curso formada por un equipo de 15 personas (antropólogos, médicas/os, epide-

miólogos, enfermeros/as, nutricionistas, filósofos y psicólogas), cuyo objetivo es analizar la confianza y la desconfianza en el consumo alimentario en mujeres embarazadas y lactantes en España³.

El trabajo de campo consistió en un estudio cualitativo centrado en la aplicación de entrevistas semiestructuradas dirigidas a embarazadas, lactantes y profesionales de la salud, la elaboración de diarios de alimentación, listados libres y grupos focales a embarazadas y lactantes. Este estudio se concretó en dos comunidades autónomas españolas: Cataluña (Barcelona y área metropolitana, Baix Llobregat, Tarragona y Ribera d'Ebre) y Andalucía (Granada y alrededores y Valle del Almanzora—Almería—); y el acceso a las embarazadas y lactantes fue realizado a través de dos hospitales públicos y tres centros de atención primaria de la salud en Cataluña, y dos hospitales públicos y un centro de atención primaria de la salud en Andalucía. El objetivo consistió en comparar los discursos en relación con la percepción del riesgo químico en el consumo alimentario.

Las entrevistas y la aplicación de los diarios de alimentación comenzaron a llevarse a cabo en enero del año 2016, una vez se obtuvo la aprobación de los comités de ética correspondientes, y finalizaron el mes de septiembre del mismo año. Todas las personas participantes fueron informadas de los objetivos y métodos de la investigación, y se obtuvo el consentimiento informado por escrito de cada una de ellas.

Además, el trabajo de campo incluyó cuatro etnografías de nueve meses (enero-septiembre de 2016) distribuidas en las dos comunidades autónomas escogidas: un municipio del Baix Llobregat; un barrio de la ciudad de Tarragona; dos municipios de Ribera d'Ebre y dos municipios del Valle de Almanzora, con el objetivo de observar las prácticas de selección en la compra de alimentos, y la preparación y conservación de los mismos. De las seis áreas elegidas, la mitad estaban situadas en zonas altamente contaminadas por estar próximas a industrias químicas y explotaciones mineras.

La selección de la muestra fue intencional o propositiva, según los parámetros específicos del estudio, con la intención de encontrar la máxima variación, heterogeneidad y significatividad, así como de obte-

3. Este proyecto I+D+i se titula «Confianza y responsabilidad en el consumo alimentario de las mujeres embarazadas y lactantes en España: narrativas y etnografías sobre los riesgos de la contaminación interna» (referencia: CSO2014-58144-P), financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad, Programa Estatal de Fomento de la Investigación Científica y Técnica de Excelencia, Subprograma Estatal de Generación del Conocimiento (IP: Cristina Larrea-Killinger).

ner una muestra equilibrada con una representación similar entre sexos, grupos de edad, nivel formativo y sector laboral⁴. El criterio de inclusión fue que las mujeres hubieran nacido en España, que las embarazadas estuvieran en un estado de 20 semanas de gestación y las lactantes (materna y/o artificial) en un período máximo de seis meses de lactancia, y que pertenecieran a diversos estratos socioeconómicos. Se excluyeron aquellas que podían encontrarse bajo una dieta prescrita por patología materna.

En total se realizaron 111 entrevistas semiestructuradas a mujeres embarazadas y lactantes, cuatro etnografías focalizadas, dos grupos focales, 71 diarios de alimentación y 71 listados libres, así como 19 entrevistas a profesionales de la salud.

Mujeres embarazadas y lactantes						
Perfil mujeres	Embarazadas	Lactantes	Total			
	62	49	111			
Edad	Edad 20-29	Edad 30-39	Edad 40+			
	17	81	13			
Estudios	Primarios	Secundarios	Superiores			
	6	37	68			
Número de hijos	Hijos 1	Hijos 2	Hijos 3+			
	58	45	8			
Provincia	Almería	Barcelona	Granada	Tarragona		
	30	51	20	10		
Municipio	Barcelona y area metropolitana	Municipios de Ribera d'Ebre	Granada y alrededores	Municipio del Baix Llobregat	Tarragona	Valle de Alanzora
	40	5	20	11	5	30

Tabla 1. Características de las madres entrevistadas, 2016 (Fuente: elaboración propia).

4. Aunque se han tenido en cuenta estas variables a la hora de seleccionar la muestra y se dispone de esa información de forma desagregada, no se ha procedido a hacer un análisis comparativo para este artículo.

Profesionales sanitarios						
Provincia	Almería	Barcelona	Granada	Tarragona		
		3	10	3	3	
Municipio	Barcelona y area metropolitana	Municipios de Ribera d'Ebre	Granada y alrededores	Municipio del Baix Llobregat	Tarragona	Valle de Almansora
		6	2	3	4	1
Perfil profesional	Ginecóloga	Pediatra	Comadrona	Enfermera de pediatría		
		4	6	8	1	

Tabla 2. Características de los profesionales entrevistados, 2016 (Fuente: elaboración propia).

3. Alimentación adecuada: los discursos de la confianza

3.1. «Comer lo más saludable posible»: los discursos expertos

Las futuras madres están preocupadas por el tipo de producto que comen, al saber que la alimentación influye en el crecimiento y el desarrollo saludable del feto. Son los médicos los agentes expertos que refuerzan los conocimientos sobre alimentos saludables y alimentos perniciosos durante el embarazo, aquellos que son recomendables para el consumo y los que deberían ser evitados para eliminar el riesgo de enfermedad.

Parte del proceso de medicalización del comportamiento alimentario se produce durante la relación médico-paciente y se centra en evitar los riesgos de enfermedad como la toxoplasmosis y la listeriosis. Por ello, recomiendan evitar el consumo de carne cruda, embutidos crudos, lácteos no pasteurizados, quesos blandos, y realizar ciertas prácticas como lavar muy bien las frutas y verduras:

Yo lo que les recomiendo es que desconfíen de quesos y embutidos y cosas de esas elaboradas artesanales que te puedes encontrar en ferias. No es que esa gente no lo haga bien, pero el transporte a veces no puede garantizar una conservación adecuada y a veces sí que puede haber una... ¿cómo se llama?... una listeria que puede dar una listeriosis que puede afectar gravemente a la criatura, que es una de las cosas que... La toxoplasmosis, ya sabía yo que había otra cosa (profesional, 65 años, ginecóloga)⁵.

5. Cita traducida de la original en catalán.

Otro de los focos de atención biomédica hacia el riesgo se concentra en no recomendar la ingesta de pescados grandes debido a la alta concentración de mercurio. Según el informe de 2010 del comité científico de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (Aesan), se realizó una evaluación de riesgos sobre el consumo de pescado en embarazadas y lactantes para reducir la exposición de mercurio y metilmercurio a partir de un control de tamaño y de frecuencia en la ingesta (Aesan, 2010).

Por último, el riesgo mayor para las embarazadas es el consumo de alcohol. En el conjunto del Estado Español, tanto expertos sanitarios como instituciones públicas optan por aconsejar el consumo cero de alcohol durante el embarazo, ya que apuntan a que no se puede asegurar un nivel de consumo mínimo que no pueda afectar a la salud del feto (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011).

De un modo más tangencial, el personal sanitario lleva a cabo consejos sobre el proceso de preparación de los alimentos. Por ejemplo, hay quienes recomiendan evitar los alimentos fritos y rebozados y promover la elaboración de comidas a base de alimentos hervidos y a la plancha.

Aunque se observe que la principal fuente de información sobre los riesgos es biomédica, existen otras informaciones provenientes de los medios de comunicación, familia y amigas, que advierten de los peligros de consumir determinados alimentos. Desconfiar de un alimento activa la atención de las mujeres a querer buscar información sobre el origen y calidad del producto en los medios, así como a través de la lectura de las etiquetas. Las mujeres entrevistadas, al mirar esas etiquetas, se fijan en la caducidad del alimento, en su procedencia, sus componentes y las proporciones de cada uno de ellos, si contiene trazas de algún tipo, si es ecológico o si lleva aditivos, colorantes o conservantes, desconfiando sobretodo de las «E» que puedan contener:

A mí no me gustan los platos preparados, que si no me queda otra, los cojo, los como, pero es algo que no me gusta mucho... no me da confianza no saber cómo están hechos, lo que lleva. Te lo ponen pero no hay quien lo entienda, porque las Es y todo eso... ¿qué es eso?, entonces no me gusta [...] Es que no sé qué estoy comiendo... (lactante, 29 años, dependienta en grandes almacenes).

Factores económicos e ideológicos favorecen que la desconfianza hacia el riesgo químico de ciertos alimentos implique el cambio de prácticas de compra y consumo. Este es el caso de varias narrativas, que señalan que el consumo de frutas y verduras ecológicas sería una opción más saludable que, sin embargo, está condicionada por las posibilidades econó-

micas del presupuesto familiar. A pesar de que la desconfianza sea la principal actitud negativa que alerta a las mujeres en la toma de decisiones a la hora de comprar un producto, ello no significa que el acto termine produciéndose. Por ejemplo, los alimentos de los que más suelen desconfiar son los procesados, entendiendo por «procesados» una amplia gama de productos manipulados por la industria alimentaria (alimentos envasados, enlatados y precocinados), pero que no por ello se dejan de consumir. También desconfían de la carne roja y la leche de vaca, por la posibilidad de haber sido manipulados con hormonas de crecimiento animal y antibióticos. Este exceso de manipulación puede producir a la larga, según la mayor parte de las mujeres entrevistadas, el desarrollo de enfermedades como el cáncer.

Como la desconfianza implica vigilancia de los productos que se consumen, los argumentos en los que más confían son los que proceden de los expertos, sobre todo de los médicos y comadronas que las atienden durante todo el proceso. Estos discursos, que también se combinan con los que reciben de sus madres, maridos, amigas y otros medios de comunicación, son más confiables cuanto más restrictivos sean. Cuando los consejos alimentarios facilitados por las amigas chocan con los recibidos por los expertos sanitarios, suelen acogerse a los segundos, siempre y cuando sean más restrictivos. Por eso, cuando los médicos y comadronas les recomiendan al principio del embarazo que coman saludable, hagan una dieta variada o que hagan caso de la pirámide alimenticia recomendada por la Generalitat (Agència de Salut Pública de Catalunya, 2012), en el caso de Cataluña, dan las mujeres por sentado que son consejos manidos, sobreentendidos y que no aportan información cualificada a lo que ya saben:

No, simplemente que, que... tengo que comer bien. Y de hecho cuando me engordé tampoco me dijeron nada. Simplemente me dijeron: «Bueno, ya sabes lo que tienes que comer». Yo sí que le dije: «oye», porque como yo si no tengo el papel no hago... no me cuido. Dije: «¿no hay ninguna dieta para una embarazada?, que no sea dieta estricta pero un poquito que te vaya...». «No, eso ya sabes tú lo que no tienes que comer», fue la contestación (lactante, 30 años, peluquera).

Las mujeres saben que tienen que comer sobre todo frutas y verduras, pero se quejan de que no les dicen en qué cantidad, cómo combinarlas, de qué origen y de qué calidad: «Me hacían la recomendación de que comiera bien y quizás más a menudo, pero no recuerdo que me dijeran tienes que comer esto, o no puedes comer esto» (lactante, 37 años, trabajadora social). Lo mismo opinan ellas en relación con el consumo de carnes y

pescados. Otro de los consejos de médicos y comadronas es orientarlas a alimentarse cinco veces al día:

Como consejo se intenta decir esto, una dieta equilibrada, que haya un poco de todo, pero que todo sea sano, comer natural; que no sea esto, la hamburguesa o cosas de estas, que no abusen de las pastas, que no abusen de nada [...] Que no hagan la típica comida de desayuno, la comida y la cena, sino entre-medio una fruta, un yogur, por la noche, a media tarde también otra pieza de fruta u otro yogur. Que... menos cantidad y más a menudo, es más recomendable (profesional, 65 años, ginecóloga)⁶.

En general, las mujeres se quejan de que no reciben información suficiente sobre alimentación. También hemos observado, en las entrevistas realizadas a los profesionales, que la mayoría saben muy poco sobre los riesgos de los CTP en embarazadas y lactantes y que en caso de dar algún tipo de consejo es por el interés que el profesional tiene en la alimentación y en este tipo de temas:

No, no hay información, yo creo que no hay nada de información. Porque, por ejemplo, en el embarazo, yo tampoco he tenido pautas alimentarias, o sea no me han dicho... a no ser que tú te busques información por tu cuenta, eh... los médicos de la Seguridad Social tampoco te dicen: «*mira pues te doy, esto es bueno, esto es malo*». No sé, no te dan información de nada [...] Es que al final es salud, es que tendrían que hacer más hincapié en eso. En esto y en muchas otras cosas (lactante, 34 años, encargada de departamento de personal).

Las mujeres dicen estar más preocupadas por la alimentación durante el primer embarazo y, por ello, solicitan más información a los expertos. Otra de las situaciones en que las mujeres se interesan más por la dieta es cuando han quedado embarazadas tras la aplicación de nuevas tecnologías reproductivas. Ellas perciben su embarazo como de mayor riesgo que el de las demás mujeres y, por eso, piden más información sobre alimentación. Véase el ejemplo de esta narrativa por parte de un experto:

Te preguntan mucho más sobre cosas de la dieta, sobre infecciones, sobre cosas que pueden hacer o cosas que no pueden hacer, pero yo creo que es por eso, porque llevan tanto tiempo dándole vueltas al embarazo, ¿no?, que tienen mucha más obsesión con que todo les vaya de cara (profesional, 40 años, ginecóloga).

6. Cita traducida de la original en catalán.

3.2. «Comer bien»: los discursos del entorno familiar y social más próximo

Las apreciaciones del comportamiento alimentario son distintas entre los expertos, que insisten más en las prohibiciones para evitar riesgos, y los familiares y amigas, que recomiendan comportamientos más positivos como el «comer bien» para favorecer el bienestar de la madre. Las embarazadas acaban siguiendo más los consejos expertos: «*prefiero lo que dice la ginecóloga que... bien, que las madres lo hacen con toda la buena intención, pero al final, son otra generación*» (embarazada, 31 años, ingeniera informática).

En el caso de Cataluña, muchas de ellas reconocen que hoy en día existe mucha más información sobre los efectos negativos de algunos alimentos, algo que sus padres antes no sabían. Existe más información, pero también más peligros que acechan a la producción y manipulación de los alimentos. Confían en la ciencia y, por lo tanto, en los avances científicos y médicos, pero al mismo tiempo desconfían cuando estos avances se ponen al servicio de la industria.

Las amigas juegan un papel central en la circulación de los consejos alimentarios durante el embarazo. Estas se convierten casi en «expertas» por haber pasado por la misma experiencia (embarazo, lactancia), y confían mucho en sus consejos por considerar que al ser de la misma generación han pasado por situaciones similares.

A las madres, cuyos consejos alimentarios tienen un gran valor para las hijas, se las considera importantes como agentes de educación alimentaria por su experiencia, aunque a veces se cuestiona su saber, cuando se lo compara al de las amigas, por considerarlo desactualizado. Las madres aconsejan tomar más vitaminas, más hierro (especialmente en carne y lentejas), mayor hidratación, no comer productos procesados y beber mucha leche (lactantes).

Como sus madres les aconsejan a la vez que coman bien y aquello que más les apetezca, algunas mujeres dudan de si estos consejos son los más adecuados. Incluso algunas de ellas rechazan lo aprendido y se enorgullecen de haberles enseñado a cocinar diferente:

Sí, el tipo de pescado... ella antes era muy rebozadito. Ahora ya le digo: «*mama tu compra el lomo, lo haces a la plancha*»... O sea, que ella ha aprendido más de mí que yo de ella en temas de alimentación. Porque ella, siendo de Andalucía, es una mujer que guisa con mucho condimento, con mucho aceite [...] Entonces creo que ella ha cogido más de mí que no... (lactante, 37 años, educadora social).

Los consejos de las amigas suelen ser más medicalizados que los de las madres, poniendo más énfasis en el consumo de comida saludable y en practicar deporte: «Bueno, sí, sobre todo otra chica embarazada que me decían de comer lo más saludable posible, porque después realmente es lo que le estás dando al bebé, ¿no? Y de intentar hacer deporte también, intentar llevar una vida lo más sana posible (embarazada, 35 años, intérprete de signos).

Con ellas también comparten el mismo discurso experto de que, en realidad, lo importante es comer bien y no comer el doble, como antes aconsejaban sus madres. Así, el control del peso es otra de las preocupaciones centrales durante el embarazo: «Hay una amiga que me dijo una cosa que se me quedó muy grabada, y que... una amiga, una amiga que había estado embarazada hacía poco y que me dijo: 'no se trata de comer el doble, como decían las yayas; sino de comer el doble de bien'. Y me quedé con la frase y pensé: 'claro'» (embarazada, 39 años, profesora de secundaria)⁷.

Aunque las mujeres reconocen la coexistencia de consejos circulando entre los familiares y amigas, algunas reivindican un criterio propio cuando se trata de tomar ciertas decisiones. Como apunta Foucault (1987), los vínculos entre los discursos normativos y las prácticas son complicados, y los diferentes contextos pueden proporcionar a las personas diferentes grados de libertad de cara a interpretar, negociar o mostrar resistencia a estos discursos:

Me han intentado dar muchos [consejos], pero como ya me conocen que no hago caso a nadie, yo siempre les digo: «os escucho a todos, pero que sepáis que al final voy a hacer lo que a mí me da la gana». Y yo muchas veces cuando la gente me pregunta por mi experiencia: «¿y tú cómo?», digo: «mira, el mejor consejo que te puedo dar es que no me escuches ni a mí, yo te voy a dar muchos consejos, pero no me hagas caso ni a mí, vale». Porque yo creo que al final la maternidad es un 50% instinto y un 50% sentido común. Entonces lo que a mi madre le ha funcionado y le ha funcionado a ella y lo ha hecho fantásticamente bien y lo mejor que ha sabido no quiere decir que a mí me vaya a funcionar [...] Claro, cuando mi madre me escucha mí... mi madre también sabe que soy una persona que le gusta mucho leer, que me gusta informarme. Entonces nunca he sido de... Y mi suegra a lo mejor a veces es más... no por el hecho de su suegra, ¿eh? La mujer, porque está más cerca mí: «esto hazlo así o esto tal». Yo le digo sí, sí, bueno, yo lo hago como me da la gana, y como ya saben, al final llega un momento que no me dice nada (lactante, 32 años, empleada agencia de viajes).

7. Cita traducida de la original en catalán.

4. «Al comer mejor te sientes mucho mejor por dentro». Saber elegir y evitar alimentos peligrosos: los discursos de la desconfianza

¿A qué se refieren las mujeres cuando hablan de sustancias químicas en los alimentos? En un sentido general, suelen destacar los alimentos transformados y manipulados, así como los aditivos, los conservantes, los emulgentes, los potenciadores de sabor añadidos a los alimentos y las «E» contenidas en las etiquetas de los productos. Pocas se refieren concretamente a los CTP (insecticidas —como el lindano o el DDT—, PCB, dioxinas, metilmercurio...). Otras sustancias químicas más específicas que las mujeres reconocen como peligrosas son los pesticidas, los antibióticos y las hormonas de crecimiento animal.

Las mujeres clasifican los alimentos en aquellos que contienen más sustancias químicas y, por lo tanto, son más peligrosos, y los que tienen menos elementos y son más confiables. Entre los más peligrosos se encuentran los alimentos procesados, precocinados y elaborados; alimentos con muchos ingredientes; comida envasada; carne roja (hormonas, antibióticos); pescado (mercurio, metales pesados) y, especialmente, aquellos que vienen de fuera del país (panga procedente de Vietnam); bebidas azucaradas y refrescos; alimentos de grandes supermercados. Los alimentos que contienen menos sustancias químicas son los ecológicos, las frutas y verduras compradas en mercados, las frutas y verduras procedentes de huertos, y los productos de proximidad.

Las mujeres andaluzas entrevistadas se preocupan más por los pesticidas, sobre todo aquellas que viven cerca de zonas de gran producción agrícola. Sin embargo, aunque confían más en las frutas y verduras de huertos propios y de parientes, no cuestionan el uso de los pesticidas. En el caso de Cataluña las madres entrevistadas destacan un mayor interés por el consumo de alimentación ecológica. En el caso de estos productos, la proximidad de su producción garantiza una mayor percepción de confianza en ellos, así como a razón de la fuerza con la que ha irrumpido el discurso ecológico en la alimentación entre algunos grupos sociales concretos (Begueria, 2016).

5. Corporalidad tóxica: transmisión y acumulación de compuestos químicos

Como se ha comentado, los consejos alimentarios facilitados por las madres de las embarazadas recomendaban «comer por dos». En cambio, los

expertos decían lo contrario. Las narrativas de las embarazadas y personal sanitario eran parecidas, pues no separaban el cuidado de sí del cuidado del feto. Los conflictos sobre la presencia de la dualidad (cuerpo de la madre / cuerpo del feto) y el momento en que aparecía esta percepción, siempre ambigua e interdependiente, condicionaba la cantidad y calidad de la ingesta, y una mayor o menor aceptación de los consejos alimentarios de expertos y familiares.

En la percepción sobre sustancias químicas sintéticas y CTP existe la idea de transmisión de estas sustancias y, por lo tanto, de dualidad, así como también prevalece la idea de acumulación, sobre todo en el cuerpo de la madre. Por ejemplo, en esta narrativa se observa que *«lo que llevas tú lo puedes pasar a tu bebé... lo que tú estás consumiendo se lo estás pasando a él»* (embarazada, 38 años, enfermera). Sin embargo, como observaremos a lo largo de este apartado, la información es dispersa y difusa.

Puesto que los profesionales sanitarios no les informan sobre acumulación y transmisión de sustancias químicas, las mujeres interesadas suelen buscar esta información en los medios de comunicación, preferentemente en el ámbito digital. Las consultas por Internet van desde búsquedas aleatorias de recomendaciones sobre alimentación y/o embarazo (etapas, problemas de salud y síntomas, qué se puede comer o no) a artículos de rigor científico y páginas *web* concretas de pediatras, dietistas o de alimentación ecológica, pasando por *webs*, foros temáticos y artículos de revistas especializadas en embarazo y paternidad primeriza. La falta de información no implica que no traten de establecer comparaciones cuando se les pregunta, recurriendo principalmente al consumo de alcohol, tabaco y pescados grandes:

El marido de una amiga mía, que su padre es ginecólogo, y ahora está embarazada esta amiga mía y su suegro le ha dicho: *«todo lo que te tomas, nada, solo un sorbito de cerveza, se lo toma el niño. O sea, si le quieres dar un biberón de cerveza, tú misma»*. ¿No? Supongo que es exagerado, pero lo que me decías de si se acumula o no; yo creo que gran parte se elimina, porque el cuerpo humano y la naturaleza es sabia... los riñones. Pero siempre hay una parte, y más si abusas [...] Pero si tú, eh... tienes tendencia a consumir estos productos, por mucho que el cuerpo lo elimine, algo se quedará (embarazada, 39 años, logopeda)⁸.

La idea más extendida entre las mujeres entrevistadas es que para que se transmitan las sustancias tiene que existir un nivel mínimo de acumulación, relacionada con el principio de la toxicología de que «la dosis hace

8. Cita traducida de la original en catalán.

el veneno». En cambio, piensan que las funciones excretoras del organismo humano pueden eliminar gran parte de estas sustancias con el tiempo. En estas narrativas observamos distintas opiniones sobre la acumulación y la eliminación:

Porque se deben acumular de alguna manera, pienso yo, es mi creencia... pues pienso que el cuerpo también los puede ir eliminando a lo largo de la vida [...] No dejan de ser aditivos... ¿quién sabe si los acabarás eliminando? —¡la vida sana ayuda a eliminar!— (embarazada, 39 años, enfermera)⁹.

Pues no lo sé... no creo vamos, supongo que los expulsará de alguna manera (embarazada, 33 años, cajera en comercio)¹⁰.

Al cuerpo le cuesta expulsarlo (lactante, 37 años, trabajadora social)¹¹.

¿Existen alimentos que atraviesan la placenta más rápidamente que otros? ¿La permeabilidad de la placenta es sensible a dejar pasar ciertas sustancias contenidas en ciertos tipos de alimentos y otras no? El discurso medicalizado reconoce que determinadas sustancias tóxicas como el alcohol o el mercurio pueden atravesar la placenta y afectar el desarrollo del feto (Valls-Llobet, 2010). Para las madres, la placenta es una frontera frágil y, por lo tanto, a través de la sangre pueden pasar estas sustancias tóxicas. Esta permeabilidad está muy afianzada en el discurso de las mujeres más influidas por la medicalización y en la metáfora de la economía placentaria que nos remite Imaz (2011) en su artículo. La mayoría de ellas no pone en duda que el comportamiento alimentario de la madre afectará la salud del feto. No obstante, es más difícil hallar cierto consenso cuando se refieren al modo en que se pueden transmitir o no las sustancias químicas sintéticas y los CTP: «*no creo que se puedan transmitir*» (embarazada, 34 años, auxiliar administrativa). Los discursos son variados cuando se trata de explorar la idea del modo y el espacio de acumulación, pues no saben bien qué sustancias químicas se acumulan, cómo y dónde se acumulan. A pesar de reconocer que desconocen cómo se acumulan y transmiten los compuestos químicos, las mujeres afirman que ambos procesos terminan produciendo enfermedades a largo plazo, sobre todo los cánceres:

Yo sinceramente creo que la mayoría de los cánceres que hay es por el tipo de alimentación que llevamos. Cada vez hay más casos, más gente joven y creo

9. Cita traducida de la original en catalán.

10. Idem.

11. Idem.

que gran parte es por el tipo de alimentación que llevamos (lactante, 35 años, educadora escolar).

Yo creo que no se eliminan; que es acumulativo y, de hecho, la chica que nos hablaba del trabajo, ella decía: *«ostras, es que la alimentación, después, con otras cosas, pueden desembocar —ahora parezco muy exagerada— pero con cánceres y demás, que pueden venir por aquí. Porque son como toxinas que tiene tu cuerpo y que no es capaz de eliminar»* (embarazada, 39 años, profesora de secundaria)¹².

En las narrativas sobre acumulación, se utilizan metáforas y comparaciones para explicar este proceso. En un caso, la mujer compara el efecto de la acumulación en el interior del cuerpo con un grifo con cal: *«Esto es como un grifo que tiene cal, ¿no? a medida que lo vas usando cada vez más, más, más, se va acumulando ahí. Y cada vez es más difícil de quitar. O sea, que esto supongo que será igual»* (lactante, 30 años, peluquera).

En un segundo ejemplo, se utiliza la metáfora de la savia de los árboles, y se describen los compuestos como residuos y sedimentos:

Yo creo que es un poco como la savia de los árboles: que se va quedando los residuos. Es como lo de las uñas, ¿no? Lo de las manchitas estas de calcio, ¿no? Hasta que la uña no se acaba, no se acaba de eliminar. O en el pelo, yo que sé... que te has intoxicado con algo y hasta que no se corta, yo qué sé. Pienso que es muy complicado, porque esto es como un sedimento que va quedando en el cuerpo, ¿no? Que va quedando por la musculatura (embarazada, 33 años, trabajadora autónoma en hostelería).

En otro ejemplo, se piensa que el interior es el reflejo del exterior, y por lo tanto actúa como la piel: *«¡Yo creo que sí! [que hay acumulación]. Porque, mira, fui una vez, no sé dónde fue, al dermatólogo y me dijo: ‘piensa que la piel tiene memoria’»* (lactante, 39 años, psicóloga)¹³.

A modo de resumen, las mujeres piensan que existen sustancias químicas que se acumulan y que se eliminan en determinados momentos y circunstancias y otras que se acumulan, pero que no se eliminan inmediatamente. Algunas de estas sustancias pueden acabar acumulándose y otras eliminándose con el tiempo. Estas últimas tienen la posibilidad de transmitirse o no, siendo las que se transmiten las más peligrosas, como por ejemplo las toxinas, pudiendo llegar a producir diversas patologías, en especial cánceres.

12. Idem.

13. Cita traducida de la original en catalán.

En el primer grupo de sustancias que se eliminan a través de la orina, las heces y el hígado, pero que pueden llegar a acumularse, se incluyen el alcohol y los conservantes alimentarios. Las mujeres no especifican aquellas sustancias que se eliminan por la orina y las heces. Aunque para las mujeres el hígado es el órgano principal que filtra el alcohol, esta sustancia tóxica puede transmitirse también al feto. En el caso de los conservantes alimentarios, consideran que solamente se puede eliminar una parte, ya que la otra se acumula.

En el segundo grupo, mucho más amplio, las mujeres diferencian los compuestos químicos y los tipos de alimentos en función de la transmisión o no de sustancias químicas. Creen que la acumulación se produce en las grasas y células, y que las sustancias químicas que no consiguen eliminarse son aquellas que tienen la capacidad de producir enfermedades y transmitirse al feto o al bebé.

Entre las sustancias o alimentos que pueden producir enfermedades se incluyen los pescados grandes y la comida rápida. Los compuestos químicos o alimentos que se transmiten a los hijos son los pesticidas, el aceite de palma, la bollería industrial y las toxinas. En general, hay sustancias y alimentos que se acumulan y no se eliminan como son los CTP, los conservantes alimentarios, y algunos tóxicos presentes en la comida procesada, la carne, la comida adulterada y los productos envasados en plástico. Y a nivel específico, los pesticidas son sustancias que además de transmitirse se consideran con capacidad de acumularse en grasas y células. En cambio, en el caso de la carne, las mujeres se refieren a la acumulación de hormonas de crecimiento animal y los antibióticos usados en la prevención de enfermedades en los animales destinados al consumo humano.

Observamos que las mujeres tienen en cuenta que las dosis de sustancias químicas en los alimentos influyen en los procesos de acumulación/transmisión/eliminación. Por ejemplo, piensan que cuando las dosis son pequeñas se hace más fácil su eliminación. En cambio, si la dosis aumenta creen que llega un momento en que se dificulta la eliminación y se tiende a la acumulación.

Como hemos visto, algunas mujeres creen que las sustancias químicas son sedimentos o residuos que van acumulándose en el interior del cuerpo, llegando a poder alterar el metabolismo y producir alternaciones genéticas e infertilidad. El efecto de la acumulación en las grasas y los huesos llega a producir inflamación e irritación, así como afectar el proceso de filtración de hígado y riñones, o acumularse en la sangre. El efecto acumulativo puede llegar, según ellas, a «pudrir» los intestinos, hacer daño al cuerpo y los órganos. Aunque reconocen que existe una susceptibilidad

individual y una predisposición genética, para ellas existe una mayor tendencia acumulativa cuando la persona practica hábitos sedentarios o hábitos perjudiciales para la salud.

Asimismo, en el proceso de transmisión existe una relación muy clara entre la alimentación propia y el desarrollo del feto. Se considera que las sustancias químicas tóxicas atraviesan la placenta por el intercambio sanguíneo, ya que se considera el canal más directo. Estas percepciones coinciden con el discurso científico sobre la transmisión de CTP (Botella, Crespo, Rivas, Cerrillo, Olea-Serrano y Olea, 2004; Casas, Fernández, Llop, Guxens, Ballester, Olea, Basterrechea Irurzun, Santa Marina Rodríguez, Riaño, Tardón, Vrijheid, Calafat y Sunyer, 2011; Cerrillo, Granada, López-Espinosa, Olmos, Jiménez, Caño, Olea y Olea-Serrano, 2005; Fernández, Parera, Arrebola, Santa Marina, Vrijheid, Llop, Abalos, Tardon, Castaño, Abad y Olea, 2012).

Las lactantes piensan que algunos alimentos pueden alterar el sabor de la leche materna, como la alcachofa y los espárragos. A pesar de que muchas piensan que, de la misma forma que los sabores, las sustancias químicas también se transmiten al bebé a través de la leche materna, este proceso no queda muy claro para todas. Hay quienes piensan que la madre actúa de filtro y que no perjudica de la misma manera como durante el embarazo. La creencia en el proceso de transmisión de sustancias químicas a través de la leche materna en el contacto directo del pecho y el bebé es muy relevante y queda bien reflejada en esta narrativa:

Que se acumulan, de hecho, yo he leído hace poco, por el tema de darle el pecho a la niña, que hay sustancias que se acumulan en el cuerpo de la mujer y se transmiten a través de la leche. Hay una que se llama PET... o no me acuerdo cómo se llama una sustancia [...] y que había gente que incluso defendía no darle el pecho a los niños porque se transmite esa sustancia. Y también algo así he leído, como de que las mujeres que comen más en el embarazo... que comen más cantidad, lo almacenan (lactante, 32 años, monitora de educación especial).

A nivel científico, la literatura muestra que ciertos CTP se transmiten a través de la leche materna (Cerrillo et al., 2005). Además de esta consideración nutricional, las madres creen que existe una dimensión educativa de transmisión de madre a hijos en la conformación del comportamiento alimentario: «*Dándole el pecho, claro, le estás pasando ahí... Supongo que sí. Y aunque no transmitas, pues ya es lo que ve tu hija y lo va a copiar. Entonces, en un futuro lo va a hacer ella igual*» (lactante, 30 años, peluquera).

6. Conclusiones

Las mujeres embarazadas y lactantes en España reciben diversos consejos alimentarios por distintas vías (médica, familiares, amistades, medios de comunicación, etc.). El discurso médico es el más estructurado, centrado en restricciones alimentarias para evitar el riesgo de ciertas patologías, mientras que el discurso del entorno más próximo de familiares y amigos se centra en el bienestar de la madre, y se puede condensar en la máxima del «comer bien». Aunque se observan ciertas diferencias entre ambos discursos, no se contraponen, pues la medicalización permea y vehicula la transmisión de los discursos expertos y los discursos sociales de familiares y amigas.

Ninguno de estos consejos hace hincapié en los riesgos y peligros de las sustancias químicas sintéticas o los CTP, con excepción de ciertos tóxicos como el mercurio presente en pescados grandes. La información sobre este tema la encuentran las embarazadas y las lactantes buscando en Internet, a través de los medios de comunicación o en el entorno social más amplio. Las mujeres se quejan a menudo de que no disponen de información sobre este tema y, por eso, creen que saben poco sobre los efectos que tienen estas sustancias, qué tipo de sustancias se acumulan, y cómo y dónde se acumulan, cuáles se transmiten, etc. Los discursos de las mujeres entrevistadas son poco coherentes y variados, lo que provoca cierta indefensión en la asunción de responsabilidad individual a que se ven impelidas a asumir en el cuidado de sí, del feto y el bebé, y de su familia por parte de la presión del discurso medicalizado (Lupton, 2011). Dado que la información proviene generalmente de focos socialmente distantes, se explicaría la mayor incertidumbre sobre el tema. Por tanto, a mayor lejanía social, menor confianza en la veracidad de los discursos sobre riesgo.

El reconocimiento de una dualidad progresiva madre-feto implica que las mujeres entrevistadas creen que los CTP y las sustancias químicas sintéticas puedan tener efectos distintos en la madre y en el grado de crecimiento del feto y, posteriormente, del bebé. Para las madres, los procesos de acumulación, eliminación y transmisión de estas sustancias son variados y dependen del tipo de sustancia, de la dosis que se ingiera y del grado de dependencia del feto y el bebé.

Al comparar la percepción que las mujeres tienen de los procesos de acumulación y transmisión de los CTP con los más conocidos riesgos por el consumo de tabaco y alcohol, la principal preocupación es acerca del peligro que podrían acarrear dichos efectos para el buen desarrollo fetal. El cuerpo gestante se convierte en un espacio ambiguo, al ser difícil separar claramente lo que representa uno (madre) y el otro (feto), y además constituye un proceso liminal caracterizado por ser un rito de paso de un esta-

do social a otro (Imaz, 2011). En nuestro estudio observamos que en las narrativas se apunta que al inicio de la gestación la mujer percibe su cuerpo y el del feto como una única unidad, donde la débil frontera que separa ambos cuerpos, la placenta, se cree que es incapaz de evitar la filtración de compuestos químicos capaces de dañar al feto. A medida que el vientre va creciendo, la mujer empieza a percibir una concepción dual de su cuerpo, que se traduce en llevar a cabo un mayor cuidado de sí y del feto. Como señala Imaz (2011), el cuerpo embarazado constituye una metáfora de la maternidad, porque al analizar lo que ocurre dentro del vientre nos remite a las relaciones entre naturaleza y cultura, las concepciones de lo masculino y lo femenino, así como las nociones de persona e individuo. Al mismo tiempo, las imágenes que se utilizan para referirse a la relación que existe entre el feto y la madre nos hablan de un espacio fronterizo y del modo en el que se construirá el vínculo materno-filial futuro. La idea de cuerpo embarazado se define en relación con el feto, porque la mujer construye su identidad a partir de la expresión *cuerpo-para-otro*.

Así como el consumo de tabaco, alcohol y drogas está relacionado con la atribución de responsabilidad individual hacia las mujeres, la falta de información en el discurso experto sobre sustancias químicas sintéticas significa que la idea de una corporalidad tóxica (Larrea-Killinger, Muñoz y Mascaró, 2017, Larrea-Killinger et al., 2017) y de contaminación interna, más extendida en los medios de comunicación (Beguiria, Larrea, Muñoz, Zafra, Mascaró-Pons y Porta, 2014), está invisibilizada en la relación médico-paciente.

Pensamos que habría que estudiar en el futuro cómo los medios de comunicación se están convirtiendo en un foco de atención para difundir los riesgos de la alimentación contemporánea. En cualquier caso, detrás del silencio informativo está latente el problema de la responsabilidad institucional sobre el control alimentario, en especial sobre la actividad productiva de las industrias agroalimentarias, cuyo peso creciente en la oferta de productos procesados plantea un problema social y económico de gran relieve. Es precisamente en este ámbito, donde la investigación sobre CTP y su divulgación tiene mayor importancia, sobre todo para los sectores sociales más susceptibles de riesgos, como embarazadas y lactantes, tal como hemos querido mostrar en este artículo.

Referencias

Aesan (2010). *Informe del Comité Científico de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición en relación a los niveles de mercurio establecidos para los productos de la pesca*. En <http://www.aecosan.mssi.gob.es/AECOSAN/docs/documenten>

- tos/seguridad_alimentaria/evaluacion_riesgos/informes_comite/MERCURIO_P.PESCA.pdf. Accedido el 29 de septiembre de 2017.
- Agència de Salut Pública de Catalunya (2012). *Piràmide de l'alimentació saludable*. En http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/ciutadania/vida_saludable/alimentacio/consells_generals/documents/arxius/piramide_alimentacio01.pdf. Accedido el 27 de septiembre de 2017.
- Barouki, R.; Gluckman, P.D.; Grandjean, P.; Hanson, M. y Heindel, J.J. (2012). Developmental origins of non-communicable disease: implications for research and public health. *Environ. Health*, 11(42).
- Beguera, A. (2016). *Un equilibrio imperfecto. Alimentación ecológica, cuerpo y toxicidad*. Barcelona: Editorial UOC.
- Beguera, A.; Larrea, C.; Muñoz, A.; Zafra, E.; Mascaró-Pons, J. y Porta, M. (2014). Social discourse concerning pollution and contamination in Spain: Analysis of online comments by digital press readers. *Contributions to Science*, 10: 35-47.
- Bell, K.; McNaughton, D. y Salmon, A. (2009). Medicine, morality and mothering: public health discourses on foetal alcohol exposure, smoking around children and childhood overnutrition. *Critical Public Health*, 19(2):155-170.
- Bergman, A.; Heindel, J.J.; Jobling, S.; Kidd, K.A. y Zoeller, R.T. (Eds.) (2013). *State of the science of endocrine disrupting chemicals*. Geneva: United Nations Environment Programme and the World Health Organization.
- Blázquez, M.I. (2005). Aproximación a la antropología de la reproducción. *AIBR Revista de Antropología Iberoamericana*, 42: 1-25.
- Botella, B.; Crespo, J.; Rivas, A.; Cerrillo, I.; Olea-Serrano, M.F. y Olea, N. (2004). Exposure of women to organochlorine pesticides in Southern Spain. *Environmental Research*, 96(19): 34-40.
- CAPS - Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris (2011). *La contaminación y la salud. Análisis de los determinantes ambientales de la salud: contaminación química interna, radiaciones no ionizantes, la contaminación del agua, la producción industrial de alimentos y la salud, patologías emergentes y cáncer de mama*. En http://www.caps.cat/images/stories/caps/LA_CONTAMINACION_Y_LA_SALUD.pdf. Accedido el 10 de septiembre de 2017.
- Casas, L.; Fernández, M.F.; Llop, S.; Guxens, M.; Ballester, F.; Olea, N.; Basterrechea Irurzun, M.; Santa Marina Rodríguez, L.; Riaño, I.; Tardón, A.; Vrijheid, M.; Calafat, A.M. y Sunyer, J. (2011). Urinary concentrations of phthalates and phenols in a population of Spanish pregnant women and children. *Environment International*, 37(5): 858-866.
- Cerrillo, I.; Granada, A.; López-Espinosa, M.J.; Olmos, B.; Jiménez, M.; Caño, A.; Olea, N. y Olea-Serrano, M.F. (2005). Endosulfan and its metabolites in fertile women, placenta, cord blood, and human milk. *Environmental Research*, 98(2): 233-239.
- Contreras, J. (2011). A modernidade alimentar: entre a superabundância e a insegurança. *História. Questões & Debates*, 54: 19-45.
- Fängström, B.; Hovander, L.; Bignert, A.; Athanassiadis, I.; Linderholm, L.; Grandjean, P.; Weihe, P. y Bergman, A. (2005). Concentrations of polybrominated diphenyl ethers, polychlorinated biphenyls, and polychlorobiphenyls in serum from pregnant Faroese women and their children 7 years later. *Environ Sci Technol*, 39(24): 9457-63.

- Fernández, M.F.; Parera, J.; Arrebola, J.P.; Santa Marina, L.; Vrijheid, M.; Llop, S.; Abalos, M.; Tardon, A.; Castaño, A.; Abad, E. y Olea, N. (2012). Levels of polychlorinated dibenzo-p-dioxins, dibenzofurans and dioxin-like polychlorinated biphenyls in placentas from the Spanish INMA birth cohort study. *Science of The Total Environment*, 441: 49-56.
- Fischler, C. (1990). *L'Homnivore*. Paris: Odile Jacob.
- Foucault, M. (1987). *Historia de la sexualidad*. Madrid: Ed. Siglo XXI.
- Gracia-Arnaiz, M. (2007). Comer bien, comer mal: la medicalización del comportamiento alimentario. *Salud Pública Mexicana*, 49(3): 236-242.
- Grandjean, P. y Landrigan, P.J. (2006). Developmental neurotoxicity of industrial chemicals. *The Lancet*, 368: 2167-2178.
- Imaz, E. (2001). Mujeres gestantes, madres en gestación. Metáforas de un cuerpo fronterizo. *Política y sociedad*, 36: 97-111.
- Larrea-Killinger, C.; Muñoz, A. y Mascaró, J. (2017). Cuerpos tóxicos: la percepción del riesgo de la contaminación interna por compuestos químicos en España. *Salud Colectiva*, 13(2): 225-237.
- Larrea-Killinger, C.; Muñoz, A.; Mascaró, J.; Zafra, E. y Porta M. (2017). Discourses on the toxic effects of internal chemical contamination in Catalonia, Spain. *Medical Anthropology: Cross Cultural Studies in Health and Illness*, 36(2): 125-140.
- Leppo, A.; Hecksher, D. y Tryggvesson, K. (2014). 'Why take chances?' Advice on alcohol intake to pregnant and non-pregnant women in four Nordic countries. *Health, Risk & Society*, 16(6): 512-529.
- Lupton, D. (2011). The best thing for the baby': Mothers' concepts and experiences related to promoting their infants' health and development. *Health, Risk & Society*, 13(7/8): 637-51.
- Lupton, D. (2012). 'Precious cargo': foetal subjects, risk and reproductive citizenship. *Critical Public Health*, 22(3): 329-340.
- Montes, M.J. (2007). Culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos. Tesis doctoral. Universitat Rovira i Virgili.
- Montes, M.J.; Bodoqué, Y. (2002). Cuerpo y nacimiento: análisis antropológico del poder en la reproducción de los cuerpos. Actas del IX Congreso de Antropología de la Federación de Asociaciones de Antropología del Estado Español (FAAEE). Barcelona.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). *El único consumo seguro de alcohol es el consumo cero*. En http://www.msbs.gob.es/campanas/campanas10/embarazadasCeroAlcohol/descargas/FOLLETO_CASTELLANO.pdf. Consultado el 27 de septiembre de 2017.
- Muncke, J. (2011). Endocrine disrupting chemicals and other substances of concern in food contact materials: An updated review of exposure, effect and risk assessment. *The Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology*, 127(1-2): 118-127.
- Muñoz, A.; Larrea, C.; Zafra, E. y Begueria, A. (2014). Las responsabilidades sobre las sustancias químicas y los Compuestos Tóxicos Persistentes (CTP): una perspectiva antropológica sobre los riesgos. En *Periferias, Fronteras y Diálogos*: 4386-4406.

- Porta, M.; Puigdomènech, E. y Ballester, F. (Eds.) (2009). *Nuestra contaminación interna. Concentraciones de compuestos tóxicos persistentes en la población española*. Madrid: Los libros de la Catarata.
- Porta, M. y Zumeta, E. (2002). Implementing the Stockholm treaty on POPs [Editorial]. *Occupat Environ Med.*, 59: 651-2.
- Rochester, J.R. (2013). Bisphenol A and human health: a review of the literature. *Reprod Toxicol*, 42: 132-55.
- Valls-Llobet, C. (2010). Contaminación ambiental y salud de las mujeres. *Investigaciones Feministas*, 1: 149-159.
- Veyhe, A.S.; Hofoss, D.; Hansen, S.; Thomassen, Y.; Sandanger, TM.; Odland, J.Ø. y Nieboer, E. (2015). The Northern Norway Mother-and-Child Contaminant Cohort (MISA) Study: PCA analyses of environmental contaminants in maternal sera and dietary intake in early pregnancy. *Int J Hyg Environ Health*, 218(2): 254-64