

Percepción del bienestar y prácticas alimentarias saludables

Cabiedes-Miragaya, Laura^a, Díaz-Méndez, Cecilia^b, García-Espejo, Isabel^c

^a Departamento de Economía Aplicada de la Universidad de Oviedo y miembro del Grupo de Investigación de Sociología de la Alimentación de la Universidad de Oviedo. Facultad de Economía y Empresa, Campus del Cristo, s/n, 33006 Oviedo, email: lcabie@uniovi.es; ^b Departamento de Sociología de la Universidad de Oviedo y miembro del Grupo de Investigación de Sociología de la Alimentación de la Universidad de Oviedo. Facultad de Economía y Empresa, Campus del Cristo, s/n, 33006 Oviedo, email: cecilia@uniovi.es; ^c Departamento de Sociología de la Universidad de Oviedo y miembro del Grupo de Investigación de Sociología de la Alimentación de la Universidad de Oviedo. Facultad de Economía y Empresa, Campus del Cristo, s/n, 33006 Oviedo, email: igarcia@uniovi.es

Palabras clave: Prácticas alimentarias, Estilos de vida, Bienestar subjetivo, Percepción de salud, Satisfacción vital.

Introducción

El objetivo de este trabajo es analizar las prácticas alimentarias y deportivas y su relación con la percepción subjetiva del bienestar. Los indicadores de bienestar subjetivo que se incluirán en el análisis son: satisfacción vital, felicidad y percepción subjetiva de salud. El estudio se llevará a cabo con apoyo en datos del Barómetro del CIS de marzo de 2017 (Estudio nº 3170). Es la primera vez que el CIS incluye preguntas acerca del fenómeno “comer fuera de casa”, de modo que facilita información muy exhaustiva de las pautas alimentarias seguidas por la población española en sus múltiples facetas. El interés de este trabajo reside en que, hasta donde nuestro conocimiento alcanza, es la primera vez que se lleva a cabo un estudio de estas características, referido a la población española en su conjunto.

En coherencia con el creciente interés en las sociedades modernas por el cuidado de la salud y del cuerpo, ha aumentado el interés de los ciudadanos de los países desarrollados por los estilos de vida saludables, como una alimentación sana y la práctica de actividad física. La mayor atención prestada a los estilos de vida responde, entre otros factores, al aumento de la esperanza de vida y, en consecuencia, la alta prevalencia de las enfermedades crónicas. Esta situación atrae la atención desde el ámbito de la salud pública en los países desarrollados, ya en los años 50. Desde entonces se fue abandonando una visión médico-epidemiológica, calificada de reduccionismo médico, a favor de programas de promoción de estilos de vida saludables que adoptan una forma más social que médica, promovidos por la OMS (Organización Mundial de la Salud) en los años 80. La OMS conceptualiza estilo de vida como “...una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales” (OMS, 1986; Pastor, Balaguer, García-Merita, 1998). En paralelo, en numerosos países de nuestro entorno socioeconómico, tiene lugar la consolidación de los sistemas sanitarios públicos y un acceso más

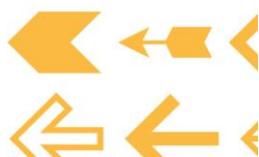


equitativo a los servicios sanitarios, así como cierto escepticismo sobre su potencial impacto en la salud. Éste es el caldo de cultivo del enfoque multidimensional de la salud defendido en el llamado Informe Lalonde en los años 70 en Canadá, rápidamente extendido a otros países. El informe sostiene que, si se dedica la debida atención, entre otros, a los estilos de vida, el entorno laboral y físico, la biología humana y la herencia genética, se podría mejorar la salud más allá de lo que se había ya conseguido a partir de una amplia extensión de los cuidados médicos (Lalonde, 1981). A algunos autores les preocupa que de aquí derive una excesiva orientación de actuaciones públicas hacia la regulación y modificación de comportamientos individuales, responsabilizando casi exclusivamente al individuo de su salud. Si bien los límites entre la responsabilidad individual y colectiva no son nítidos, prácticamente hoy nadie duda de que hay que huir de los extremos y de que, en los países desarrollados, los estilos de vida, como las pautas nutricionales o la práctica de actividad física, constituyen factores explicativos clave de la salud.

Algunos autores manejan los términos bienestar, felicidad y satisfacción como términos intercambiables (véase por ejemplo Easterlin, 2001). Sin embargo, las diferencias conceptuales y, por tanto, los términos utilizados para su designación encuentran respaldo empírico en la literatura. Por ejemplo, Moyano y Ramos (2007) señalan que, a pesar de que los conceptos de felicidad y satisfacción vital no son totalmente independientes, resultan diferenciables.

En línea con la tradición hedonista, puede considerarse que la satisfacción vital recoge el componente cognitivo del bienestar subjetivo y que el concepto de felicidad se asocia a su componente afectivo, en cuanto a la presencia de sentimientos positivos en un momento determinado (Moyano, Ramos, 2007; Meiselman, 2016). La satisfacción con la vida constituye una percepción holística para un período de vida y no un momento puntual y guarda relación con la distancia que el individuo percibe entre sus expectativas y sus logros, y con su valoración de la vida que lleva en su conjunto, a partir de un proceso de reflexión consciente (Videra-García, Reigal-Garrido, 2013). Por su parte, en ciencia social felicidad tiende a identificarse con disfrute subjetivo de la vida (Nava, 2012), medida en términos de cómo cada persona valora su vida en un momento reciente del tiempo (Chrostek, 2016). Esta diferencia podría explicar el hecho de que personas de elevada edad declaren no ser felices y, en cambio, sentirse satisfechas con su vida en general, valorada en su conjunto y con perspectiva.

La salud percibida puede considerarse otro indicador de bienestar subjetivo. Si bien la percepción de salud no siempre guarda una relación directa con el estado de salud real (Videra-García, Reigal-Garrido, 2013; Castro-Vázquez et al., 2007), "... goza de un extraordinario prestigio como medida de salud general de la población, seguramente fundamentado en las altas correlaciones encontradas entre esta medida y ciertos índices y perfiles de salud de contrastada validez, o en el fuerte carácter predictivo que tiene sobre el uso de servicios y la mortalidad" (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2005). Entre las diversas interpretaciones de la salud percibida como indicador de los problemas de salud, cabe resaltar dos: la "hipótesis de la esponja", que considera el estado autopercibido de salud como un indicador más completo, por su sensibilidad para captar información que otros no pueden identificar y la "hipótesis de la trayectoria", que resalta la capacidad predictiva que la percepción negativa de la salud tiene del deterioro



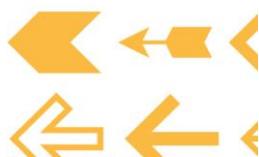
inminente de la salud (AETS, 2001). En suma, se puede considerar como uno de los mejores indicadores globales de salud (en sus diversas dimensiones) (Girón, 2010).

Hasta hace relativamente poco tiempo, el enfoque que ha predominado en la modelización de las variables referidas a bienestar subjetivo y estilos de vida, en combinación con otros factores potencialmente explicativos, ha sido el llamado “enfoque de abajo hacia arriba” o ascendente (*bottom-up*), que concibe el proceso que influye en el bienestar como resultado de experiencias vitales en momentos específicos, es decir, la suma de varios dominios del bienestar, constituyendo los predictores de la satisfacción con la vida o la felicidad (enfoque de carácter lockiano). Más recientemente Diener (1984) lo distinguió del “enfoque de arriba hacia abajo” o descendente (*top-down*), para referirse a diferentes predisposiciones personales a la hora de interpretar experiencias vitales en uno u otro sentido (enfoque de carácter kantiano). En este caso, el impacto opera en sentido contrario: es la percepción de bienestar la que influye en los dominios específicos (Diener et al., 1999). Los resultados obtenidos con ambos modelos pueden ser compatibles y, cuando esto es así, cabe sugerir un modelo de causalidad bidireccional (Feist et al., 1995).

La literatura disponible acerca de los factores relacionados con la percepción subjetiva del bienestar es amplísima. Cuando entre los factores explicativos se incluyen los estilos de vida, éstos arrojan resultados dispares, si bien la práctica de ejercicio físico, y no tanto la alimentación, destaca por su carácter predictivo del bienestar subjetivo, en sus distintas facetas. En el contexto de los países desarrollados, a pesar de la importancia que la alimentación tiene en nuestras vidas desde múltiples perspectivas, más allá del mero acto de cubrir una necesidad básica, esta dimensión está ausente en muchos de los estudios y, cuando se incluye, generalmente se trata de estudios apoyados en encuestas diseñadas *ex profeso* y limitados a un segmento de la población concreto, sobre todo, adolescentes, estudiantes universitarios y ancianos. Éste es el caso de la literatura aplicada al caso español. A modo de ejemplo, Grao-Cruces et al. (2013), para una muestra de 1.973 adolescentes (11-18 años) cursando Educación Secundaria Obligatoria en Andalucía, concluyen que los sujetos con mayor grado de adherencia a la dieta mediterránea son físicamente más activos y muestran mayor grado de satisfacción con la vida que los que siguen una dieta de pobre calidad. Asimismo, a través de modelos de regresión lineal múltiple ajustados, Zaragoza et al. (2018), a partir de una muestra de 351 personas mayores de 60 años, detectan una relación directa entre el seguimiento de una dieta mediterránea y satisfacción vital entre las mujeres, si bien la asociación no resultó significativa en el caso de los hombres. Tal y como indican Blázquez et al. (2016), la relación entre hábitos alimentarios y la salud percibida es controvertida. En particular, de su estudio, referido a personas mayores de 50 años, se desprende una débil correlación entre el número de criterios de alimentación saludable y el estado de salud percibido, observándose una tendencia lineal entre la intensidad del ejercicio físico y una mejor percepción subjetiva de la salud.

La principal hipótesis manejada es este estudio es que existe una relación entre las prácticas alimentarias y deportivas y el bienestar subjetivo de la población española.

Material y Metodología



A partir de los datos del Barómetro del CIS de marzo de 2017 (2.487 entrevistas realizadas a ciudadanos españoles de 18 años y más), se aplicarán técnicas de modelos logit ordenados y regresiones lineales múltiples. Es preciso resaltar que los datos de corte transversal no permiten demostrar relaciones de causalidad, pero sí podremos establecer algunas relaciones entre las variables incluidas en los modelos que nos permitirán comprender mejor el sentido del bienestar que dan los ciudadanos españoles a sus propias vidas y analizar hasta qué punto su percepción está asociada a prácticas concretas de alimentación y actividad física.

Conclusiones preliminares

La relación de las prácticas alimentarias y el ejercicio físico con la satisfacción vital nos arroja los resultados preliminares que se recogen a continuación. Manifiestan una asociación positiva:

- Realizar tres comidas al día, que es la pauta más extendida entre la población española
- Mayor consumo de pescado
- Beber leche a diario
- Consumo de verduras y hortalizas a diario
- Consumo de fruta fresca a diario
- Consumo de cereales a diario
- Comer con frecuencia fuera de casa
- Comer con frecuencia fuera de casa con amigos y familiares
- Realizar ejercicio físico varias veces a la semana

Bibliografía

AETS (2001). Análisis comparativo de la Encuesta Nacional de Salud. Año 1997. Informe de Evaluación de Tecnologías Sanitarias nº 29. Madrid: AETS (Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias) - Instituto de Salud Carlos III.

Blázquez, G., López-Torres, J. D., Rabanales, J., López-Torres, J., Val, C. Ll. (2016). Alimentación saludable y autopercepción de salud. *Atención Primaria* 48 (8), 535-542.

Castro-Vázquez, A., Espinosa-Gutiérrez, I., Rodríguez-Contreras, P., Santos-Iglesias, P. (2007). Relación entre el estado de salud percibido e indicadores de salud en la población española. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (3), 883-898.

Chrostek, P. (2016). Empirical Investigation into the Determinants and Persistence of Happiness and Life Evaluation. *Journal of Happiness Studies*, 17 (1), 413-430.

Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.

Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., Smith, H. L. (1999). Subjective Well-Being: Three Decades of Progress. *Psychological Bulletin*, 125 (2), 276-302.



Easterlin, R. A. (2001). Income and happiness: Towards a Unified Theory. *The Economic Journal*, 111, 465-484.

Feist, G. J., Bodner, T. E., Jacobs, J. F., Miles, M., Tan, V. (1995). Integrating Top-Down and Bottom-Up Structural Models of Subjective Well-Being: A Longitudinal Investigation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68 (1), 130-150.

Girón, P. (2010). Los determinantes de la salud percibida en España. Tesis Doctoral leída en el Departamento de Enfermería de la Universidad Complutense de Madrid.

Grao-Cruces, A., Nuviola, A., Fernández-Martínez, A., Porcel-Gálvez, A. M., Moral-García, J. E., Martínez-López, E. J. (2013). Adherencia a la dieta mediterránea en adolescentes rurales y urbanos del sur de España, satisfacción con la vida, antropometría y actividades físicas y sedentarias. *Nutrición Hospitalaria*, 28 (3), 1129-1135.

Lalonde, M. (1981): A New Perspective on the Health of Canadians. A Working Document. Minister of National Health and Welfare.

Meiselman, H. L. (2016). Quality of life, well-being and wellness: Measuring subjective health for foods and other products. *Food Quality and Preference*, 54, 101-109.

Ministerio de Sanidad y Política Social (2005). La salud de la población española en el contexto europeo y del Sistema Nacional de Salud. Indicadores de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.

Moyano, E., Ramos, N. (2007). Bienestar subjetivo: midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en población chilena de la Región Maule. *Revista Universum*, 22(2).

Nava, M. G. (2012). La calidad de vida: Análisis multidimensional. *Enfermedad Neurológica*, 11 (3), 129-137.

OMS (1986). Life-Styles and Health. *Social Science and Medicine*, 22 (2), 117-124. Prepared by the Health Education Unit, Regional Office for Europe.

Pastor, Y., Balaguer, I., García-Merita, M.L. (1998). Una revisión sobre las variables de estilos de vida saludables. *Revista de Psicología de la Salud*, 10 (1), 15-52.

Videra-García, A., Reigal-Garrido, R. (2013). Autoconcepto físico, percepción de salud y satisfacción vital en una muestra de adolescentes. *Anales de Psicología*, 29 (1). Disponible en <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.1.132401>

Zaragoza-Martí, A., Ferrer-Cascales, R., Hurtado-Sánchez, J. A., Laguna-Pérez, A., Cabañero-Martínez, M. J. (2018). Relationship between adherence to the Mediterranean diet and health-related quality of life and life satisfaction among older adults. *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 22(1), 89-96.

