

## Comprar, cocinar y comer: un análisis comparado de las prácticas alimentarias de hogares con y sin obesidad infantil

Otero-Estévez, Sonia<sup>a</sup>, García-Espejo, Isabel<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Dpto. Sociología. Universidad de Oviedo. GI Sociología de la Alimentación, Avda. del Cristo S/N Oviedo, email: [uo221461@uniovi.es](mailto:uo221461@uniovi.es); <sup>b</sup> Dpto. Sociología, Universidad de Oviedo. GI. Sociología de la Alimentación, Avda. del Cristo, S/N, Oviedo, e-mail: [igarcia@uniovi.es](mailto:igarcia@uniovi.es)

**Palabras clave:** obesidad, prácticas alimentarias, estilos de vida, desigualdad social, salud.

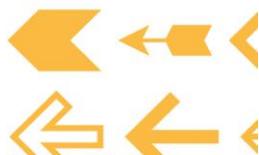
### Introducción

La obesidad es uno de los principales problemas de salud en las sociedades desarrolladas. Según las últimas cifras disponibles un 17% de la población española está obesa y más del 60% de los hombres y del 44% de la mujeres tienen sobrepeso u obesidad (EES, 2014). En el caso de los datos sobre obesidad infantil, se estima el porcentaje de sobrepeso u obesidad en niños y niñas de 6 a 9 años en 22,4% para los primeros y 23,9% para las segundas (Aladino, 2015).

Los estudios sobre este nuevo riesgo social destacan su raíz en las desigualdades socioeconómicas, poniendo de manifiesto que bajo una base biológica la obesidad es un problema social. Sin embargo, aún existe un gran vacío de conocimiento en lo que respecta al estudio de las prácticas sociales de la población obesa y los mecanismos que conducen a prácticas sociales deficientes (menos ejercicio, menos alimentos saludables, etc.). Es necesario indagar acerca de por qué ciertos grupos comen peor y mantienen estilos de vida menos saludables que otros (Friel et al., 2015), así como profundizar en los mecanismos de transmisión de pautas alimentarias y la socialización en ambientes promovedores de la obesidad infantil (Delormier, Frohlich and Potvin, 2009; Abel and Frohlich, 2012).

Las principales hipótesis que subyacen en la literatura sobre sus causas son las siguientes. En primer lugar, se argumenta que pueda deberse a un nivel educativo bajo que harían que los individuos se “comportasen mal”. En segundo lugar, estaría la llamada “hipótesis económica” que sugiere que las personas con más bajos recursos tenderían a elegir los alimentos ofrecidos a menor coste que, a su vez, son aquellos con más densidad calórica, más grasas y más azúcares (Drewnowski, 2004). En tercer lugar, también se habla de las diferencias culturales entre distintos grupos sobre el peso, la dieta y la salud. Los distintos grupos socioeconómicos tienen creencias, valores y actitudes diferenciadas en torno al consumo alimentario (Bourdieu, 1979; Gracia-Arnaiz, 2007; Martín-Criado, 2010). Por último, también se encuentra la hipótesis que apunta a la industria alimentaria, como el causante de un aumento de la comida de mala calidad y la convivencia en paralelo de cambios a nivel social que tienen como resultado una sociedad mucho más sedentaria que en décadas anteriores (Fischler, 1995; Aguirre, 2000; Burns, 2004; Wilkinson y Marmot, 2003).

Gobiernos e instituciones se han hecho eco de esta nueva epidemia. En el entorno europeo se han propiciado iniciativas de análisis para analizar el aumento de la obesidad. Dos estudios, Obesity and the Economics of Prevention: Fit Not Fat (Smith,



2011) y recientemente el último informe de la OCDE (2017), confirman que la obesidad aumenta al mismo tiempo que aumentan también las iniciativas para poner freno a su crecimiento. El objetivo de esta comunicación es indagar en el proceso que lleva hacia la obesidad o que te aleja de ella, a través de la exploración de las prácticas alimentarias y de los factores que favorecen o dificultan el seguimiento de dicha práctica en los hogares, con el fin último de mejorar las condiciones de la alimentación de las futuras generaciones.

### **Metodología**

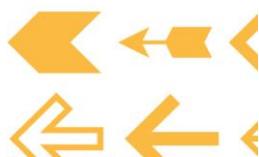
En este trabajo se han utilizado 30 entrevistas en profundidad. La muestra está compuesta por dos tipos de hogares: los hogares con obesidad infantil y los hogares sin obesidad infantil. El trabajo de campo ha sido realizado entre junio de 2017 y noviembre de 2018 y las entrevistas han tenido una duración comprendida entre 1 y 2 horas. Las entrevistas han sido transcritas literalmente y tratadas confidencialmente para su posterior codificación con el software de análisis cualitativo MAXQDA. Siguiendo un enfoque inductivo se ha realizado una codificación de las entrevistas y se han extraído los datos por distintas categorías de análisis. Para esta comunicación se han utilizado los códigos: “Alimentación” (área 2), “Trabajo” (área 5), “Escuela” y “Percepciones y valoraciones” (área 9). Este estudio cuenta con aprobación ética de la Comisión Ética de Investigación del Principado de Asturias (nº158/17).

### **Resultados**

Este análisis centrado en la familia como entorno de acción y reproducción de las prácticas alimentarias, o como agente socializador primario en el ámbito de la alimentación, ha permitido observar de forma única las condiciones sociales que modulan o intervienen en la práctica alimentaria y su impacto en los más pequeños del hogar. Uno de los aspectos que destaca por afectar al conjunto de los hogares es la presión temporal que perciben los entrevistados en la organización de sus prácticas. Sienten que “se les escapa el tiempo” entre obligación y obligación (Southerton, 2003). En parte, esta percepción de presión temporal es una característica muy ligada a la vida moderna o como diría Bauman a la “vida líquida” de nuestro tiempo en la que “las más acuciantes y persistentes preocupaciones que perturban esa vida son las que resultan del temor (...) a que no podamos seguir el ritmo de unos acontecimientos que se mueven con gran rapidez” (Bauman, 2006:10).

En este contexto de escasez de tiempo los hogares tienen que gestionar y planificar la alimentación diaria, lo que supone pensar y organizar al menos tres ingestas de comida al día y hacerlo al mismo tiempo que gestionan otras muchas actividades. Esta gestión de la alimentación implica tomar decisiones sobre la obtención, la preparación y el consumo en un contexto en el que la modernización alimentaria ha proporcionado más opciones para elegir, pero también más peligros y desconfianzas derivadas de las discrepancias dietéticas y los discursos contradictorios (Fischler, 2010).

Es aquí donde pueden empezar a observarse las principales diferencias entre los hogares con y sin presencia de obesidad infantil. Los hogares entrevistados no disponen de los mismos recursos ni habilidades para gestionar la alimentación. A medida que uno va introduciéndose en sus prácticas y en sus explicaciones va



observando que no solo sus lógicas diarias son diferentes, sino cómo esto va impregnándose en la práctica alimentaria o incluso cómo la va modificando. En un mismo hogar, las prácticas cambian cuando cambian las circunstancias que las motivan. Esto genera efectos en su práctica alimentaria si se carece de “herramientas” para afrontar dichos cambios.

La práctica alimentaria de los hogares con obesidad infantil está organizada y planificada de acuerdo a los horarios y ritmos laborales. En su caso, “la alimentación ya no estructura al tiempo, es el tiempo quien estructura a la alimentación” (Fischler, 1995:208). Sus horarios laborales más extensos y caóticos (trabajos a turnos) fomentan que la organización de la compra de alimentos sea menos rutinizada y con mayor tendencia a la improvisación o planificación en la inmediatez. Para estos hogares y especialmente para las mujeres existe una colisión entre sus trabajos y la comida. Conviene destacar en este sentido la dificultad añadida de las mujeres de hogares con obesidad, pues carecen de apoyo de sus parejas en la gestión de la alimentación y de las tareas domésticas, mientras que las mujeres de los hogares sin obesidad son apoyadas y ayudadas al menos en ciertas ocasiones a gestionar la alimentación en la escasez de tiempo (Warin et al. 2008).

Algo similar ocurre en el caso de las comidas que suelen ser estar más estructurado en lo que se refiere a momentos, lugares y compañía. Los hogares con obesidad no siempre comen a las mismas horas y tienden a cenar más tarde que los hogares sin obesidad, siendo los horarios de comidas menos estables, ya que se ven influidos constantemente por factores externos como las actividades escolares o extraescolares o los horarios laborales maternos. Esta irregularidad horaria también ha sido observada por Smith and Holm (2010) en un estudio en el que entrevistaron a personas de diferentes niveles educativos con y sin obesidad para investigar la posible relación entre las prácticas sociales en el trabajo y los comportamientos y percepciones de la salud.

Las comidas y las cenas tampoco se hacen siempre con las mismas compañías o en los mismos lugares en el caso de los hogares con obesidad. Las familias con obesidad infantil comparten menos ocasiones un espacio social en torno a la comida, a pesar de valorarlo. En algunas ocasiones suplen esta falta recurriendo a los abuelos quienes tienden a resolver con alimentos que no entrañen conflictos con sus nietos. Dicho de otro modo, las prácticas alimentarias de los hogares con obesidad suelen ser resueltas en la inmediatez. Este aspecto contribuye a realizar elecciones alimentarias basadas en impulsos, en minimizar el tiempo y los conflictos de dar de comer a los más pequeños del hogar, en el tiempo de preparación de los platos o pensadas más con el estómago que con la cabeza. En un reciente estudio sobre las diferentes formas de organización de la práctica alimentaria (Gojard and Veron, 2018) se ha observado también cómo las decisiones alimentarias en el hogar se ven influidas por el dinero, el tiempo disponible y los gustos de los niños en aras de minimizar los conflictos.

Todos los hogares muestran cómo relajan en algún momento la norma alimentaria, sin embargo, la forma en la que se produce esta relajación normativa es distinta. Los hogares con obesidad tienen integrado en mayor medida el relax y parecen menos conscientes del riesgo que esto genera. En cambio, los hogares sin obesidad se saltan

la norma de forma más puntual y esporádica y, siendo conscientes de ello, la planifican o la restringen a celebraciones o fines de semana.

En estas decisiones de unos y otros se va viendo cómo las habilidades alimentarias de las que se disponga y los conocimientos alimentarios que se tengan van modulando y perfilando las prácticas alimentarias (Gojard and Veron, 2018). La vivencia de una enfermedad en el entorno cercano o personal, y/o el contacto con experiencias en las que se han adquirido conocimientos relacionados con la alimentación saludable son utilizados por los que las tienen para tomar decisiones que se aproximen más al concepto de salud adquirido con dicha experiencia. Dicho de otro modo, sus experiencias pasadas funcionan en el presente moldeando su práctica alimentaria actual y proporcionando competencias para gestionar la alimentación como han corroborado también otros autores (Smith and Holm, 2010).

## Conclusiones

En este artículo se han analizado de forma comparada las prácticas alimentarias de hogares con y sin obesidad infantil con el objetivo de aproximarse a un mejor entendimiento de los aspectos o factores que inciden en la lógica cotidiana de la organización y planificación de la vida diaria y que sitúan a unos hogares en una mejor posición para la toma de decisiones que afectan a la alimentación. A lo largo del artículo se ha podido ir observando cómo la forma de enfrentarse a la ausencia de tiempo está muy marcada o influida por los recursos y los constreñimientos de los hogares. Dicho de otro modo, la forma de enfrentarse a la ausencia de tiempo con los recursos de los que se dispone para ello, es la clave en este asunto.

Una mayor presión laboral, menores habilidades y conocimientos alimentarios y menor corresponsabilidad y/o apoyo en las tareas del hogar son los principales factores de vulnerabilidad detectados en los hogares con obesidad infantil en el desempeño de la práctica alimentaria. Se ha ido observando cómo las modificaciones en las circunstancias vitales que proporcionan conocimientos alimentarios cambian las prácticas alimentarias de los hogares a mejor, mientras que aquellas que constriñen el horario y/o lo alteran inclinan hacia una peor organización y una práctica alimentaria más desestructurada. Este aspecto abre una puerta clave al entendimiento de las causas sociales de la obesidad al permitir comprender cómo las prácticas alimentarias se reproducen o se modifican, así como la relación dialéctica entre “*structure*” y “*agency*”.

## Bibliografía

Abel, T., y Frohlich, K. L. (2012). Capitals and capabilities: Linking structure and agency to reduce health inequalities. *Social science & medicine*, 74(2), 236-244.

Aguirre, P. (2000). Aspectos socioantropológicos de la obesidad en la pobreza. En Peña, M. y Bacallao, J. (2000): La obesidad en la pobreza: un nuevo reto para la salud pública. Organización Panamericana de la Salud, revista científica n. 576.

Bauman, Z. (2006). *Liquid life*. Barcelona: editorial Austral.



Bourdieu, P. (1979). 1984. *Distinction. A social critique of judgement of taste*, London.

Burns, C. (2004). "A review of the literature describing the link between poverty, food insecurity and obesity with specific reference to Australia". *Physical Activity Unit, Food Insecurity Program. Victorian Health Promotion*, 1-26.

Delormier, T., Frohlich, K. L., y Potvin, L. (2009). Food and eating as social practice—understanding eating patterns as social phenomena and implications for public health. *Sociology of health & illness*, 31(2), 215-228.

Drewnowski, A. (2004). Obesity and the food environment: dietary energy density and diet costs. *American journal of preventive medicine*, 27(3), 154-162.

Estudio ALADINO (2015). Estudio de vigilancia del crecimiento, alimentación, actividad física, desarrollo infantil y obesidad en España. Madrid: Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN).

Fischler, C. (2010). Gastro-nomía y gastro-anomía. Sabiduría del cuerpo y crisis biocultural de la alimentación moderna. *Gazeta de Antropología*, 26(1), 1-19.

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

Friel, S., Hattersley, L., Ford, L., y O'Rourke, K. (2015). Addressing inequities in healthy eating. *Health promotion international*, 30(2), 77-88.

Gojard, S., y Véron, B. (2018). Shopping and cooking: the organization of food practices, at the crossing of access to food stores and household properties in France. *Review of Agricultural, Food and Environmental Studies*, 99 (1), 97-119.

Gracia-Arnaiz, M. (2007). Comer bien, comer mal: la medicalización del comportamiento alimentario. *Salud pública de México*, 49(3), 236-242.

Instituto Nacional de Estadística (2014). Encuesta Europea de Salud para España.

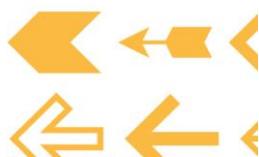
King, D. (2011). The future challenge of obesity. *The Lancet*, 378(9793), 743-744.

Martín-Criado, E. (2010). Las grandes tallas perjudican seriamente la salud. La frágil legitimidad de las prácticas de adelgazamiento entre las madres de clases populares. *Revista internacional de sociología*, 68 (2), 349-373.

OCDE (2017). Obesity Update 2017. Disponible en: [www.oecd.org/health/obesity-update.htm](http://www.oecd.org/health/obesity-update.htm)

Smith, L. H., y Holm, L. (2010). Social class and body management. A qualitative exploration of differences in perceptions and practices related to health and personal body weight. *Appetite*, 55(2), 311-318.

Smith, T. G. (2011). Obesity and the Economics of Prevention: Fit Not Fat.





Southerton, D. (2003). Squeezing Time! Allocating Practices, Coordinating Networks and Scheduling Society. *Time & Society*, 12(1), 5-25.

Warin, M., Turner, K., Moore, V., y Davies, M. (2008). Bodies, mothers and identities: rethinking obesity and the BMI. *Sociology of health & illness*, 30(1), 97-111.

Wilkinson, R. G., y Marmot, M. (Eds.). (2003). *Social determinants of health: the solid facts*. World Health Organization.

