HABITOS DE ALIMENTACION EN LA POBLACION JOVEN Y SU RELACION CON CUETIONES DE PESO Y DESIGUALDADES SOCIALES

Ruth Cruz Linares
Máster en Condicionantes Genéticos, Nutricionales y Ambientales del crecimiento y desarrollo
- 2011/2012-

INDICE:

1. Introducción……. Pág. 3

2. Breve apunte teórico y metodológico…….. Pág. 4
   2.1. Estructura social y desigualdad…… Pág. 4
   2.2. La clase social en el estudio de las desigualdades sociales en salud……..... Pág. 6
   2.3. Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006…… Pág. 7
   2.4. Muestras…… Pág. 8

3. Desigualdades sociales en las cuestiones de peso……. Pág. 11
   3.1. La obesidad como problema de salud pública……..…… Pág. 11
   3.2. Diferenciación social respecto a las puntuaciones medias de IMC para las mujeres obesas y normopesas entre 16 y 25 años……..…… Pág. 14

4. Peso y desigualdades sociales en algunos hábitos de salud relacionados con la alimentación……..... Pág. 16
   4.1. Hábitos de alimentación en jóvenes……. Pág. 16
   4.2. Frecuencia de consumo de alimentos……...…… Pág. 18
      4.2.1. Fruta fresca……. Pág. 22
      4.2.2. Verduras y Hortalizas……. Pág. 24
      4.2.3. Pescado……...…… Pág. 26
      4.2.4. Carne……...…… Pág. 28
      4.2.5. Dulces y productos derivados……...…….. Pág. 30
      4.2.6. Refrescos con azúcar……... Pág. 32
   4.3. El desayuno habitual……...…….. Pág. 35
   4.4. Seguimiento de dietas……...…… Pág. 39

Bibliografía…… Pág. 43

Índice de tablas y gráficos……...…….. Pág. 44

1. Introducción

Este trabajo se enmarca dentro de los estudios sobre alimentación en jóvenes y sobre las desigualdades sociales en las prácticas relacionadas con la salud.

El objetivo es proponer una lectura acerca de las desigualdades sociales y algunas practicas alimentarias entre la población joven.

Se realiza una exposición mas precisa sobre la clase social y el Índice de Masa Corporal (IMC), ya que a través de estas dos categorías se han encontrado estudios e investigaciones relacionados con el peso, con las desigualdades sociales y con algunas practicas en materia de alimentación.

Para la elaboración de este trabajo, se ha centrado la importancia en los datos aportados por la Encuesta Nacional de Salud del año 2006, concretamente los referidos a las mujeres entre 16 y 25 años para definir mejor los datos y resaltar mas las evidencias de la mala alimentación y los hábitos erróneos en el grupo de población joven y mas concretamente en ese grupo, mujeres de 16 a 25 años.

2. Breve apunte teórico y metodológico

2.1. Estructura social y desigualdad

Se puede decir, de manera abreviada, que la estructura social se trata del ambiente social que envuelve a las personas, precediéndolas antes de su nacimiento y continuándose tras su muerte. En concreto, comprendería tanto las instituciones económicas (que producen y distribuyen los bienes y servicios para el sustento de las personas), como las creencias ideológicas (religiosas, culturales o políticas...), los códigos lingüísticos y las instituciones sociales (familia, educación, matrimonio...) que regulan, en última instancia, las relaciones entre las personas (Álvarez-Dardet y col, 1995).

Para encontrar los antecedentes de su utilización como concepto teórico y categoría de análisis de la realidad social, hay que remontarse a Montesquieu y Spencer durante los siglos XVIII y XIX. A partir de entonces, el estudio de la estructura social ha sido abordado por distintos enfoques teóricos, que han puesto mayor o menor énfasis en el predominio de los aspectos sociales sobre los aspectos individuales y la capacidad de acción del propio individuo. Todos estos enfoques tienen en común la importancia que le conceden a la estructura social como modeladora de las condiciones de existencia de las personas que la construyen (Martín U. y Bacigalupe, A., 1997).

Existe una desigualdad inherente a la organización de la estructura social, que clasifica y jerarquiza a las personas en función de las distintas categorías sociales a las que pertenecen, ya sea de forma inmediata tras el nacimiento, ya sea por movilidad social (hacia arriba o hacia abajo) una vez que participan de la sociedad.

Por su parte, el concepto de desigualdad social, hace referencia a las diferencias existentes en el acceso de las personas a los recursos, en términos de calidad y cantidad, en los contextos de una estructura social determinada.

Así, cuando se refiere específicamente a la salud, la desigualdad hace referencia a las diferencias de oportunidades y recursos ligados a la salud entre personas con diferente clase social, etnia, sexo, territorio... Lo cual conlleva que los colectivos más favorecidos presenten un estado de salud mejor que el resto de los colectivos. En otras palabras, cuando se habla de desigualdades sociales en salud, se refiere al impacto que tienen sobre la distribución de la salud y la enfermedad, factores como la riqueza, la educación, el grupo étnico, el territorio, el sexo, la residencia urbana o rural y las condiciones sociales del lugar en el que se vive o se trabaja (Díez y Peiró, 2004) (Martín U. y Bacigalupe A.).

Para dar una definición más operativa de las desigualdades en salud, se puede acudir a la propuesta por la Sociedad Internacional para la Equidad en Salud[1], que versa así: las desigualdades sociales en salud son aquellas diferencias sistemáticas y potencialmente remediables en uno o más aspectos de la salud entre grupos o subgrupos de población definidos social, económica, demográfica o geográficamente.

Es fácil entrever que el concepto de desigualdades en salud conlleva una dimensión ética, puesto que hace referencia a las diferencias que son innecesarias, evitables y sobretodo injustas (Whitehead, 1990). En este sentido, es necesario establecer el límite a partir del cual las diferencias en los niveles de salud se convierten en desigualdades, pues que dos personas con diferente estado de salud no constituyen necesariamente una situación de inequidad. Siguiendo a Whitehead, se puede hablar que en los casos en que las diferencias son causadas por variaciones biológicas naturales o de elecciones dañinas y libremente aceptadas, no se está ante un hecho injusto y por tanto no se puede hablar de desigualdad. Por tanto, la equidad en términos de salud implicaría una situación en la que cada persona tuviera la capacidad de desarrollar con plenitud su potencial de salud y que, consecuentemente, nadie se encontraría en situación de desventaja a la hora de lograrlo Algunos autores subrayan la dificultad de establecer el límite ya que conllevaría juicios de valor que imposibilitarían una única definición de la desigualdad social en salud. Por este motivo en muchos estudios al respecto, no se describe de manera demasiado clara ni el concepto de equidad ni el tipo de desigualdad que se quiere medir (Regidor y col, 1994). Tal vez porque una definición de dichas características, requiera una toma de posición concreta bien poniendo el énfasis en la responsabilidad individual, o bien poniéndolo sobre la estructura social como factores principales que explicarían las diferencias en el estado de salud (Martín U. y Bacigalupe, A., 2007).

Es evidente que en la actualidad, todos los países se enfrentan a la existencia de importantes desigualdades sociales en salud, tanto al interior de los propios países como entre unos y otros. En este sentido, cabe decir que estas desigualdades vienen reduciéndose sustancialmente a lo largo del siglo XX en términos absolutos (debido al descenso generalizado de las tasas de mortalidad para el total de la población), pero sin embargo parecen haber aumentado en términos relativos. Así lo demuestran diferentes estudios realizados recientemente en Europa basados en la utilización de diferentes indicadores como la esperanza de vida, la percepción subjetiva del estado de salud o el acceso a los servicios sanitarios, los cuales subrayan que las desigualdades sociales en salud entre las zonas más y menos favorecidas se han incrementado en países como Gran Bretaña, Italia o España; pero también, y esto llama la atención, en países como Holanda y Suecia, caracterizados por un modelo de Estado del Bienestar más protector, así como de políticas redistributivas más intensas.

Uno de los marcos explicativos de las desigualdades sociales en salud es el que trata de los hábitos o conductas relacionadas con la misma. Se conoce por numerosos estudios que la mayor parte de los hábitos de vida (la dieta, el consumo de alcohol o tabaco, el ejercicio físico) se distribuyen según un gradiente socioeconómico, de forma que los factores de riesgo conocidos para la salud son más frecuentes a medida que se desciende en la escala social (Gutiérrez y col, 1994).

[1] Disponible en http://www.iseqh.org

Abundan las investigaciones que tratan de explicar el origen de las desigualdades sociales en salud a partir de la desigual distribución de los hábitos entre la población en función del nivel socioeconómico.

2.2. La clase social en el estudio de las desigualdades sociales en salud

Si bien la clase social en si no es el objetivo de estudio de este trabajo, si que es importante mencionarla y tenerla presente y en cuenta puesto que es suficientemente importante tener en cuenta que las posibilidades para medir la posición socioeconómica son varias, como varias son las ventajas y desventajas de cada una de ellas. La clase social es un factor fundamental en el estudio de las desigualdades sociales en salud, lo cual se refleja en el incremento de estudios que incorporan esta perspectiva para la medición empírica de una realidad social determinada.

Para definir concretamente que son las clases sociales, remitimos a Marta Harnecker quien apunta que "Las clases sociales son grupos sociales antagónicos en que uno se apropia del trabajo del otro a causa del lugar diferente que ocupa en la estructura económica de un modo de producción determinado, lugar que está determinado fundamentalmente por la forma especifica en que se relaciona con los medios de producción"

Por su parte el Diccionario de la Lengua Española[2] define la clase social como: "Conjunto de personas que pertenecen al mismo nivel social y que presentan cierta afinidad de costumbres, medios económicos, intereses, etc." La identidad de clase se establece pues, respecto al nivel social o nivel de jerarquía, definido por compartir unas características comunes no claramente definidas ("cierta afinidad"…). La diferencia no implica necesariamente conflicto. Tampoco hay una valoración moral, ni una relación con la estructura económica o con la propiedad de medios de producción

[2] RAE. 21ª edición. 1992

2.3. Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

La Encuesta Nacional de Salud (ENS) se realiza conjuntamente por el Instituto Nacional de Estadística y el Ministerio de Sanidad y Consumo desde 1987 con una periodicidad variable[3], y con la finalidad de obtener datos sobre el estado de la salud, utilización de servicios sanitarios, prevención y factores de riesgo de la población española.

Este trabajo se centra únicamente en la información de la Encuesta Nacional de Salud 2006 (ENS06) (INE/MSC-54009) correspondiente a la población adulta, que comprende una muestra de 29.478 personas con nacionalidad española a partir de 16 años, cuyos datos se recaban mediante cuestionarios individuales. La encuesta se realizó para todo el ámbito del territorio nacional, recogiéndose los datos entre junio de 2006 y junio de 2007.

En el momento actual, la edición de 2006 es la última realizada y, por tanto, resulta la fuente más reciente a la que acudir en busca de datos sobre hábitos alimenticios[4]. Éstos son, a grandes rasgos, los siguientes:

a) Datos relativos a la frecuencia de consumo de los distintos grupos de alimentos.
b) Datos relativos al seguimiento de dietas o regímenes especiales.
c) Datos relativos al desayuno habitual.

Algunos de estos ítems se han (re)incorporado recientemente a la encuesta. Es el caso de los datos relativos al seguimiento de dietas, los cuales se incluyeron en la primera edición correspondiente al año 1987, para prescindir de ellos en sucesivas ediciones hasta su reincorporación en 2006. Lo mismo sucede con los datos relativos al desayuno, los cuales reaparecen de nuevo en la edición de 2003. Las frecuencias de consumo de los diferentes alimentos son incluidas por primera vez en la edición de 2001 y se mantienen tanto para 2003 como para 2006.

[3] Existen ediciones de la Encuesta Nacional de Salud para los años 1987, 1991, 1993, 1995, 1997, 2001, 2003 y 2006, también disponibles en el portal estadístico del SNS (http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/microdatos/frmBusquedaMicrodatos.jsp

[4] Valga decir que intentamos acceder a los Paneles de Consumo disponibles en la página web del Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino (www.mapa.es), los cuales recogen información mucho más detallada respecto al consumo y distribución de alimentos, pero se nos denegó el acceso alegando amablemente que los microdatos del estudio son propiedad de la empresa que realizó la encuesta y no del Ministerio en cuestión.

2.4. Muestras

La muestra elegida se centra únicamente en los datos relativos a las mujeres obesas y normopesas entre 18 y 25 años.

Tabla 1. Estadísticas descriptivas generales de las muestras.

	Media		Desviación estándar		Recorrido
	NP	OB	NP	OB	
Edad (años)	20,85	21,23	2,914	2,906	16 a 25
Clase social (6 categorías)	3,73	4,05	1,408	1,293	1 a 6
Clase social (3 categorías)	2,0878	2,2593	0,68266	0,64765	1 a 3
Peso (kg)	57,12	86,40	6,096	11,013	43 a 115
Altura (cm)	163,78	163,33	6,187	5,966	147 a 187
IMC (kg/m2)	21,2753	32,9250	1,70253	2,90517	18,51 a 42,15
NP= Normopesas (imc 18,5-24,9)					n NP=841
OB= Obesas (imc >=30)					n OB=83

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENS06.

Las características generales de las muestras (tabla 1) denotan amplios recorridos de valores, para las variables antropométricas (talla y peso) a partir de las cuales se deriva el Índice de Masa Corporal, cuyo promedio oscila entre valores de 18,5 a 42,15 kg/m2.

Tras un estudio exploratorio, se observa que el género influye sobre algunas de las prácticas y hábitos alimentarios de los que se van a hablar y analizar, pero sobretodo lo hace sobre las puntuaciones medias del Índice de Masa Corporal. Si bien, en general los hombres presentan puntuaciones más altas que las mujeres, en esta ocasión se pone el interés en analizar el grupo de las mujeres, por ser el que presenta una mayor incidencia del gradiente de clase social sobre el Índice de Masa Corporal (ver tabla 2). Además se han evidenciado diferencias de género respecto a la calidad de vida relacionada con la salud, así como a los efectos de la obesidad sobre la salud percibida de hombres y mujeres, por lo cual se hace imprescindible un tratamiento diferenciado.

También se observa que existe un incremento en los gradientes de clase social respecto a las puntuaciones medias de Índice de Masa Corporal a medida que se incrementa la edad en la muestra (ver tabla 2). Restringir la edad de la población de estudio facilita resultados más certeros, en el mejor de los casos generalizables a la categoría "joven"; además hay que tener en cuenta que la obesidad presenta una tipología específica en función de la edad[5], por tanto trabajar con un grupo de edad específico permite lograr cierta homogeneidad en las obesidades representadas por la muestra.

Tabla 2. Puntuaciones medias de IMC, por grupo socioeconómico y rango de edad. Hombres y mujeres entre 16 y 40 años, España 2006.

	HOMBRE		MUJER	
	16-25 años	26-40 años	16-25 años	26-40 años
Clase alta (I+II)	23,0	25,7	21,4	22,8
Clase media (III+IVa)	23,5	26,0	22,0	23,9
Clase baja (IVb+V)	23,8	25,8	22,5	24,5

Nota: Escala IMC: Bajopeso: IMC <18,5; Normopeso: IMC=18,5-24,9; Sobrepeso: IMC=25-29,9; Obesidad: IMC>=30.
Fuente: elaboración propia a partir de la ENS06

La clase social es una variable fundamental en el estudio de las desigualdades sociales en salud, lo cual se refleja en el incremento de estudios que incorporan esta perspectiva para la medición empírica de una realidad social determinada.

La ENS06 enmarca la clase social desde la perspectiva de clase ocupacional, basada en la ocupación de las personas para definir su posición de clase[6]. El cuestionario recoge tanto la clase social del entrevistado, como la del cabeza de familia, pero se ha centrado el estudio por la segunda opción, entendiendo que es la más indicativa de la posición social de la persona. Así, intentando no favorecer la prevalencia de clases más bajas en los rangos más bajos de edad, siempre que se refiera a clase social, se estara hablando de la persona que más ingresos aporta dentro del hogar, es decir a la clase social del cabeza de familia (que puede ser o no la persona entrevistada).

[5] Numerosos estudios demuestran que la edad es uno de los aspectos que influyen en los tipos de obesidad (obesidad infantil, juvenil o adulta).
[6] La ENS06 extrae las categorías de clase social del informe 'La medición de la clase social en Ciencias de la Salud' de la Sociedad Española de Epidemiología (Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad y Consumo)

El Índice de Masa Corporal (IMC) es una medida de asociación entre el peso y la talla de un individuo, que se calcula dividiendo su peso en kilogramos entre el cuadrado de su estatura en metros[7]: IMC=peso(kg)/estatura2(m). El valor obtenido varía con la edad, el sexo y otros factores como las proporciones de tejidos muscular y adiposo. Es habitual para el caso de los adultos utilizar esta medida como uno de los recursos para evaluar su estado nutricional, de acuerdo con los valores propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Añadir que, para adultos de 20 y más años, estos valores son independientes del sexo y de la edad del individuo.

[7] Organización Mundial de la Salud, nota descriptiva Nº311, marzo 2011, localizable en http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/

3. Desigualdades sociales en las cuestiones de peso

3.1. La obesidad como problema de salud pública.

La OMS define la obesidad como "una entidad en la que el exceso de grasa corporal afecta a la salud y el bienestar". Aunque cada vez se conoce más sobre los factores que la determinan, así como sobre los componentes del sistema regulador del peso corporal, la prevalencia de obesidad en la población ha aumentado considerablemente (WHO, 2010:5). La OMS, a su vez, ha llamado la atención sobre las crecientes cifras de población con sobrepeso y con obesidad, llegando a calificar esta situación de epidemia (OMS, 2004). Esta situación se está convirtiendo en un grave problema en muchos países, de ahí la preocupación de las autoridades sanitarias nacionales e internacionales en diseñar estrategias para afrontar las consecuencias actuales y tratar de prevenir los alcances futuros. Así en los últimos años, la obesidad se ha convertido en un reto para la salud pública de numerosos países.

De hecho, muchos autores señalan que la obesidad "puede ser considerada como un problema emergente y la información disponible indica que asistimos a una verdadera epidemia de obesidad en todo el mundo industrializado y económicamente desarrollado" (Gutiérrez-Fisac, 1998: 347-449). Diferentes autores señalan la prevalencia creciente de personas que padecen sobrepeso y obesidad en los países con rentas altas. Como apunta Juan Oliva en un estudio sobre obesidad y calidad de vida relacionada con la salud, en Europa, la prevalencia se ha triplicado en las últimas dos décadas, y si no se toman acciones, se estima que 150 millones de adultos (20% de la población) y 15 millones de niños y adolescentes (10% de la población), serán obesos en la región Europea OMS para el año 2010, no siendo España una excepción (Oliva, J., 2009)

La situación actual en España, según los datos aportados por la Encuesta Nacional de Salud, no dista de la arriba descrita: un 37,8% y un 15,6% de la población adulta española, y un 18,7% y 8,9% de niños, se encuentran en condición de sobrepeso y obesidad, respectivamente (Encuesta Nacional de Salud, 2006).

Esta no es un cuestión menor, por que como apuntan numerosos estudios un Índice de Masa Corporal (IMC) por encima del valor 30 implica un factor de riesgo relevante, al estar asociado a una mayor prevalencia de distintas enfermedades como la Diabetes Mellitus, las enfermedades isquémicas del corazón, los accidentes cerebrovasculares, enfermedades digestivas y tumores (cáncer de próstata y colorrectal en varones y cáncer de útero, ovario, endometrio y mama en mujeres) (González C.A., 2002:215).

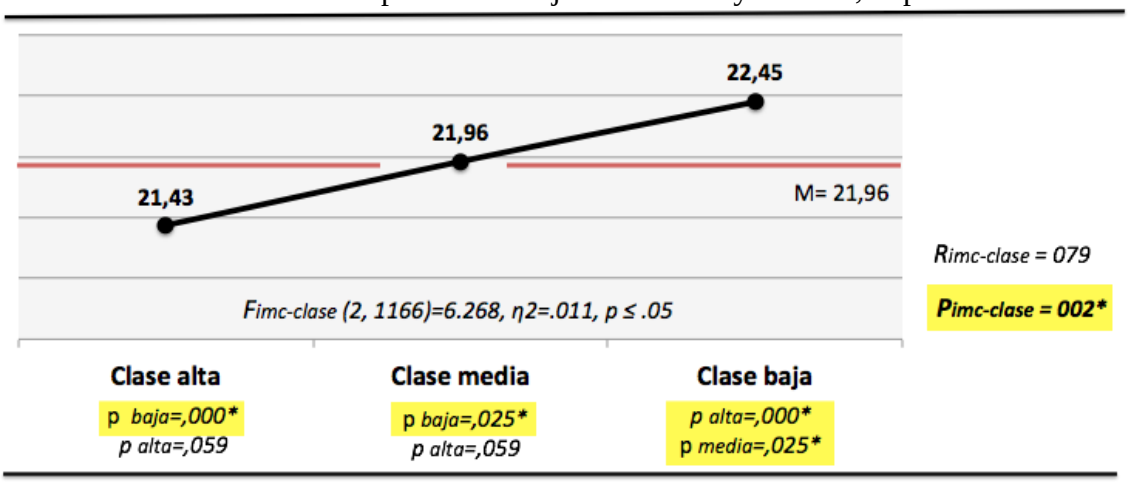
Con estos datos, no sorprende el incremento de investigaciones en torno al tema de la obesidad que se llevan a cabo desde diferentes disciplinas. Sobretodo en el campo biomédico, pero también desde las ciencias sociales, éste es un tema candente en el marco de los estudios sobre desigualdades sociales en salud. La mayoría de estas investigaciones demuestran la existencia de un gradiente social en los patrones del sobrepeso y la obesidad que, además, ha aumentado con los años. En el contexto español se ha demostrado que las personas de menor nivel de estudios y las mujeres tienen una mayor posibilidad de ser obesas (Martín, U. y Bacigalupe, A., 2007). Sólo por citar algunos ejemplos: "Obesidad y nivel socioeconómico" (Gutiérrez-Fisac, 1998); "Economic and social factor associated with body mass index and obesity in the Spanish population aged 20-64" (Gutiérrez-Fisac, 1995); "Diferencias y desigualdades en salud en España" (Regidor y col, 1994); "Nutricional status by socioeconomic level in an urban sample from Bilbao (Basque Country)" (Rebato y col, 2001); "Prevalence of obesity in south-east Spain and its relation with social and health factors" (Soriguer y col, 2004); "Influence of sociodemographic factors in the prevalence of obesity in Spain. The SEEDO`97 study" (Aranceta y col, 2001).

Los resultados analizados, referidos a las mujeres españolas entre 16 y 25 años, son fruto del análisis que relaciona la clase social con el índice de masa corporal de manera general, es decir, considerando todas las puntuaciones posibles (desde el bajo peso hasta la obesidad de tipo III), pero también comparativamente entre dos de los grupos de IMC: el normopeso y la obesidad.

Como se apunta anteriormente, el IMC, a través de la puesta en relación del peso y la altura de la persona, establece los parámetros que definen el peso saludable para cada persona independientemente de la edad o el sexo. Siguiendo el criterio de la OMS, gozan de un peso saludable quienes presentan un índice de masa corporal entre los 18.5 y los 24.9 puntos. Atendiendo a las puntuaciones medias de IMC de las mujeres españolas entre 16 y 25 años, se comprueba que, tanto en general como en función del estatus socioeconómico, éstas presentan puntuaciones medias contenidas entre los parámetros del peso considerado saludable.

Sin embargo, este trabajo se centra en comprobar si existe diferenciación social al respecto. Para ello, evalúa las diferencias entre los grupos de clase social, respecto a sus puntuaciones medias de índice de masa corporal, en lo relativo a las mujeres entre 16 y 25 años (ver gráfico 1):

Gráfico 1: Puntuaciones de IMC por grupo socioeconómico sintetizado.
Medias estandarizadas por edad. Mujeres entre 16 y 25 años, España 2006.



Nota: * diferencias significativas (p ≤ .05); puntuaciones medias ajustadas por edad (20,84); R=coeficiente de correlación controlado por edad. Escala de clase social sintetizada: clase alta=I+II, media=III+IVa, baja=IVb+V; escala de imc: Bajopeso<18.5, normopeso=18.5-24-9, sobrepeso=25-29.9, obesidad>=30;
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENS06.

Se observa, de manera más evidente, la misma tendencia al incremento del índice de masa corporal a medida que desciende la clase social, pero también una diferenciación más marcada entre los tres grupos de clase social:

- Mientras las mujeres de clase alta permanecen 0.53 puntos por debajo de la media, las de clase baja la superan en 0.49 puntos.

- Entre estos dos grupos -clase alta y clase baja- la diferencia de puntuaciones medias es estadísticamente significativa (p=,000), pero también lo es entre las mujeres de clase media y las de clase baja (p=,025).

- La clase social sintetizada muestran un ajuste mayor que con la clase social en seis categorías (p=,002 frente a p=,010), si bien para ambas categorizaciones se puede concluir que existen efectos estadísticamente significativos de la clase social en lo relativo a las puntuaciones medias de índice de masa corporal.

- A pesar de los efectos de la clase social sobre las puntuaciones medias de IMC, no se puede establecer una correlación directa significativa entre ambas variables (R=,070 y

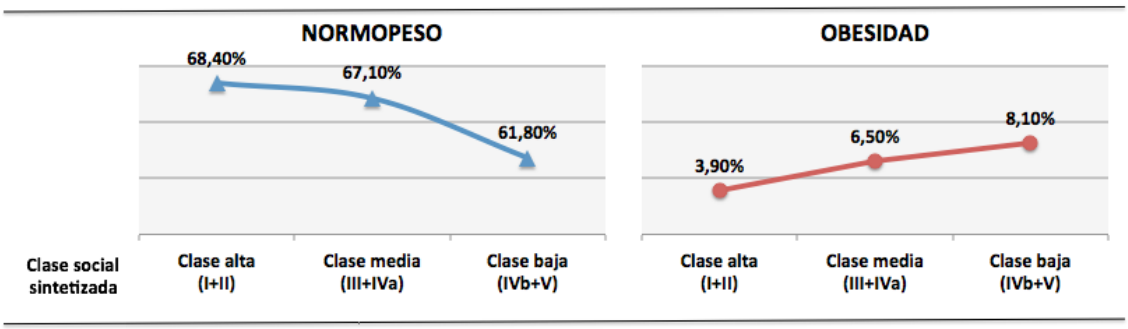
R=,079), por tanto cabe pensar en otros factores que, junto con la clase social, influyan en la diferenciación social respecto a las puntuaciones medias de índice de masa corporal.

3.2. Diferenciación social respecto a las puntuaciones medias de IMC para las mujeres obesas y normopesas entre 16 y 25 años.

Con respecto a analizar comparativamente las desigualdades sociales respecto a algunos hábitos relacionados con el peso, se han seleccionado dos categorías específicas de índice de masa corporal: el normopeso y la obesidad. Dentro de la primera categoría se engloban las mujeres que gozan de un peso considerado como saludable (con un IMC entre 18.5 y 24.9). Éste supone una referencia de salud en materia de peso, instado a seguir o mantener por médicos y nutricionistas, pero además nos ofrece una referencia de comparabilidad para el grupo con obesidad, quienes representan el extremo opuesto (IMC mayor o igual a 30), es decir, aquellas mujeres que sobrepasan considerablemente el peso saludable. Siguiendo a Pujol.

En el gráfico 2 se observa la distribución de ambas categorías de peso en función de la clase social. La tendencia es clara, sobretodo si se toma ésta de manera sintetizada: a medida que desciende el estatus socioeconómico, también desciende el porcentaje de mujeres con normopeso, mientras que aumenta el de aquellas con obesidad. En consonancia con otros estudios, parece que efectivamente, existe un gradiente de clase social en lo relativo a las prevalencias del normopeso y la obesidad. Si se atiende a los matices que aporta la gráfica correspondiente a la clase social pormenorizada, se observa que las mujeres de clase alta son quienes presentan un mayor porcentaje de normopesas (69,2%) y menor de obesas (tan solo el 3,7%); en sentido inverso, aparece en las mujeres con menor estatus socioeconómico porcentajes sustancialmente bajos de normopeso (57,5%) y también presenta el porcentaje más alto de obesidad (9%), respecto al resto de clases sociales.

Gráfico 2. Distribución del normopeso y la obesidad por grupo socioeconómico (sintetizado y ENS06). Mujeres entre 16 y 25 años, España 2006.



Nota: Escala de IMC: normopeso=18.5-24.9,obesidad>=30;
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENS06.

En resumen...

A pesar de que la obesidad está presente en todos los grupos sociales, su prevalencia está relacionada con factores de tipo socioeconómico.

Los resultados obtenidos y analizados son coherentes con otros estudios realizados dentro del territorio español que utilizando los datos ofrecidos por las Encuestas Nacionales de Salud de ediciones anteriores, que también demuestran la existencia de un gradiente socioeconómico en la obesidad, es decir, la prevalencia de la obesidad, pero también de índices de masa corporal más elevados a medida que desciende el estatus socioeconómico (Rebato y col, 2007).

Probablemente, y además de otros factores, un mejor conocimiento de los componentes de la una dieta sana entre las mujeres con mayor estatus socioeconómico, así como su menor sedentarismo, expliquen, en parte, este gradiente.

Concretamente, a la luz de los resultados se puede concluir que las mujeres obesas entre 16 y 25 años presentan una puntuación media de clase social significativamente menor si se las compara con sus homólogas con un peso saludable. Algunos estudios apuntan a la presión social respecto a la imagen corporal de las mujeres, como responsable de una mayor preocupación por mantener su peso, especialmente entre las mujeres de clase media y alta (Rebato y col, 2007).

Sin embargo si se analiza la diferenciación social en el interior de cada grupo de peso, ésta sólo es estadísticamente significativa para las mujeres normopesas, quienes (dentro de un peso saludable) presentan fuertes contrastes de IMC, sobretodo aquellas con un estatus socioeconómico menor. Las mujeres obesas también muestran diferencias sustanciales en sus puntuaciones de IMC (fundamentalmente las altas puntuaciones de la clase mejor situada respecto a las puntuaciones inferiores de las clases bajas). Sin embargo no se encuentran que estas diferencias fueran estadísticamente significativas, probablemente, como se apunta en lineas anteriores, debido a que la oscilación de IMC es mucho mayor en el grupo de obesas (30 hasta 50) que en el de normopesas (18.5 a 24.9 puntos de IMC).

4. Peso y desigualdades sociales en algunos hábitos de salud relacionados con la alimentación.

4.1 Hábitos de alimentación en jóvenes

Alimentación es la ingestión de alimentos por parte de los organismos para abastecerse de sus necesidades alimenticias, fundamentalmente para conseguir energía y desarrollarse.
La nutrición es el proceso por el cual el organismo incorpora las sustancias necesarias para su correcto funcionamiento (crecer, mantenimiento, reparación, etcétera).
Habitualmente la obtención de estas sustancias, llamadas nutrientes, es mediante la alimentación.
Los nutrientes son aquellas sustancias necesarias para el mantenimiento de la vida y de la salud de los organismos.

Una alimentación equilibrada supone un aporte de nutrientes adecuado a las necesidades individuales de cada persona para el mantenimiento de la salud y debe cubrir las demandas energéticas del organismo. Tanto la falta como el exceso de estos nutrientes dan lugar a un desequilibrio que se traduce en enfermedad por un hiperaporte o malnutrición por un déficit de aporte.

La base de una dieta equilibrada se fundamente en un aporte de calorías, proteínas, hidratos de carbono, lípidos, minerales, vitaminas, agua y fibra en función de la edad, sexo, la etapa de desarrollo, la situación del organismo, etc., para evitar situaciones de malnutrición tanto por exceso como por defecto.

La elaboración de dietas equilibradas puede facilitarse agrupando los alimentos en función de su valor nutritivo, ya que con ello el aporte de calorías y nutrientes, puede calcularse de forma precisa. De esta manera, los alimentos se han clasificado en cuatro grupos básicos:

1. Grupo de la leche y derivados.
2. Grupo de la carne.
3. Grupo de las frutas y verduras.
4. Grupo del pan y los cereales.

La elaboración de una dieta equilibrada debe considerar una adecuada distribución de nutrientes energéticos, estructurales y reguladores. Las dietas variadas permiten asegurar la ingestión proporcionada de todos los nutrientes, debiendo ajustar individualmente las calorías necesarias en función de la actividad desarrollada.

Otro de los aspectos que debe tenerse en cuenta son las posibles variaciones individuales, como por ejemplo, los componentes genéticos, ambientales…

Las recomendaciones de la OMS (Organización Mundial de la Salud) establecen un aporte calórico de 2000 a 2500 Kcal/día para un varón adulto y de 1500 a 2000 kcal/día para las mujeres. Estas necesidades disminuyen a medida que nos hacemos mayores. Un hombre de 65 años de constitución media necesitará unas 1900-2100 kcal/día mientras que una mujer 65 años de constitución media oscilará entre 1500 - 1700 kcal/ día.

Aun asi se ha demostrado mediante diferentes estudios e investigaciones que no siempre se sigue o se mantiene una dieta equilibrada y una buena alimentación, sobre todo este hecho se ha demostrado en la población joven, la cual se ve muy afectada e influenciada por su entorno y las criticas que recibe de el, además de por el nivel socioeconómico.

Es muy importante resaltar como ha ido evolucionando el concepto de salud y enfermedad y como a lo largo de la historia, se ha ido cambiando la nocion que tenían las personas de estar sano o estar enfermo, además de que el status social podía llegar a determinar el estado de salud de la persona. Antiguamente se creía que estar sano significaba estar con un peso elevado, que a veces era mas de lo que para su talla se estipularía hoy en dia. Estar enfermo significaba un peso bajo. Sin embargo esta visión de la salud-enfermedad ha ido variando y en los últimos años se ha cambiado la mentalidad de que pesar mas significa estar mas sano, puesto que diversos estudios han demostrado que el aumento de peso es un factor de riesgo de un gran numero de enfermedades como la obesidad, la Diabetes Mellitus, la hipertension arterial…
En la actualidad estar sano significa estar dentro de los niveles establecidos por el Índice de Masa Corporal, que relaciona la talla con el peso. Estar enfermo significa no estar dentro de los índices estipulados, ya sea por encima (sobrepeso-obesidad) o por debajo (bajopeso).

Este cambio de mentalidad y de visión del aumento de peso como problema de salud y no como indicativo de una alta posición social ha influido sobre todo en la población joven, la cual ha cambiado sus hábitos de alimentación, para conseguir un cuerpo "sano" y a veces éstos hábitos no son del todo correctos ni saludables. Al mismo modo, muchas personas jóvenes mantienen una dieta no equilibrada con alto contenido en grasas, lo cual influye en su peso y en su estado de salud aumentando el riesgo de padecer enfermedades. Un estudio sobre los hábitos de salud entre estudiantes obtuvo como resultados que sobresalía la contradicción entre las actitudes, las intenciones y las conductas reales, tanto en lo referente al ejercicio como a la dieta en ambos sexos. Asimismo se encontró que existen prácticas de ejercicio y alimentación claramente diferenciadas entre los géneros, los hombres tienden a hacer ejercicio y las mujeres prefieren cuidar su alimentación. (Lopez M, Alvarez J, 1999, 271-296).

Otro estudio acerca de los hábitos alimentarios y su relación con los conocimientos, respecto al concepto de dieta equilibrada, de un colectivo de mujeres jóvenes, de entre 20 y 30 años, con sobrepeso/ obesidad, estudio la frecuencia de consumo de alimentos y su idea o percepción de una alimentación equilibrada. Las conclusiones fueron que ante los hábitos alimentarios incorrectos observados en la población con sobrepeso/obesidad, sería conveniente realizar campañas de educación nutricional. Con esta educación se podría mejorar la dieta de toda la población y se evitaría, en muchos casos, la aparición de sobrepeso y obesidad. Además, en los casos en los que ya estuviera presente dicha patología, se evitaría el seguimiento de pautas que suelen ser perjudiciales para la salud y también para el control de peso. (Ortega Anta R M, 2007, 654-660).

Otro análisis sbre la calidad de la dieta de una población de jóvenes de Guadalajara demuestra que la adquisición de hábitos de vida erróneos se pueden traducir, especialmente en los jóvenes, en unas conductas alimentarias no saludables. El resultado muestra que la media de la población toma una dieta adecuada, si bien con tendencia hacia calidades inferiores, con altas ingestas de grasas saturadas , colesterol y sodio. Asimismo, todos los factores sociodemográficos y de estilo de vida considerados, influyen sobre los indicadores de calidad empleados. (Aguilar Vilas M V, 2009. 200-206).

4.2 Frecuencia de consumo de alimentos[8]

La dieta y los hábitos de alimentación tienen un largo recorrido como objetos específicos de investigación bajo la perspectiva de la desigualdad social. Sólo por citar algunos ejemplos, se ha analizado el consumo de frutas y verduras en función del nivel de estudios y la clase social en la Comunidad de Madrid (Galán, 2002:92), la adhesión al patrón de dieta mediterránea (C.A. González, 2002:214) o los patrones de consumo de alimentos en adolescentes escolarizados (Rufino, P. M., 1999:449). Numerosos estudios realizados en diferentes poblaciones han descubierto una dieta menos saludable en los grupos de menor nivel socioeconómico (Rebato y col, 2007).

La Encuesta Nacional de Salud del año 2006 recoge información acerca de las cuestiones alimentarias a través de preguntas sobre la frecuencia de consumo de diferentes grupos de alimentos, así como del seguimiento de dietas o regímenes junto con los motivos indicados para ello y por último sobre los tipos de desayuno que realizamos habitualmente.

En base a esta información se quiere analizar, en primer lugar tanto la frecuencia, como su adecuación a un consumo saludable, de los siguientes grupos de alimentos: frutas y verduras, carne y pescado, dulces y refrescos con azúcar. El objetivo es comprobar si el estatus socioeconómico establece diferencias en los distintos consumos, contrastando los resultados para los dos grupos de peso objeto de estudio: las mujeres obesas y las mujeres normopesas entre 16 y 25 años.

La ENS06 nos permite indagar en la misma linea sobre otros grupos de alimentos, tales como las legumbres, la pasta, el pan y los cereales, los lácteos, los huevos... Sin embargo se han seleccionado los antes mencionados por los siguientes motivos:

- Fruta fresca y verduras: por ser dos alimentos considerados como saludables y de consumo recomendado diario, tanto para el caso de las personas con un peso saludable como para las obesas, y además suelen tener una presencia fuerte en quienes siguen dietas específicas.

- Carne y pescado: por ser alimentos básicos y clásicos de la dieta mediterránea, aunque no exista el mismo consenso sobre su adecuación a todo tipo de dietas, si se recomienda un consumo de 3 o más veces a la semana, sin ser diario.

- Dulces y refrescos con azúcar: estos dos alimentos, suponen para este análisis la antítesis de los dos primeros, englobando aquellas ingestas que no se suponen saludables, sobretodo si se trata de un consumo abusivo. Además, son alimentos cuya ingesta se recomienda, sino eliminar, restringir para aquellas personas que padecen obesidad.

[8] El ítem del cuestionario al que acudimos es el siguiente:

96. ¿Con qué frecuencia consume los siguientes alimentos?

Entrevistador/a, muestre a la persona entrevistada la tarjeta Ad-3 y anote las frecuencias de consumo de cada uno de los alimentos que se relacionan.

	A diario	Tres o más veces a la semana, pero no a diario	Una o dos veces a la semana	Menos de una vez a la semana	Nunca o casi nunca

Un primer análisis, para cada uno de estos alimentos, consta de una primera aproximación general, comparando las puntuaciones medias en la frecuencia de consumo de cada uno de los dos grupos de peso -mujeres obesas y mujeres normopesas-, sin tener en cuenta la clase social, para contrastar si existen diferencias significativas entre ambos.

Después se volverá sobre las puntuaciones medias, teniendo en cuenta, ahora si, la variable clase social, para analizar si ésta influye, y en qué medida lo hace, sobre la frecuencia de consumo de cada grupo de alimento, con el objetivo de comparar los resultados en los dos grupos de peso.

Por último se realizara el mismo análisis considerando, ya no la frecuencia de consumo, si no la adecuación de ésta al considerado como consumo saludable.

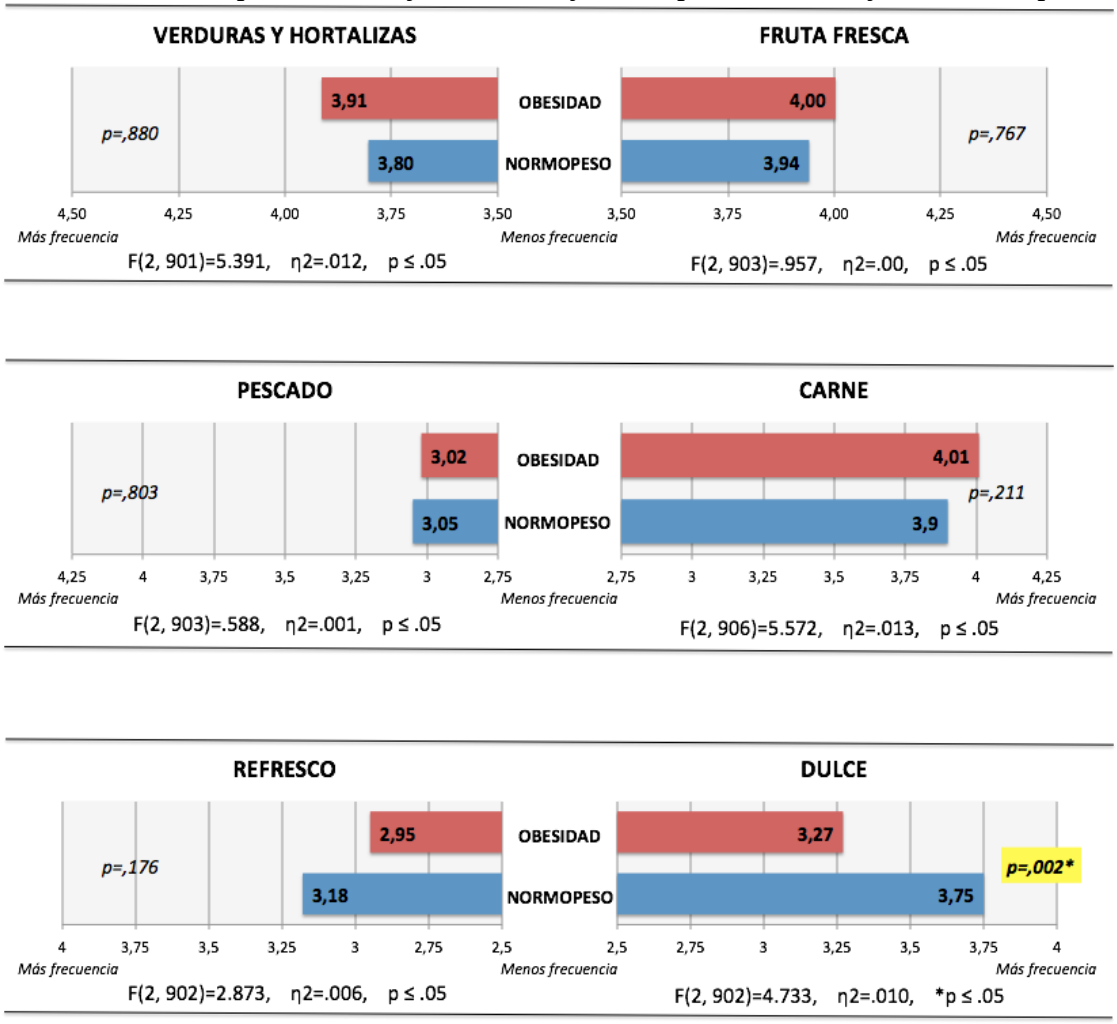
Para establecer los criterios de consumo saludable, se han seguido las directrices de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC) a través de su Guía de la Alimentación Saludable[9]. En el caso de los dulces y refrescos con azúcar, para los cuales se recomienda un consumo "ocasional", se ha interpretado que "menos de una vez a la semana" y "nunca o casi nunca", equivalían concepctualmente a éste, dado que representan una frecuencia escasa sin suponer una periodicidad concreta.

Es importante señalar que únicamente se trabaja con frecuencias de consumo (es hasta donde permiten los datos), lo cual implica que aunque los resultados se sitúen en valores adecuados de frecuencia de consumo, nos es imposible determinar si la cantidad consumida es la correcta para cubrir los requerimientos nutricionales idóneos. Además hay que tener en cuenta los posibles sesgos a la hora de medir los consumos alimentarios, "hay otros potenciales errores introducidos por el entrevistado al reportar su dieta. Es conocido que los individuos, y más especialmente las mujeres, tienden a sobreestimar el nivel de consumo de alimentos considerados socialmente saludables y subestimar el consumo de los socialmente menos aceptables. (...) Si este sesgo está más asociado a un grupo social que a otro, podría distorsionar los resultados (Hebert JR y col.1995)" (C.A. González, 2002:219).

Antes de empezar a analizar las diferencias de clase social respecto al consumo de los grupos de alimentos, se va a explorar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de peso respecto a sus puntuaciones medias en la frecuencia de consumo, primeramente sin tener en cuenta la clase social en ninguno de los dos grupos (ver gráfico 3):

[9] La guía de la alimentación saludable está disponible en http://www.aesan.msc.es/AESAN/docs/docs/come_seguro_y_saludable/guia_alimentacion2.pdf

Gráfico 3. Puntuaciones medias en la frecuencia de consumo de los distintos tipos de alimentos. Medias estandarizadas por edad. Mujeres obesas y normopesas entre 16 y 25 años, España 2006.



Nota: *diferencias significativas ($p \leq .05$). Puntuaciones medias ajustadas por edad (EDAD =20,87) ; Escala imc: normopeso=18.5-24-9, obesidad >=30. Escala de frecuencia consumo: 1=Nunca o casi nunca, 2= Menos de 1 vez/semana, 3=1 o2 veces/semana, 4= 3 o más veces/semana pero no a diario, 5=A diario;

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS06.

Para todos los grupos de alimentos con los que trabajaremos, existen diferencias, más o menos notables, en lo relativo a la frecuencia de consumo, si comparamos las mujeres obesas con las normopesas:

- Sin embargo, sólo para el caso de los dulces y productos derivados existen diferencias en sus puntuaciones medias estadísticamente significativas ($p=0.002$), con un consumo notablemente mayor para las mujeres normopesas, respecto a aquellas que padecen obesidad (aunque los dos grupos de peso puntúan en el valor una o dos veces por semana).

- Los refrescos azucarados, con un consumo medio general menor que los dulces, también son más asiduamente consumidos por las mujeres con un peso saludable: una o dos veces por semana; mientras que las mujeres obesas permanecen en el valor correspondiente a: menos de una vez por semana.

- El pescado y la carne, apenas presentan diferencias en la frecuencia de consumo entre los dos grupos de peso, siendo las obesas las que puntúan más alto en el pescado (una o dos veces por semana) y las normopesas en la carne (3 o más veces a la semana, aunque no a diario), aunque las diferencias son mínimas en ambos casos (tan solo de 0,2-0,3 puntos).

- En general la fruta presenta una frecuencia de consumo mayor a las verduras y hortalizas, ambos rondando el valor 3 o más veces a la semana, pero no a diario, sin alcanzar el valor considerado saludable -a diario-, que estaría un punto por encima en todos los casos. Las mujeres obesas presentan puntuaciones medias superiores a las normopesas en los dos grupos de alimentos, sin embargo estas diferencias no son significativas estadísticamente ni para el caso de las frutas ni para el de las verduras ($p > 0.05$).

Si bien todos los grupos de alimentos analizados presentan diferencias en sus frecuencias de consumo al comparar el grupo de mujeres obesas con el de normopesas -sin tener en cuenta la clase social-, tan solo se pueden concluir diferencias estadísticamente significativas entre las medias de unas y otras mujeres para el caso de los dulces y productos derivados.

Con lo cual se podría decir que, paradójicamente, ser mujer obesa entre 16 y 25 años, está asociado a un consumo menor de dulces que las mujeres con pesos saludables.

A continuación y para cada uno de los seis grupos de alimentos, se analizará si existen diferencias derivadas del estatus socioeconómico en lo relativo a las puntuaciones medias en la frecuencia de consumo y también al consumo recomendado de los mismos.

4.2.1. Fruta fresca:

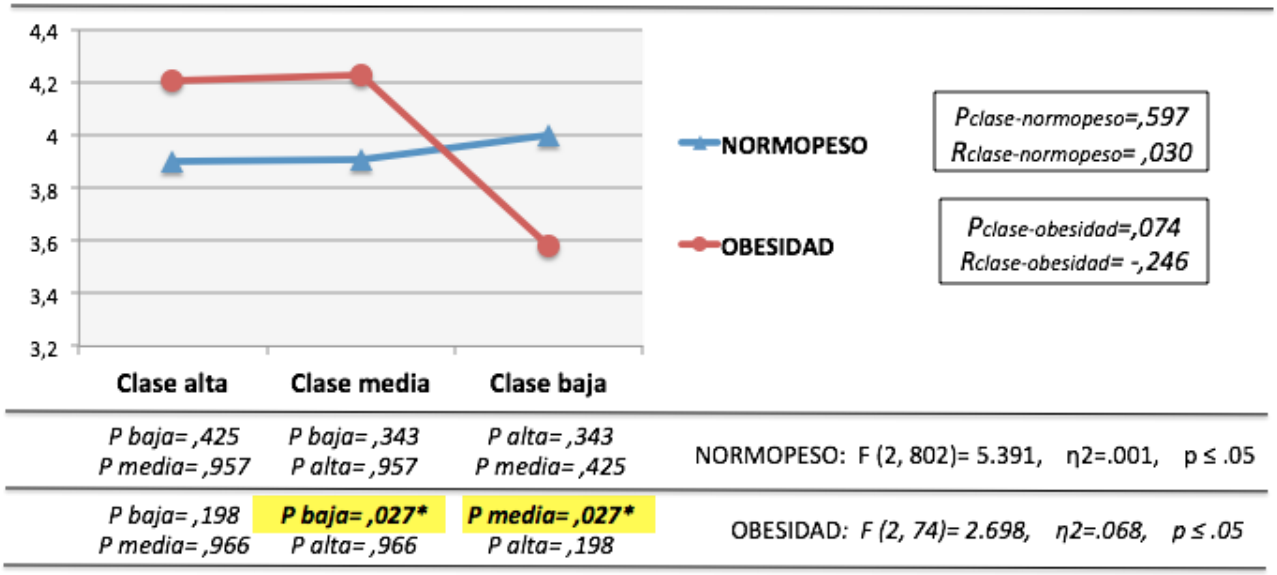
Respecto a las puntuaciones medias en la frecuencia de consumo de fruta, encontramos notables diferencias entre clases sociales en el caso de las mujeres obesas (gráfico 4):

- Las mujeres obesas de clase alta y media presentan puntuaciones medias en el consumo de fruta fresca por encima de las mujeres con normopeso, al contrario que las mujeres obesas de clase baja, para quienes desciende notablemente la puntuación media.

- Las diferencias estadísticamente significativas aparecen precisamente entre las mujeres obesas de clase baja y media (p=0.027).

- Se puede concluir que la clase social afecta a la frecuencia de consumo de fruta fresca únicamente en el caso de las mujeres obesas, de manera que, aquellas con menor estatus socioeconómico tienen más posibilidades de consumir fruta con menor frecuencia que el resto.

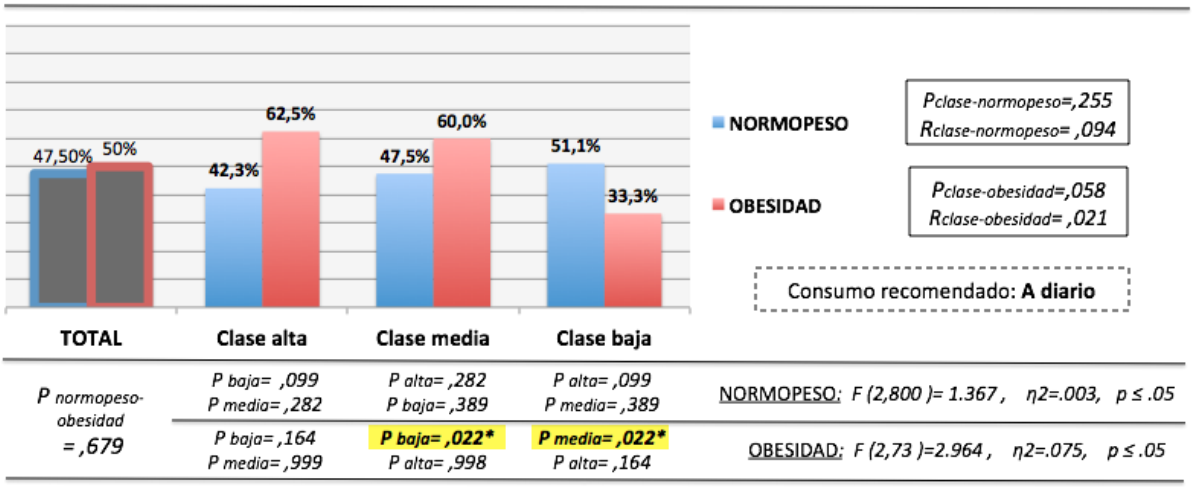
Gráfico 4. Puntuaciones medias en la frecuencia de consumo de fruta fresca por grupo socioeconómico. Medias estandarizadas por edad. Mujeres obesas y normopesas entre 16 y 25 años, España 2006.



Nota: *diferencias significativas:p ≤ .05. Puntuaciones medias ajustadas por edad (NP=20,85, OB=21,25); R= coeficiente de correlación controlado por edad. Escala clase social: alta=I+II, media=III+IVa, alta=IVb+V; Escala imc: normopeso=18.5-24-9, obesidad >=30. Escala frecuencia consumo: 1=Nunca o casi nunca-5=A diario; Fuente: elaboración propia a partir de la ENS06.

La Sociedad Española de Nutrición Comunitaria establece como diaria la frecuencia de consumo saludable de fruta fresca. Como vemos en el gráfico 5, aproximadamente la mitad de las mujeres entre 16 y 25 años, tanto obesas como normopesas, se adecuan a estas indicaciones. También se observan diferencias respecto a la clase social, sobretodo en el grupo de las mujeres que padecen obesidad:

Gráfico 5. Prevalencia de la frecuencia de consumo recomendado de fruta fresca por grupo socioeconómico. Mujeres obesas y normopesas entre 16 y 25 años, España 2006.



Nota:*diferencias significativas:p ≤ .05. R=coeficiente de correlación Kendall`s tau-b clase social-grupo de peso. Escala clase social: alta=I+II, media=III+IVa, alta=IVb+V; Escala imc: normopeso=18.5-24-9, obesidad >=30. Fuente: elaboración propia a partir de la ENS06.

En general las mujeres obesas muestran una adecuación al consumo diario de fruta fresca, ligeramente por encima de las normopesas.

- Las mujeres normopesas presentan un consumo recomendado mayor a medida que desciende la clase social, aunque las diferencias entre clases son relativamente pequeñas; sin embargo las mujeres obesas muestran la tendencia inversa y más marcada: las clase alta (seguida de cerca por la media) tienen porcentajes notablemente mayores que la clase baja (29,2% y 26,7%, respectivamente).

- Aunque existen diferencias de clase social en ambos grupos de peso, la prevalencia de un consumo recomendado de fruta fresca sólo es estadísticamente significativa entre las mujeres obesas de clase media y baja (p=0,022) a favor de las primeras. Esto no implica una relación directa entre la clase social y la frecuencia de consumo de fruta, como bien demuestra el bajo coeficiente de correlación entre las dos variables (r=021).

4.2.2. Verduras y hortalizas:

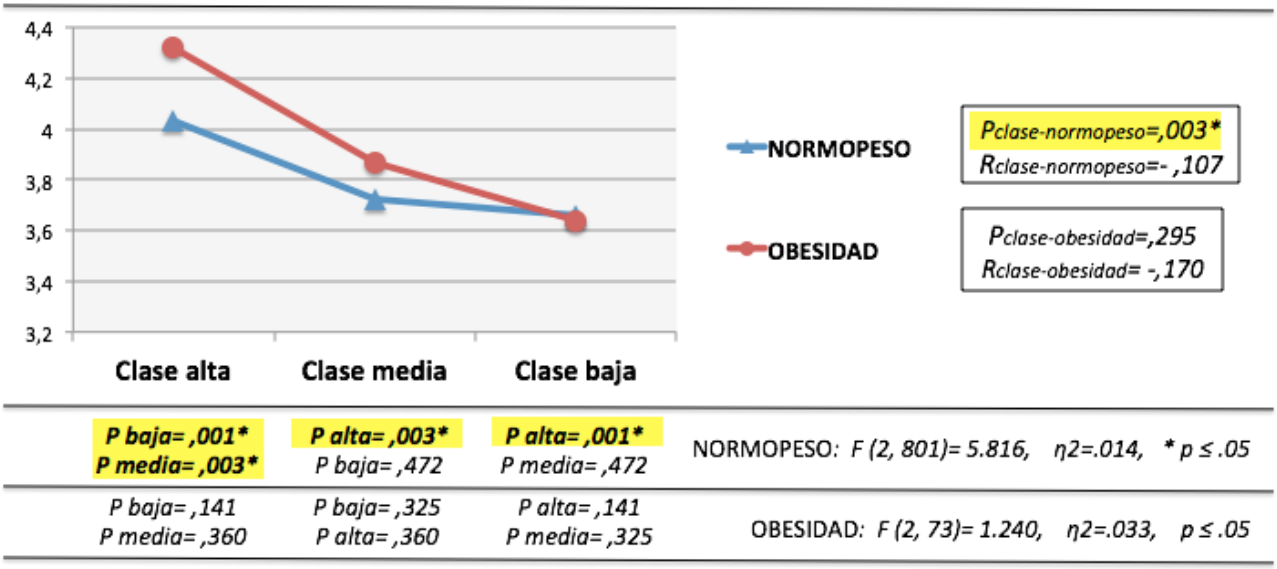
Las verduras y hortalizas muestran cierta homogeneidad en el patrón de clase respecto a su frecuencia de consumo (ver gráfico 6):

- Aunque las mujeres obesas en general tienen consumos medios más altos, se observa un gradiente de clase social en la frecuencia de consumo de verduras y hortalizas tanto en el caso de las mujeres obesas como en el de las normopesas: la frecuencia disminuye a medida que lo hace la clase social, siendo las clases altas quienes mayores puntuaciones alcanzan.

- A pesar de los fuertes contrastes arriba mencionadas para las mujeres obesas, es el grupo de las mujeres con un peso saludable en el que aparecen consumos diferenciados estadísticamente significativos (p=0.003), en lo que respecta a la clase alta respecto de la media y las baja, con una frecuencia de consumo medio superior.

- Sin embargo tampoco aparece una relación directa entre la clase social y el mayor o menor consumo de verduras y hortalizas, a partir de los resultados de los coeficientes de correlación.

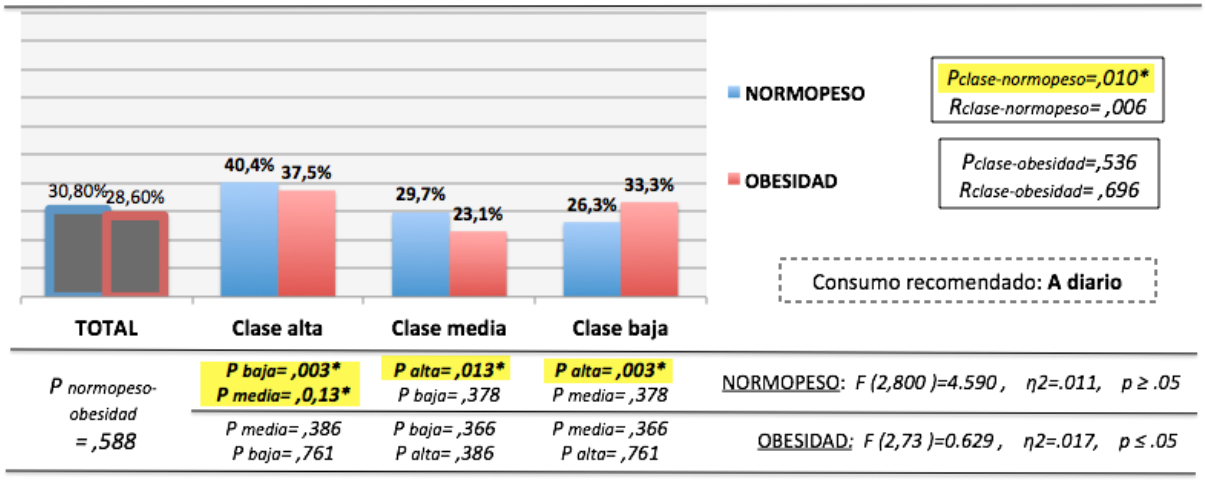
Gráfico 6. Puntuaciones medias en la frecuencia de consumo de verduras y hortalizas, por grupo socioeconómico. Medias estandarizadas por edad. Mujeres obesas y normopesas entre 16 y 25 años, España 2006.



Nota: *diferencias significativas:p ≤ .05. Puntuaciones medias ajustadas por edad (NP=20,85, OB=21,25); R= coeficiente de correlación controlado por edad. Escala clase social: alta=I+II, media=III+IVa, alta=IVb+V; Escala imc: normopeso=18.5-24-9, obesidad >=30. Escala frecuencia consumo: 1=Nunca o casi nunca-5=A diario; Fuente: elaboración propia a partir de la ENS06.

Al igual que para la fruta fresca, se recomienda un consumo diario de verduras y hortalizas. Como se puede ver a continuación (ver gráfico 7), esta recomendación se sigue, tan solo, por aproximadamente un tercio de las mujeres españolas entre 16 y 25 años:

Gráfico 7. Prevalencia de la frecuencia de consumo recomendado de verduras y hortalizas, por grupo socioeconómico. Mujeres obesas y normopesas entre 16 y 25 años, España 2006.



Nota:*diferencias significativas:p ≤ .05. R=coeficiente de correlación Kendall`s tau-b clase social-grupo de peso. Escala clase social: alta=I+II, media=III+IVa, alta=IVb+V; Escala imc: normopeso=18.5-24-9, obesidad >=30. Fuente: elaboración propia a partir de la ENS06.

- En general apenas existen diferencias entre la adecuación al consumo recomendado de verduras y hortalizas entre las mujeres obesas y normopesas en general -ambos grupos rondan el 30%-.

- Si se analiza dicha adecuación en función de la clase social, encontramos que, las mujeres de clase alta son aquellas con mayor porcentaje de consumo recomendado, encabezadas por las normopesas. Para este grupo además existe un patrón de clase: el consumo recomendado disminuye a medida que descendemos en la escala social.

- Además, es en éste grupo (mujeres normopesas) el único donde la clase influye de forma estadísticamente significativa sobre el consumo recomendado de verduras y hortalizas (p=0.010), incidiendo sobre la clase alta respecto a las demás.

- Como en casos anteriores, a pesar de la influencia de la clase social, hay otros factores que, además de la clase, influyen en la mayor o menor adecuación al consumo recomendado de verduras y hortalizas.

4.2.3. Pescado

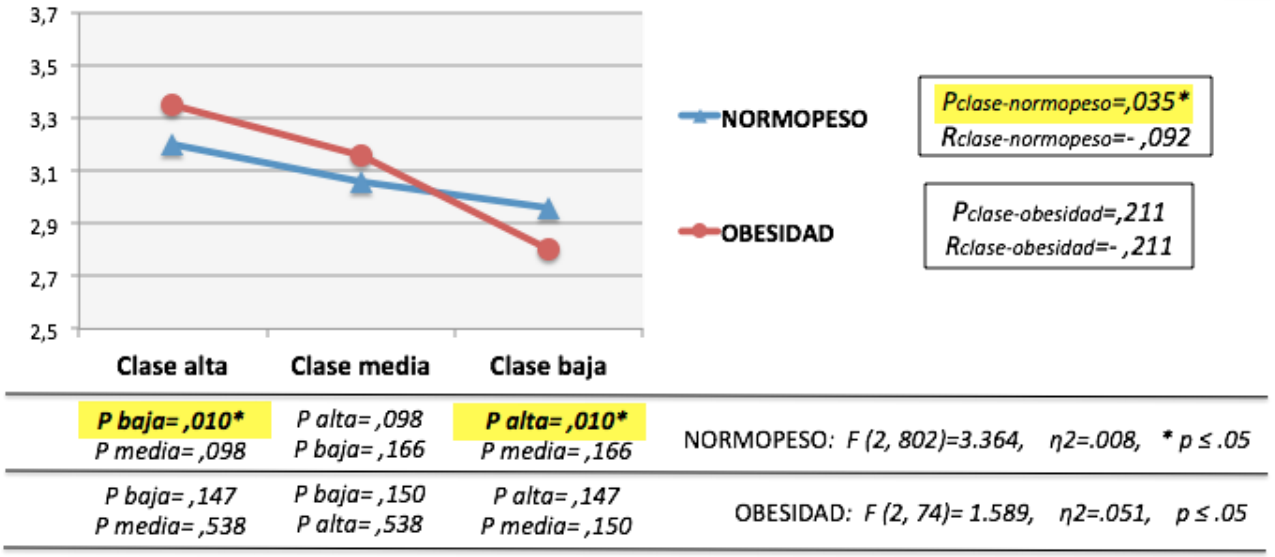
La importancia del consumo de pescado ha sido analizada en otros estudios, con resultados concluyentes: las clases sociales más altas presentan un consumo más elevado (Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, 2006).

En este análisis se corroboran estos resultados, porque, aunque la frecuencia media de consumo de pescado es bastante homogénea para las mujeres obesas y las normopesas, presentando un patrón claro de desigualdad a favor de la clase alta, respecto de la media, y de ésta a favor de la baja (ver gráfico 8):

- Las mujeres obesas de clase alta y media puntúan ligeramente por encima de sus homólogas normopesas, pero sucede a la inversa para las mujeres de clase baja, donde las normopesas tienen una puntuación mayor que las obesas.

- La clase social sólo tiene efectos estadísticamente significativos sobre la frecuencia de consumo de pescado en el grupo de mujeres normopesas (p=0.035), concretamente en lo relativo a la clase alta frente a la baja.

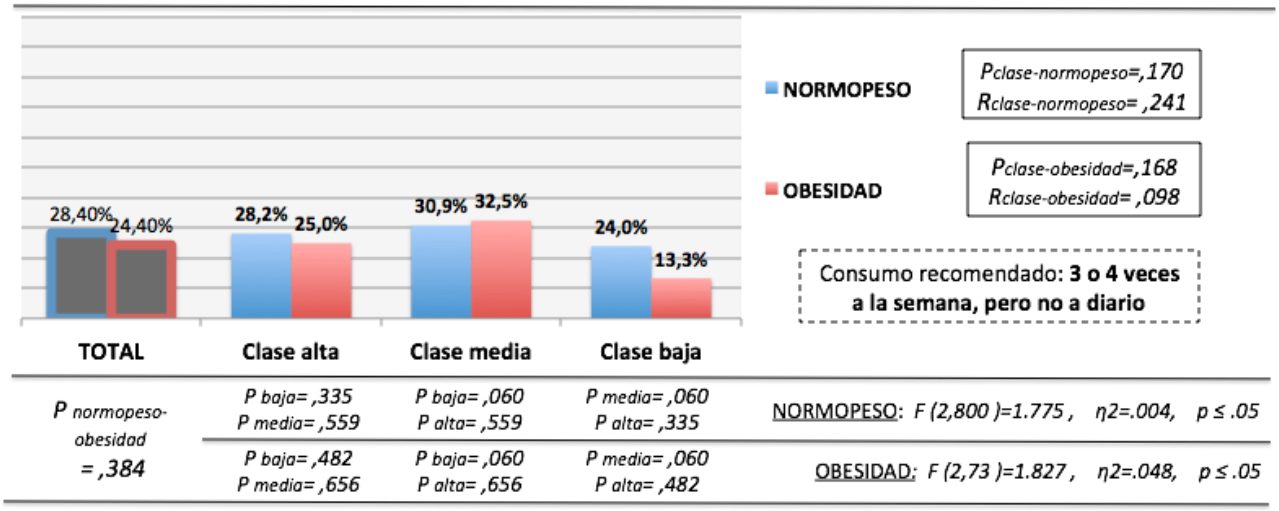
Gráfico 8. Puntuaciones medias en la frecuencia de consumo de pescado, por grupo socioeconómico. Medias estandarizadas por edad. Mujeres obesas y normopesas entre 16 y 25 años, España 2006.



Nota: *diferencias significativas:p ≤ .05. Puntuaciones medias ajustadas por edad (NP=20,85, OB=21,25); R= coeficiente de correlación controlado por edad. Escala clase social: alta=I+II, media=III+IVa, alta=IVb+V; Escala imc: normopeso=18.5-24-9, obesidad >=30. Escala frecuencia consumo: 1=Nunca o casi nunca-5=A diario; Fuente: elaboración propia a partir de la ENS06.

El consumo recomendado de pescado se establece en 3 o más veces a la semana, sin alcanzar el consumo diario. Se observa que estas recomendaciones se cumplen con poca frecuencia, sobretodo por parte de las mujeres obesas, pero también de las normopesas, aún menos que en el caso de las verduras y hortalizas (ver gráfico 9):

Gráfico 9. Prevalencia de la frecuencia de consumo recomendado de pescado, por grupo socioeconómico. Mujeres obesas y normopesas entre 16 y 25 años, España 2006.



Nota:*diferencias significativas:p ≤ .05. R=coeficiente de correlación Kendall`s tau-b clase social-grupo de peso. Escala clase social: alta=I+II, media=III+IVa, alta=IVb+V; Escala imc: normopeso=18.5-24-9, obesidad >=30. Fuente: elaboración propia a partir de la ENS06.

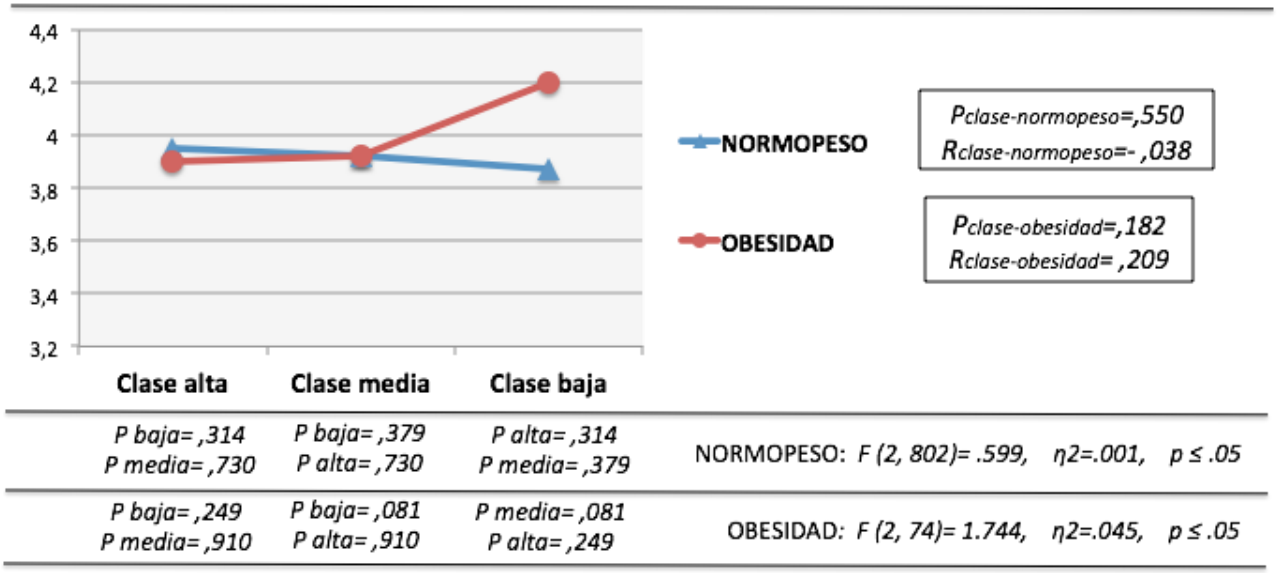
- En general las mujeres de clase media tienen prevalencias de consumo recomendado de pescado ligeramente por encima del resto de clases sociales y apenas se aprecian diferencias entre obesas y normopesas (aproximadamente el 30% para los dos grupos de peso). La clase alta, con porcentajes más bajos, sigue la misma tendencia que la clase media.

- Los contrastes más fuertes aparecen para la clase baja: presentan un porcentaje de adecuación al consumo recomendado de pescado bastante inferior respecto a las demás clases sociales y además hay una fuerte diferencia entre normopesas y obesas, siendo estas últimas el grupo con el porcentaje menor de todas las mujeres.

4.2.4. Carne

La frecuencia media de consumo de carne es ligeramente superior a la de pescado, pero a diferencia de esta, resulta bastante homogénea tanto a nivel de clase social como de grupo de peso, exceptuando para el caso de la clase baja (ver gráfico 10):

Gráfico 10. Puntuaciones medias en la frecuencia de consumo de carne, por grupo socioeconómico. Medias estandarizadas por edad. Mujeres obesas y normopesas entre 16 y 25 años, España 2006.



Nota: *diferencias significativas:p ≤ .05. Puntuaciones medias ajustadas por edad (NP=20,85, OB=21,25); R= coeficiente de correlación controlado por edad. Escala clase social: alta=I+II, media=III+IVa, alta=IVb+V; Escala imc: normopeso=18.5-24-9, obesidad >=30. Escala frecuencia consumo: 1=Nunca o casi nunca-5=A diario; Fuente: elaboración propia a partir de la ENS06.

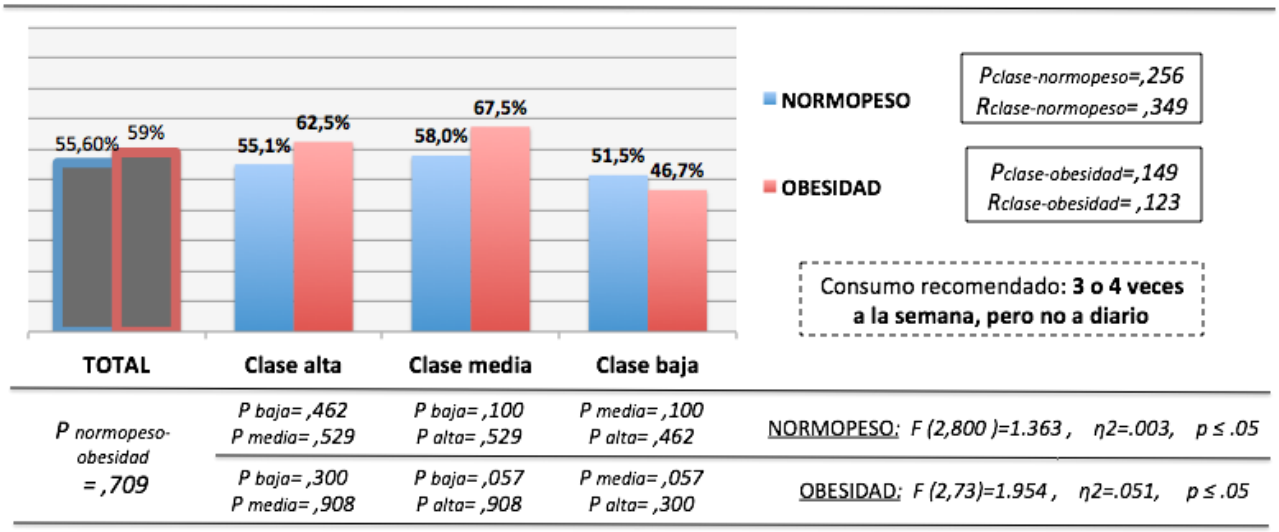
- Apenas se aprecian diferencias entre las mujeres de clase alta y media, quienes puntúan de media similar en el caso de las normopesas y de las obesas (rondado los 4 puntos que equivalen al valor 3 o 4 veces a la semana, pero no a diario).

- Es para el caso de las mujeres de clase baja, donde se marcan las diferencias entre los dos grupos de peso, siendo sobretodo las mujeres obesas quienes presentan las puntuaciones más altas de todas, contrastando fuertemente con sus homólogas de clase media y alta, pero también con las normopesas de clase baja.

- No existen efectos estadísticamente significativos sobre la frecuencia de consumo de carne, por parte de la variable clase social, ni para el caso de las mujeres normopesas ni para las obesas.

Igual que para el pescado, el consumo recomendado de carne se establece en 3 o más veces a la semana, sin alcanzar el consumo diario. Observamos que estas recomendaciones se cumplen, en general para más de la mitad de las mujeres entre 16 y 25 años, sin encontrar fuertes contrastes ni entre los grupos de peso, pero tampoco entre los de clase social (ver gráfico 11):

Gráfico 11. Prevalencia de la frecuencia de consumo recomendado de carne, por grupo socioeconómico. Mujeres obesas y normopesas entre 16 y 25 años, España 2006.



Nota:*diferencias significativas:p ≤ .05. R=coeficiente de correlación Kendall`s tau-b clase social-grupo de peso. Escala clase social: alta=I+II, media=III+IVa, alta=IVb+V; Escala imc: normopeso=18.5-24-9, obesidad >=30. Fuente: elaboración propia a partir de la ENS06.

- En general las mujeres obesas tienen porcentajes de consumo recomendado ligeramente por encima de las normopesas, rondando el 60% de los casos, frente al 57% las segundas.

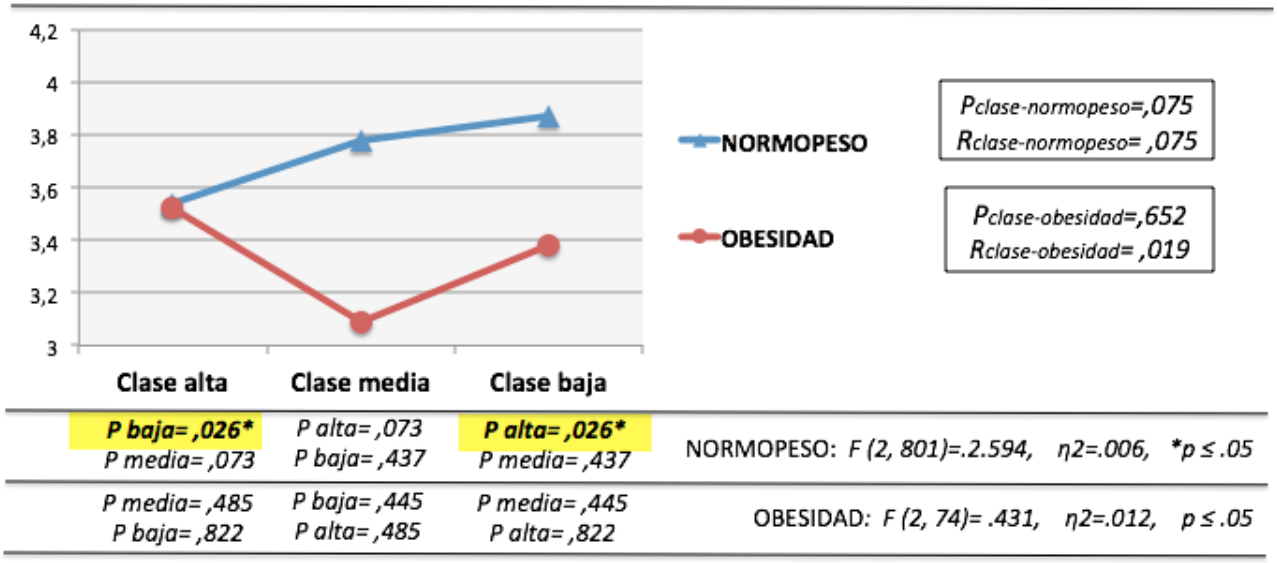
- No existen efectos significativamente estadísticos de la clase social sobre el consumo recomendado de carne, sin embargo si apreciamos diferencias, fundamentalmente en las mujeres con obesidad, para quienes la clase media destaca con un 67,5% de consumo recomendado. Las siguen las obesas de clase alta y por último las de clase media.

- Para las mujeres con normopeso se repite el mismo patrón: la clase media tiene el porcentaje de consumo recomendado más adecuado, a muy poca distancia de las mujeres de clase alta y de las de clase baja.

4.2.5. Dulces y productos derivados

Como demuestra el gráfico 12, la frecuencia media de consumo de dulces y derivados si muestra diferenciación, tanto a nivel de grupo de peso, como de clase social:

Gráfico 12. Puntuaciones medias en la frecuencia de consumo de dulces, por grupo socioeconómico. Medias estandarizadas por edad. Mujeres obesas y normopesas entre 16 y 25 años, España 2006.

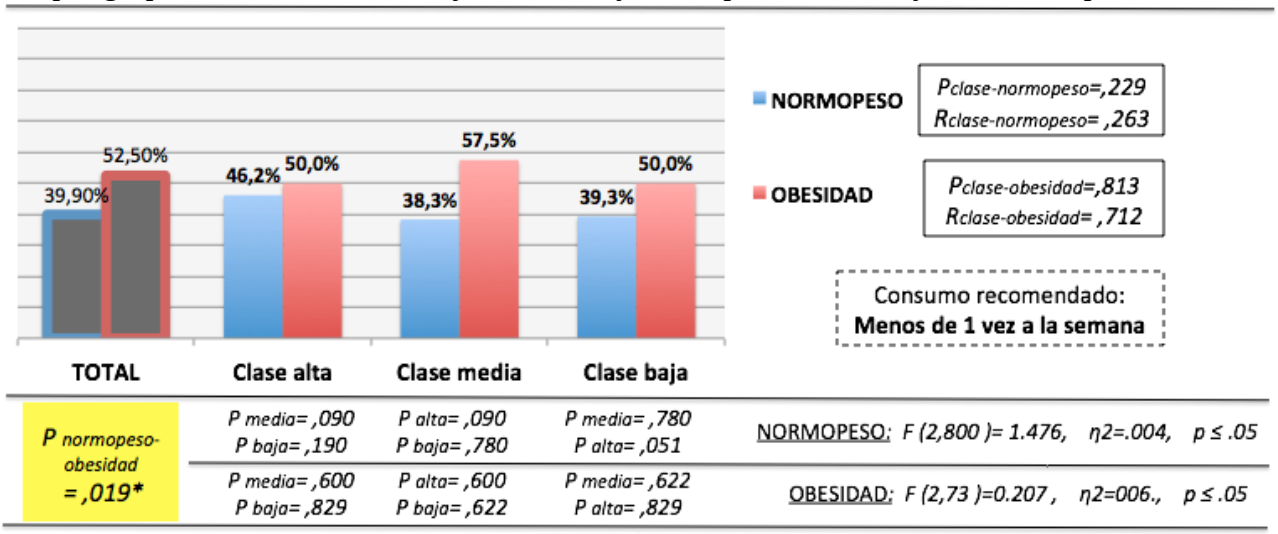


Nota: *diferencias significativas:p ≤ .05. Puntuaciones medias ajustadas por edad (NP=20,85, OB=21,25); R= coeficiente de correlación controlado por edad. Escala clase social: alta=I+II, media=III+IVa, alta=IVb+V; Escala imc: normopeso=18.5-24-9, obesidad >=30. Escala frecuencia consumo: 1=Nunca o casi nunca-5=A diario; Fuente: elaboración propia a partir de la ENS06.

- La clase alta es la única que presenta homogeneidad en las puntuaciones medias de frecuencia de consumo de dulces para mujeres obesas y normopesas, cerca de los 3.6 puntos.
- Para las mujeres con normopeso se observa un patrón de clase claro que apunta a una mayor frecuencia de consumo a medida que desciende la clase social, alcanzado las mujeres de clase baja casi los 3.9 puntos de media.
- En las mujeres con obesidad se rompe esta tendencia, cayendo la frecuencia media de consumo para aquellas de clase media hasta casi los 3 puntos y volviendo a subir en las de clase baja, sin alcanzar éstas a la clase alta.
- Existen diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de consumo solamente de las mujeres con normopeso, en lo concerniente a las clases alta y baja (p=0.06), para quienes ya apuntamos que existía un fuerte contraste.

En páginas anteriores ya se apunta que, dado que la SENC recomienda un consumo "escaso" tanto de dulces como de sus derivados (donde incluimos los refrescos con azúcar que analizaremos en el siguiente punto), se ha considerado que los valores menos de una vez por semana y nunca o casi nunca, se ajustan a tal recomendación al suponer un consumo muy escaso y sin una periodicidad concreta. En el gráfico 13 se observa que, en general, menos de la mitad de las mujeres entre 16 y 25 años, siguen tales recomendaciones:

Gráfico 13. Prevalencia de la frecuencia de consumo recomendado de dulces, por grupo socioeconómico. Mujeres obesas y normopesas entre 16 y 25 años, España 2006.



Nota:*diferencias significativas:p ≤ .05. R=coeficiente de correlación Kendall`s tau-b clase social-grupo de peso. Escala clase social: alta=I+II, media=III+IVa, alta=IVb+V; Escala imc: normopeso=18.5-24-9, obesidad >=30. Fuente: elaboración propia a partir de la ENS06.

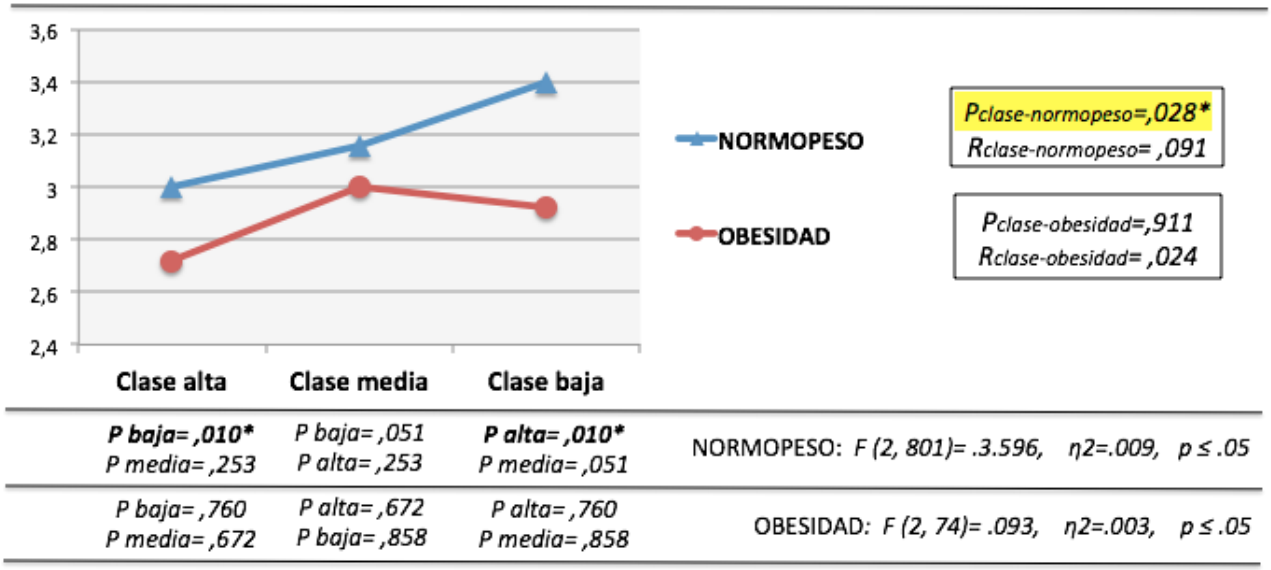
- Los dulces son el único grupo de alimentos analizado en el cual se observa una diferencia estadísticamente significativa entre los consumos recomendados de las mujeres con normopeso y las que padecen obesidad. Existen efectos relativos al grupo de índice de masa corporal sobre la adecuación mayor o menor a un consumo adecuado de dulces (previsto en menos de una vez a la semana), con p=0.019 . Así, son las mujeres obesas, en general, quienes mayormente se ajustan a tal parámetro con un 52,5% de casos a favor, frente a las normopesas quienes no llegan al 40 % de los casos.

- No existen diferencias estadísticamente significativas en las prevalencias de consumo recomendado entre las distintas clases sociales, ni en el caso de las obesas ni de las normopesas, si observamos algunas pequeñas diferencias al respecto: dentro del grupo de las obesas es la clase media la que en mayor medida se ajusta a un consumo recomendado de dulces; mientras que es la clase alta en el grupo de las normopesas.

4.2.6. Refrescos con azúcar

En general, los refrescos con azúcar, presentan una frecuencia de consumo medio menor a los dulces (ver gráfico 14), siendo las mujeres con normopeso quienes mayores puntuaciones alcanzan, respecto a aquellas con obesidad:

Gráfico 14. Puntuaciones medias en la frecuencia de consumo de refrescos con azúcar, por grupo socioeconómico. Medias estandarizadas por edad.
Mujeres obesas y normopesas entre 16 y 25 años, España 2006.



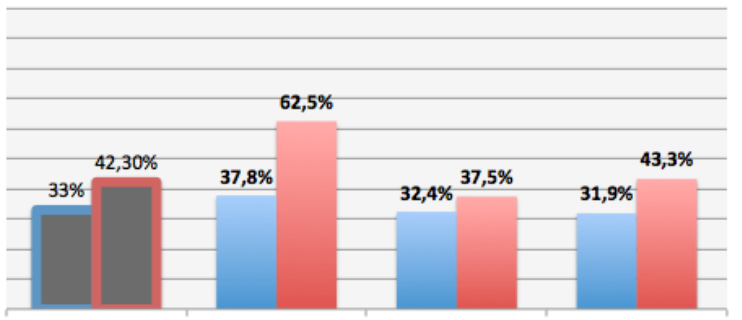
Nota: *diferencias significativas:p ≤ .05. Puntuaciones medias ajustadas por edad (NP=20,85, OB=21,25); R= coeficiente de correlación controlado por edad. Escala clase social: alta=I+II, media=III+IVa, alta=IVb+V; Escala imc: normopeso=18.5-24-9, obesidad >=30. Escala frecuencia consumo: 1=Nunca o casi nunca-5=A diario; Fuente: elaboración propia a partir de la ENS06.

- Dentro de las mujeres con normopeso se observa un patrón de clase bastante claro: las puntuaciones medias en la frecuencia de consumo aumentan a medida que desciende la clase social, si bien, en todos los casos se mantienen por encima de las de las mujeres con obesidad.

- Ademas, esto sucede porque la clase social tiene efectos estadísticamente significativos sobre el consumo medio de refrescos con azúcar para las mujeres normopesas (p=0.028).

- Para el caso de las mujeres obesas también existen diferencias de clase social, siendo la clase media quienes mayores puntuaciones alcanzan en la frecuencia de consumo de refrescos con azúcar, contrastando fuertemente sobretodo con las mujeres obesas de clase alta. Éstas son, a su vez, quienes presentan la puntuación media más baja de todas las mujeres entre 16 y 25 años.

Gráfico 15. Prevalencia de la frecuencia de consumo recomendado de refrescos con azúcar, por grupo socioeconómico. Mujeres obesas y normopesas entre 16 y 25 años, España 2006.



P normopeso-obesidad =,114	P media= ,213 P baja= ,238	P baja= ,213 P alta= ,943	P media= ,943 P alta= ,238	NORMOPESO: F (2,800)=0.890 , η2=.002, p ≤ .05
	P media= ,301 P baja= ,449	P alta= ,301 P baja= ,675	P alta= ,449 P media= ,675	OBESIDAD: F (2,73)=553 , η2=.015, p ≤ .05

Nota:*diferencias significativas:p ≤ .05. R=coeficiente de correlación Kendall`s tau-b clase social-grupo de peso. Escala clase social: alta=I+II, media=III+IVa, alta=IVb+V; Escala imc: normopeso=18.5-24-9, obesidad >=30. Fuente: elaboración propia a partir de la ENS06.

- En general, son las mujeres con obesidad quienes se adecuan en mayor medida al consumo recomendado de refrescos con azúcar, superando el 42% de los casos, frente al 33% en las mujeres normopesas (ver gráfico 15).

- Para éstas (las normopesas) apenas existe diferenciación social (sólo se observa una ligera tendencia en el incremento de la prevalencia de consumo recomendable a favor de las clases altas).

- Sin embargo, dentro del grupo de mujeres obesas, se observan fuertes contrastes en el porcentaje de consumo recomendado de refrescos con azúcar, sobretodo comparando la clase alta con la media y con la baja (un 60% frente a un 40", aproximadamente). Aunque no se demuestra significatividad estadística al respecto.

En resumen...

Los grupos de alimentos cuya frecuencia de consumo se ve afectada por la clase social son los siguientes:

En las mujeres con obesidad:

La fruta fresca, un alimento básico (al igual que las verduras y hortalizas), el cual se recomienda incluir cada día en la dieta de todas las personas, se ve afectado por factores socioeconómicos en el caso de las mujeres obesas, para las cuales la clase baja sale claramente desfavorecida con una frecuencia de consumo muy por debajo de la recomendada. Por tanto se puede decir que existe un patrón social respecto a la frecuencia de consumo de fruta fresca, en lo relativo a las mujeres con obesidad, favorable a las mujeres con mayor estatus socioeconómico.

En las mujeres con normopeso:

El pescado, con un consumo recomendado de 3 o más veces a la semana sin ser diario, y las verduras y hortalizas, son los otros dos grupos de alimentos sobre cuya frecuencia de consumo también influye la clase social. Esto sucede sobretodo en el grupo de las mujeres con normopeso, presentando éstas un gradiente social claro desfavorable a las mujeres de menor clase social. Las mujeres obesas también presentan el mismo gradiente de clase, aunque los valores apuntan a otros factores en la explicación del mismo.

Para los dulces y refrescos con azúcar sucede lo mismo: se observa un claro patrón social en el caso de las mujeres con peso saludable, quienes aumentan la frecuencia de consumo de dulces a medida que desciende la clase social. Por tanto, son las mujeres de clase baja quienes mayores puntuaciones medias obtienen en la frecuencia de consumo de dulces y refrescos con azúcar.

Se puede concluir que los alimentos más saludables -fruta fresca, pescado, verduras y hortalizas- muestran un patrón social en la frecuencia de consumo favorable a las mujeres de clase alta. Observable en las mujeres obesas en el caso de la fruta, y en las normopesas en los demás alimentos. Esto puede ser debido a un mayor conocimiento de las propiedades y composición de una dieta sana por parte de las mujeres con mayor estatus socioeconómico.

Para los alimentos menos saludables -dulces y refrescos con azúcar- los resultados muestran la existencia del mismo patrón social, en el caso de las mujeres normopesas, pero en un sentido inverso: esta vez el mayor consumo está asociado a las clases más desfavorecidas.

Como es lógico pensar, dada la multivariabilidad de la vida social, en ningún caso se puede establecer correlaciones directas entre pertenecer a una determinada clase social o grupo de peso y una menor o mayor frecuencia de consumo de ningún alimento. Si bien, como se ha visto, los resultados apuntan a efectos significativos de la clase social o del IMC para algunos de los grupos de alimentos, haría falta un análisis en profundidad de otros factores que intervienen en tales desigualdades.

Esto se repetirá tanto en el análisis de los distintos tipos de desayuno como en el del seguimiento de dietas o regímenes específicos, y en general en cualquier aspecto de la realidad social que pretendamos analizar.

4.3. El desayuno habitual[10]

Los expertos dicen del desayuno que es la comida más importante del día. Recomiendan tomarse el tiempo necesario para incluir en esta primera ingesta del día alimentos variados, que van desde la leche y los cereales (en cualquiera de sus modalidades), hasta otros más calóricos como embutido ligero o queso, y sobretodo llaman la atención sobre la idoneidad de consumir una pieza de fruta (ya sea en zumo o entera) durante el mismo. En ningún caso se recomienda evitar el desayuno, pero como veremos a continuación, algunas mujeres entre 16 y 25 no atienden a tales recomendaciones.

Se observa que, en general, son una minoría de las mujeres, tanto con normopeso como con obesidad (alrededor del 7%), las que habitualmente no desayunan (ver gráfico 16), si bien en el caso de las normopesas la prevalencia es ligeramente superior respecto a las obesas. Ahora bien, si se atiende a la clase social, se encuentran contrastes más fuertes entre los dos grupos de peso:

- Entre las mujeres normopesas apenas existe diferenciación en términos de clase social en el hecho de no desayunar: aproximadamente el 8% de las mujeres de todas las clases sociales.

[10] El ítem del cuestionario al que acudimos es el siguiente:

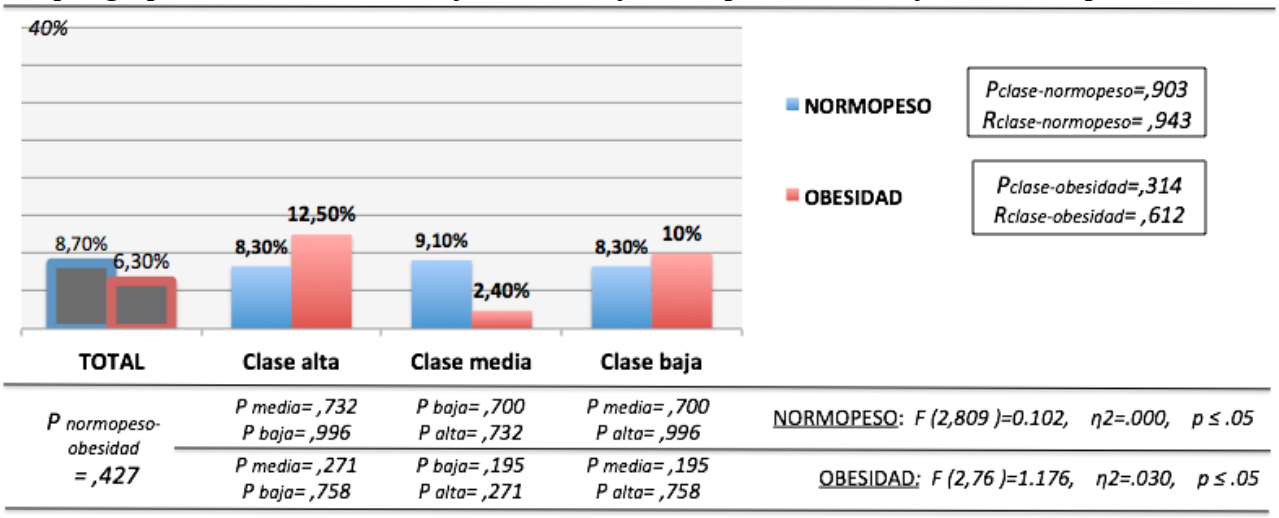
95. ¿Qué desayuna habitualmente?

	Sí	No
1. Café, leche, té, chocolate, cacao, yogur ...	☐ 1	☐ 6
2. Pan, tostadas, galletas, cereales, bollería ...	☐ 1	☐ 6
3. Fruta y/o zumo	☐ 1	☐ 6
4. Alimentos como huevos, queso, jamón ...	☐ 1	☐ 6
5. Otro tipo de alimentos	☐ 1	☐ 6
6. Nada, no suele desayunar	☐ 1	☐ 6

- Sin embargo, las obesas si presentan contrastes de clase. Aunque, en ningún caso son estadísticamente significativos, llama la atención el elevado número de mujeres obesas de clase alta que no desayuna (12,5%) frente a sus homólogas de clase media (2,5%).

- En general se puee decir que la clase alta, en ambos grupos de peso, presenta porcentajes más elevados de mujeres que habitualmente no desayunan.

Gráfico 16: Prevalencia del hábito de no desayunar,
por grupo socioeconómico. Mujeres obesas y normopesas entre 16 y 25 años, España 2006.



Nota:* p>=0.05; R=coeficiente de correlación Kendall`s tau-b clase social-grupo de peso. Escala clase social: alta=I+II, media=III+IVa, alta=IVb+V; Escala imc: normopeso=18.5-24-9, obesidad >=30.

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS06.

En lo que respecta a las mujeres que si desayunan, las posibilidades son variadas y, por supuesto, no todas desayunan igual. Si se analizan las prevalencias del hábito de incluir fruta o zumo en el desayuno (práctica, como ya hemos dicho, recomendada por los expertos en nutrición), aproximadamente un cuarto de las mujeres obesas y normopesas entre 16 y 25 años, sigue esta recomendación:

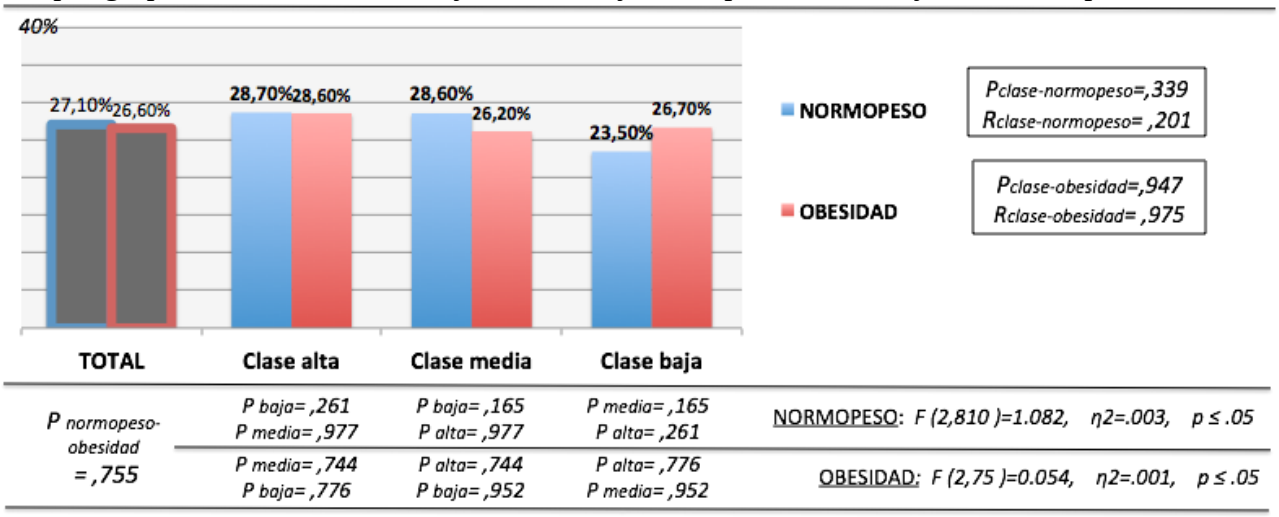
- En general, apenas existen diferencias entre mujeres obesas y normopesas, si bien para ambos grupos de peso se observa un ligero patrón de clase en favor de las clases altas.

- De hecho, la clase alta es el grupo donde un mayor porcentaje de mujeres, obesas y normopesas por igual, incluyen fruta o zumo en su desayuno habitual

- Las mujeres normopesas de clase media siguen la misma pauta que sus homólogas de clase alta, sin embargo las obesas presentan una prevalencia menor.

- En las mujeres de clase baja, se observa un descenso de la prevalencia respecto a la inclusión de fruta o zumo en el desayuno, contrastando fuertemente las normopesas respecto al resto

Gráfico 17: Prevalencia del hábito de incluir fruta o zumo en el desayuno, por grupo socioeconómico. Mujeres obesas y normopesas entre 16 y 25 años, España 2006.



Nota:* p>=0.05; R=coeficiente de correlación Kendall`s tau-b clase social-grupo de peso. Escala clase social: alta=I+II, media=III+IVa, alta=IVb+V; Escala imc: normopeso=18.5-24-9, obesidad >=30.

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS06.

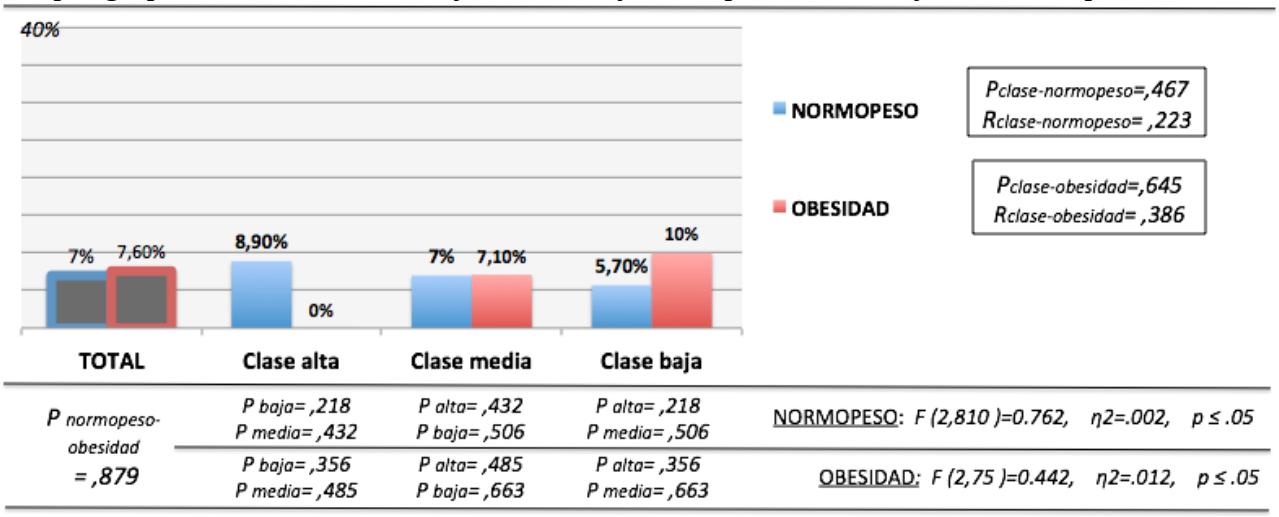
Otro tipo de desayuno es el que consiste en incluir alimentos de tipo más calórico, ya sean huevos, queso, jamón.. Se trata de un desayuno que, probablemente, no es demasiado habitual en la España actual y que quizá asociemos más con los países del norte, sin embargo algunas mujeres entre 16 y 25 años si realizan este tipo de desayuno fuerte (ver gráfico 18):

- En general, casi no se aprecia distinción entre el grupo de mujeres obesas y el de normopesas, sin embargo si se nota diferenciación social al interior de los grupos de peso.

- Ninguna de las mujeres obesas de clase alta realiza habitualmente este tipo de desayuno fuerte, mientras que si lo hacen sus homólogas de clase media, pero sobretodo las de clase baja, quienes son el grupo con la prevalencia más alta (10%).

- Para el grupo de mujeres normopesas, la tendencia de clase social, se invierte: el grupo de clase alta es el que tiene la prevalencia más alta (8,9%), seguido por las mujeres normopesas de clase media e inmediatamente después por las de clase baja.

Gráfico 18: Prevalencia del hábito de incluir huevos, queso, jamón... en el desayuno, por grupo socioeconómico. Mujeres obesas y normopesas entre 16 y 25 años, España 2006.



Nota:* p>=0.05; R=coeficiente de correlación Kendall`s tau-b clase social-grupo de peso. Escala clase social: alta=I+II, media=III+IVa, alta=IVb+V; Escala imc: normopeso=18.5-24-9, obesidad >=30.

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS06.

En resumen...

Los resultados muestran que, a pesar de existir diferencias tanto de clase como de índice de masa corporal, respecto al desayuno habitual, ninguna de estas dos variables por sí solas explican estas diferencias.

En general, las mujeres normopesas en relación con las obesas, y las de clase alta en relación con las demás clases sociales, son las evitan el desayuno en mayor medida. Aunque este es un hábito muy poco extendido entre las mujeres de nuestra muestra.

Respecto a la inclusión de fruta o zumo a la hora de desayunar, los resultados muestran que apenas existen diferencias ni entre las clases sociales ni entre los grupos de peso, y que además es una práctica que siguen aproximadamente el 30% de las mujeres obesas y normopesas entre 16 y 25 años.

Son menos (alrededor del 7%) las que incluyen alimentos más calóricos -jamón, huevos, queso...- en sus desayunos, aquí si con notables diferencias en las mujeres obesas, donde ninguna mujer de clase alta lo hace de manera habitual.

4.4. Seguimiento de dietas[11]

En principio, puede parecer absurdo comprar los efectos de la clase social sobre aspectos relacionados con las dietas, para las mujeres obesas y para las normopesas, dado que parece lógico pensar que si una mujer goza de un peso saludable, no tendría sentido seguir ninguna dieta o régimen. Sin embargo, se incluye este apartado porque, de hecho, esto no es así. Como se puede ver en el gráfico 19, un 6,1% de las mujeres normopesas entre 16 y 25 años realizan algún tipo de dieta. Y es que, a menudo, cuando pensamos en dietas, asociamos éstas con la finalidad de adelgazar, pero no tiene por qué ser así en todos los casos (ni siquiera la mitad de las mujeres normopesas que están a dieta, lo hacen por este motivo). De hecho una dieta puede seguirse simplemente para mantener el peso en parámetros saludables, o por motivos de salud (para reducir el colesterol, recuperarnos de una enfermedad), motivos ideológicos (las personas vegetarianas o veganas, quienes deciden no consumir productos animales) o incluso motivos religiosos (por ejemplo los musulmanes no incluyen carne de cerdo en su dieta).

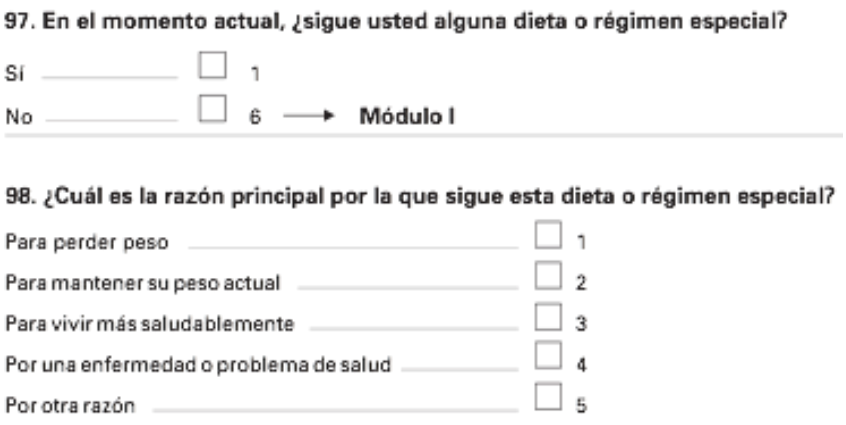
En cualquier caso, se analizan únicamente los efectos de la clase social respecto seguimiento de dietas, primero en general y después, por motivos de peso, dado que éste es el tema central de este trabajo.

En el gráfico 19 se puede ver que, lógicamente, padecer obesidad tiene efectos estadísticamente significativos sobre el hecho de seguir una dieta o régimen específico (p=0.001):

- Las mujeres obesas presentan una prevalencia mucho mayor que las mujeres con pesos saludables (un 21,5% frente a un 6,10%). Sin embargo, llama la atención el bajo porcentaje de mujeres obesas que están a dieta, dado que ésta se recomienda por parte de los médicos como una forma para lograr un peso saludable, cabría esperar que un mayor porcentaje de mujeres obesas siguieran esta recomendación.

- Mientras que en el grupo de mujeres normopesas casi no se aprecia diferenciación social (la clase alta puntúa ligeramente por encima de las demás), en el caso de las mujeres obesas se observa fuertes contrastes entre las clases sociales.

[11] El ítem del cuestionario al que acudimos es el siguiente:


97. En el momento actual, ¿sigue usted alguna dieta o régimen especial?

Sí ☐ 1

No ☐ 6 → Módulo I

98. ¿Cuál es la razón principal por la que sigue esta dieta o régimen especial?

Para perder peso ☐ 1

Para mantener su peso actual ☐ 2

Para vivir más saludablemente ☐ 3

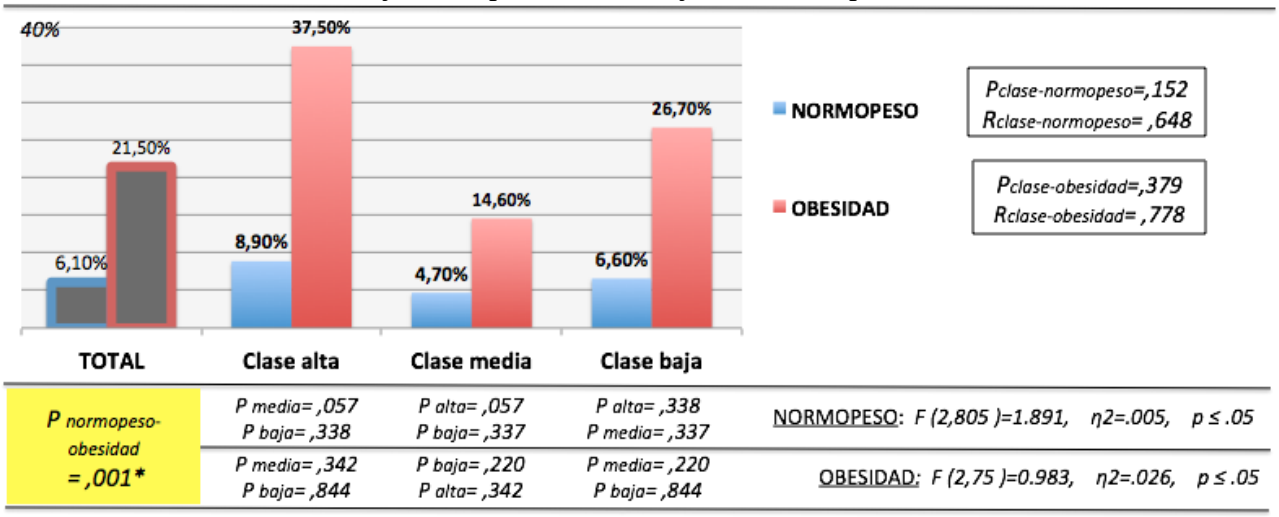
Por una enfermedad o problema de salud ☐ 4

Por otra razón ☐ 5

- Las obesas de clase alta presentan el porcentaje más elevado de mujeres que siguen una dieta o régimen específico, llegando casi al 40% de los casos, seguidas por las de clase baja, con un 26,7% de mujeres a dieta y a mucha distancia de las obesas de clase media, quienes no llegan al 15%.

- A pesar de que los contrastes entre clases sociales en las mujeres obesas son fuertes, no se apreia que la clase social tenga efectos estadísticamente significativos sobre el seguimiento de dietas.

Gráfico 19. Prevalencia del seguimiento de dietas o regímenes, por grupo socioeconómico. Mujeres obesas y normopesas entre 16 y 25 años, España 2006.



Nota:* p>=0.05; R=coeficiente de correlación Kendall`s tau-b clase social-grupo de peso. Escala clase social: alta=I+II, media=III+IVa, alta=IVb+V; Escala imc: normopeso=18.5-24-9, obesidad >=30.

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS06.

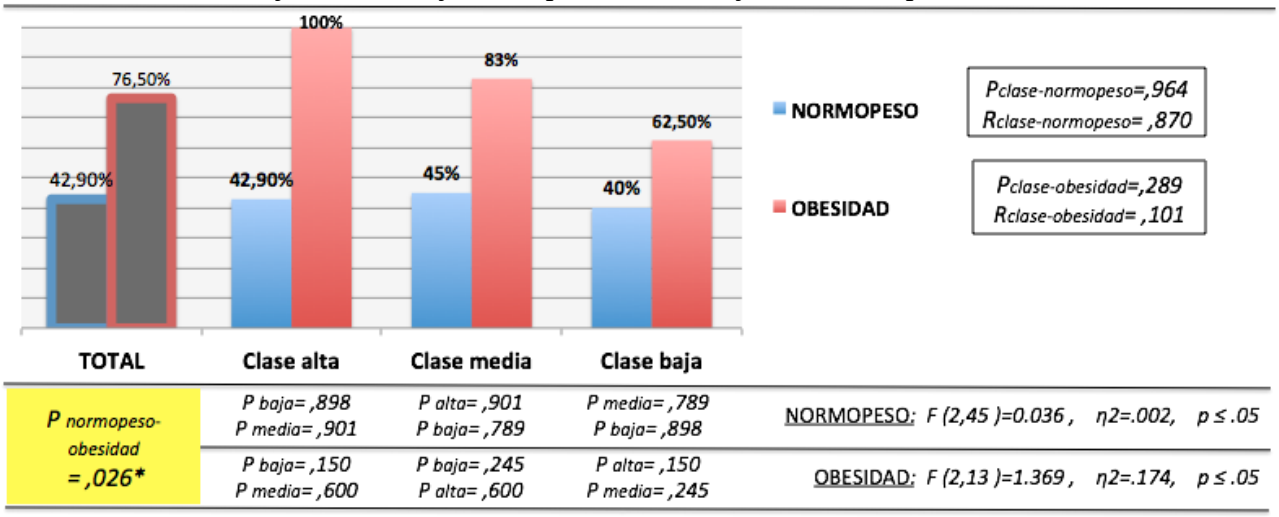
Si se analizan las mujeres que siguen dietas específicamente para perder peso (ver gráfico 20), comparando obesas y normopesas, de nuevo se puede ver que la obesidad tiene efectos estadísticamente significativos al respecto (p=0.026):

- La mayoría de las mujeres obesas que están a dieta persiguen adelgazar (más del 75%), mientras que en el caso de las normopesas, no llegan a la mitad de los casos (aproximadamente el 40%).

- Al igual que sucedía con la dieta en general, apenas existe diferenciación social en el grupo de las mujeres con pesos saludables.

- Sin embargo ésta es clara para las mujeres obesas: mientras que el 100% de las mujeres obesas de clase alta que sigue una dieta lo hace para perder peso, las obesas de clase media y sobretodo las de clase baja, presentan porcentajes mucho menores: 83% y 62,5%, respectivamente.

Gráfico 20: Prevalencia del seguimiento de dietas o regímenes para perder peso (entre las personas que siguen alguna dieta o régimen), por grupo socioeconómico. Mujeres obesas y normopesas entre 16 y 25 años, España 2006.



Nota:* p>=0.05; R=coeficiente de correlación Kendall`s tau-b clase social-grupo de peso. Escala clase social: alta=I+II, media=III+IVa, alta=IVb+V; Escala imc: normopeso=18.5-24-9, obesidad >=30.

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS06.

En resumen...

Se ha comprobado que, padecer obesidad está relacionado con el hecho de seguir una dieta (concretamente una dieta para perder peso), que tener un peso saludable.

Aún así, dentro de las pocas mujeres con normopeso que siguen una dieta (encabezadas por el grupo de mujeres de clase alta), casi la mitad de éstas lo hacen con la finalidad de perder peso.

Dentro del grupo mayoritario de mujeres que siguen dieta, las obesas, destacan aquellas de clase alta, tanto en el seguimiento de dietas en general, como con el fin de adelgazar, en particular (el 100% de los casos). De hecho en el seguimiento de dietas para adelgazar observamos un claro gradiente de clase social en las mujeres obesas.

Esto puede deberse a que, la presión social por un cuerpo esbelto, se deja notar más en las mujeres mejor posicionadas socioeconómicamente, quienes además, probablemente, tengan más recursos materiales (nutricionistas, acceso a dietas específicas) para seguir una dieta adecuada y no desistir en el intento.

BIBLIOGRAFÍA

ÁLVAREZ-DARDET C. ALONSO J. DOMINGO A. REGIDOR E. (1995) La medición de la clase social en ciencias de la salud. Barcelona: SG Editores.

BACIGALUPE de la HERA, Amaia y MARTÍN RONCERO, Unai (1997) Desigualdades sociales en la salud de la población de la comunidad autónoma del País Vasco. La clase social y el género como determinantes de la salud, Vitoria-Gasteiz: Ararteko.

BORRELL C. (1996) Les desigualtats socials en la salut. Barcelona: Institut Municipal de la Salut.

GONZÁLEZ, C.A. et al. (2002) Diferencias sociodemográficas en la adhesión al patrón de dieta mediterránea en poblaciones de España. Barcelona: Gaceta Sanitaria 16(3):214-21.

GUTIÉRREZ et al. (1994) Desigualdades sociales y alimentación: estudio ecológico de las ventas de alimentos de una cadena de supermercados. Gaceta Sanitaria. 8:304-309.

GUTIÉRREZ-FISAC JL. (1998) Obesidad y nivel socioeconómico. Barcelona: Medicina Clínica, 110(9): 347-449.

HARNECKER, M. (1975) Los conceptos elementales del materialismo histórico. S XXI Editores, 87-89.

PUJOL, T. (1982) Caracterología del obeso. Mallorca: Educació y Cultura, revista mallorquina de pedagogía, 3:95-108.

REBATO E. et al (2007) Nivel socioeconómico y variables de adiposidad en adultos de la CAPV. Inguruak

SENC (2002) Guía práctica sobre hábitos de Alimentación y Salud. Madrid: InstitutoOmega3

WHO (2010) Informe de salud en el mundo: La financiación de los sistemas de salud, el camino hacia la cobertura universal. Geneva: WHO.

WRIGBHT EO. Classes. London: Verso, 1985.

Lopez M, Alvarez J, Revista de Psicología Social, ISSN 0213-4748, ISSN-e 1579-3680, Vol. 14, Nº 2-3, 1999 , págs. 271-296.

Ortega Anta R M. Nutrición hospitalaria: Organo oficial de la Sociedad española de nutrición parenteral y enteral, ISSN 0212-1611, Vol. 22, Nº. 6, 2007 , págs. 654-660.

Aguilar Vilas M V. Nutrición hospitalaria: Organo oficial de la Sociedad española de nutrición parenteral y enteral, ISSN 0212-1611, Vol. 24, Nº. 2, 2009 , págs. 200-206

Índice de tablas y gráficos

Tabla 1. Estadísticas descriptivas generales de las muestras.
Tabla 2. Puntuaciones medias de imc, por grupo socioeconómico y rango de edad. Hombres y mujeres entre 16 y 40 años, España 2006.

Gráfico 1: Puntuaciones de imc por grupo socioeconómico sintetizado. Medias estandarizadas por edad. Mujeres entre 16 y 25 años, España 2006.
Gráfico 2. Distribución del normopeso y la obesidad por grupo socioeconómico (sintetizado y ENS06). Mujeres entre 16 y 25 años, España 2006.
Gráfico 3. Puntuaciones medias en la frecuencia de consumo de los distintos tipos de alimentos. Medias estandarizadas por edad. Mujeres obesas y normopesas entre 16 y 25 años, España 2006.
Gráfico 4. Puntuaciones medias en la frecuencia de consumo de fruta fresca por grupo socioeconómico. Medias estandarizadas por edad. Mujeres obesas y normopesas entre 16 y 25 años, España 2006.
Gráfico 5. Prevalencia de la frecuencia de consumo recomendado de fruta fresca por grupo socioeconómico. Mujeres obesas y normopesas entre 16 y 25 años, España 2006.
Gráfico 6. Puntuaciones medias en la frecuencia de consumo de verduras y hortalizas, por grupo socioeconómico. Medias estandarizadas por edad. Mujeres obesas y normopesas entre 16 y 25 años, España 2006.
Gráfico 7. Prevalencia de la frecuencia de consumo recomendado de verduras y hortalizas, por grupo socioeconómico. Mujeres obesas y normopesas entre 16 y 25 años, España 2006.
Gráfico 8. Puntuaciones medias en la frecuencia de consumo de pescado, por grupo socioeconómico. Medias estandarizadas por edad. Mujeres obesas y normopesas entre 16 y 25 años, España 2006.
Gráfico 9. Prevalencia de la frecuencia de consumo recomendado de pescado, por grupo socioeconómico. Mujeres obesas y normopesas entre 16 y 25 años, España 2006.
Gráfico 10. Puntuaciones medias en la frecuencia de consumo de carne, por grupo socioeconómico. Medias estandarizadas por edad. Mujeres obesas y normopesas entre 16 y 25 años, España 2006.
Gráfico 11. Prevalencia de la frecuencia de consumo recomendado de carne, por grupo socioeconómico. Mujeres obesas y normopesas entre 16 y 25 años, España 2006.
Gráfico 12. Puntuaciones medias en la frecuencia de consumo de dulces, por grupo socioeconómico. Medias estandarizadas por edad. Mujeres obesas y normopesas entre 16 y 25 años, España 2006.
Gráfico 13. Prevalencia de la frecuencia de consumo recomendado de dulces, por grupo socioeconómico. Mujeres obesas y normopesas entre 16 y 25 años, España 2006.
Gráfico 14. Puntuaciones medias en la frecuencia de consumo de refrescos con azúcar, por grupo socioeconómico. Medias estandarizadas por edad. Mujeres obesas y normopesas entre 16 y 25 años, España 2006.
Gráfico 15. Prevalencia de la frecuencia de consumo recomendado de refrescos con azúcar, por grupo socioeconómico. Mujeres obesas y normopesas entre 16 y 25 años, España 2006.
Gráfico 16. Prevalencia del hábito de no desayunar, por grupo socioeconómico. Mujeres obesas y normopesas entre 16 y 25 años, España 2006.
Gráfico 17. Prevalencia del hábito de incluir fruta o zumo en el desayuno, por grupo socioeconómico. Mujeres obesas y normopesas entre 16 y 25 años, España 2006.
Gráfico 18. Prevalencia del hábito de incluir huevos, queso, jamón... en el desayuno, por grupo socioeconómico. Mujeres obesas y normopesas entre 16 y 25 años, España 2006.

Gráfico 19. Prevalencia del seguimiento de dietas o regímenes, por grupo socioeconómico. Mujeres obesas y normopesas entre 16 y 25 años, España 2006.
Gráfico 20. Prevalencia del seguimiento de dietas o regímenes para perder peso (entre las personas que siguen alguna dieta o régimen), por grupo socioeconómico. Mujeres obesas y normopesas entre 16 y 25 años, España 2006.