



Universidad de Oviedo

Departamento de Sociología

Programa de Doctorado en Economía y Empresa

Tesis doctoral

La obesidad como problema social: un
análisis de las prácticas alimentarias y
de actividad física en hogares con y sin
obesidad infantil

Sonia Otero Estévez

Oviedo, 2020



RESUMEN DEL CONTENIDO DE TESIS DOCTORAL

1.- Título de la Tesis	
Español/Otro Idioma: LA OBESIDAD COMO PROBLEMA SOCIAL: UN ANÁLISIS DE LAS PRÁCTICAS ALIMENTARIAS Y DE ACTIVIDAD FÍSICA EN HOGARES CON Y SIN OBESIDAD INFANTIL	Inglés: OBESITY AS A SOCIAL PROBLEM: AN ANALYSIS OF EATING AND PHYSICAL ACTIVITY PRACTICES OF HOUSEHOLDS WITH AND WITHOUT CHILDHOOD OBESITY
2.- Autor	
Nombre: SONIA OTERO ESTÉVEZ	DNI/Pasaporte/NIE: :
Programa de Doctorado: DOCTORADO EN ECONOMÍA Y EMPRESA POR LA RAMA DE ANÁLISIS SOCIOECONÓMICO	
Órgano responsable: CIP- Comisión académica del programa de economía y empresa	

RESUMEN (en español)

La obesidad es uno de los principales problemas de salud en las sociedades modernas. Las fuentes de información disponibles muestran que ha aumentado a lo largo del mundo en las últimas décadas y que su presencia es mayor en los grupos de nivel socioeconómico más bajo. En España los datos reflejan la misma tendencia de crecimiento y distribución, y las últimas cifras disponibles revelan que cerca del 17% de la población adulta tiene obesidad y más del 10% de los niños y niñas (ENS, 2017). Los estudios más recientes señalan que la clave para su comprensión se encuentra en las rutinas sociales donde han sedimentado los cambios ligados a la modernidad. Unos cambios que han transformado la forma de entender la salud, el cuerpo y que han situado el ideal de bienestar, y con él la actividad física y la alimentación, en el centro atención y el lugar para construir identidades y mostrarse ante los otros. Todos estos aspectos ponen de manifiesto que la obesidad, más allá de un problema de salud, es un problema social.

Las principales líneas teóricas han planteado su estudio desde una perspectiva dicotómica: ¿la obesidad es resultado de “malos” comportamientos individuales o de “malas” condiciones estructurales? Unos, analizando las características y comportamientos desde una visión individualista y racionalista de la acción humana. Otros, analizando las condiciones estructurales que generan desigualdades de salud con una visión determinista de la acción en la que los sujetos son actores pasivos cuyo destino es controlado por fuerzas externas. A partir de las críticas y limitaciones de ambas perspectivas, se plantean las ventajas de las Teorías de las Prácticas Sociales como un nuevo enfoque que permite superar la dicotomía planteada entre acción individual-estructura entendiendo la *práctica* como nexo entre ambas, situándola como la unidad básica de análisis y dotándola de herramientas para su estudio empírico.

Esta tesis doctoral, adoptando esta perspectiva teórica, tiene por objetivo indagar en el proceso que conduce a la obesidad infantil a través del análisis de las prácticas alimentarias y de actividad física, y de los factores sociales que favorecen o dificultan la participación o el compromiso de los individuos con ellas. Se comparan, desde una metodología cualitativa, dos grupos de hogares: hogares con niños obesos y hogares sin niños obesos. Se han realizado 30 entrevistas en profundidad semiestructuradas a



hogares de diferentes niveles socioeconómicos.

Las principales conclusiones muestran complejas relaciones de colaboración y competición entre prácticas que, junto con las experiencias personales, aprendizajes, conocimientos y recursos, afectan al grado de compromiso de los individuos con la alimentación y la actividad física e imprimen diferencias en los estilos vida. Unas relaciones que, además, requieren de la coordinación entre individuos dentro del hogar. Estos resultados ofrecen una contribución novedosa sobre los aspectos en los que las políticas públicas podrían intervenir para establecer o romper vínculos entre prácticas, o para sustituir aquellos elementos -materiales, competencias y significados- que inclinan las prácticas hacia configuraciones menos saludables por otros que tengan mejores resultados y las conviertan en más atractivas para los individuos o grupos.

RESUMEN (en inglés)

Obesity is one of the main health problems in modern societies. Available sources of information show that it has increased throughout the world in recent decades and is more widespread in lower-level socio-economic groups. In Spain, the data reflect the same trends of increase and distribution, and the latest available figures reveal that nearly 17% of the adult population is obese, as are more than 10% of children (ENS, 2017). The most recent studies indicate that the key to understanding the problem lies in the social routines where the changes linked to modernity have been laid down. These changes have transformed how health and the body are understood and have made the ideal of well-being—and with it physical exercise and eating—the center of attention, where identities are built and revealed to others. All these aspects show that obesity, more than being just a health problem, is a social problem.

The main theoretical traditions have approached research from a dichotomous perspective: is obesity the result of “bad” individual behaviour or of “bad” structural conditions? The first approach analyses characteristics and behaviours from an individualistic and rationalistic view of human action. The second approach examines the structural conditions that generate health inequalities with a deterministic view of action, in which the subjects play a passive role, with their destiny controlled by external forces. Starting from a critique of the limitations of both approaches, the thesis puts forward the advantages of Theories of Social Practice as a new perspective, making it possible to move beyond the dichotomy between individual-structural action, taking *practice* as the link between the two aspects, making it the basic unit of analysis and providing tools for its empirical study.

Adopting this theoretical approach, this doctoral thesis aims to investigate the processes that lead to childhood obesity through analysis of practices relating to food and physical activity, and the social factors that favour or hinder individuals' participation in and commitment to these practices. Using a qualitative methodology, it compares two groups of households: those with obese children and those without. Thirty semi-structured in-depth interviews were conducted with households at different socio-economic levels.

The main conclusions show complex relationships of collaboration and competition between practices which, together with personal experiences, learning, knowledge and resources, affect how far individuals feel committed to eating patterns and physical



Universidad de Oviedo
Universidá d'Uviéu
University of Oviedo

exercise, imprinting these variations in their lifestyles. These relationships also require cooperation between individuals within the household. The results contribute new evidence on areas where public policy could intervene to establish or break links between practices, or to take the key elements—materials, competences and meanings—that make practices tend towards less healthy configurations and replace them with others that lead to better results, making them more attractive to individuals and groups.

**SR. PRESIDENTE DE LA COMISIÓN ACADÉMICA DEL PROGRAMA DE DOCTORADO
EN ECONOMÍA Y EMPRESA**

Universidad de Oviedo
Departamento de Sociología

Tesis doctoral

La obesidad como problema social: un análisis de las
prácticas alimentarias y de actividad física en hogares con
y sin obesidad infantil

Memoria que, para la obtención del título de Doctor, presenta

Sonia Otero Estévez

Becaria de la convocatoria pública de ayudas para realización de Tesis
Doctorales de la Universidad de Oviedo 2018

Bajo la dirección de las profesoras:

Dra. Cecilia Díaz Méndez

Dra. María Isabel García Espejo

RESUMEN (español)

La obesidad es uno de los principales problemas de salud en las sociedades modernas. Las fuentes de información disponibles muestran que ha aumentado a lo largo del mundo en las últimas décadas y que su presencia es mayor en los grupos de nivel socioeconómico más bajo. En España los datos reflejan la misma tendencia de crecimiento y distribución, y las últimas cifras disponibles revelan que cerca del 17% de la población adulta tiene obesidad y más del 10% de los niños y niñas (ENS, 2017). Los estudios más recientes señalan que la clave para su comprensión se encuentra en las rutinas sociales donde han sedimentado los cambios ligados a la modernidad. Unos cambios que han transformado la forma de entender la salud, el cuerpo y que han situado el ideal de bienestar, y con él la actividad física y la alimentación, en el centro atención y el lugar para construir identidades y mostrarse ante los otros. Todos estos aspectos ponen de manifiesto que la obesidad, más allá de un problema de salud, es un problema social.

Las principales líneas teóricas han planteado su estudio desde una perspectiva dicotómica: ¿la obesidad es resultado de “malos” comportamientos individuales o de “malas” condiciones estructurales? Unos, analizando las características y comportamientos desde una visión individualista y racionalista de la acción humana. Otros, analizando las condiciones estructurales que generan desigualdades de salud con una visión determinista de la acción en la que los sujetos son actores pasivos cuyo destino es controlado por fuerzas externas. A partir de las críticas y limitaciones de ambas perspectivas, se plantean las ventajas de las Teorías de las Prácticas Sociales como un nuevo enfoque que permite superar la dicotomía planteada entre acción individual-estructura entendiendo la *práctica* como nexo entre ambas, situándola como la unidad básica de análisis y dotándola de herramientas para su estudio empírico.

Esta tesis doctoral, adoptando esta perspectiva teórica, tiene por objetivo indagar en el proceso que conduce a la obesidad infantil a través del análisis de las prácticas alimentarias y de actividad física, y de los factores sociales que favorecen o dificultan la participación y el compromiso de los individuos con ellas. Se comparan, desde una metodología cualitativa, dos grupos de hogares: hogares con niños obesos y hogares sin niños obesos. Se han realizado 30 entrevistas en profundidad semiestructuradas a hogares de diferentes niveles socioeconómicos.

Las principales conclusiones muestran complejas relaciones de colaboración y competición entre prácticas que, junto con las experiencias personales, aprendizajes, conocimientos y recursos, afectan al grado de compromiso de los individuos con la alimentación y la actividad física e imprimen diferencias en los estilos vida. Unas relaciones que, además, requieren de la coordinación entre individuos dentro del hogar. Estos resultados ofrecen una contribución novedosa sobre los aspectos en los que las políticas públicas podrían intervenir para establecer o romper vínculos entre prácticas, o para sustituir aquellos elementos -materiales, competencias y significados- que inclinan las prácticas hacia configuraciones menos saludables por otros que tengan mejores resultados y las conviertan en más atractivas para los individuos o grupos.

RESUMEN (en inglés)

Obesity is one of the main health problems in modern societies. Available sources of information show that it has increased throughout the world in recent decades and is more widespread in lower-level socio-economic groups. In Spain, the data reflect the same trends of increase and distribution, and the latest available figures reveal that nearly 17% of the adult population is obese, as are more than 10% of children (ENS, 2017). The most recent studies indicate that the key to understanding the problem lies in the social routines where the changes linked to modernity have been laid down. These changes have transformed how health and the body are understood and have made the ideal of well-being—and with it physical exercise and eating—the center of attention, where identities are built and revealed to others. All these aspects show that obesity, more than being just a health problem, is a social problem.

The main theoretical traditions have approached research from a dichotomous perspective: is obesity the result of “bad” individual behaviour or of “bad” structural conditions? The first approach analyses characteristics and behaviours from an individualistic and rationalistic view of human action. The second approach examines the structural conditions that generate health inequalities with a deterministic view of action, in which the subjects play a passive role, with their destiny controlled by external forces. Starting from a critique of the limitations of both approaches, the thesis puts forward the advantages of Theories of Social Practice as a new perspective, making it possible to move beyond the dichotomy between individual-structural action, taking *practice* as the link between the two aspects, making it the basic unit of analysis and providing tools for its empirical study.

Adopting this theoretical approach, this doctoral thesis aims to investigate the processes that lead to childhood obesity through analysis of practices relating to food and physical activity, and the social factors that favour or hinder individuals’ participation in and commitment to these practices. Using a qualitative methodology, it compares two groups of households: those with obese children and those without. Thirty semi-structured in-depth interviews were conducted with households at different socio-economic levels.

The main conclusions show complex relationships of collaboration and competition between practices which, together with personal experiences, learning, knowledge and resources, affect how far individuals feel committed to eating patterns and physical exercise, imprinting these variations in their lifestyles. These relationships also require cooperation between individuals within the household. The results contribute new evidence on areas where public policy could intervene to establish or break links between practices, or to take the key elements—materials, competences and meanings—that make practices tend towards less healthy configurations and replace them with others that lead to better results, making them more attractive to individuals and groups.

AGRADECIMIENTOS

He pensado en muchas ocasiones sobre cómo debía escribir estas líneas. Una especie de fantasía recurrente que venía a mi mente. De una parte, fantaseaba con ello porque sabía que hacerlo supone cerrar una fase que ha sido muchas veces maravillosa y otras tantas angustiante. De otra, mi fantasía con escribir estas líneas tiene mucho que ver con la libertad del contenido que pueden albergar: más íntimo, personal y emocional. Un contenido que resuma el proceso y me permita recordar que yo he estado aquí y cuanta de mi presencia debo indirectamente a aquellos que me han acompañado. Durante estos cinco años he aprendido tantas cosas en lo profesional y en lo personal, y de tanta gente distinta, que va a ser difícil ser concreta, aunque prometo que voy a intentarlo.

Recuerdo la primera vez que pisé la *Sala Posada*. Por aquel entonces nadie me había dicho lo cómoda que me sentiría allí y los buenos momentos que viviría. Gracias Aroa, Gabriel, Sandra, Tania, Fermín, Sigita e Israel por hacer tan bonito este proceso. Vuestra presencia ha sido absolutamente fundamental y espero que los que lleguen en un futuro a la *Posada* tengan la misma suerte que yo he tenido con vosotras.

El ambiente de compañerismo de la *Sala Posada* se extiende también al conjunto del Departamento de Sociología. A todas las personas que lo componen quiero agradecerles su inestimable ayuda y sus comentarios tanto en las revisiones anuales, como en el día a día. Muy especialmente me gustaría dar las gracias a Rodolfo Gutierrez Palacios por haber sido relator de mis avances en tantas ocasiones, ofreciéndome valiosas orientaciones que sin duda han contribuido a mejorar este trabajo y formarme como investigadora; y también a Vanesa Rodríguez quien me ha sabido escuchar en algunos de los peores momentos de este proceso y darme buenos consejos.

Quiero darle las gracias también a los miembros del Grupo de Investigación en Sociología de la Alimentación que han sido el marco y el soporte de esta tesis. Me han acogido como una más y me han hecho sentir como en casa. Mención especial a mis directoras, Cecilia e Isabel, por saber guiarme en el proceso desde la empatía y la comprensión. Espero que podamos seguir trabajando juntas muchos años más y poder continuar aprendiendo de vosotras.

La etapa de búsqueda de participantes para el estudio fue uno de los más angustiantes, por eso quiero aprovechar también estas líneas para dar mis más sinceras gracias a todos

y cada uno de los profesionales que me ayudasteis con esta tarea. Muy especialmente a Venancio Martínez y Adonina Tardón por su importante colaboración en la composición de esta muestra. Así como también a todas las personas que decidieron participar dándome su tiempo y contándome sus historias. Os estaré eternamente agradecida porque sin vosotras hubiera sido imposible la realización de este estudio.

En el plano personal quisiera remarcar lo importante que ha sido para mí el apoyo de mis amigos. Vuestra comprensión ha sido clave de mi estabilidad emocional en los momentos más difíciles. Tania y Sandra a vosotras quiero deciros que no podría haber imaginado mejores compañeras para este viaje, ni para ningún otro. Dicen que el proceso de una tesis es solitario, pero yo nunca me he sentido sola sino más bien excelentemente acompañada. Siempre podréis compartir conmigo vuestras penas y alegrías. Sois sin duda alguna de las cosas más bonitas que me ha dado esta tesis.

Quiero agradecerle también todo el esfuerzo realizado a mi familia. Ellos confiaron en mí desde el principio y apostaron, a pesar de las dificultades, por mi formación. Su comprensión y amor han sido importantísimos no solo para esta tesis, sino para convertirme en la persona que soy hoy en día.

Todo este trabajo te lo dedico a ti, mi compañero de viaje, por estar ahí de forma incondicional dándome cobijo y amor, y regalándome sonrisas incluso en los días más oscuros. Gracias por acompañarme en todas y cada una de las aventuras de mi vida.

A todos y cada uno, mis más sinceras gracias.

ÍNDICE	
RESUMEN (español)	12
RESUMEN (en inglés)	14
AGRADECIMIENTOS	16
ÍNDICE	19
ÍNDICE DE GRÁFICOS Y TABLAS	21
INTRODUCCIÓN	24
1. MAPEANDO LA OBESIDAD EN ESPAÑA	33
1.1 La obesidad a nivel mundial: España en perspectiva comparada	34
1.1.1 Situación y evolución de la obesidad en adultos a nivel mundial	34
1.1.2 Situación y evolución de la obesidad en población infantil a nivel mundial	39
1.2 El caso español: distribución de la obesidad en la población por variables de posición socioeconómica y geográfica	43
1.2.1 Distribución de la obesidad en la población adulta por variables de posición socioeconómica y geográfica.....	44
1.2.2 Distribución de la obesidad en la población infantil y adolescente por variables de posición socioeconómica	52
SÍNTESIS Y RECAPITULACIÓN	58
2. MARCO TEÓRICO: DE LOS COMPORTAMIENTOS INDIVIDUALES A LAS PRÁCTICAS SOCIALES	61
2.1 La obesidad como resultado de comportamientos individuales: enfoques racionalistas de la acción humana	61
2.2. La obesidad como resultado de malas condiciones sociales: enfoques deterministas de la acción humana	70
2.3 Hacia un nuevo enfoque de la obesidad: las Teorías de las Prácticas Sociales.....	81
2.3.1 Primera ola de las Teorías de las Prácticas Sociales: uniendo acción individual y estructura mediante la práctica	83

2.3.1.1 Anthony Giddens: la teoría de la estructuración.....	84
2.3.1.2 Pierre Bourdieu: la teoría de la práctica	89
2.3.2 Segunda ola en las Teorías de las Prácticas Sociales: la práctica como unidad de análisis	91
2.3.2.1 La práctica: definición y elementos constitutivos	93
2.3.2.2 Relaciones entre prácticas: competición y colaboración.....	100
2.3.2.3 Las prácticas como semillas de estabilidad y transformación: producción, reproducción y cambio social.....	106
SÍNTESIS Y RECAPITULACIÓN	108
3. METODOLOGÍA.....	115
4. PRACTICAS ALIMENTARIAS: COMPRAR, COCINAR Y COMER.....	126
4.1 Rutinas de compra de alimentos en hogares con y sin obesidad infantil.....	127
4.1.1 Significados asociados a la compra	127
4.1.2 El proceso de compra.....	129
4.2 Rutinas de preparación y cocinado de alimentos en hogares con y sin obesidad infantil.....	141
4.2.1 Significados asociados a la preparación y cocinado de alimentos	141
4.2.2 El proceso de preparación y cocinado de la comida diaria.....	143
4.3 Rutinas de organización de la comida diaria en hogares con y sin obesidad infantil.....	161
4.3.1 Significado asociados a comer: definiciones de alimentación saludable ...	161
4.3.2 El proceso de organización de la comida diaria	167
5. PRÁCTICAS DE OCIO Y TIEMPO LIBRE: OCIO ACTIVO Y OCIO PASIVO	187
5.1 Rutinas relacionadas con el ocio activo: deporte y ejercicio físico.....	187
5.1.1 Significados asociados al deporte y ejercicio físico	187
5.1.2 Rutinas de práctica deportiva y ejercicio.....	193

5.2 Rutinas relacionadas con el ocio pasivo: uso de tecnología y momentos en familia.....	208
6. SIGNIFICADOS, PERCEPCIONES, VALORACIONES Y CREENCIAS RELACIONADAS CON LA OBESIDAD	222
6.1 Percepciones en torno a las causas de la obesidad	222
7. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	234
7.1 Competencia y colaboración: relaciones entre prácticas y sus elementos.....	236
7.1.1 Materiales: recursos temporales y económicos.....	244
7.1.2 Competencias: conocimientos, habilidades y normas	247
7.1.3 Significados: percepciones, valoraciones, aspiraciones y creencias	252
8. CONCLUSIONES	261
BIBLIOGRAFÍA	272
ANEXOS	292
Anexo 1. Perfil sociodemográfico de los hogares entrevistados	292
Anexo 2. Consentimiento informado: acuerdo para participar en el estudio	294
Anexo 3. Aprobación ética de la Comisión Ética de Investigación del Principado de Asturias (nº158/17).....	297
Anexo 4. Protocolo de entrevista (compartido con proyecto MINECO-16-CSO2015-68434-R).....	298

ÍNDICE DE GRÁFICOS Y TABLAS

Gráfico 1. Evolución de la obesidad en adultos por regiones de la OMS durante las dos últimas décadas	35
Gráfico 2. Porcentaje de obesidad en adultos para diferentes países miembros de la OCDE, 2017.....	36
Gráfico 3. Porcentaje de obesidad en adultos en países europeos, 2014.....	37
Tabla 1. Evolución de la obesidad en adultos en diferentes países de la OCDE 2003-2017.....	38
Gráfico 4. Tasas prospectivas de obesidad OCDE, 2017-2030.....	39

Gráfico 5. Evolución de la obesidad en niños y adolescentes por regiones de la OMS durante las dos últimas décadas.....	40
Gráfico 6. Porcentaje de obesidad en niños y adolescentes (5-19 años) en Europa, 2016.....	41
Gráfico 7. Obesidad en niños de 5-9 años para países europeos, 2016.....	42
Mapa 1. Crecimiento del porcentaje de obesidad entre 2003 y 2016 en niños y adolescentes de 5 a 19 años para distintos países de europa.....	43
Gráfico 8. Evolución del porcentaje de obesidad en adultos en España, 2003-2017.....	45
Mapa 2. Distribución de la obesidad en adultos por Comunidades Autónomas.....	46
Gráfico 9. Evolución del porcentaje de obesidad por sexo, 2003-2017.....	46
Tabla 2. Evolución de la obesidad por rango de edad, 2003-2017.....	47
Gráfico 10. Evolución de la obesidad por nivel educativo, 2003-2017.....	48
Gráfico 11. Porcentaje de obesidad por sexo y nivel educativo, 2017.....	49
Gráfico 12. Porcentajes de obesidad en población adulta según nivel de ingresos económicos mensuales del hogar, 2003-2017.....	50
Gráfico 13. Porcentaje de obesidad en población adulta según nivel de ingresos económicos mensuales del hogar, 2003-2017.....	51
Gráfico 14. Evolución del porcentaje de obesidad en niños/as y adolescentes 2-17 años, 2003-2017.....	53
Gráfico 15. Evolución de la obesidad en menores por sexo, 2003-2017.....	53
Gráfico 16. Evolución de la distribución de los porcentajes de obesidad en población infantil 2-17 años para distintos rangos de edad, 2003-2017.....	54
Gráfico 17. Evolución de la obesidad en población infantil por nivel educativo de la persona de referencia en el hogar, 2003-2017.....	55
Gráfico 18. Evolución de la obesidad en población infantil por clase social basada en la ocupación de la persona de referencia en el hogar, 2003-2017.....	56
Gráfico 19. Evolución de la obesidad en población infantil por nivel de ingresos económicos mensuales del hogar, 2003-2017.....	57
Figura 1. Elementos constitutivos de las prácticas.....	95
Tabla 3. Distribución de la muestra por criterios de selección.....	119
Tabla 4. Clasificación de códigos y subcódigos resultantes del análisis de los datos...	122

INTRODUCCIÓN

La obesidad, definida por la Organización Mundial de la Salud como “*una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud*”, no es un asunto exclusivo de la actualidad (OMS, 2017). Se tiene constancia, gracias entre otros aspectos a los análisis antropológicos e históricos, de su presencia en los seres humanos a lo largo de la historia (Brown y Konner, 1987; Foz, 2004; Eknoyan, 2006; Vigarello, 2013). Sin embargo, en prácticamente ningún otro momento histórico ha generado tanta alarma y preocupación como en la actualidad. El creciente volumen de estudios publicados y su evolución a lo largo del siglo XXI es un buen ejemplo de cómo ha crecido el interés por la obesidad en el ámbito científico. Si para el año 1921 la búsqueda de la temática “*obesity*” en la base de datos de la “*Web of Sciences*” recoge la existencia de únicamente dos artículos sobre esta temática, en el año 2019 es posible encontrar más de 28.000 referencias. Gran parte de este aumento se produce particularmente a partir de 1992, momento en el que la producción anual supera los 1500 artículos (Web of Sciences, 2020). A pesar de que esta base de datos no recoge la totalidad de la literatura, sobre todo en los años iniciales de esta serie, estos datos permiten hacer una primera aproximación y constatación de la importancia que ha ido adquiriendo este fenómeno.

En el ámbito político también se han multiplicado las iniciativas para su análisis. Gobiernos e instituciones se han hecho eco de esta nueva “epidemia” (OMS, 2017). Desde el entorno europeo, se han llevado a cabo estrategias para combatir el sobrepeso y la obesidad, y se han configurado diversas colectividades de trabajo para su seguimiento y análisis como el *Grupo de Alto Nivel sobre Alimentación y Actividad Física*, o, la *Plataforma Europea de Acción sobre Alimentación, Actividad Física y Salud*. En España, siguiendo la estela europea, se han realizado estudios institucionales para su seguimiento como las diversas oleadas del “Estudio Aladino” (2011, 2015, 2019) enmarcado dentro de la *Estrategia NAOS -Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad-* (2005) de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Todos ellos amparados por “*La Estrategia Mundial de la OMS sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud*” (OMS, 2004). Todas estas estrategias muestran que la obesidad ha entrado con fuerza en la agenda política mundial, abordándola como un asunto de salud pública, y llevando a los estados miembros de la Unión Europea a discutir acerca de

nuevas iniciativas de futuro que permitan optar por estilos de vida más saludables a sus poblaciones, con un especial énfasis para lograrlo en la alimentación y la actividad física (Butland et al. 2007; Dietz, 2011; OECD, 2016, OMS, 2004).

Las razones que explican el creciente interés del ámbito científico y político por la obesidad son varias. Por un lado, las fuentes de información disponibles muestran que desde finales de los años sesenta y hasta la actualidad viene experimentándose un aumento de casos que se hace particularmente evidente durante la década de los años noventa. Prácticamente todos los continentes han visto aumentar el número de sus ciudadanos con obesidad. Sin embargo, las cifras son especialmente altas en perspectiva comparada en los países del continente americano y europeo. Según datos del Observatorio Global de la Salud de la OMS, entre 1996 y 2016 la obesidad en adultos en el continente europeo ha experimentado una subida de 8,5 puntos, frente a la subida del 3,2 en el sudeste asiático o del 4,8 en continente africano (GHO, 1996-2016)¹. Unos datos que apuntan hacia la existencia de factores propios de estas sociedades que afectan a su desarrollo. Son los países con menor desigualdad de ingresos y mercados más regulados los que ofrecen índices de masa corporal más bajos y mejores indicadores de salud (Wilkinson y Pickett, 2006; Offer et al., 2010; Egger et al., 2012; Pickett and Wilkinson, 2015). Una cuestión que se aprecia también en el caso de la población infantil (Cabieses et al., 2016).

Otra de las razones que explica el creciente interés tiene que ver con los graves riesgos que entraña para la salud. Las personas obesas presentan más probabilidades de sufrir una enfermedad crónica no transmisible -como la diabetes, enfermedades cardiovasculares o cáncer- que quienes no lo están (Martikainen y Marmot, 1999; OCDE, 2019). Unas repercusiones que también alcanzan la salud psicológica. El riesgo de padecer un trastorno mental común en individuos obesos aumenta entre el 30 y 70% con respecto a la población con un peso normal (Erickson et al., 2000; Erermis et al., 2004; Avila et al., 2015). Aspecto que preocupan aún más en el caso de la población infantil, pues tener obesidad en etapas tempranas de la vida incrementa el riesgo de padecer alguna de las enfermedades señaladas en la etapa adulta (Marmot y Bell, 2019; Dietz y Gortmaker, 1985).

¹ Para más detalle consultar capítulo I “*Mapeando la obesidad en España*”

Por otro lado, los datos también han venido reflejando una desigual presencia de la obesidad entre la población. Se sabe que las personas de niveles socioeconómico más bajos son aquellas que arrojan unas prevalencias más altas de obesidad tanto en el caso de los adultos como en la población infantil. Esto ha llamado la atención de los analistas quienes han tratado de constatar si, bajo una base biológica, la obesidad tiene sus raíces en las desigualdades socioeconómicas. Las variables y relaciones que han explorado son múltiples -el sexo, la edad, el nivel educativo, la ocupación, los ingresos o el hábitat entre otros- y los resultados muy reveladores (Moore et al., 1962; Goldbalatt et al., 1965; Braddon et al., 1986; Evers, 1987; Sobal and Stunkard, 1989; Serra-Majem et al., 2006; Costa-Font y Gil, 2008; McLaren, 2007; Devaux et al., 2011; Aranceta, 2013; Estudio Aladino, 2015).

Si elaboramos un perfil que parta de la tendencia general detectada por estos estudios y que siga la idea de los tipos ideales de Weber, daría como resultado el de una mujer madura con estudios primarios que es trabajadora manual, tiene unos ingresos bajos y reside en un área rural o en un barrio deprimido en términos socioeconómicos (Dowler, 2001; Drewnowski y Specter, 2004; Zhang and Wang, 2004; Daponte et al., 2007; Darmon y Drewnowski, 2008; Devaux et al., 2011; Gu et al., 2014; NCD, risk factor collaboration, 2019; Lee y Park, 2020). Sin embargo, los hallazgos en este ámbito más que generar certezas han abierto nuevos interrogantes acerca del porqué determinados grupos sociales se ven más afectados por la obesidad.

Esta situación y los datos disponibles han llevado a la Organización Mundial de la Salud a considerarla como la epidemia del S. XXI y el segundo factor de riesgo metabólico en términos de muertes atribuibles (OMS, 2002; OMS, 2004; OMS, 2017; OMS, 2018). Una forma de definir el problema que no se encuentra exenta de críticas. En primer lugar, respecto a su medición a partir del índice de masa corporal, un instrumento de medida que puede no estar reflejando bien los porcentajes de población afectada por la obesidad al no ser capaz de discernir que parte pertenece a músculo y qué parte a grasa corporal (Nevill et al., 2006; Guthman, 2011; Harjunen, 2016). En segundo lugar, en relación con el alarmismo generado al etiquetarla como “epidemia” y al abordarla en algunos casos como “una enfermedad” lo que contribuye a estigmatizar a las personas con obesidad (Heshka y Allison, 2001; Moffat, 2010). Y, en tercer lugar, porque algunos análisis la consideran una pesada carga para la economía y la salud pública, lo que contribuye a la

culpabilización de las personas con obesidad al entender su cuerpo como costoso y además poco productivo, y a la individualización de un problema que afecta en países como España a más del 17% de los adultos y del 10% de los menores (Guthman, 2011; Harjunen, 2016; ENS, 2017; Li et al., 2008). Sin embargo, independientemente de las críticas es un *hecho* que la obesidad, al margen de su forma de medida, continua en aumento. Sus cifras nos están diciendo algo que no sabíamos y que se hace necesario entender (Crossley, 2004).

Estos aspectos por sí solos, sin embargo, no son suficientes para entender el creciente interés y preocupación por la obesidad sin precedentes en épocas anteriores. Hay otro aspecto fundamental que lo explica y que muestra que, además de un problema de salud pública, la obesidad es un problema social. La modernidad ha traído consigo una serie de cambios en los valores y significados que se encontraban vigentes hasta entonces (Giddens, 1995). Unos cambios que han situado el bienestar como aspiración central de la sociedad y a las instituciones sanitarias como referente de normas y directrices que se deben seguir para conseguirlo (Foucault, 1999).

El auge de tales ideales ha ido acompañado, a su vez, de transformaciones en la concepción de lo que debe ser un cuerpo saludable y de las acciones necesarias para conseguirlo (Gracia-Arnaiz, 2009). En este escenario los estilos de vida se han configurado como el espacio a través del cual mantener la salud y también construir identidades, mostrarse ante el mundo y diferenciarse de los otros (Bourdieu, 1988; Giddens, 1995; Alonso y Fernández-Rodríguez, 2009). Es precisamente en ese espacio en el que la alimentación y la actividad física han ganado una especial relevancia por dos aspectos: por un lado, por ser entendidas como dos de los principales ámbitos donde las decisiones y elecciones poco saludables de los individuos tienen más riesgos; y, por otro lado, por considerarlas como el lugar donde se manifiesta la relación constatada entre las desigualdades sociales y la obesidad (Sobal and Stunkard, 1989; Contreras, 2005; Townsend et al., 2001; Wilkinson y Marmot, 2003; Burns, 2004; Janssen et al., 2006; Caprio et al., 2008; Drewnowski, 2009).

Sin embargo, las formas de comprender la naturaleza de estas acciones toman vías distintas y han planteado la obesidad desde una perspectiva dicotómica: ¿la obesidad es resultado de “malos” comportamientos elegidos libremente por los individuos o es resultado de “malas” condiciones sociales que conducen a decisiones con resultados poco

saludables? (Williams, 2003; Cockerham, 2005; Moffat, 2010). Los primeros analizando las características y comportamientos desde una visión individualista y racionalista de la acción humana (Contento, 2007; Fishbein y Ajzen, 2011; Newby et al., 2003; Ross y Mirowsky, 2003; He et al., 2004; Dietz y Gortmaker, 1985; Viner y Cole, 2005; Gibson et al., 2004; Hills, et al., 2011; Taheri, 2014; Miller et al., 2015). Los segundos analizando los condicionantes estructurales que generan desigualdades de salud con una visión determinista de la acción en la que los sujetos son actores pasivos (Marmot et al., 1978; Marmot et al., 1991; Wilkinson y Marmot, 2003; Darmon y Drewnowski, 2008; Berkman et al., 2014; Marmot y Bell, 2019).

Plantear el debate desde esta perspectiva dicotómica no permite abordar la complejidad se encuentra detrás del aumento de casos de obesidad en las sociedades modernas y a la que a la que apuntan los datos disponibles. Partiendo de las limitaciones de ambas perspectivas, se presentarán las Teorías de las Prácticas Sociales como un enfoque de la acción útil para el análisis de la obesidad que se aleja de los modelos racionalistas, integra en sus planteamientos las contribuciones de los determinantes sociales y sitúa a la *práctica* como nexo entre acción individual y estructura. Esto la sitúa a las prácticas, y no a los comportamientos individuales, como la unidad básica de análisis y en el concepto central alrededor de que desarrollan sus planteamientos los teóricos de las prácticas sociales dotándola de herramientas para su análisis empírico.

Esta tesis doctoral, adoptando este enfoque teórico, tiene por objetivo indagar en el proceso que conduce a la obesidad infantil a través del análisis de las prácticas alimentarias y de actividad física, y de los factores sociales que favorecen o dificultan la participación o el compromiso de los individuos con ellas. Se tratará, por tanto, de dar respuesta, en primer lugar, a cuáles y cómo son las prácticas de los hogares con y sin obesidad infantil. En segundo lugar, cómo y por qué los individuos adoptan, mantienen y/o cambian sus prácticas. Y, en tercer lugar, qué factores favorecen o dificultan una alimentación saludable en el hogar, por qué unos practican deporte con asiduidad y otros no, o cuáles son las razones que fomentan el inicio o el abandono de estas prácticas con el fin de detectar elementos y patrones de riesgo para la salud.

La investigación se presenta a lo largo de ocho capítulos:

En el primer capítulo, se realiza un mapeo de la situación de obesidad a nivel mundial, europeo y estatal con el objetivo de proporcionar una visión actualizada acerca de la magnitud del fenómeno: cómo ha evolucionado en las últimas décadas, dónde se sitúa España en el panorama internacional y si los datos apuntan o no a un gradiente social también para el caso español. Para ello se realiza un análisis descriptivo de los datos secundarios pertenecientes al “*Global Health Observatory data repository*” de la OMS, los datos de salud de la OCDE, los relativos a la Encuesta Europea de Salud y los proporcionados por la Encuesta Nacional de Salud y su serie histórica. Entre las principales conclusiones del capítulo se extrae que el aumento de la obesidad ha sido global y progresivo, que el continente europeo se sitúa a la cabeza tanto de la obesidad en adultos como en infantes siendo solo superado por el continente americano y que los países del sur de Europa -incluida España- arrojan cifras preocupantes en el caso de la obesidad infantil situándose en los primeros puestos de la Unión Europea.

En el segundo capítulo, se presenta el estado de la cuestión de la obesidad, a partir de un análisis de las perspectivas teóricas desde las que se ha analizado. Partiendo de las limitaciones a los dos principales enfoques que han dominado las explicaciones sobre la obesidad -enfoques racionalista y determinista de la acción- se presentará a las Teorías de las Prácticas Sociales como la perspectiva teórica que adopta esta tesis doctoral. Desde sus planteamientos la obesidad es entendida desde una perspectiva multifactorial, que no se olvida de los aspectos estructurales y tampoco de la capacidad de actuar de los individuos a través de la “práctica”. Ésta se convierte en el nexo entre estructura e individuo y en la unidad básica de análisis a la que dota de herramientas para su estudio empírico. Sus planteamientos ayudan a una comprensión de la obesidad más allá de un problema de salud pública, como un problema social.

En el tercer capítulo, se detalla la estrategia metodológica aplicada para la consecución del objetivo y la respuesta a las preguntas que guían esta tesis doctoral. Para alcanzar este propósito, se adopta una perspectiva cualitativa basada en entrevistas semi-estructuradas en profundidad, dado las ventajas que permite este tipo de técnica para indagar en las rutinas cotidianas del hogar y en los significados sobre los que se asienta la acción a través de los discursos de los entrevistados. Se comparan dos tipos de hogares: hogares con y sin niños obesos. La elección de entrevistar hogares y no individuos parte, en primer

lugar, de la premisa de que las rutinas cotidianas requieren de la sincronización y coordinación de los distintos miembros del hogar; y, en segundo lugar, de su comprensión como espacio de transmisión e incorporación de las disposiciones que permiten instruir en la práctica a los más pequeños. Se han realizado 30 entrevistas a hogares de diferentes niveles socioeconómicos y se cuenta con aprobación ética para la realización del estudio.

En el quinto capítulo, se analizan y comparan las prácticas alimentarias –comprar, cocinar y comer- de los hogares con y sin obesidad infantil. Esto permite acercarse a una comprensión de los factores que condicionan sus elecciones alimentarias. El capítulo se encuentra estructurado en tres apartados: rutinas de compra de alimentos, rutinas de preparación y cocinado y rutinas de organización de la alimentación. Cada uno de los cuales, a su vez, tiene dos subapartados. En el primero se hace un análisis de los significados relacionados con estas prácticas y en el segundo se detalla y compara el proceso y los factores que lo modulan en uno y otro grupo. Los resultados muestran que la alimentación compite por el tiempo de los individuos con la práctica laboral. De este modo, los cambios producidos en aspectos laborales pueden afectar a la gestión de la alimentación ya que los individuos la sitúan en una escala jerárquica superior debido a sus ventajas. La escasez de ingresos también afecta a sus elecciones. Sin embargo, por encima de ambas, la alimentación parece estar más anclada a los saberes y conocimientos populares lo que permite que aquellos hogares con menos tiempo y/o ingreso puede gestionar mejor el impacto de las otras dos en sus rutinas alimentarias, que quienes carecen de conocimientos, habilidades y técnicas culinarias basadas en los saberes populares y en la experiencia. Este es un punto clave que diferencia a hogares con y sin obesidad infantil, a diferencia del tiempo y de la escasez, así como una contribución novedosa.

En el sexto capítulo, se abordan las prácticas relacionadas con el ocio y tiempo libre. En concreto desde dos ejes: las rutinas de ocio activo y las rutinas de ocio pasivo. Respecto al primero -ocio activo- se aprecia que ambos tipos de hogares los adultos apenas practican deporte, aunque particularmente en el caso de las mujeres es más frecuente su práctica en los hogares sin obesidad. La concepción del deporte como lúdico y los beneficios asociados como el bienestar físico y emocional favorecen una adhesión a pesar de las dificultades de encaje a lo largo de la semana. En lo que respecta a el -ocio pasivo-

se aprecia en los hogares con obesidad una menor importancia y preocupación por la tecnología y sus efectos que podría estar diseminando su uso y generalizándolo en detrimento de otras actividades más activas físicamente.

En el séptimo capítulo, se presentan y comparan las percepciones sobre las causas de la obesidad de los tipos de hogares estudiados. En concreto, este capítulo supone un análisis de los significados que afectan de forma transversal a la configuración de las prácticas relacionadas con la obesidad. Ambos tipos de hogares consideran que en la obesidad tiene un importante papel la alimentación, mientras que el sedentarismo es más mencionado por los hogares sin obesidad infantil. Sin embargo, en la interpretación de la situación propia los hogares con obesidad infantil aluden a factores genéticos que en el caso de los niños se debe al proceso de desarrollo. Esto unida a su visión más estética que de salud podría estar limitando su capacidad de acción.

En el octavo capítulo, se realiza un análisis de resultados de esta tesis doctoral a través de su discusión con los descritos y recogidos por los distintos enfoques teóricos presentados en el capítulo 2 *“Marco teórico: de los comportamientos individuales a las prácticas sociales”*.

Por último, se presenta un capítulo con las principales conclusiones en el que se van mostrando el proceso que te acerca a la obesidad infantil. Las complejas relaciones de colaboración y competición entre prácticas, junto con las experiencias personales, recursos, aprendizajes y conocimientos culinarios, y corresponsabilidad en las tareas domésticas afectan al grado de compromiso de los individuos con la alimentación y la actividad física y generan cambios en sus configuraciones. Lo que muestra, en primer lugar, la utilidad de la perspectiva teórica de las prácticas sociales en el estudio de la obesidad, al sacar a la luz aspectos en los que no se había profundizado. Y, en segundo lugar, los resultados aquí presentados suponen una contribución novedosa que podría resultar de utilidad para el diseño de políticas públicas más eficaces en la lucha contra la obesidad al mostrar las configuraciones entre elementos con peores y mejores resultados, así como los vínculos entre prácticas que podrían ser establecidos o rotos.

1. MAPEANDO LA OBESIDAD EN ESPAÑA

Este capítulo tiene por objetivo contextualizar y presentar la situación de la obesidad en España. Se describirá, por tanto, dónde se encuentra situada España en el contexto europeo y mundial de la obesidad, cuál ha sido y se prevé que sea su evolución en la próxima década y cómo se distribuye en la población en función de variables socioeconómicas. En definitiva, se presentará una visión panorámica de la situación y evolución de la obesidad en las últimas décadas.

Caben señalar dos aspectos importantes sobre la presentación de los datos. El primero es que, a efectos de claridad expositiva, se han separado los datos relativos a la población adulta, de aquellos que hacen referencia a los adolescentes y niños; cada uno de ellos conforman un subapartado. El segundo es que, debido a las diferencias metodológicas para la obtención de los datos por parte de los distintos organismos utilizados, las cifras oscilan ligeramente para un mismo año. Se hace imprescindible remarcar que se trata meramente de un capítulo descriptivo y que los datos son utilizados únicamente para presentar el estado general de la obesidad.

El primer apartado se centrará en reflejar, por un lado, la evolución de la obesidad a nivel global y la posición de España en este contexto. Y, por otro, en aventurar su posible progresión mundial y, específicamente, la española a través de estimaciones proporcionada por la OCDE.

El segundo apartado focalizará en el caso concreto español a través de una panorámica sobre su evolución y distribución en la población española atendiendo a variables de posición socioeconómica y geográfica.

Para ofrecer esta imagen se utilizan datos de organismos internacionales como la OCDE, Eurostat y de la Organización Mundial de la Salud, así como datos provenientes de otras fuentes de datos secundarios estatales como el Instituto Nacional de Estadística y concretamente la serie histórica de la Encuesta Nacional de Salud. Esta proporciona datos armonizados para población adulta e infantil entre 1986 y 2017. Sin embargo, algunos indicadores no están disponibles para toda la serie, especialmente en el caso infantil. Por eso, el análisis se centrará en el periodo 2003-2017 para ambos sectores poblacionales, a fin de proporcionar una imagen temporalmente homogénea.

Para el estudio de los datos secundarios descriptivos sobre obesidad en población infantil se hace necesario advertir que existen ligeras oscilaciones entre las fuentes disponibles. Concurren dos razones principales que explican estas diferencias. La primera tiene que ver con la metodología empleada y, más específicamente, con el rango de edad estudiado. No todas las fuentes focalizan en el mismo grupo de edad y esto da lugar a distintas prevalencias. Por proporcionar algunos ejemplos, la Encuesta Nacional de Salud ofrece datos de obesidad con un grupo de edad objetivo de 2 a 17 años, mientras que el “*Global Health Data*” de la OMS lo hace para las edades de 5 a 19 años; sin perjuicio de que luego algunas de sus subdivisiones coincidan.

La segunda tiene que ver con la propia lectura del IMC y su posterior interpretación atendiendo a los puntos de corte o percentiles de crecimiento para definir la situación de obesidad, sobrepeso, peso normal o infrapeso en este grupo. Hay que tener en cuenta que, a diferencia de los adultos, el cálculo del IMC en niños y adolescentes ha de estar puesto en relación con su crecimiento de talla y altura en función a su sexo. Existen distintos organismos que proporcionan tablas de referencia sobre el crecimiento infantil y los percentiles establecidos para la categorización de su IMC como valor de sobrepeso u obesidad. La Organización Mundial de la Salud en el plano internacional o las tablas de la Fundación Orbegonzo en el plano nacional son algunos ejemplos. Estos puntos de corte son más o menos restrictivos y, por lo tanto, la utilización de uno u otra da lugar a cifras de obesidad en niños y niñas más o menos altas.

Cabe resaltar también que su estudio y seguimiento se ha intensificado en los últimos. Prueba de ellos son las distintas iniciativas llevadas a cabo por parte de distintos organismos internacionales y nacionales. Algunos ejemplos de esto son la iniciativa COSI “*Iniciativa Europea de vigilancia de la obesidad infantil*” o la estrategia NAOS “*para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad*” implementada en consonancia con las directrices de la OMS y que desarrolla estudios específicos para el seguimiento de la obesidad infantil en España.

1.1 La obesidad a nivel mundial: España en perspectiva comparada

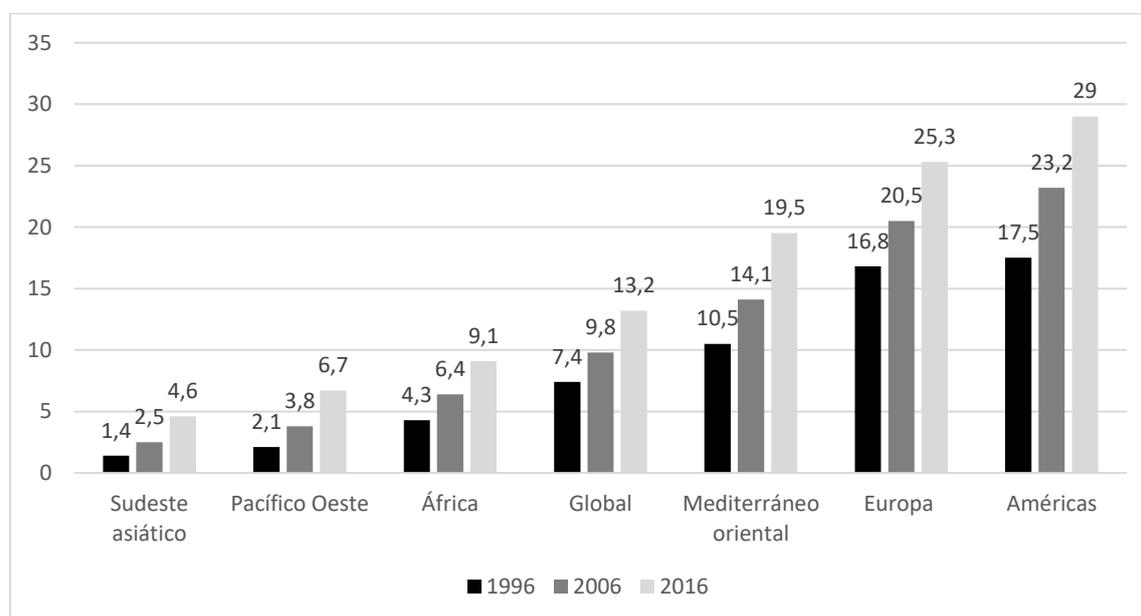
1.1.1 Situación y evolución de la obesidad en adultos a nivel mundial

La obesidad ha aumentado a nivel mundial. Todas las regiones del mundo presentan hoy porcentajes más elevados que hace veinte años. Si bien las cifras distan bastante entre las

distintas áreas del planeta. Las Américas y Europa encabezan en la actualidad la clasificación, como ya lo hacían hace años, pero con cifras ahora más preocupantes que entonces. En América cerca del 30% de su población es obesa, frente al 17,5% que lo era en 1996. Dicho de otro modo, sus cifras casi se han duplicado en este tiempo. En Europa la situación es similar, aunque la velocidad del crecimiento aún guarda distancias con América. Las cifras en este caso no se han duplicado, pero ya más del 25% de sus ciudadanos tienen un IMC superior a 30, frente al 16,8% de 1996.

Entre las regiones con cifras más bajas se encuentra el Sudeste asiático, el pacífico oeste y también África, aunque esta última con un crecimiento importante en el último año presentado en el gráfico 1. Las cifras de estas tres regiones no superaban el 4,5% en 1996, e incluso eran del 1,4% en el sudeste asiático. Sin embargo, África ya supera el 9%, el Pacífico Oeste el 6,5% y el Sudeste Asiático el 4,5%. Lo que supone haber triplicado sus cifras en los últimos casos y duplicados en el primero.

Gráfico 1. Evolución de la obesidad en adultos por regiones de la OMS durante las dos últimas décadas



Fuente: OMS, Global Health Observatory data repository 1996, 2006 y 2016

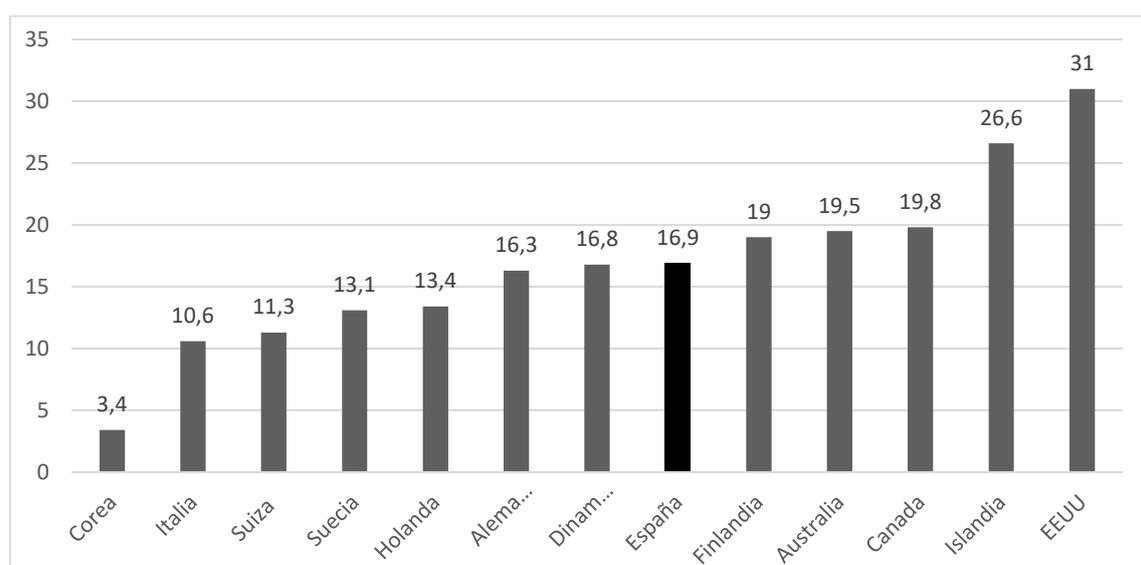
Los datos disponibles más recientes sobre obesidad en adultos muestran la indudable dimensión y relevancia que ha adquirido la obesidad y su estudio. Como se puede observar en el gráfico 2, la presencia de obesidad para el año 2017 es desigual también entre los países de la OCDE. La cifra de casos en Estados Unidos alcanza el 31%, lo que

significa que uno de cada tres americanos es obeso. Este país lidera el número de casos y lo hace además con una considerable distancia: casi duplicando las cifras de países como, por ejemplo, España (16,9%).

En cuanto al país con menor porcentaje de personas obesas se encuentra Corea del Sur con apenas un 3,4%. Seguido de Italia con un 10,6%, que arroja una cifra relativamente baja en comparación con otros países de su entorno e incluso con aquellos con los que comparte modelo de bienestar y dieta mediterránea.

España ocupa una posición intermedia con un porcentaje de población obesa de 16,9%, muy similar al de Dinamarca (16,8%) o Alemania (16,3%) y todavía a gran distancia de Estados Unidos.

Gráfico 2. Porcentaje de obesidad en adultos para diferentes países miembros de la OCDE, 2017

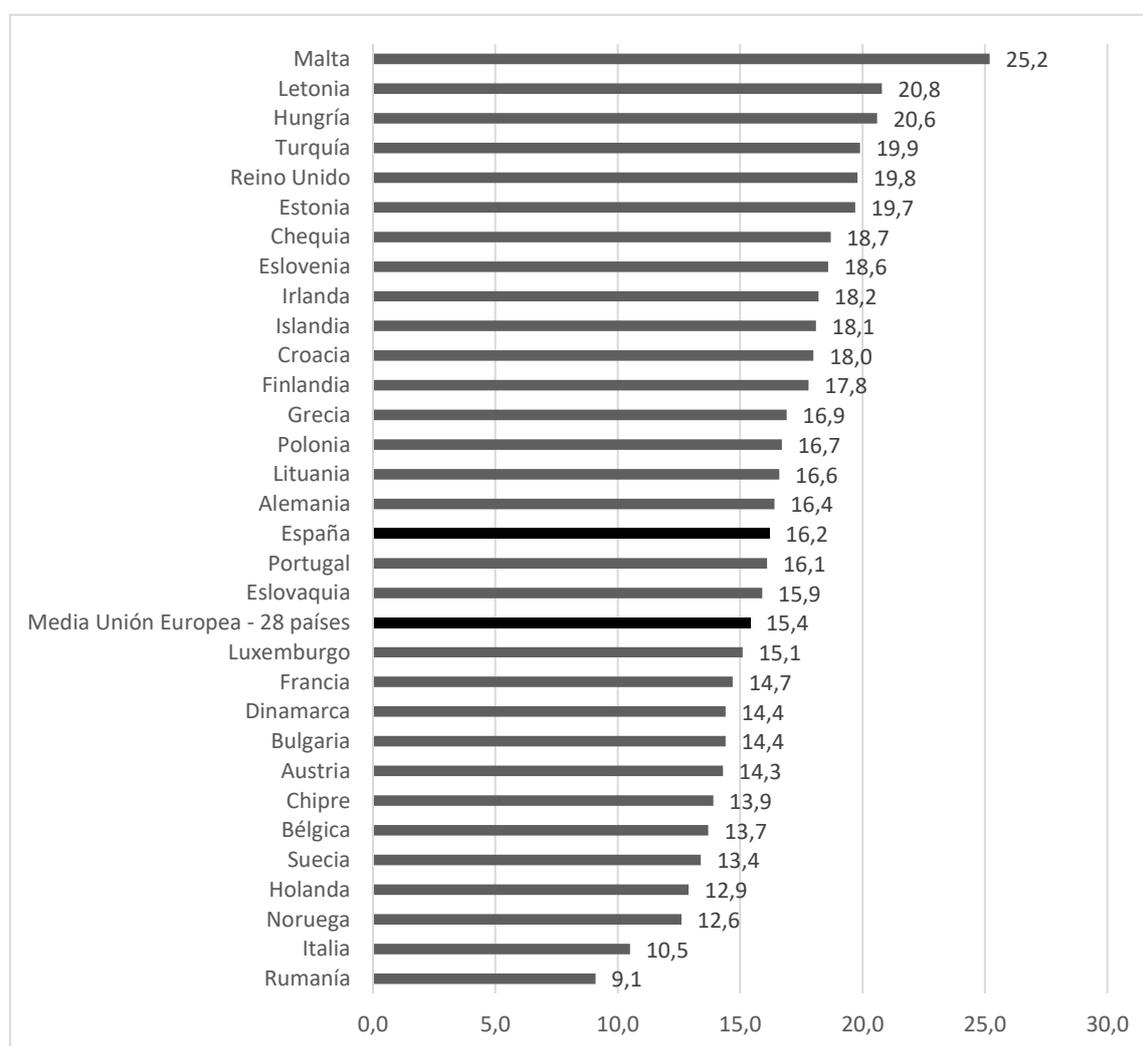


Fuente: Elaboración propia a partir de OECD Health Data, 2017

Los datos de la Encuesta Europea de Salud del año 2014 -últimos datos disponibles- proporcionan una imagen menos actualizada, pero que resulta de intereses por su detalle respecto a la situación en Europa. La media de casos en adultos de la Europa de los 28 miembros es de 15,4%. Al igual que entre los países de la OCDE, España ocupa una posición intermedia -puesto 17 de 32 países- con una presencia de casos de obesidad del 16,2%, y por encima de la media europea.

Una cuestión interesante que ponen de relieve los datos, y que ya podía intuirse por los datos de la OCDE, es la heterogeneidad entre los países del sur de Europa representantes de la dieta mediterránea. Italia, con un porcentaje de población obesa del 10,5%, es el segundo país con menor presencia de casos de obesidad en Europa, solo después de Rumanía (9,1%). Por su parte, Portugal (16,1%), Grecia (16,9%) y España (16,2%) tienen un porcentaje de casos de obesidad similar que es, en todos ellos, superior a la media europea. Esta disparidad entre Italia y resto de países del sur de Europa llama la atención y plantea interesantes interrogantes acerca de las razones.

Gráfico 3. Porcentaje de obesidad en adultos en países europeos, 2014



Fuente: elaboración propia a partir de European Health Interview Survey (EHIS), 2014

Esta imagen estática permite observar donde se sitúa España en el contexto mundial de la obesidad. Sin embargo, se hace necesario también proporcionar un retrato más dinámico que dé cuenta del ritmo al que ha venido aumentando especialmente en los últimos años.

La *tabla 1* refleja la evolución de la obesidad en adultos durante la última década para los países de la OCDE. En ella se observa un aumento global en los países industrializados que sin duda alguna advierte acerca de la necesidad de indagar en el estudio de la obesidad y sus factores asociados. Si bien es cierto que la proporción del aumento varía por países, es importante resaltar que incluso aquellos que arrojan cifras más bajas, como Corea del Sur (3,4%), han visto crecer sus porcentajes en la última década. Dentro de este grupo, destaca especialmente Italia cuya progresión es mucho más lenta que en otros países de su entorno. Entre 2003 y 2017 sus cifras han aumentado un 1,3%. Mientras que en España han aumentado cerca de un 4% y en el caso de Canadá un 5%.

No es sorprendente, si se tiene en cuenta su tendencia, que el país con mayor incremento de la obesidad sea Estados Unidos. En apenas 10 años ha visto incrementado en 7,5 puntos el porcentaje de población obesa, pasando de un alarmante 23,5% a un más alarmante 31%. En el contexto europeo llama especialmente la atención el caso de Finlandia cuyo crecimiento ha sido más rápido que en otros países, con un ritmo similar al de Estados Unidos, aunque aún lejano de este en cuanto a los porcentajes arrojados.

Tabla 1. Evolución de la obesidad en adultos en diferentes países de la OCDE, 2003-2017

PAÍS/AÑO	2003	2009	2014	2017	2003-2017
EEUU	23,5	27,7	29,5	31	+7,5
Finlandia	12,8	14,9	18,3	19	+6,2
Canadá	14,8	17,2	19,6	19,8	+5
España	13,1	15,7	16,7	16,9	+3,8
Alemania	12,9	14,7	16,9	16,3	+3,4
Suecia	9,8	10,9	12,2	13,1	+3,3
Holanda	10,7	11,8	13,3	13,4	+2,7
Italia	9	10,3	10,3	10,6	+1,6
Corea	...	2	2,6	3,4	+1,4

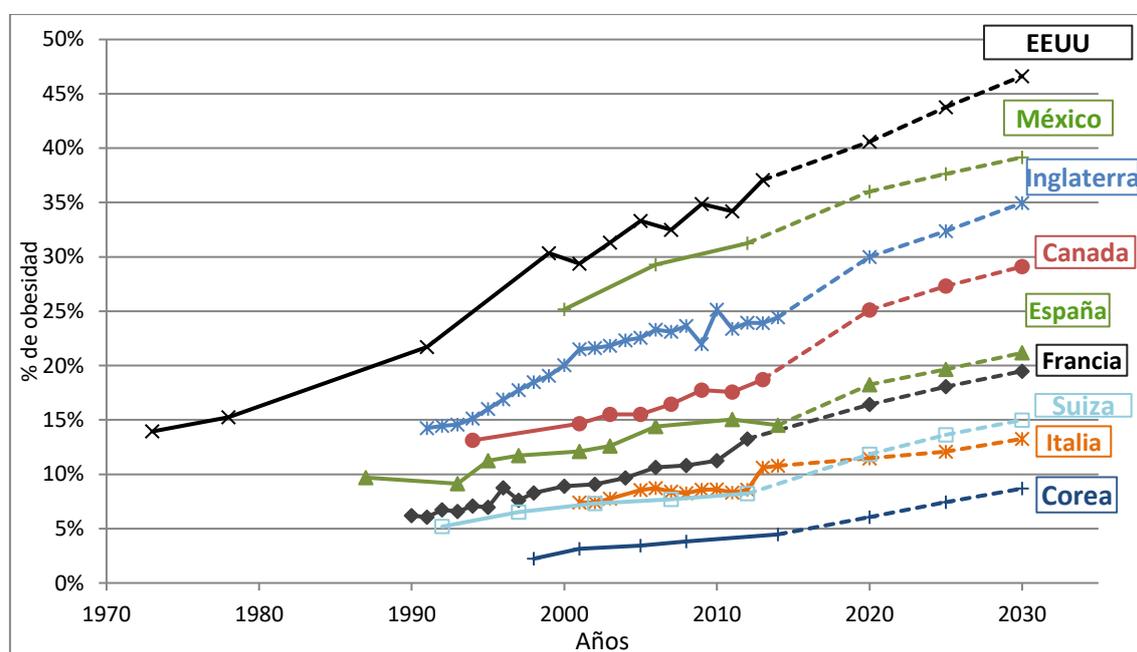
Fuente: Elaboración propia a partir de OCDE Health Data (2003-2017)

La tendencia al alza de la obesidad a lo largo del planeta y, en particular, en los países desarrollados parece por el momento esperable. Las previsiones de la OCDE apuntan a un aumento progresivo, pero constante, de la obesidad. En España se esperan alcanzar cifras superiores al 20% para el año 2030. Muy cercanas también a las que se esperan en Francia. Incluso en aquellos países con tasas más bajas como el caso de Italia o Corea del

Sur, se espera un aumento importante con cifras cercanas al 15% en el caso del primero, o del 10% en el caso del segundo.

Sin duda alguna de nuevo el dato más preocupante viene de la mano de Estados Unidos. Los datos actuales reflejan, como se ha podido observar, que este país, con cifras superiores al 30%, lidera el ranking mundial de obesidad. Sin embargo, las previsiones realizadas por la OCDE estiman que en el año 2030 el porcentaje de obesidad en este país roce prácticamente el 50%, es decir, que la mitad de la población estadounidense será obesa.

Gráfico 4. Tasas prospectivas de obesidad OCDE, 2017-2030



Fuente: OECD, 2017

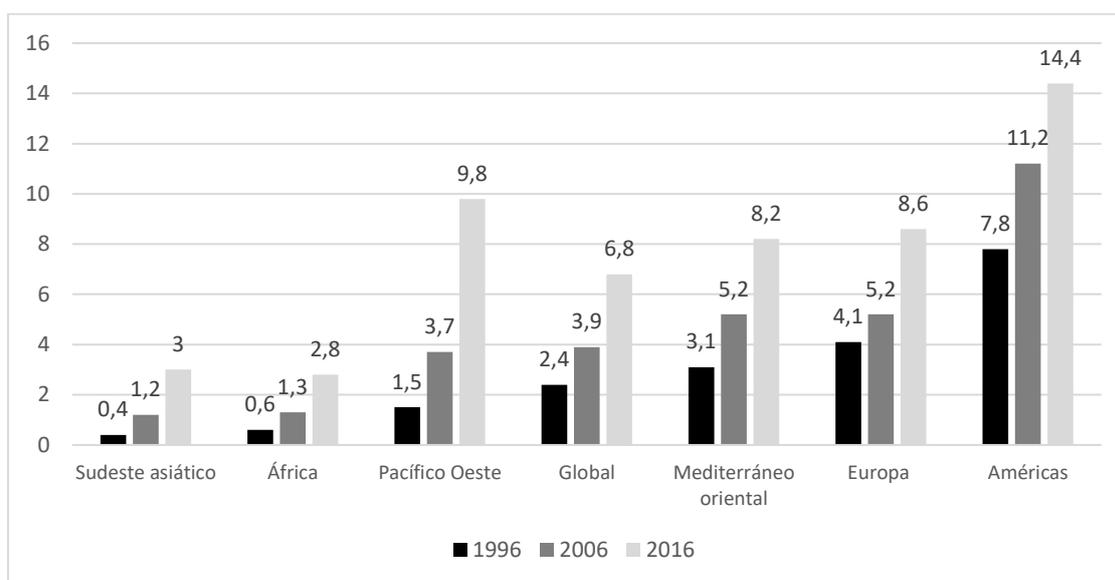
1.1.2 Situación y evolución de la obesidad en población infantil a nivel mundial

Al igual que para la población adulta, la obesidad en niños y adolescentes según datos de la OMS para distintas regiones del mundo también ha aumentado entre 1996 y 2016. Las Américas sigue siendo, también para esta población, la región con porcentajes más elevados (14,4% en 2016). Hasta el 2006, solo superaban la prevalencia global las regiones de Américas, Europa y el Mediterráneo Oriental. Sin embargo, el Pacífico Oeste ha sufrido un gran aumento entre 1996, cuando tenía un porcentaje de tan solo 1,5%, y el 2016, donde sus cifras se sitúan en 9,8% superando al Mediterráneo Oriental e incluso a Europa para ese mismo año. Tal es así que es la región del mundo con un mayor aumento

entre 1996 y 2016, con un 8,3% más. Una cuestión que difiere con los datos de población adulta.

Las regiones con menores porcentajes, estas sí compartidas con las cifras de adultos, son el sudeste asiático y África, ambas con menos de un 3% según datos de 2016, aunque ya lejos de las cifras inferiores al 1% de 1996.

Gráfico 5. Evolución de la obesidad en niños y adolescentes por regiones de la OMS durante las dos últimas décadas



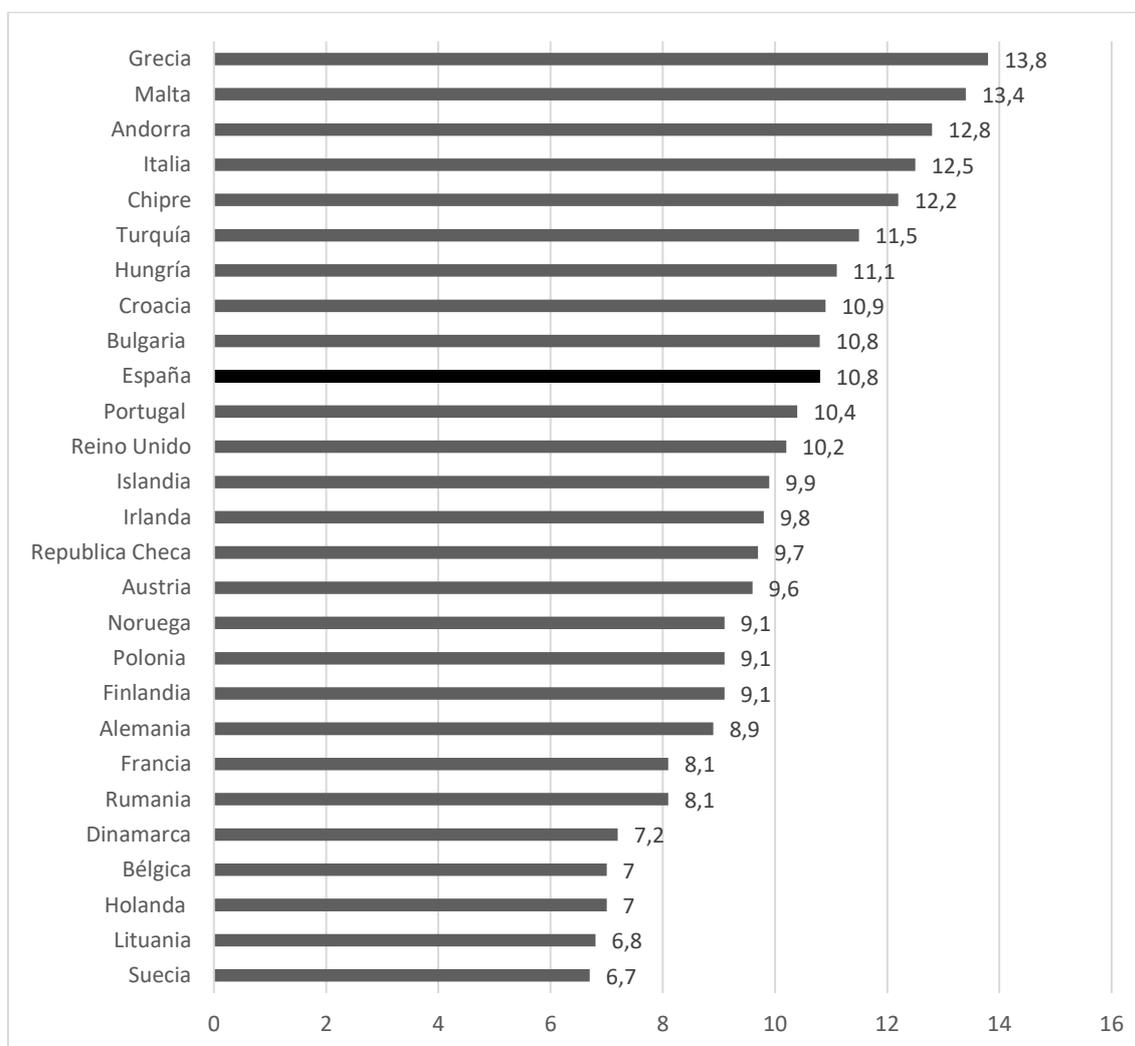
Fuente: OMS, Global Health Observatory data repository 1996, 2006 y 2016

En el *Gráfico 6* se presentan datos provenientes de la Organización Mundial de la Salud y su Observatorio Global de la Salud en relación con niños y adolescentes (5-19 años) para el año 2016 desgranados por países europeos. En él se puede apreciar que los países del sur de Europa, con Grecia (13,8%) a la cabeza, son los que presentan prevalencias más elevadas. Incluso Italia que en el caso de los adultos arrojaba cifras muy bajas en perspectiva comparada, ofrece una imagen muy diferente al situarse como el cuarto país con un porcentaje más alto de Europa (12,5%).

Por su parte, son los países escandinavos y del norte de Europa los que presentan cifras más bajas y con una importante diferencia respecto a los países del sur. Mientras que, en la parte superior del gráfico, podemos encontrar países como Grecia (13,8%), Malta (13,4%), Andorra (12,8%), Italia (12,5%) o Chipre (12,2%), en la parte inferior y prácticamente con cifras reducidas a la mitad se encuentran Suecia (6,7%), Lituania

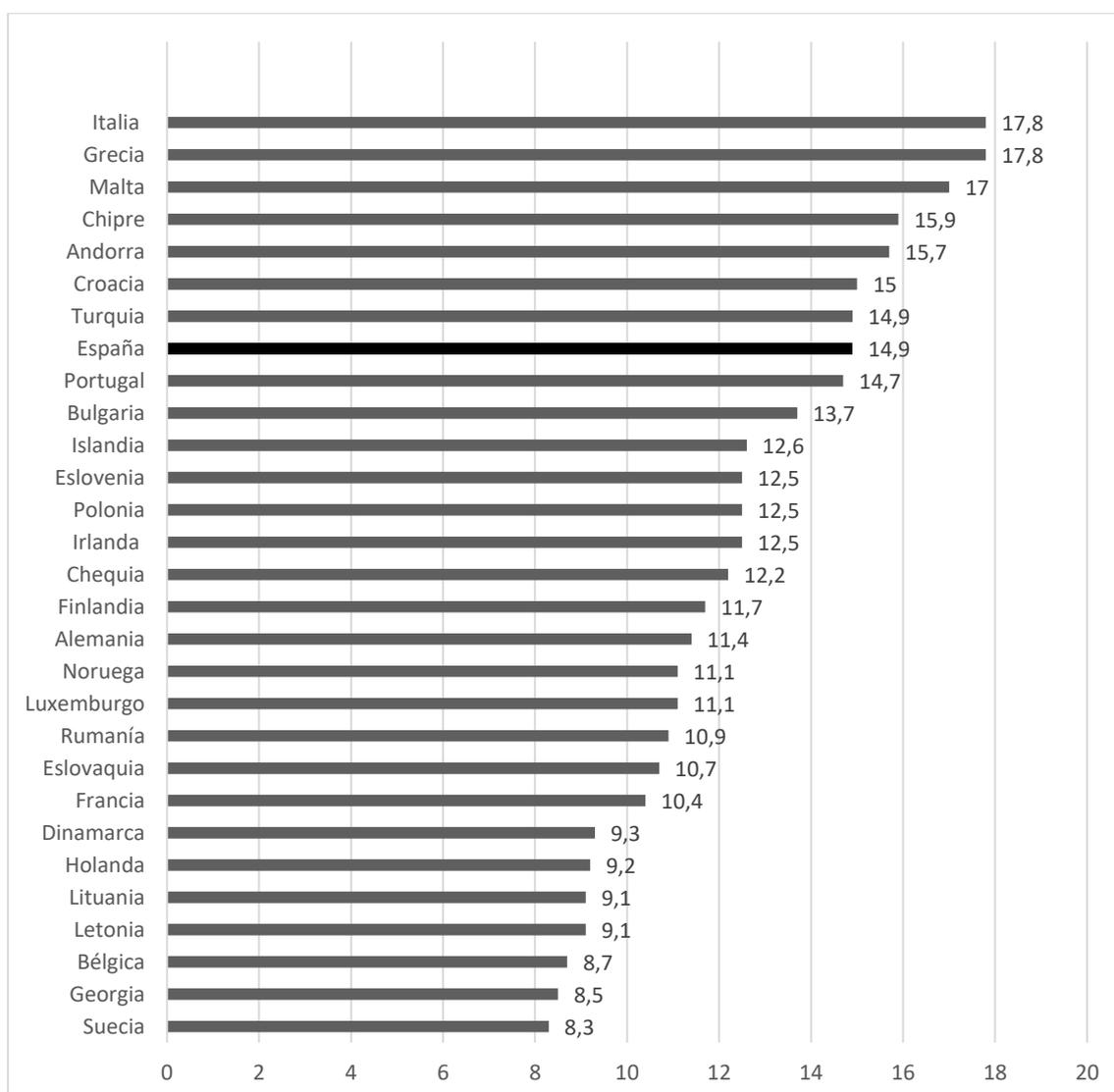
(6,8%), Holanda (7%), Bélgica (7%) o Dinamarca (7,2%). Por su parte España roza el 11% y se sitúa como el 10º país europeo con un porcentaje más alto.

Gráfico 6. Porcentaje de obesidad en niños y adolescentes (5-19 años) en Europa, 2016



Fuente: Elaboración propia a partir de Global Health Observatory (GHO) de la OMS, 2016

Como se mencionaba anteriormente, las cifras obtenidas varían considerablemente en función del grupo de edad siendo particularmente altas en las edades comprendidas entre 5-9 años. Los países del sur de Europa siguen arrojando las cifras más altas también para este grupo de edad. Italia y Grecia con un 17,8% cada uno de ellos encabezan el ranking de países europeos en este caso, de nuevo duplicando las de países como Suecia (8,3%) que arroja la cifra más baja. España con un 14,7% es el octavo países con mayor incidencia para este grupo concreto de edad.

Gráfico 7. Obesidad en niños de 5-9 años para países europeos, 2016

Fuente: Elaboración propia a partir de Global Health Observatory (GHO) data de la OMS, 2016

La evolución y crecimiento experimentado en estos países también proporciona información de gran interés. En todos los países de Europa se ha incrementado el porcentaje de obesidad infantil en la última década. Sin embargo, el crecimiento ha sido superior en unos que en otros. Si en el gráfico anterior se veía como los países del sur de Europa arrojaban las cifras más altas, al observar el crecimiento experimentado entre 2003 al 2016 por estos mismos países sorprende que los países del Este de Europa son quienes han experimentado un mayor aumento de la prevalencia de obesidad en niños y adolescentes de 5 a 19 años. Polonia, Rumania, Bulgaria, Eslovaquia o Chequia han visto aumentar sus porcentajes de obesidad en más de un 4%, mientras que en Bélgica o Dinamarca solo han aumentado un 0,4%.

En este contexto, las cifras en España crecen a un ritmo medio con un aumento durante el periodo señalado de 2,8%, similar al de Italia (2,5%) o Portugal (2,2%), y más distante de Grecia (3,9%) que ha crecido a un ritmo más similar al de sus vecinos del Este de Europa.

Mapa 1. Crecimiento del porcentaje de obesidad entre 2003 y 2016 en niños y adolescentes de 5 a 19 años para distintos países de Europa



Fuente: Elaboración propia a partir de Global Health Observatory (GHO) data de la OMS, 2016-2003

1.2 El caso español: distribución de la obesidad en la población por variables de posición socioeconómica y geográfica

En este apartado se ofrecerá una radiografía de la distribución de la obesidad en España por variables de posición socioeconómica y geográfica. En esta ocasión, la descripción se apoyará en la serie histórica de la Encuesta Nacional de Salud que proporciona datos armonizados de las encuestas realizadas desde 1986 a 2017, incluida la Encuesta Europea de Salud del 2014. Específicamente, para obtener una panorámica de cómo se reparte en el territorio español, se usarán datos de la Encuesta Nacional de Salud del año 2017 en relación con la prevalencia de la obesidad en ambos sectores de la población por

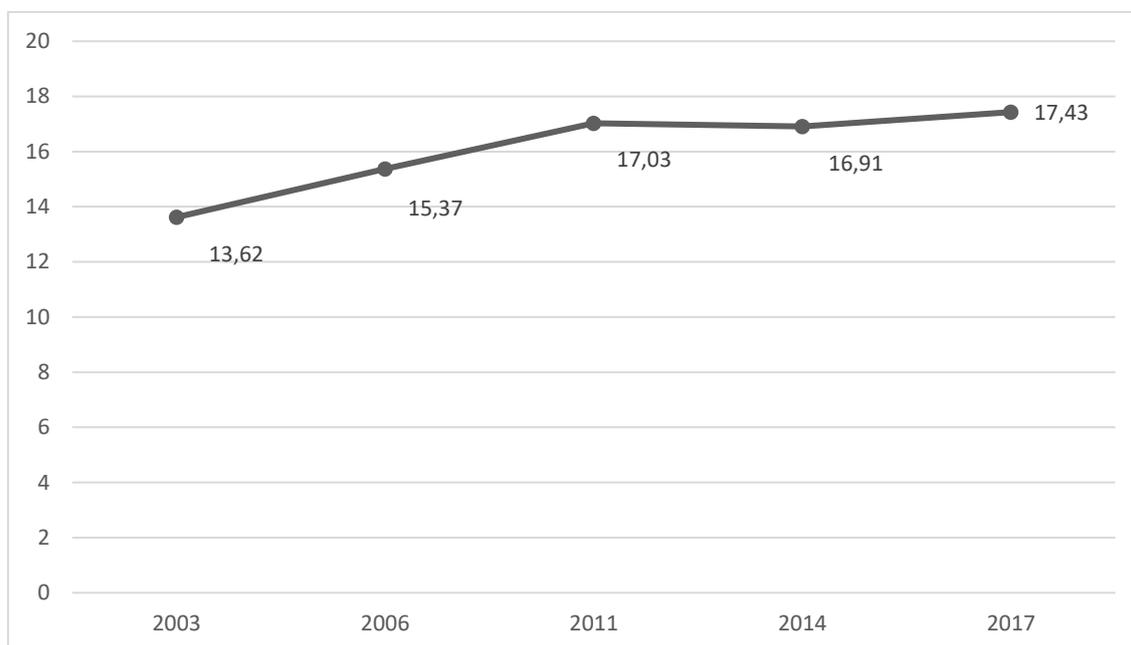
Comunidad Autónoma de la Encuesta Nacional de Salud del año 2017, ya que este indicador no se incluye en la serie histórica.

Como ya se mencionó con anterioridad, a pesar de que la serie histórica alcanza un gran periodo de tiempo de forma general, existen variables, tanto el caso de los adultos como en el caso de la población infantil, que no están disponibles para todos los años. Por esta razón, se ha concretado el ámbito temporal de análisis a 2003-2017, es decir, dentro del rango de años en el que hay datos para ambos sectores poblacionales y sus indicadores relacionadas tratando, por tanto, de presentar datos lo más homogeneizado temporalmente. Se ha de puntualizar, no obstante, que para la población adulta se incluyen datos del año 2014 relativos a la Encuesta Europea de Salud para España, pero que en el caso de niños y adolescentes esta encuesta no proporciona información y, por lo tanto, no está incluida dentro de la serie.

En lo que respecta a las variables exploradas, tanto en adultos como menores, se focaliza en la distribución por sexo, edad, nivel educativo, clase social basada en la ocupación e ingresos del hogar tratando de observar, si como plantean los estudios a nivel mundial (Dowler, 2001; Drewnowski, 2009; Gu et al., 2014), la obesidad en España también presenta indicios de un componente social detrás de sus cifras.

1.2.1 Distribución de la obesidad en la población adulta por variables de posición socioeconómica y geográfica

La comparación ofrecida en el apartado anterior permite observar la tendencia creciente de la obesidad en adultos en España a partir de datos internacionales. La Encuesta Nacional de Salud, tal y como se puede observar en el *gráfico 8*, confirma esta tendencia y permite advertir que en los últimos casi quince años la obesidad en adultos ha aumentado casi un 4% en España. Únicamente se detecta un ligero descenso en el año 2014, pero vuelve a crecer en 2017. De hecho, en el periodo comprendido entre el año 2003 y 2017 se ha pasado de un 13,62% a un 17,43% de casos de obesidad; un crecimiento en consonancia la evolución de la obesidad a nivel mundial.

Gráfico 8. Evolución del porcentaje de obesidad en adultos en España, 2003-2017

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003-2017; Encuesta Europea de Salud, 2014. MSSSI / INE.

Si se observa los datos desagregados por **Comunidades Autónomas** presentados en el *mapa 2*, se aprecia una distribución desigual, con territorios con alta presencia de población con obesidad y territorios con presencia de casos más baja que la media nacional. Según los últimos datos disponibles correspondientes al 2017, Ceuta (24,13%), Asturias (21,68%), Andalucía (21%) y Castilla la Mancha (20,32%) son aquellos territorios que tienen una prevalencia de obesidad en adultos más alta. En el lado contrario, encontramos a las Comunidades Autónomas de Castilla y León (13,22%), País Vasco (13,84%), Cataluña (14,94%) y la Rioja (14,95%). Con diferencias, por tanto, que oscilan entre un 5% y más de un 10% dentro del propio territorio español.

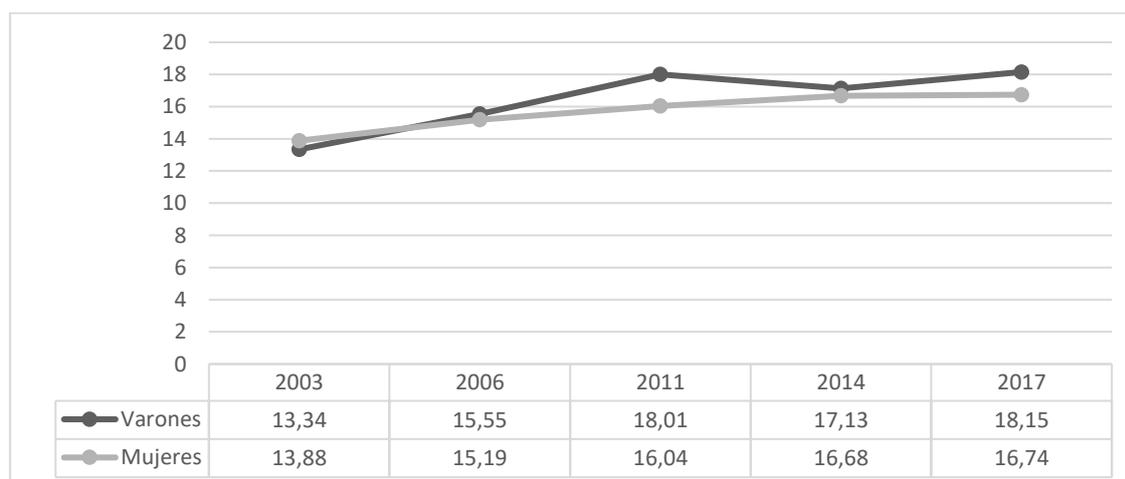
Mapa 2. Distribución de la obesidad en adultos por Comunidades Autónomas



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2017

Ambos **sexos** presentan una tendencia al alza, si bien es cierto que desde el 2003 hasta la actualidad los varones han crecido a un ritmo más rápido que las mujeres. Si en el año 2003 los casos de obesidad en mujeres representaban el 13,88% y eran superiores a los casos en varones (13,34%), las cifras de 2017 manifiestan justamente la tendencia contraria. Los hombres arrojan cifras del 18,15%, y las mujeres del 16,74%. Dicho de otro modo, entre 2003 y 2017 los porcentajes de obesidad en mujeres han crecido un 2,86% y mientras que en varones lo han hecho un 4,81%.

Gráfico 9. Evolución del porcentaje de obesidad por sexo, 2003-2017



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003-2017; Encuesta Europea de Salud, 2014. MSSSI / INE.

En lo que respecta a la distribución de la obesidad por **edad** se observan dos aspectos interesantes a destacar. El primero tiene que ver con la distribución general por edad y el

segundo con su aumento particularmente en uno de estos grupos. Si se atiende a los últimos datos disponibles y en general a la tendencia de la última década, se aprecia que está más presente en los grupos de mayor edad, concretamente, en la franja comprendida entre los 55 y 75 años o más. El grupo que arroja porcentajes más altos son aquellos que tienen entre 65 y 74 años (25,54%), mientras que aquellos con cifras más bajas son los del grupo de edad entre 18 y 24 años (8,15%).

Particularmente interesante resulta observar la evolución de la obesidad por rango de edad entre 2003 y 2017 expuesta en la *tabla 2*. La obesidad aumenta en todos los grupos de edad durante este periodo. El grupo de edad donde más aumenta es el de aquellos que tiene de 18 a 24 años, es decir, el grupo de edad de los jóvenes. En el periodo de 2003 a 2017 el porcentaje en este rango de edad se ha incrementado en un 5,26%. Por el contrario, es en las etapas donde se encuentran mayores porcentajes de población con obesidad en las que menos crecen los porcentajes durante este periodo. Estos datos parecen confirmar los estudios que señalan que las nuevas generaciones de jóvenes son más sedentarias que generaciones anteriores y que de no intervenir en las etapas tempranas la obesidad crecerá a un ritmo previsiblemente más rápido que hasta el momento.

Tabla 2. Evolución de la obesidad por rango de edad, 2003-2017

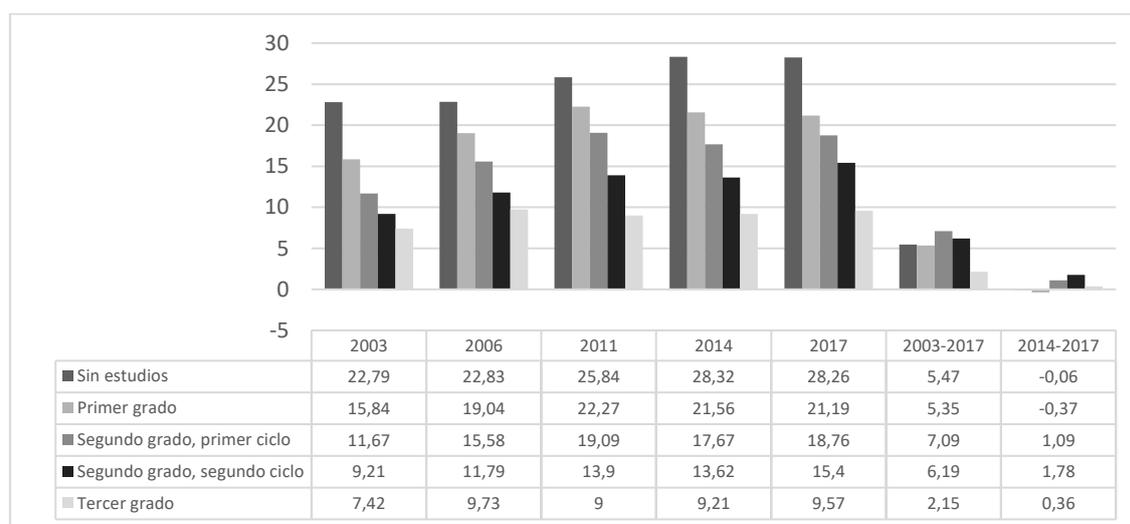
EDAD/AÑO	2003	2006	2011	2017	2003-2017
18-24 años	2,89	5,37	5,53	8,15	5,26
25-34 años	7,53	8,84	10,14	10,85	3,32
35-44 años	11,35	13,54	14,38	14,55	3,2
45-54 años	17,29	18,34	20,27	18,12	0,83
55-64 años	20,74	22,51	22,77	21,96	1,22
65-74 años	23,06	26,99	26,80	25,54	2,48
75 y más años	18,17	19,10	23,47	22,09	3,92

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003-2017; Encuesta Europea de Salud, 2014. MSSSI / INE.

Otro aspecto que permite observar la serie histórica de la Encuesta Nacional de Salud es la evolución para cada uno de los niveles educativos en relación con la persona de referencia del hogar. De esta visión temporal amplia destacan sobre todo tres cuestiones.

La primera y más fácil de apreciar en el *gráfico 10* es que a medida que disminuye el nivel educativo, aumenta los porcentajes de obesidad. Aquellos sin estudios o estudios de primer ciclo son quienes arrojan, para toda la serie, las cifras más altas. El segundo aspecto que destacar es que, si bien la obesidad está más presente en estos grupos, ha aumentado para todos los niveles de estudios entre 2003 y 2017. Y, la tercera, es que el mayor crecimiento durante los últimos quince años se ha experimentado principalmente en los grupos de nivel educativo más alto, concretamente entre aquellos que tienen estudios de segundo grado cuyos porcentajes han pasado del 11,67% en 2003 al 18,76% en 2017 para los de primer ciclo, y del 9,21% en 2003 al 15,4% en 2017 para los de segundo ciclo. Otro aspecto que llama especialmente la atención es que entre el año 2014 y 2017 los porcentajes de obesidad en los niveles educativos superiores -tercer grado y segundo grado, segundo ciclo- aumentaron en conjunto 2,04 puntos, mientras que en los niveles inferiores -sin estudios y estudios de primer grado- disminuyó 0,43 puntos.

Gráfico 10. Evolución de la obesidad por nivel educativo, 2003-2017

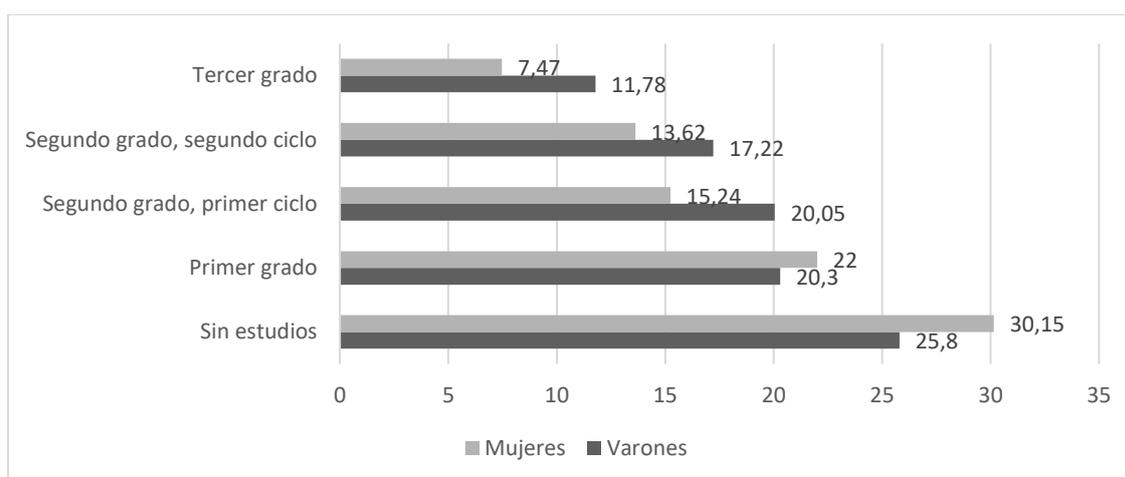


Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003-2017; Encuesta Europea de Salud, 2014. MSSSI / INE.

Si se amplía la mirada, acercándose al sexo de quienes componen estos porcentajes por nivel educativo se aprecia una imagen llamativa. Según datos del 2017, en los niveles educativos superiores -tercer grado y segundo grado- los porcentajes de obesidad en hombres (11,78%, 17,22% y 20,05%, respectivamente) son superiores a los de las mujeres para estos mismos niveles de estudios (7,47%, 13,62% y 15,24%). Sin embargo, en los niveles educativos inferiores -sin estudios y estudios de primer grado- son las mujeres (30,15% y 22%, respectivamente) quienes presentan más casos de obesidad,

concretamente, cerca de un 5% más que los hombres para el nivel educativo sin estudios (25,8%) y casi un 2% para estudios de primer grado (20,3%). En conclusión, en los niveles educativos superiores los datos del 2017 muestran que los hombres presentan mayor obesidad que las mujeres, mientras que en el caso del nivel educativo inferior y básico son ellas quienes arrojan prevalencias más altas que alcanzan incluso cifras del 30% para mujeres sin estudios.

Gráfico 11. Porcentaje de obesidad por sexo y nivel educativo, 2017



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2017. MSSSI / INE.

Otro de los indicadores que ofrece interesante información sobre la distribución de la obesidad en adultos por posición social es la ocupación. La Encuesta Nacional de Salud ofrece una clasificación por **clase social**² basada en la ocupación de la persona de referencia en el hogar. En el *gráfico 12* se presenta la evolución de cada uno de los grupos que conforman esta clasificación entre 2003 y 2017, con referencia específica al aumento en dicho periodo y también al experimentado entre las dos últimas encuestas disponible pertenecientes a los años 2014 y 2017.

En líneas generales, se observa que la obesidad en adultos aumenta a medida que desciende la ocupación. El grupo VI, formado por trabajadores/as no cualificados/as es el

² Clasificación de clase social de la Encuesta Europea de Salud para España:

I. Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias.

II. Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales tradicionalmente asociados/as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas.

III. Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia.

IV. Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas.

V. Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semi-cualificados/as.

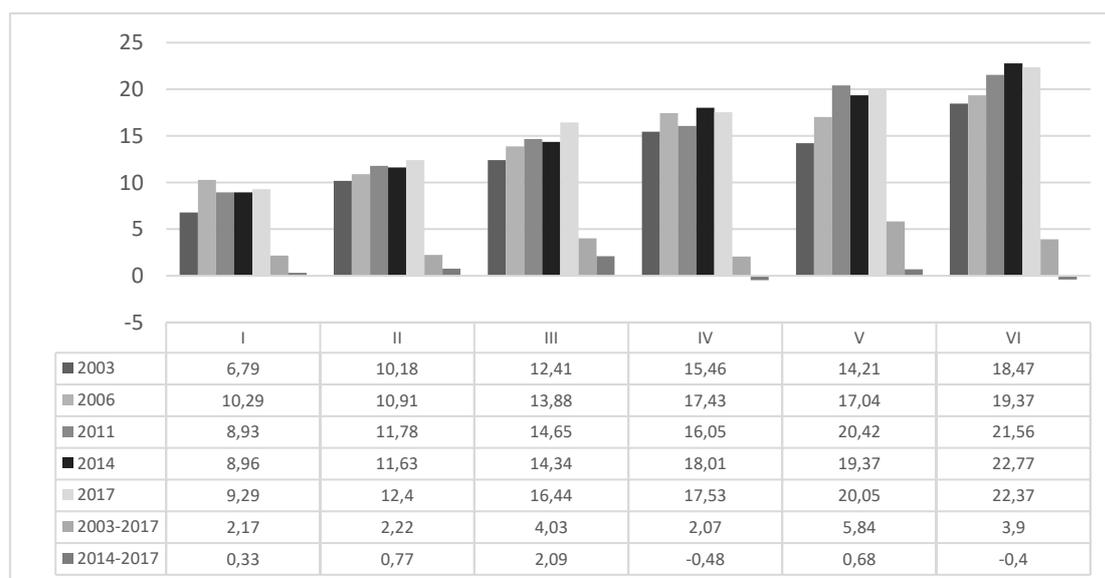
VI. Trabajadores/as no cualificados/as.

que arroja una mayor prevalencia, mientras que el grupo I, formado por los directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales, tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias, son aquellos que tienen un porcentaje de casos más bajo para toda la serie. Mientras que el grupo I se ha mantenido entre 2003 y 2017 prácticamente por debajo del 10% para todos los años, el grupo VI siempre ha estado por encima del 18%. La distancia entre ambos grupos es amplia y se ha venido manteniendo para el periodo de estudio.

La clase V -trabajadores semicualificados- y III -trabajadores por cuenta ajena- son las que han experimentado un mayor aumento. El primero ha pasado de un 14,21% en 2003 a un 20,05% en 2017, y el segundo de un 12,41% a un 16,44%.

Si se atiende específicamente al cambio producido entre 2014 y 2017, los datos siguen apuntando a un crecimiento mayor en la clase III, esta vez junto con la II de directores y gerentes de establecimientos con menos de 10 empleados tradicionalmente asociados a licenciaturas universitarias, pero decrece ligeramente (-0,4%) en el grupo VI por primera vez desde 2003 y en el grupo IV (-0,48%) donde se regresa a valores cercanos al 2006. Estas variaciones hay que tomarlas obviamente con cautela, pero refuerzan en cierta medida la necesidad de explorar la obesidad alejados de una perspectiva determinista.

Gráfico 12. Porcentajes de obesidad en la población adulta según clase social basada en la ocupación de la persona de referencia, 2003-2017



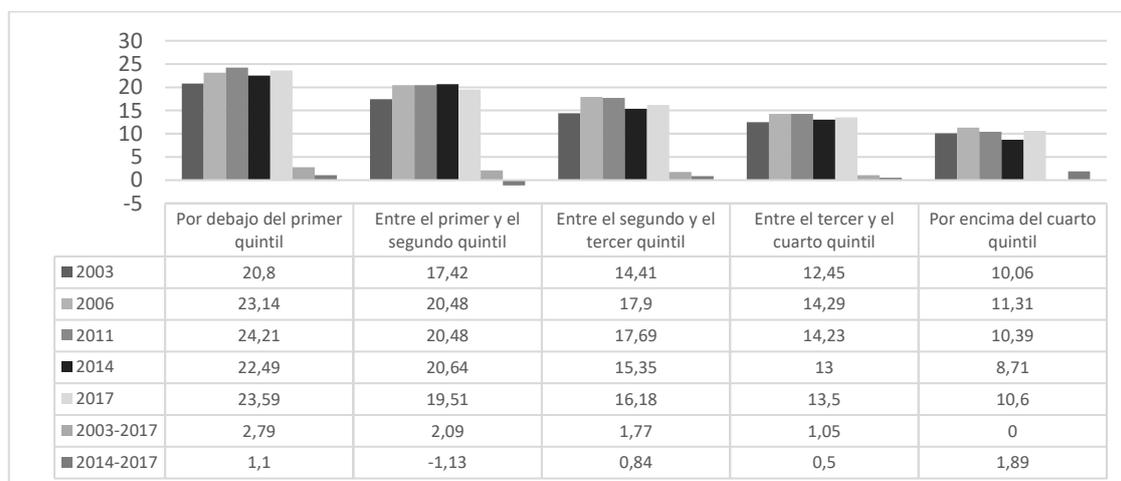
Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003-2017; Encuesta Europea de Salud, 2014. MSSSI / INE.

Por último, en lo que respecta a la distribución de la obesidad en adultos por ingresos económicos mensuales del hogar entre 2003 y 2017 se aprecia un aumento para todos los quintiles de renta, aunque con una intensidad y ritmo de crecimiento que presenta diferencias.

De forma detallada, se puede observar en el *gráfico 13* que aquellos que se encuentra por debajo del primer quintil son quienes arrojan mayores porcentajes de obesidad con cifras superiores al 20% para todos los años. En cuanto a quienes tiene cifras más bajas, se encuentran aquellos situados por encima del cuarto quintil, es decir, aquellos que más ingresos tienen. Lo que evidencia de nuevo una tendencia mayor a la obesidad en los grupos de posición socioeconómica más baja.

En cuanto al crecimiento de los porcentajes durante la serie estudiada ha sido también más acusado en los quintiles de renta más bajos, es decir, en aquellos por debajo del segundo quintil. En aquellos por debajo del primer quintil con una subida del 2,79% y en aquellos por debajo del segundo con un crecimiento de 2,09%. En línea con lo presentado en las gráficas anteriores relativas a otras variables socioeconómicas, las cifras más bajas se encuentran para el grupo con ingresos por encima del quintil cuarto para todos los años. Cabe señalar, no obstante, que entre 2014 y 2017 el grupo con ingreso por encima del cuarto quintil ha sido aquel donde más ha crecido la obesidad (1,89%) al mismo tiempo que se aprecia un descenso del 1,13% en aquellos entre el primer y segundo quintil.

Gráfico 13. Porcentaje de obesidad en población adulta según nivel de ingresos económicos mensuales del hogar, 2003-2017



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003-2017; Encuesta Europea de Salud, 2014. MSSSI / INE.

1.2.2 Distribución de la obesidad en la población infantil y adolescente por variables de posición socioeconómica

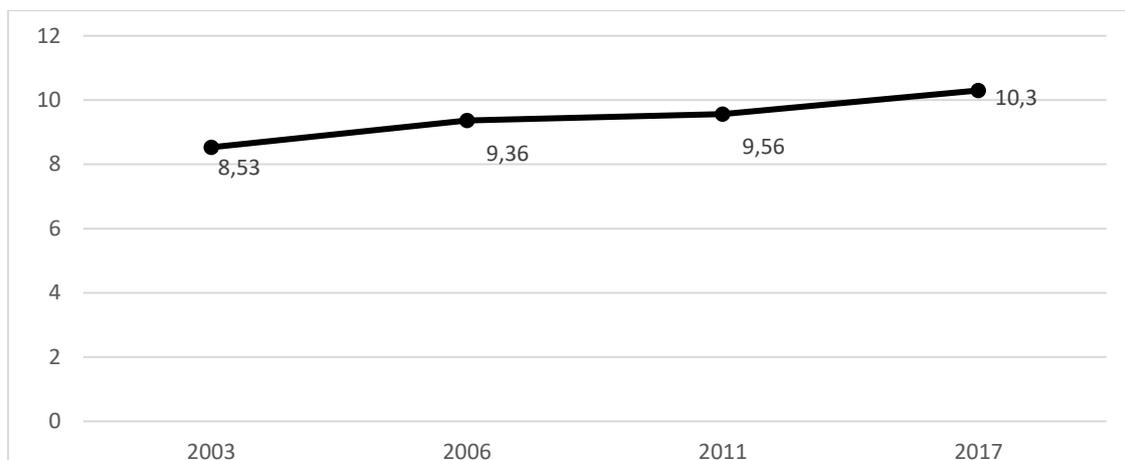
Los datos descriptivos de obesidad en menores reflejan un panorama con similitudes importantes respecto al caso adulto, pero también con ciertas diferencias que se irán presentando en este subapartado. Los datos utilizados provienen, al igual que en el caso de los adultos y como ya se comentó con anterioridad, de la serie histórica de la Encuesta Nacional de Salud. Aunque presentan un pequeño matiz: no se incluye la Encuesta Europea de Salud para España del año 2014 al estar únicamente dirigida a personas de quince años o más. Por lo demás, y a falta de este año, el periodo de estudio es el mismo: de 2003 a 2017.

Al inicio del apartado, se comentaron y explicaron las ligeras diferencias existentes en los datos de obesidad para niños y adolescentes en función del grupo de edad al que esté dirigida la encuesta y de las tablas de referencias utilizadas por cada organismo para los puntos de corte de obesidad, sobrepeso, peso normal e infrapeso. Es necesario continuar teniéndolo en cuenta y tomar cada cifra en su contexto.

En el *gráfico 14* se presenta la evolución del porcentaje de obesidad en niños/as y adolescentes de 2 a 17 años entre 2003 y 2017. En él se puede contemplar un crecimiento paulatino, con un incremento de 1,77 puntos, pasando de un 8,53% de obesidad en 2003 a un 10,3% en 2017. En líneas generales, las cifras de obesidad en este sector poblacional son más bajas que en los adultos, pero más preocupantes por los riesgos del padecimiento temprano de la obesidad, tal y como señala la OMS (OMS, 2004; OMS, 2017).

Los datos comparados presentado en el apartado anterior, mostraban que España era uno de los países con cifras más altas en línea con el resto de los países del sur de Europa. Un avance que parece confirmarse también, con ligeras oscilaciones con los datos de la OMS que situaban a España con un 11% en 2016, en la serie histórica de la Encuesta Nacional de Salud. En el año 2017, un 10,3% de los niños y adolescentes españoles estaban obesos, una cifra que ha aumentado casi un 1% solamente entre 2011 y 2017.

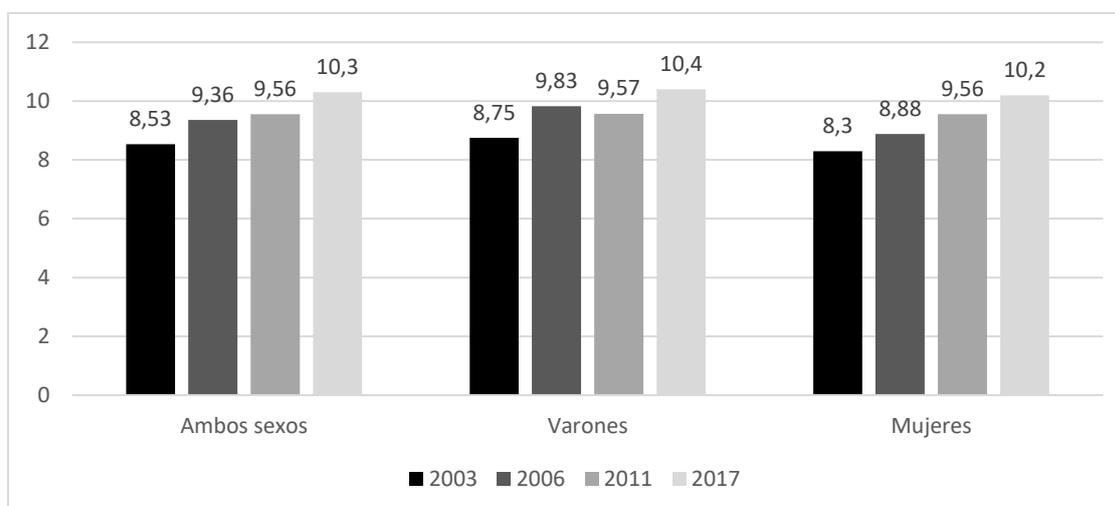
Gráfico 14. Evolución del porcentaje de obesidad en niños/as y adolescentes 2-17 años, 2003-2017



Fuente: elaboración propia a partir de la Serie Histórica de la Encuesta Nacional de Salud, 2003-2017. MSSSI / INE

Este crecimiento y las cifras resultantes de obesidad difieren ligeramente en función del sexo. En general, los niños presentan valores más altos que las niñas para todos los años estudiados. Sin embargo, el crecimiento experimentado durante el periodo pone de manifiesto que los porcentajes de obesidad en mujeres han crecido en mayor medida que en el caso de los varones reduciendo las distancias entre ambos. Concretamente, en el caso de las niñas el porcentaje de obesidad es de 10,2%, mientras que para los varones es del 10,4% en el año 2017. Por tanto, con unos valores muy próximos entre ambos sexos, pero con un mayor aumento entre las mujeres.

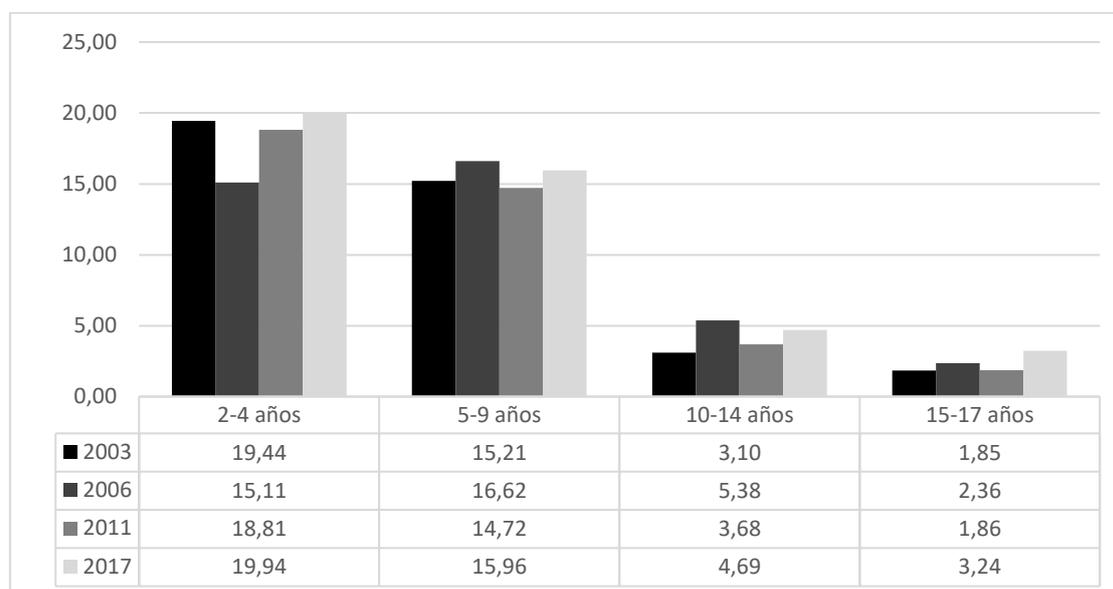
Gráfico 15. Evolución de la obesidad en menores por sexo, 2003-2017



Fuente: elaboración propia a partir de la Serie Histórica de la Encuesta Nacional de Salud, 2003-2017. MSSSI / INE

En cuanto a la distribución por rango de edad, se puede apreciar que el grupo de edad que presenta un mayor porcentaje de obesidad es el de aquellos más pequeños, es decir, de 2 a 4 años; salvo para el año 2006 que fue el grupo de 5 a 9 años. Las cifras de este grupo (2-4 años) son cercanas al 20% en el 2017 y de nuevo en todos los años de la serie salvo en 2006 donde se redujo ligeramente. Por su parte, el grupo con porcentajes más bajos, durante todo el periodo estudiado, es el de los más mayores, es decir, aquellos que tienen entre 15 y 17 años. Sus cifras se mantienen por debajo del 4%, aunque junto con el grupo de 10-14 años son los que más han aumentado: pasando del 1,85% en 2003 a 3,24% en 2017 y del 3,10% al 4,69% respectivamente. En definitiva, se observan tres aspectos interesantes: el primero es que obesidad crece para todos los grupos de edad entre 2003 y 2017; la segunda es que a medida de aumenta la edad disminuye la obesidad en niños y adolescentes; y, la tercera, que el mayor aumento, en términos porcentuales, se está dando en los grupos de más edad (10-14 años y 15-17 años).

Gráfico 16. Evolución de la distribución de los porcentajes de obesidad en población infantil 2-17 años para distintos rangos de edad, 2003-2017



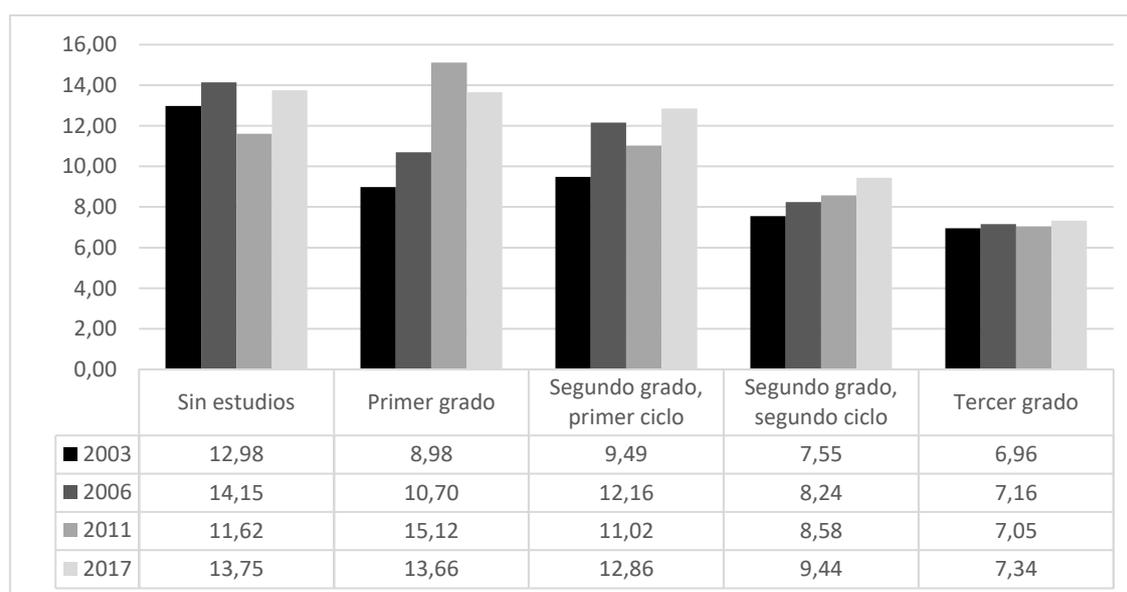
Fuente: elaboración propia a partir de la Serie Histórica de la Encuesta Nacional de Salud, 2003-2017. MSSSI / INE

Los datos en función del nivel educativo de la persona de referencia del hogar muestran un aumento de la obesidad para todos los niveles de estudio, al igual que en la población adulta. Aquellos sin estudios y con estudios de primer grado son quienes tiene porcentajes más elevados en líneas generales, aunque en 2003 y 2006 aquellos con nivel educativo de segundo grado (primer ciclo) tenían valores más altos que los de primer grado.

Los valores de aquellos con nivel educativo de tercer grado se han mantenido más o menos estables en el tiempo y es entre quienes el crecimiento ha sido más reducido (0,38%). Mientras que ha sido más acusado en el caso de los de primer ciclo y segundo ciclo (primer grado) con un aumento entre el 2003 y 2017 del 4,68% y 3,67% respectivamente.

En concreto en el año 2017, el porcentaje de obesidad es prácticamente el doble en los niveles educativos sin estudio (13,75%) o estudios de primer grado (13,66%) con respecto a quienes tienen estudios de tercer grado (7,34%), es decir, el mayor nivel de estudios. Una diferencia y tendencia que ha venido manteniéndose en el caso de aquellos sin estudios, pero que ha crecido en el caso de los estudios de primer grado desde el 2003 a la actualidad.

Gráfico 17. Evolución de la obesidad en población infantil por nivel educativo de la persona de referencia en el hogar, 2003-2017



Fuente: elaboración propia a partir de la Serie Histórica de la Encuesta Nacional de Salud, 1997-2017. MSSSI / INE

Otra variable que proporciona la Encuesta Nacional de Salud en relación a la obesidad en niños y adolescentes es la clase social que, al igual que en los adultos, es medida en relación a la ocupación de la persona de referencia en el hogar³. En este caso, los datos

³ Clasificación de clase social de la Encuesta Europea de Salud para España:

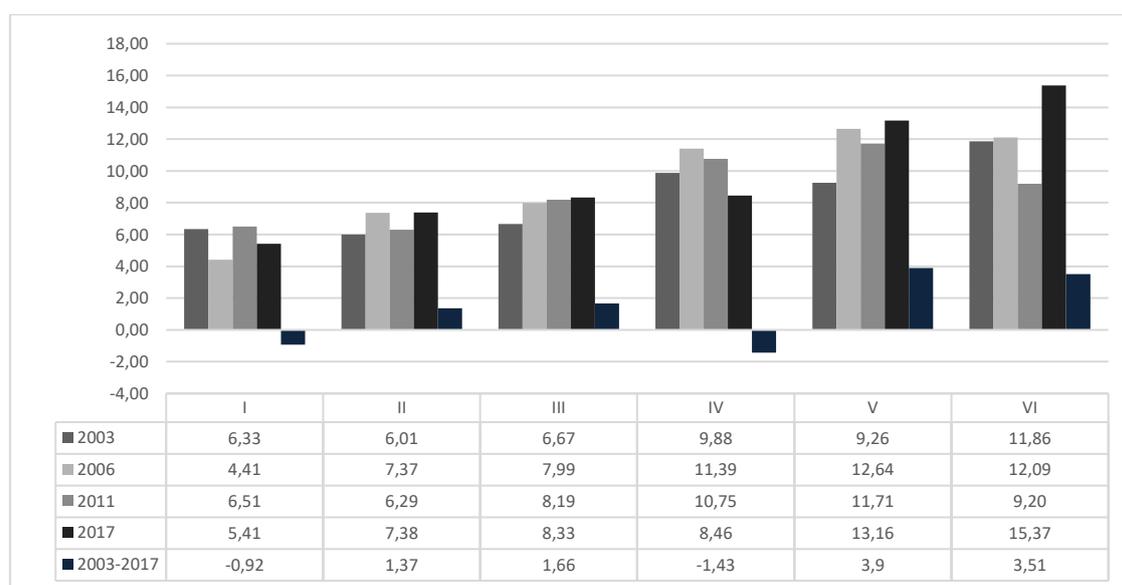
I. Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias.

II. Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales tradicionalmente asociados/as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas.

muestran, en líneas generales, que a medida que desciende la ocupación, descienden los porcentajes de obesidad en infantes. Para los años 2003 y 2017 las cifras más altas se dan para la clase VI, es decir, para trabajadores no cualificados. Y, para los años 2006 y 2011 se dan en la clase V, es decir, en trabajadores cualificados del sector primario o semicualificados. Los porcentajes más bajos se encuentran en las clases I y II con cifras inferiores al 7,5% en todos los casos.

En cuanto a los aumentos acontecidos entre los años 2003 y 2017 se puede observar que las cifras han descendido en el grupo I de directores y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados (-0,92%) y el IV de supervisores y trabajadores en ocupaciones técnicas cualificadas (-1,43%). Mientras que los grupos en los que más ha aumentado son el V de trabajadores cualificados del sector primario y otros trabajadores semi-cualificados (+3,9%) y el VI de trabajadores no cualificados (+3,51%).

Gráfico 18. Evolución de la obesidad en población infantil por clase social basada en la ocupación de la persona de referencia en el hogar, 2003-2017



Fuente: elaboración propia a partir de la Serie Histórica de la Encuesta Nacional de Salud, 2003-2017. MSSSI / INE

III. Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia.

IV. Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas.

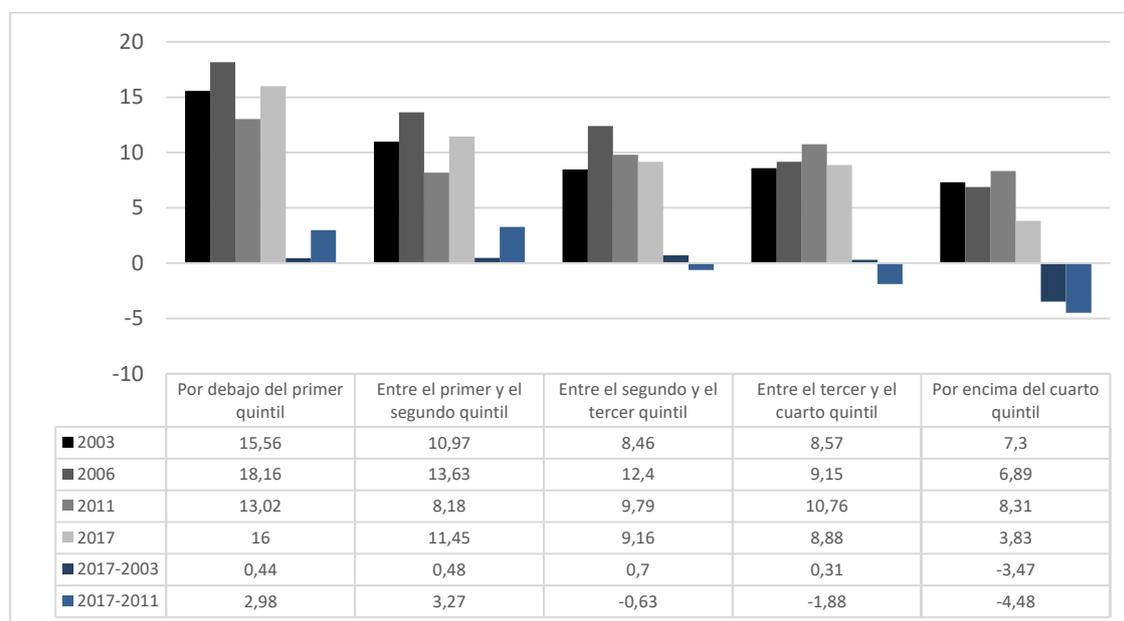
V. Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semi-cualificados/as.

VI. Trabajadores/as no cualificados/as.

Finalmente, en lo que respecta a los ingresos del hogar se aprecia que en líneas generales a medida que aumenta el quintil de renta descenden los porcentajes de obesidad. Para el último año disponible, 2017, el porcentaje de obesidad para aquellos por debajo del primer quintil es de 16%, mientras que para aquellos por encima del cuarto quintil es del 3,83%. Es decir, una diferencia de más del 12% entre aquellos con menores ingresos y aquellos con más ingresos.

Se aprecia una subida de los porcentajes de obesidad entre 2003 y 2017 para todos los grupos, menos para aquellos que están por encima del quintil cuarto que experimentan una reducción del 3,47%. Sin embargo, esta bajada hay que tomarla con cautela también ya que se ha dado principalmente entre 2011 (8,88%) y 2017 (3,83%), es decir, en los dos últimos años de la serie. En el resto de los quintiles ha habido una ligera subida que ha sido mayor en el caso de quienes se sitúan entre el quintil segundo y tercero (0,7%). En general, el año que arroja unos porcentajes más altos es 2006 donde aquellos que se encontraban por debajo del quintil primero tenían un 18,16% de niños con obesidad.

Gráfico 19. Evolución de la obesidad en población infantil por nivel de ingresos económicos mensuales del hogar, 2003-2017



Fuente: elaboración propia a partir de la Serie Histórica de la Encuesta Nacional de Salud, 2003-2017. MSSSI / INE

SÍNTESIS Y RECAPITULACIÓN

Los datos presentados en este capítulo se han estructurado sobre dos ejes principales: la posición de España en el mapa mundial de la obesidad y su distribución por variables de posición social entre la población española. Ambos precisando en las similitudes y diferencias entre la situación en población adulta y en niños y adolescentes.

El primer apartado ha permitido constatar tres cuestiones reseñables. La primera es que la obesidad tanto en adultos, como en niños y adolescentes ha crecido en todas las regiones del mundo durante las últimas dos décadas. Si bien es cierto que el ritmo de crecimiento varía por regiones y ámbito poblacional, siendo más rápido y alto, en las Américas y Europa. Con cifras superiores al 25% -en ambos casos- para la población adulta y del 8,6% en Europa y del 14,4% en las Américas para la población infantil.

Un crecimiento que también se observa de forma detallada en los países europeos, aunque con llamativas diferencias entre adultos y menores. Los países del Sur de Europa encabezan, con cifras distantes a las de sus convecinos, las clasificaciones de obesidad infantil. Malta, Italia, Portugal, Grecia, España, Croacia y Chipre tienen porcentajes superiores al 14,5% entre la población de 5 a 9 años. Mientras que Dinamarca, Bélgica, Holanda o Suecia no superan el 9,5%.

La situación es ligeramente diferente en la población adulta, donde los países del Sur de Europa no muestran una única tendencia. Llama especialmente la atención el caso de Italia que apenas ha visto aumentar la obesidad en adultos y que tiene el menor porcentaje de población obesa, junto con Rumanía, a nivel europeo. Una de las posibles hipótesis de esta baja incidencia podría radicar en los efectos beneficiosos de la dieta mediterránea, pero los datos para el resto de los países del Sur de Europa no son tan alentadores. Grecia (16,9%), España (16,2%) y Portugal (16,1%) arrojan cifras por encima de la media europea que superan, en los tres casos, el 16% entre su población adulta.

El segundo aspecto remarcable es que, si las previsiones son ciertas, todo parece indicar que seguirá aumentando en los próximos años y que además lo hará a un ritmo más rápido. Las estimaciones de la OCDE en este sentido sitúan a España con porcentajes superiores al 20% para el año 2030. Lejos aún de Estados Unidos, país que encabeza el ranking mundial de obesidad y en el que se estima que casi la mitad de su población sea obesa en diez años.

Y, la tercera conclusión es que España arroja unas cifras y un crecimiento en los últimos años que lo sitúan entre los países europeos y mundiales con mayores porcentajes de obesidad, sobre todo en el caso de la población infantil.

Todos estos aspectos refuerzan la necesidad de la profusión en el estudio de la obesidad con dos objetivos: explorar los procesos que conducen al aumento de los porcentajes y, por otro lado, focalizar en niños y adolescentes, tanto por los peligros a etapas tempranas, como por los altos porcentajes en el caso español.

El segundo apartado del capítulo ha proporcionado los porcentajes de obesidad en menores y en población adulta a partir de fuentes estadísticas nacionales que han venido a confirmar los datos para España expuestos por las internacionales. Un 17,4% de los adultos y un 10,3% de los niños y adolescentes españoles están obesos según datos de la Encuesta Nacional de Salud para el año 2017. Estas cifras no se distribuyen de igual modo por el territorio y algunas Comunidades Autónomas, como el Principado de Asturias (21,63%), superan ampliamente la media nacional.

Este segundo apartado también ha desgranado la distribución de la obesidad por posición social para el caso concreto español, atendiendo al sexo, edad, nivel educativo, ocupación y renta del hogar. Se han proporcionado datos actuales y se ha reflejado también la evolución de cada una de estas variables durante el periodo comprendido entre 2003 y 2017.

Esto ha permitido identificar, entre otros aspectos, algunos cambios producidos en los porcentajes de obesidad en función de las variables estudiadas y confirmar dos aspectos importantes. Por un lado, el gradiente social de la obesidad para el caso español, tanto en adultos como en menores. Los datos presentados han puesto de relieve que la obesidad está más presente en los grupos sociales de posición socioeconómica más baja: aquellos con menos ingresos, menor nivel educativo y ocupaciones menos cualificadas. Y, por otro lado, que a pesar de ser estos los grupos sociales más afectados, el porcentaje de obesidad entre los grupos de posiciones socioeconómicas más altas también ha aumentado y, para algunos indicadores y años, en mayor medida que en aquellos de clases más bajas. Lo que refuerza la necesidad de ampliar el enfoque de análisis de la obesidad, y, por lo tanto, de preguntarse acerca de qué factores sociales afectan también a estos grupos y ayudan a comprender las cifras globales de la obesidad en España.

2. MARCO TEÓRICO: DE LOS COMPORTAMIENTOS INDIVIDUALES A LAS PRÁCTICAS SOCIALES

En este capítulo se presentan y analizan los principales enfoques teóricos desde los que se ha abordado la obesidad en la literatura científica. De un lado, se abordarán las ideas que sostienen los enfoques racionalistas de la acción, su influencia en el estudio de la obesidad y sus principales limitaciones. De otro, se mostrarán los planteamientos de los enfoques deterministas de la acción, su influjo en la comprensión de la obesidad y las principales problemáticas que presentan. Las críticas a ambos enfoques servirán de apoyo para presentar las Teorías de las Prácticas Sociales como un marco teórico con gran potencial para la comprensión de la obesidad como problema social al alejarse de los comportamientos individuales para adentrarse en el estudio de las prácticas sociales. La *práctica* se convierte así en el nexo entre acción individual y estructura, y en la unidad básica de análisis a la que los teóricos de las prácticas dotan de herramientas para su estudio empírico. Sus planteamientos permiten integrar aspectos de la perspectiva de los determinantes sociales en salud, al tiempo que se distancian de la visión racionalista de la obesidad.

2.1 La obesidad como resultado de comportamientos individuales: enfoques racionalistas de la acción humana

La salud es uno de los principales logros y metas de las sociedades modernas. El aumento de la importancia depositada sobre su consecución y mantenimiento ha venido acompañado, por un lado, de transformaciones respecto a lo que se considera un cuerpo saludable y, por otro, de una mayor atención respecto a las acciones que se consideran centrales para cuidar del cuerpo y gozar de una buena salud (Gracia-Arnaiz, 2009). Así, la alimentación y la actividad física se han situado en el foco de atención de los estudios de obesidad al considerarlos, por un lado, como los dos principales ámbitos donde las decisiones adoptadas por los individuos pueden entrañar más riesgos para la salud y, por otro, como los elementos que median en la relación entre las condiciones estructurales y la obesidad. Sin embargo, la forma de entender la naturaleza de estas acciones ha tomado distintas vías en la literatura científica, dando lugar a diferentes explicaciones sobre la obesidad.

Uno de los planteamientos que ha contado con más adeptos es aquel que analiza estos comportamientos desde una visión racionalista de la acción humana, influidos principalmente por la Teoría de la Elección Racional. Una perspectiva procedente de la Economía que ha logrado introducirse en los fundamentos de disciplinas, como la Sociología, donde su adhesión parecía a priori imposible (Alonso, 2005). Este enfoque parte de la idea de que los individuos actúan de forma libre y racional a través de un comportamiento que se rige por sus creencias e intereses subjetivos, y que se orienta en la dirección de reducir costes o minimizar los riesgos, por ejemplo, en términos de salud (Becker y Murphy, 1988; Philipson, 2001; Levy, 2002; Lakdawalla y Philipson, 2006; Contento, 2007; Fishbein y Ajzen, 2011; Blank y Hennessy, 2012; McEachan et al., 2016). Su participación en determinadas actividades viene entonces explicada por el coste/beneficio que le produce al individuo esa actuación. Un aspecto que no evita que esos comportamientos a veces tengan consecuencias indeseadas, con un impacto negativo sobre la salud. En consecuencia, la obesidad es entendida como resultado de comportamientos individuales racionales.

Sus ideas, además, suelen apoyarse en la preasunción de que la vida moderna ha posibilitado la existencia de un gran volumen de información disponible, proporcionada por expertos, que establece grandes diferencias con las sociedades precedentes y permite tomar decisiones adecuadas a los individuos. Dicho de otro modo, consideran que la información a la que pueden acceder los individuos relacionada, por ejemplo, con la alimentación y el ejercicio física es perfecta y, en consecuencia, esto permite tomar buenas decisiones. Por lo tanto, si los individuos no lo hacen es porque o bien no han tenido acceso a esta información, o bien tienen acceso, pero deciden no utilizarla porque priman otros intereses o el coste que se debe asumir es demasiado alto.

Además, el *homo economicus* como ser racional y libre tiene control sobre sus actos. De esta forma, se entiende que tiene capacidad para decidir lo que come y el nivel de actividad física que tiene y, por tanto, para intervenir indirectamente su peso corporal. Por ende, se le puede pedir responsabilidades sobre sus acciones. Una responsabilidad que en el caso de los menores de edad se extiende hacia sus padres, ya que son quienes tienen capacidad plena para velar adecuadamente por su bienestar hasta que la tengan sus hijos (Ross y Mirowsky, 2003; Maher et al., 2010; Elliot y Bowen, 2018). En definitiva,

el individuo ha de preocuparse y ocuparse de llevar a cabo aquellas acciones que le permitan cuidar su salud y su cuerpo.

Por último, desde esta perspectiva también se reflexiona sobre el coste económico que conlleva para el erario público al entender que no es moralmente asumible que los malos hábitos de algunos tengan que ser pagados por todos. En definitiva, entienden que la obesidad es una pesada carga sobre los sistemas de salud y para la economía en general (Lakdawalla y Philipson, 2006; OCDE, 2019). La propia OCDE (2019) estima en su último informe sobre la obesidad que tiene un impacto reductor del 2,9% del PIB en España y que supone casi un 10% del gasto sanitario. Unas ideas que ponen el foco sobre lo reprochable de la conducta de estas personas (Lakdawalla y Philipson, 2006).

Desde estas premisas, muchos analistas han tratado de identificar cuáles de estas acciones de los individuos están repercutiendo en un aumento de su peso con el consiguiente riesgo para la salud. En particular, han explorado asociaciones entre la obesidad y determinados comportamientos relacionados con la alimentación, la actividad física y el descanso al entenderlas como las áreas centrales para conseguir una buena salud. Sus hallazgos han revelado aspectos interesantes en los tres ámbitos.

En el plano de la alimentación, se ha focalizado en aspectos como la composición nutricional de la dieta, la costumbre o no de desayunar, la ingesta de determinados productos, o, el número de comidas realizadas al día y la velocidad con la que se ingieren los alimentos. Ello les ha permitido constatar cuestionales tales como que las personas con un índice de masa corporal superior comen menos frutas y verduras, y que los niños en edad escolar que realizan las cinco comidas diarias presentan un índice de masa corporal inferior a quienes se saltan alguna (Newby et al., 2003; Ma et al., 2003; He et al., 2004; Villagran-Pérez et al., 2010). Particularmente han observado que los niños que tienen el hábito de desayunar mantienen niveles más bajos de peso que quienes no desayunan (Ma et al., 2003; Veltsista et al., 2010). La velocidad a la que los alimentos son ingeridos por los más pequeños también se ha observado como un factor que guarda relación con la obesidad infantil. Siendo aquellos que comen más rápido, quienes tienen más probabilidades de presentar obesidad (Wardle et al., 2001; Demir y Bektas, 2017).

La adicción racional a la comida es otro de los aspectos que se han estudiado y planteado desde esta teoría. Así, el consumo repetido de un alimento tiene que ver con el buen resultado que se obtuvo y la cantidad que se debe seguir consumiendo para que siga

teniendo la misma o mayor utilidad (Becker y Murphy, 1986; Levy, 2002). Si bien no es la corriente más desarrollada en el campo de la alimentación, sí que se han realizado estudios desde los que se considera que determinados productos calóricos generan cierta adicción en los individuos que se refuerza en la medida en que se está expuesto más tiempo a dichos productos, por ejemplo, a través de la publicidad en televisión, y que puede explicar el aumento de peso por la adicción de los individuos a este tipo de comida (Chou et al., 2008; Veerman et al., 2009).

Respecto a la actividad física se ha observado que cada hora de ejercicio moderado o vigoroso reduce en un 26% la probabilidad de tener obesidad. Mientras que cada hora dedicada al ocio a través de las pantallas lo incrementa en un 10% (Gibson et al., 2004). Son las personas con un índice de masa corporal superior quienes dedica mayor porcentaje de su tiempo a actividades sedentarias entre las que se incluyen ver la televisión, utilizar el teléfono móvil, ordenadores y/o tablets (Dietz y Gortmaker, 1985; Vioque et al., 2000; Kautiainen et al., 2005; Viner y Cole, 2005). Lo que ha servido para constatar que la actividad física es una valiosa y eficaz estrategia para el control del peso (Hills, et al., 2011).

Finalmente, en los últimos años también se han desarrollado distintos estudios relacionadas con el tiempo y la calidad del descanso. Estos aprecian que dormir un tiempo insuficiente incrementa el riesgo de desarrollar sobrepeso y obesidad tanto en adultos como en población infantil (Vioque et al., 2000; Chaput, et al., 2006; Padez et al., 2009; Taheri, 2014; Miller et al., 2015). Así han observado que los niños con obesidad infantil duermen entre 10 y 30 minutos menos que los niños que tienen un peso normal (Agras, 2004; Gibson et al., 2004).

Entre las explicaciones de estas relaciones suele apuntarse en dos direcciones. Una primera explicación, más radical, enfatiza la idea de que quienes mantienen estos hábitos deciden por voluntad propia o intereses contrapuestos no hacer uso del conocimiento disponible para tomar buenas decisiones. Algunas personas optan por adquirir aquellos productos cuya ingesta produce mayor satisfacción o supone una menor inversión que permite acallar más tiempo el hambre, frente a aquellos alimentos con mayores propiedades nutricionales (Becker y Murphy, 1988; Levy, 2002; Beaulieu et al., 2018). Estas decisiones, sin embargo, generan una consecuencia no deseada: la mayor parte de ese tipo de alimentos son muy calóricos y su consumo continuado puede conllevar un

aumento de peso. Las cifras de obesidad en las sociedades modernas se entienden entonces como el resultado del producto agregado de acción racionales con consecuencias no siempre deseadas.

Por otro lado, la explicación más moderada apunta hacia la idea de que algunas personas tienen más dificultades de acceso al conocimiento y que esta información es precisamente la vía que permite controlar sus comportamientos para orientarlos a proteger la salud. Lo que explicaría, según ellos, por qué los grupos con nivel educativo más bajo presentan prevalencias más altas de obesidad: porque tienen creencias alejadas del conocimiento emitido por los expertos y orientan sus acciones sobre premisas erróneas (Ross y Mirowsky, 2003; Mann, 2008). Las cifras de obesidad en las sociedades modernas se entienden aquí también como resultado del producto agregado de acción racionales, pero la razón para explicarlo reside más bien en la falta de información de ciertos grupos y no tanto en la voluntad personal. Sus planteamientos vendrían a decir algo así como que las personas adquieren alimentos poco saludables y calóricos porque no comprenden la información nutricional que viene reflejada en su etiqueta. En cualquiera de los dos casos, la idea compartida que subyace es que el individuo tiene la obligación de responsabilizarse de su salud.

De modo que, entre sus propuestas suelen concluir que la forma adecuada de afrontar la obesidad es a través de políticas que transmitan a este colectivo la importancia de mantener buenos hábitos y la realización de intervenciones de terapia conductual para la modificación de la dieta y el incremento de la actividad física (Brownell y Stunkard, 1978; Stunkard et al., 1980; Brennan et al., 2008). Su principal solución consiste, por tanto, en educar a la población y transmitirles un estilo de vida saludable de acuerdo con lo que se considera por las instituciones sanitarias (Aranceta et al., 2003; Qi et al., 2012; Kilpeläinen, et al., 2011; Johns et al., 2014; Livingstone et al., 2016; Dong y Branscum, 2019). El siguiente fragmento es un buen ejemplo del poder que le confiere a educación como diferenciador clave entre “*buenos y malos*” comportamientos:

“La educación es una de las causas fundamentales de la buena salud. La educación le da a la gente recursos para controlar y dar forma a sus propias vidas de una manera que proteja y fomenta la salud. (...) En la medida en que la gente quiere buena salud, la educación desarrolla los medios para lograr ese fin a través de un estilo de vida que promueva la salud. Gran parte de la razón por la

que los bien educados experimentar una buena salud es que se involucran en un estilo de vida que incluye caminar, hacer ejercicio, beber moderadamente y evitar el sobrepeso y fumar. Altos niveles de control personal entre los bien educados explican gran parte de la razón por la que llevan un estilo de vida saludable” (Ross y Mirowsky, 2003: 45).

En definitiva, desde esta posición, se presenta, una visión de la persona obesa como aquella que come peor, duerme menos horas y hace poco o nulo ejercicio, mientras dedica más horas del día al uso de dispositivos tecnológicos que quienes tienen un índice de masa corporal considerado normal (Newby et al., 2003; He et al., 2004; Dietz y Gortmaker, 1985; Viner y Cole, 2005; Gibson et al., 2004; Hills, et al., 2011; Taheri, 2014; Miller et al., 2015). De lo que se deduce que es una persona poco responsable con su salud, carente de control y con un comportamiento reprochable que hay que cambiar a través de la educación, ya que de no hacerlo las consecuencias de sus malos hábitos se extrapolan al conjunto de la población que debe asumir los costes de su atención sanitaria.

Este planteamiento ha inundado gran parte de los estudios relacionados con la obesidad y continúa siendo uno de los enfoques teóricos predominantes, pero no por ello está exento de limitaciones. Una de las **principales críticas** que pueden realizarse a esta visión tiene que ver con una de las ideas centrales en las que se sustenta. Considera que son las creencias e interés subjetivos los que permiten tomar decisiones libres y racionales a los individuos, pero no contempla de dónde proceden éstos, dicho de otro modo, no explica cómo adquieren las capacidades de evaluación, interpretación y actuación los individuos. Al no hacerlo presenta un actor aséptico y ajeno a la interacción con los otros del que no se comprende cómo aprehende e interpreta el mundo y, por lo tanto, de dónde proceden las bases sobre las que toma decisiones y, más aún, desprovee a las acciones de todo significado social. Las relaciones sociales, como explican las Sociologías Interpretativas, son fundamentales en la formación de la identidad de los sujetos y tienen un papel importante que se debe contemplar si se quiere comprender la conducta humana. Es a partir del proceso de socialización que los individuos asientan las bases con las que interpretan y participan en el mundo y con las que van definiendo su identidad. Eso dificulta seriamente la idea de racionalidad y libertad expuesta por las teorías de la elección racional. Hay multitud de factores incorporados durante la socialización que

escapan a la reflexividad y que intervienen en la toma de decisión (Mead, 1934; Goffman, 1997).

Además, la visión del individuo como racional y libre lleva a este enfoque a plantear una especie de similitud con el autocontrol y la fuerza de voluntad. Así, se representa al obeso como una persona incapaz para controlar sus “instintos”, y a su cuerpo como un atributo, resultado de sus malas acciones, que indica ante qué tipo de persona nos encontramos y que actúa como desacreditor en sus interacciones con los otros (Goffmann, 1989). El cuerpo del obeso representa aquello que no se debe ser e informa a los otros de que algo se está haciendo mal, es, en definitiva, un “*signo de trasgresión normativa*” (Gracia-Arnáiz, 2009b:7). Es de este modo que, al entender las acciones como individuales y racionales, se proyecta una visión estigmatizadora de la persona con obesidad a la que se ve socialmente como débil moralmente, poco atractiva, carentes de control sobre sí misma, o en el caso de los menores, con padres irresponsables y que hace que los demás tengan esta percepción sobre ellos (Cahnman, 1968; Maddox y Lierderman, 1969; Hare et al., 2000; Strauss, 2000; Foster et al., 2003; Brown, 2006; Puhl y Brownell, 2006; Puhl y Heuer, 2009; Brownell et al., 2010; Gómez-Pérez, et al., 2017). Un estigma que se ha observado que no solo afectaba a la visión que tienen los otros y a sus relaciones, sino que también aumenta las barreras percibidas para comer saludable y actúa como un factor que dificulta la generación de cambios (Schmalz y Colistra, 2016). Entre otras cuestiones porque las relaciones sociales siempre afectan en una doble dirección y definen la identidad social de los sujetos, generando una especie de profecía autocumplida.

Por otro lado, este enfoque también obvia el rol que ocupan los individuos a la hora de tomar decisiones y que define lo que los otros esperan de nosotros. Cuando una mujer trabajadora con hijos toma decisiones alimentarias probablemente su rol de madre afectará a esas decisiones, de mismo modo que lo hará posiblemente su rol como trabajadora por cuenta ajena (Goffman, 1997). La acción se mueve más que por cálculos fríos. Las emociones y dedicación en el papel de madre o ama de casa afectan a las decisiones que se toman, por ejemplo, respecto a la alimentación y la actividad física (Warin et al., 2008; Bissell et al., 2016).

Del mismo modo que ignoran el papel de la socialización, las relaciones sociales y los roles entre los aspectos que mueven la acción, también ignoran el contexto y las condiciones sociales en las que la tiene lugar (Travers, 1997; Warin et al., 2008;

Delormier et al., 2009; Maller, 2015). Presentan al individuo como agente libre y autónomo cuyas decisiones dependen en exclusiva de sí mismo, como si las acciones de los individuos tuvieran lugar al margen de la sociedad en el que se insertan. Siendo únicamente orientadas por la voluntad de los individuos que las ejecutan y nada más. Sin embargo, la desigual distribución de la obesidad entre países y también por variables de posición socioeconómica, reflejan que existen fuerzas exteriores a los individuos que posibilitan o limitan la capacidad de acción -ver capítulo I “*Mapeando la obesidad*” (Drewnowski y Specter, 2004; Zhang and Wang, 2004; Daponte et al., 2007; Caprio et al., 2008; Álvarez Castaño et al., 2012; Pérez-Rodrigo, 2013; Devaux et al., 2013). Esta es una de las razones por las que las estrategias orientadas a un cambio de comportamiento suelen fallar, pues como puntualiza Travers (1997), “*niegan el papel del contexto social en la configuración del comportamiento y, por lo tanto, implican una separación de las personas y su entorno*” (Travers, 1997: 58).

Cuando una persona realiza la compra en el supermercado su situación económica o familiar influye en sus decisiones (Escolar-Pujolar, 2009; Contreras y Gracia-Arnáiz, 2008; Fiese et al., 2012; Gojard y Veron, 2018; Smith y Holm, 2010). Las opiniones e insistencia de los más pequeños del hogar para añadir productos al carrito también produce reacciones e influyen en las decisiones de sus padres (Chou et al., 2008; Cook, 2008; Babajafari et al., 2011; Atik y Ozdamar, 2013; Gram, 2015). Así como también se ha demostrado que la forma en que los vendedores colocan los productos en los stands y los adornan de técnicas de marketing que los hagan más sugerentes o atractivos también afecta a las elecciones de los individuos (Ogba y Johnson, 2010).

Por otra parte, los enfoques de la acción racional ponen el acento en que el conocimiento técnico, la educación, como el factor que permite tomar decisiones adecuadas para gozar de una buena salud; asumiendo que este conocimiento es perfecto, abundante, estable y accesible. Sin embargo, si bien es cierto que la modernidad trae consigo una disponibilidad de información sin paragon con épocas precedentes, esto no significa que esta sea perfecta, accesible y desde luego que proporcione certezas a los individuos sobre cómo han de actuar (Velardo y Drummond, 2013). Éstos toman decisiones a diario teniendo ante sí un amplio abanico de opciones, pero también una información para hacerlo que procede de distintos ámbitos y que nunca había sido tan inconsistente y contradictoria (Giddens, 1995; Fischler, 1995). Unas informaciones que, además,

caducan a gran velocidad como casi todo en la modernidad y donde *“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).

El ámbito alimentario es uno de los campos donde estos problemas relacionados con la información y sus contradicciones se hacen palpables. En las sociedades modernas se ha sufrido un proceso de racionalización creciente que ha desplazado a las instituciones tradicionales de promoción de normas alimentarias, como la familia, a un segundo plano frente a las instituciones sanitarias entre otras (Weber, 2009). Esa racionalización se ha extendido también a las formas de producción estableciendo un sistema alimentario caracterizado por una pérdida del vínculo entre la producción y el consumo en la búsqueda de una mayor eficiencia. Eso ha permitido disponer de más alimentos que en tiempos pasados y, además, más variados llegando incluso a poder acceder a productos fuera de su temporada o a aquellos que no se dan en determinadas geografías. Pero al mismo tiempo ha abierto más interrogantes relacionados con su origen, seguridad, calidad y procedencia, generando un aumento del escepticismo respecto a las normas y directrices alimentarias. De tal manera que cada vez tenemos más dónde elegir, más información para hacerlo, pero también menos certezas (Gracia-Arnaiz, 1997; Sanz-Porras, 2008; Fischler, 2010). Como señala Giddens *“la modernidad coloca al individuo frente a una compleja diversidad de elecciones y, ofrece al mismo tiempo poca ayuda en cuanto a qué opción se habrá de escoger”* (Giddens, 1995: 105).

Ante estas incertidumbres y contradicciones el individuo se encuentra cada vez más atrapado en una especie de *“jaula de hierro”* de la racionalidad donde buscan encontrar normas claras en la certeza del conocimiento técnico. La racionalidad, bajo el mantra de la libertad, unifica normas sociales de la que es difícil escapar. La acción racional se impone sobre las instituciones tradicionales y la subjetividad que quedan en un segundo plano (Weber, 2009). Es de este modo que, desde la visión racionalista, el conocimiento y la información es reducida a una comprensión universal y academicista, desligándola del conocimiento laico y papel que este juega en la estructuración del mundo (Coveney, 2005; Maller, 2012).

En definitiva, los enfoques de la elección racional presentan una visión estrecha de la acción humana al entenderla como fruto de la decisión libre y racional del individuo,

presentando a éste como un actor calculador, frío y ajeno a la influencia de su entorno. Su comprensión de la acción desde estos planteamientos deposita la responsabilidad de cuidar la salud y estar bien informados en los individuos. Son ellos quienes deben cuidar su cuerpo y mantenerlo en condiciones adecuadas con la información proporcionada por las instituciones de salud relacionada con la alimentación y el ejercicio físico. Por eso entienden que la vía para resolver la obesidad es proporcionar una buena educación nutricional y transmitir adecuadamente los beneficios de una vida activa.

Sin embargo, las políticas públicas basadas en educar a la población en este sentido, así como los programas nutricionales para inducir cambios en sus comportamientos suelen tener escaso éxito (Nestle y Jacobson, 2000; Gracia-Arnáiz, 2008; Delormier et al., 2009). Ignoran que más que conductas racionales elegidas por los individuos para llevar a cabo sus metas y satisfacer sus deseos y preferencias, *“los estilos de vida son prácticas hechas rutinas: rutinas presentes en los hábitos de vestir, comer, los modos para actuar y los medios privilegiados para encontrarse con los demás”* (Giddens, 1994:106). Es necesario avanzar hacia una concepción de los estilos de vida que se desligue de un planteamiento racionalista e individualista de los mismos con escasa capacidad para dar cuenta de la complejidad de las acciones cotidiana.

2.2. La obesidad como resultado de malas condiciones sociales: enfoques deterministas de la acción humana

En oposición al modelo racionalista de la acción, se encuentran las Teorías Estructuralistas. Una corriente teórica que se mantuvo como dominante en las Ciencias Sociales desde su auge hasta mediados del siglo XX, cuando comienzan a cobrar interés las doctrinas defendidas por la Escuela de Sociología de Chicago y las Teorías Racionales de la Acción. Sus ideas han influido en los desarrollos de numerosas disciplinas y, lejos de haber desaparecido, han resurgido con fuerza en algunos campos de estudio.

Los preceptos de las Teorías Estructuralistas han trascendido los debates en Ciencias Sociales, y han conseguido introducirse con fuerza incluso en ramas de las Ciencias de la Salud como la Epidemiología. La introducción de sus principios en este campo, sin embargo, ha presentado un desarrollo lento y gradual que ha ido avanzando en sus planteamientos. Una cuestión que puede verse reflejada en la escisión de las bases epistemológicas y metodológicas de la Epidemiología y de la Epidemiología Social.

Ambas parten de una preocupación común por el estudio de los factores de riesgo que se relacionan con la prevalencia de las enfermedades, pero difieren en la senda de sus objetivos y sus explicaciones. La primera circunscribe su actividad al estudio de la dinámica y distribución de las enfermedades en los individuos. Sus desarrollos cobraron fuerza a principios del siglo XX, con estudios cuyos hallazgos informaban que numerosas enfermedades afectan más a conjuntos poblacionales de clases sociales más bajas, y que la esperanza de vida en estos es, por tanto, menor que en el resto de la población. Sin embargo, sus explicaciones aún se mantenían por entonces muy ligadas al ámbito biomédico y las elucubraciones de tipo social aún ocupaban una posición residual, aunque progresivamente más presentes (Logan, 1954; Reid et al., 1974; Marmot et al., 1978).

No será hasta mediados del siglo XX y de forma muy paulatina que la Epidemiología comience a dar un giro hacia lo social. A partir de ahí, se centrará particularmente en indagar en los determinantes sociales que inciden en las distribuciones de la salud, la enfermedad y el bienestar en las poblaciones. Esta es una de las principales diferencias: la epidemiología social se centra en grupos sociales y no en individuos (Sobal, 2001; Frohlich et al., 2001). Y la segunda gran diferencia es que se ocupa de los determinantes como foco principal “*en vez de tratar dichos determinantes como un simple trasfondo de los fenómenos biomédicos*” (Krieger, 2001:693).

La consolidación de este cambio de enfoque podemos situarla en 1980, año en el que se publicaron los resultados del informe conocido como “*The Black Report*”. Este estudio fue encargado por el Departamento de Salud y Seguridad Social del Reino Unido y confirmó que el desarrollo y prevalencia de las enfermedades, así como las tasas de mortalidad, tenían mucha relación con la desigualdad social (Black et al., 1980). Su publicación supone un antes y después en la concepción de las enfermedades; debido al matiz político que adquiere y la estimulación de estudios que favorece en este ámbito (Macintyre, 1997). Su principal relevancia radica, por tanto, en un cambio en la visión de las enfermedades desde una perspectiva biomédica y racionalista de la acción, hacia una comprensión que tiene en cuenta los factores estructurales como decisivos en el desarrollo de distintas patologías relacionadas con la salud. Esta será la forma que irán adoptando los estudios epidemiológicos, sobre todo a partir de finales de la década de los setenta y ochenta en adelante, debido entre otras cuestiones a los aportes realizados por las Ciencias Sociales (Macintyre, 1997; Parra-Cabrera et al., 1999; Frohlich et al., 2001).

Por tanto, la transición desde los estudios epidemiológicos más tradicionales a la Epidemiología Social, más que dar lugar a dos ramas de estudio diferentes, debe entenderse como resultado de la integración del marco estructuralista de la acción en sus análisis (Berkman et al., 2014). Sin ir más lejos, el trabajo de Durkheim sobre el suicidio es bastante revelador y fuente de inspiración para quienes dan un paso hacia lo social en la Epidemiología. Emile Durkheim explica a través de un análisis exhaustivo de las tasas anuales de suicidios en diferentes países que éste no es un fenómeno que deba ser explicado por aspectos individuales, sino que se trata de una acción cuyos determinantes se encuentran en las condiciones sociales (Durkheim, 1897). Sus observaciones sobre el suicidio alejaron el problema de su tradicional circunscripción a una acción individual y, por tanto, del ámbito exclusivo de la Psicología o la Psiquiatría. Las ideas planteadas por el autor, sin duda alguna han influenciado gran parte del imaginario relacionado con la Epidemiología Social, tal y como las obras sobre sus desarrollos reconocen.

“La perspectiva que ofreció Durkheim fue ver que la salud y el bienestar de una comunidad se veían afectados por el medio social en el que viven las personas”
(Berkman et al., 2014:viii).

Si bien es cierto que el marco estructuralista de la acción cuenta casi con tantas variantes como exponentes, sus desarrollos suelen partir de ideas centrales comunes. Desde sus planteamientos se entiende que son las estructuras sociales las que condicionan y determinan la acción humana, y no las acciones individuales conscientes como defienden los modelos racionales. De hecho, los individuos generalmente no son conscientes de la existencia de estas estructuras y tampoco de los condicionantes que imprimen en sus acciones y, en consecuencia, éstos no son soberanos de su destino pues les es impuesto, como un yugo, por fuerzas externas que escapan a su control. Los individuos se limitan a comportarse de acuerdo con las *“normas y valores colectivos, es decir, con las reglas que expresan un “deber” social”* (Reckwitz, 2002: 245). Por ello, su foco principal se centra en estudiar las estructuras sociales y los condicionantes que determinan la acción humana, lo que los lleva también a dar más prioridad a lo que se mantiene constante en el tiempo al entender que estos son los aspectos claves que impulsan la acción.

Por tanto, se otorga prioridad a fuerzas sociales que constriñen la acción humana y que escapan al control del actor. El foco de análisis y de actuación son entonces las fuerzas sociales abstractas -económicas, políticas, culturales, demográficas, etc- que determinan

el curso de acción de los agentes. Los estilos de vida que empeoran la salud de determinados grupos no son elegidos por estos. Las personas son simples espectadores de sus acciones que se les imponen de forma externa a sus consciencias y voluntades.

Los estudios que se apoyan en estos planteamientos han dado lugar al denominado como “*Enfoque de las desigualdades o determinantes sociales en salud*” (Marmot et al., 1991; Livingstone, 2000; Wilkinson y Marmot, 2003; Berkman et al., 2014; Marmot y Bell, 2019). Un enfoque que traslada buena parte de las ideas del estructuralismo al ámbito de la salud y el bienestar para distanciarse del “*Enfoque de los Comportamientos de Riesgo en Salud*” más ligado a la visión tradicional de la Epidemiología. Partiendo de la idea de que son las desigualdades sociales las que generan una distribución desigual de las enfermedades entre población, centran su atención en identificar aquellos factores sociales que afectan especialmente a las decisiones de los grupos socioeconómicos más vulnerables.

Por ello, los estudios desde la perspectiva estructuralista se han centrado fundamentalmente en explorar la relación entre la obesidad, la alimentación y/o actividad física y variables como el género, la edad, el nivel educativo, la ocupación, los ingresos o el lugar de residencia. Sus hallazgos revelan que la prevalencia de obesidad es más alta en varones que en mujeres. Sin embargo, esta distribución se invierte cuando se introduce la variable de estatus socioeconómico siendo las mujeres quienes arrojan prevalencias de obesidad más altas que los hombres en las clases sociales más bajas (Drewnowski y Specter, 2004; Zhang and Wang, 2004; Daponte et al., 2007; Álvarez Castaño et al., 2012; Pérez-Rodrigo, 2013; Devaux et al., 2013). Los grupos de nivel socioeconómico más bajo suelen reducir el consumo de los alimentos más caros y aumentan el de los más baratos (Daponte et al., 2007; Hernandez et al., 2013). Siendo, dentro de estos, las mujeres quienes consumen menos pescado y vegetales, al mismo tiempo que más alto de carne, comida frita, azúcar, pasta y patatas en comparación con los hombres (Galobardes et al., 2001; Maguire y Monsivais, 2015).

Desde esta perspectiva, por tanto, las cifras más altas de obesidad entre aquellos con menos ingresos se explican, entonces, porque la comida con mejores propiedades nutricionales y menos calórica es más cara, mientras que aquella que reúne justamente las propiedades opuestas es mucho más barata. Esto favorece que los grupos más desventajados económicamente obtén por estos productos y tengan una dieta menos

saludable y más pobre desde un punto de vista nutricional al ser los alimentos más baratos y saciantes aquellos que contiene más grasa, azúcares y valor energética (Drewnowski 2004; Darmon y Drewnowski, 2005; Drewnowski, 2009; Bhattacharya et al., 2013; Hiza et al., 2013). Un aspecto que combinado con niveles de sedentarismo más altos entre los grupos de posición socioeconómica más baja y, dentro de ellos de las mujeres, (Janssen et al., 2006; Daponte et al., 2007; Johnsen et al., 2017) explicaría por qué a medida que disminuyen los ingresos, aumenta la presencia de casos de obesidad y lo hace en mayor medida en hombres que en mujeres (Bowman, 2007; Escolar-Pujolar, 2009).

Además de las mujeres y los grupos de nivel socioeconómico más bajo, la obesidad está más presente en los grupos de mayor edad (Álvarez Castaño et al., 2012). De nuevo, en estos grupos, se aprecia un consumo menor de fruta, así como menos cereales, verduras, carnes magras, aves de corral y pescados en las personas de edad avanzada y, dentro de estos grupos de edad, en aquellos con ingresos y nivel educativo medios y bajos (Dowler, 2001; Bowman, 2007). Esta relación con el nivel educativo se observa también para el resto de los grupos de edad. Dicho de otro modo, la obesidad está más presente en aquellos que no tienen estudio o tienen estudios primarios y que, de nuevo, vuelve a ser especialmente significativo el peso de la educación en el caso de las mujeres (Daponte, et al., 2007; Devaux, et al., 2011). Los resultados son consistentes también con los obtenidos para el caso de la obesidad infantil. Son los niños de padres con menor nivel educativo los que presentan una mayor prevalencia de obesidad (Lazzeri et al., 2011), aquellos que consumen menos fruta y vegetales al día (Aranceta et al., 2003; Van Ansem et al., 2014) y los más sedentarios (Gonzalo-Almorox y Urbanos-Garrido, 2016).

La ocupación laboral es otro de los factores que parecen tener mayor influencia en la prevalencia de la obesidad. En general, los estudios aprecian que los trabajadores manuales presentan mayores tasas de obesidad que aquellos que desempeñan ocupaciones de cuello blanco (Gu et al., 2014; Daponte et al. 2007). Sin embargo, los estudios más recientes están empezando a observar que la obesidad está aumentando en mayor medida entre aquellos con ocupaciones que hasta ahora se consideraban con poca presencia de obesos, mientras que las cifras se mantienen estables en aquellos con peores ocupaciones (Gu et al., 2014; Lee y Park, 2020). Un aspecto que parece también apreciarse para el caso español -ver capítulo 1 *“Mapeando la obesidad en España”* (ENS, 2017). Detrás de ello señalan que podría encontrarse las propias características del puesto de trabajo que

hacen que quien trabaja en oficina pase largas horas sentados y presenten altos niveles de sedentarismo (Choi et al., 2010). Estas diferencias sostienen que podrían deberse al consumo alimentario diferenciado que se aprecia en función de la ocupación. Un consumo que vendría determinados por diferencias de capital tanto económico como cultural entre los distintos niveles de ocupación (Bourdieu, 1988).

Por otro lado, también se ha observado la influencia de la ocupación de los adultos del hogar en la prevalencia de obesidad infantil (Hawkins et al., 2008). Son los niños cuyas madres tienen jornadas laborales más extensas quienes arrojan porcentajes de obesidad más altos (Cawley and Liu, 2012; Li et al., 2017; Li et al., 2019). Las razones de esta asociación aún están pendientes de exploración, aunque algunos analistas apuntan a que las largas jornadas laborales maternas disminuyen el tiempo empleado en realizar la compra, la preparación de alimentos, las comidas con los niños e incluso en el tiempo empleado en jugar y cuidar de los menores (Cawley and Liu, 2012). Siendo estas algunas de las vías en las que la alimentación y la actividad física pueden verse afectadas.

Otro de los aspectos estudiados a la hora de analizar las desigualdades en la presencia de la obesidad es la influencia del lugar de residencia. Algunos estudios han observado que los lugares más deprimidos en términos socioeconómicos son aquellos que tienen menores rentas y, al mismo tiempo, mayor obesidad. Presentando una correlación entre las áreas socioeconómicas más vulnerables y las áreas de salud (Daponte, et al., 2007). De modo que *“vivir y crecer en un área de alta pobreza es en sí mismo un factor de riesgo para la obesidad”* (Darmon y Drewnowski, 2008: 1112).

La mayoría de estos estudios que tratan de entender esta relación han focalizado en los llamados desiertos alimentarios, es decir, en aquellas zonas donde el acceso a los alimentos presenta mayores dificultades dado que los supermercados y las tiendas son más escasas o se encuentran más alejadas (Yousefian et al., 2011; Smith et al., 2010). Diversos estudios han comprobado que la cercanía y la facilidad de acceso a los supermercados se encuentran asociados con un mayor consumo de frutas y verduras (Morland et al., 2002). Es más probable que los hogares que residen en las áreas más deprimidas no dispongan de coche y que también vivan en un entorno que les ofrezca menos oportunidades de practicar actividades deportivas.

En definitiva, los estudios apoyados en el marco estructuralista de la acción suelen concluir que los grupos más vulnerable socialmente tienen condiciones de vida -laborales,

económicas, educativas, etc.- que determinan sus acciones e imprimen diferencias en su alimentación y en su nivel de actividad física, lo que a la larga tienen repercusiones sobre su cuerpo y su salud (Dowler, 2001; Daponte et al., 2007; Darmon y Drewnowski, 2008). A la luz de los resultados, los analistas se cuestionan que las elecciones alimentarias y el sedentarismo sean “una opción” en vez de “una condición de vivir en un medio ambiente no propicio para el desarrollo de una socialización que fomente un estilo de vida saludable en general y alimentario en particular” (Peroni, 2005:15). Desde esta visión, por tanto, la obesidad es resultado de las malas condiciones sociales y la forma más adecuada de abordarla es plantear estrategias en distintos ámbitos, pero con una línea común: abordar “las causas de las causas”, es decir, mejorar las condiciones de vida de las personas de los estratos sociales más vulnerables, ya que solo en la medida que sus situaciones cambien será posible observar cambios en las prevalencias de las enfermedades que les afectan.

Poniendo la responsabilidad en los gobiernos locales, nacionales e internacionales, así como en la industria alimentaria plantean estrategias en distintos ámbitos. Por un lado, sugieren estrategias en el espacio alimentario como proporcionar acceso económico a una alimentación saludable a través, por ejemplo, de normativas que penalicen el consumo de bebidas azucaradas; recomiendan la implementación de regulaciones que hagan más transparente los asuntos relacionados con la alimentación; y también consideran importante la implementación de guías nutricionales accesibles para toda la población. Por otro lado, desde el ámbito laboral, sugieren la puesta en marcha de medidas que garanticen buenas condiciones laborales y el control de su cumplimiento por parte de las empresas. Así como también servicios dentro de éstas que detecten y gestionen situaciones de riesgo que puedan producirse y que afecten, por ejemplo, a la salud mental de los trabajadores. Además, consideran que para abordar las carencias económicas es necesario que el Estado garantice unos ingresos mínimos a los ciudadanos que les permitan vivir dignamente y les alejen de los padecimientos propios de su situación, y que estos vayan acompañados de una fuerte legislación que permita protegerles de la discriminación y exclusión a la que suelen estar sometidos (Wilkinson y Marmot, 2003).

Estos son tan solo algunos de los ejemplos sobre la forma en la que creen que deben ser abordados los factores sociales que inciden en el desarrollo de las enfermedades y en el empeoramiento de la salud de la población. La responsabilidad depositada en el individuo

por el modelo racional se transfiere, por quienes adoptan los planteamientos estructuralistas, a las estructuras. Cuestionan así la visión racionalista de la acción para explicar la obesidad, a partir de la cual se presupone que el individuo es *“libre de elegir qué comer y cómo de activo físicamente ser”* (Marmot y Bell, 2019:2). Con ello se opone a la corriente conductual, pero también a la biomédica que entiende la genética como el origen principal de las enfermedades crónicas no transmisibles. Argumentan que entre la predisposición y el desarrollo de las enfermedades se encuentran variables intermedias como la política, la economía o el género. Creen que esas son realmente las variables que han de contemplarse para entender cómo un riesgo genético se materializa en una realidad (White, 2017). *“Desde una perspectiva sociológica, la biología no es en sí misma el factor principal en el desarrollo de una enfermedad. Más bien, son las condiciones sociales y económicas prevalecientes las que permiten que la enfermedad se desarrolle y lo que debe tenerse en cuenta”* (White, 2017:11).

El giro de la Epidemiología hacia la importancia de los factores sociales en las cuestiones relacionadas con la salud, ligada a los hallazgos realizados durante más de un siglo, han supuesto también la transformación del discurso en torno a las explicaciones de la obesidad. Esta transformación puede verse reflejada en la obra de uno de sus máximos representantes quien en 1978 señala en las conclusiones de uno de sus artículos lo siguiente: *“esto sugiere que hay otros factores de riesgo importantes que no medimos, o tal vez que el patrón de riesgo ya estaba determinado por la constitución genética o la educación anterior”* (Marmot et al., 1978: 249). Años más tarde este mismo autor se corregía a sí mismo con un discurso mucho más contundente que se distanciaba de la visión biomédica y del modelo racionalista para acercarse a una explicación estructural de la desigual distribución de las enfermedades y la salud:

“por muy importantes que sean las susceptibilidades genéticas individuales a la enfermedad, las causas comunes de la mala salud que afecta a las poblaciones son ambientales: van y vienen mucho más rápido que el lento ritmo del cambio genético porque reflejan los cambios en la forma en que vivimos” (Wilkinson y Marmot, 2003: 7).

Su cambio de discurso es un buen ejemplo de la transformación que ha acontecido en el ámbito de la salud en relación con la comprensión de las acciones humanas. Una comprensión que hasta entonces seguían muy influidas por los modelos racionalistas que

entienden la mala salud, y, por ende, la obesidad como resultado de malos comportamientos individuales que configuran estilos de vida poco saludables, y que afectan más a las clases sociales más baja debido a que sus decisiones se toman en base a unas creencias erróneas saludable (Ross y Mirowsky, 2003). Estas ideas son abandonadas por la Epidemiología Social, que, adoptando un marco estructuralista de la acción, concibe la obesidad como resultado de malas condiciones sociales que determinan las acciones de los individuos conduciéndolas hacia estilos de vida no saludables que están impactando sobre su cuerpo y su salud.

No obstante, al igual que ocurría con las Teorías de la Acción Racional, esta visión no está exenta de críticas y plantea varias limitaciones. Una de las principales críticas que pueden realizarse a esta visión tiene que ver con el excesivo acento y poder que confiere a las estructuras y determinantes sociales de la acción. *“La estructura aparece como algo externo a la acción humana, como una fuente de restricción impuesta a la libre iniciativa del sujeto independiente constituido.”* (Giddens, 1995: 53). Un acento que va en detrimento de otros aspectos más sutiles, pero también importantes a la hora de tomar decisiones. Números estudios en la literatura que parten de un enfoque diferente apuntan a una complejidad de factores mediando entre el nivel socioeconómico y las acciones de los individuos. No se trata únicamente de las condiciones sociales: los significados, los valores, las experiencias personales o los recursos temporales también influyen en las acciones (Williams, 1995; Devine et al., 2003; Williams, 2003; Southerton, 2003; Jabs y Devine, 2006; Kristensen et al., 2006; Kristensen y Holm, 2006; Martín-Criado, 2010; Smith y Holm, 2010; Espeitx y Cáceres, 2011; Wright et al., 2015; Dyen et al., 2018).

Lo que este enfoque considera como determinantes sociales -como la edad o los ingresos- son en realidad uno más de los aspectos que influyen sobre las decisiones, es decir, que favorecen o dificultan que las personas lleven a cabo determinadas acciones (Blue et al., 2016). Las personas de avanzada edad se ha demostrado que participan menos en actividad deportivas (Encuesta Hábitos Deportivos en España, 2015). Sin embargo, si nos quedamos simplemente en la asociación no seremos capaces de captar los matices diferenciales. Dos personas de la misma edad pueden tener experiencias, significados y conocimientos distintos sobre el deporte que los lleva a tener un grado de compromiso con la actividad también diferentes: uno haciendo deporte diariamente y el otro no dedicando ni un solo minuto diario (Bjornsdottir et al., 2012).

Algo similar ocurre con relación con la alimentación. Los estudios en esta área han observado que las personas con menores ingresos llevan una dieta más pobre (Darmon y Drewnoski, 2008). Sus explicaciones dan lugar a una visión determinista de la acción que olvida la influencia de otros aspectos tales como los conocimientos y habilidades culinarias en la toma de decisiones y en la configuración de la dieta, incluso en mayor medida que los ingresos o el nivel educativo (Van der Horst et al., 2011; Hartmann et al., 2013; McCabe y Waal-Malefyt, 2015; Lavelle et al., 2016). Entre otras cuestiones porque permiten a sus poseedores improvisar, actuar estratégicamente ante situaciones diferentes lo que da lugar a distintas actuaciones alimentarias entre grupos socioeconómicos homogéneos (Bourdieu, 1988). Los recursos temporales también pueden imprimir diferencias en las acciones entre dos personas con un mismo nivel económico. Los estudios han observado que la percepción de escasez de tiempo, así como las jornadas laborales más extensas influyen en la configuración de una dieta saludable y dificulta la participación en actividades deportivas generando similitudes entre grupos socioeconómicos distintos (Welch et al., 2009; Smith, et al., 2014; Venn y Strazdins, 2017; Horning, et al., 2017). En definitiva, lo que nos muestran esos estudios es que la edad o los ingresos son factores que condicionan, pero que no determina las acciones de los sujetos como se plantea desde la visión estructuralista.

En este sentido, su concepción de los individuos es prácticamente la de “*idiotas culturales*” (Garfinkel, 1967). Su teoría solo funciona ante un actor pasivo que sigue fielmente las normas y que es incapaz de hacer cosas distintas a las que las estructuras sociales le imponen; o que si lo hacen se convierten en “desviados”. Desde esta concepción del individuo, los enfoques de los determinantes de salud pueden explicar las acciones relacionadas con los estilos de vida que impactan negativamente sobre la salud por las peores condiciones sociales que los actores presentan, pero tiene dificultades para dar una explicación sobre el caso contrario (Marmot et al., 1991; Wilkinson y Marmot, 2003; Drewnowski, 2009). ¿Cómo es posible, entonces, que una persona de estatus social alto comparta estilos de vida con aquellos cuya situación social es peor que la suya? Al darle tanta importancia a las estructuras, descuida la capacidad de los individuos para actuar e improvisar cuando es necesario: adoptando una visión mecanicista de la acción

humana y presentando justamente la visión opuesta defienden los enfoques de la elección racional.

Por otro lado, los planteamientos metodológicos de la Epidemiología Social también plantean algunos problemas al no permitir ir más allá de la atribución causal. Sus resultados hallan causalidades entre variables, pero no llegan a indagar en los procesos que median en estas relaciones. No se han preguntado, por ejemplo, ¿por qué y de qué forma la ocupación impacta sobre las decisiones alimentarias? (Abel y Frohlich, 2012). Esta es una de las principales cuestiones que los llevan a enfatizar en exceso los determinantes estructurales obviando las interferencias de los roles, expectativas, significados o experiencias en la relación entre el trabajo, las relaciones alimentarias y la salud.

Han observado, por ejemplo, que la ocupación se ha observado como un poderoso predictor de la obesidad infantil, vía en empleo materno o paterno, incluso mayor que la falta de ingresos (Hawkins et al., 2008). En concreto, las largas jornadas laborales, sobre todo maternas, se han revelado como uno de los aspectos que aumenta y se relaciona con la obesidad infantil (Cawley y Liu, 2012; Li et al., 2017; Li et al., 2019). Las cifras de obesidad infantil son más altas entre aquellos cuyas madres trabajaban más de treinta y cinco horas en comparación con aquellos cuyas madres trabajaban veinte cuatro o menos horas a la semana (Li et al., 2017). Sus hallazgos parecen mostrar que *“las condiciones laborales son un poderoso determinante de la calidad de la dieta, sin embargo, no hay apenas estudios que tratan de entender esta relación”* (Friel et al., 2015:82).

Los pocos que lo hacen observan que algunas ocupaciones están muy relacionadas con una alimentación más desestructurada en la que se opta por productos de conveniencia con los que se resuelve rápido, pero que generalmente tiene escaso valor nutricional. La falta de tiempo ocasionada por las largas jornadas laborales es paliada con una reducción del tiempo empleado en las tareas relacionadas con la alimentación y la actividad física, sobre todo en el caso de tener hijos, que las están orientando hacia hábitos menos saludables. Dicho de otro modo, la energía y el tiempo demandado por una vida laboral activa fuera del hogar podría estar generando dificultades para cuidar la alimentación y ser activo físicamente (Devine et al., 2003; Reeves et al., 2004; Namie, 2011; Dobson et al., 2017).

Como resultado suelen presentar una explicación del fenómeno que se circunscribe a la parte que pueden ver, en una especie de situación similar a la que viven los hombres encadenados del mito de la caverna de Platón. Se hace necesario como señalan Frohlich et al., (2001):

“ir más allá de la enumeración y la atribución de la causalidad directa a las variables en la epidemiología social. (...) Lo que falta es una discusión de la relación entre “agency” (la capacidad de las personas para desplegar una gama de poderes causales), las prácticas (las actividades que hacen y transforman el mundo en que vivimos) y la estructura social (las reglas y recursos en la sociedad). Sin esa comprensión, los factores asociados con las experiencias de enfermedad de las personas dentro de un contexto tienden a ser desprovistos de significado social” (Frohlich et al., 2001: 781).

2.3 Hacia un nuevo enfoque de la obesidad: las Teorías de las Prácticas Sociales

En síntesis, los enfoques dominantes en la literatura sobre obesidad han enfatizado, de un lado, la capacidad de los individuos para elegir y decidir sus comportamientos libremente y, de otro, el poder que ejercen los determinantes sociales en la configuración de las acciones individuales. Como resultado, estas posturas tradicionales han planteado el problema de la obesidad desde una perspectiva dicotómica cuya pregunta central se resume en: ¿la obesidad es resultado de “malos comportamientos individuales” o de “malas condiciones sociales”? Una discusión que recuerda al debate tradicional de la Sociología: ¿tiene el individuo libertad para actuar o sus acciones están determinado por las condiciones estructurales? ¿Hasta qué punto la dieta y el nivel de actividad física de las personas con obesidad es resultado de un comportamiento libre o determinado? (Cockerham, 2005).

Como se ha presentado anteriormente, por un lado, desde los enfoques racionalistas de la acción los análisis sobre la obesidad tienden a ignorar el papel de la socialización, la interacción social, los roles y el contexto social en el que tiene lugar. Se presenta a un individuo que toma decisiones libremente apoyado en sus creencias e intereses subjetivos y, por tanto, si está obeso es porque no sabe comer bien o no se ha responsabilizado lo suficiente de su alimentación. Su cuerpo es visto, así, como el atributo resultante de aquello que no se debe hacer. Por otro lado, desde los enfoques estructuralistas, se tiende

a prestar excesiva atención a los aspectos estructurales que guardan relación con la obesidad y se descuida la capacidad de los individuos para influir o crear estructura, presentándolos como actores pasivos cuyo curso vital es decidido por fuerzas externas y adoptando así una visión determinista de acción.

En este contexto es donde surgen con fuerza las “Teorías de las Prácticas Sociales” como un enfoque teórico con gran potencial para entender la relación entre las acciones individuales y factores estructurales ligados a la obesidad (Maller, 2015; Meier et al., 2018). Esta teoría plantea el fenómeno desde una perspectiva integradora que no se olvida de los aspectos estructurales y tampoco de la capacidad de actuar de los individuos a través de la “práctica”. Ésta se convierte, para los representantes de la primera ola, en el nexo entre acción individual y estructura social, dicho de otro modo, el punto de encuentro entre ambas (Giddens, 1995; Bourdieu, 1977; Bourdieu, 2008). Y, para los representantes de la segunda, en la unidad básica de análisis a partir de la cual desarrollan un marco conceptual para su estudio empírico (Schatzki, 2001; Reckwitz, 2002; Warde, 2005; Shove et al., 2012). Es por todo ello que este enfoque teórico resulta de utilidad para la comprensión y el estudio de las prácticas que se relacionan con la obesidad.

“Al mostrar cómo se establecen estas conexiones, las teorías sociales de la práctica brindan una visión más convincente de la reproducción dinámica de las desigualdades en salud que el enfoque de los determinantes sociales o las explicaciones del estilo de vida orientadas individualmente sobre el comportamiento y el cambio de comportamiento” (Blue et al., 2016: 45)

La primera parte de este apartado, por tanto, se dedicará a la introducción de la práctica como nexo entre acción individual y estructura social de la mano de Anthony Giddens y Pierre Bourdieu. Sus conceptos de “dualidad de la estructura” y “habitus”, respectivamente, servirán de apoyo para mostrar que en realidad la estructura no determina la acción, ni la acción tampoco determina la estructura como apuntan los enfoques racionalistas y estructuralistas respectivamente (Giddens, 1995; Bourdieu, 1977; Bourdieu, 2008). La segunda parte se centrará en mostrar los elementos que configuran las prácticas, el tipo de relaciones existentes entre las distintas prácticas y la forma en la que explican tanto la reproducción como el cambio social. Aspectos que servirá para presentar, en definitiva, el marco conceptual y analítico que guiará el análisis realizado en esta tesis doctoral.

2.3.1 Primera ola de las Teorías de las Prácticas Sociales: uniendo acción individual y estructura mediante la práctica

Las Teorías de las Prácticas Sociales no constituyen un corpus teórico homogéneo, sino que teniendo como punto en común solucionar el tradicional dualismo entre la acción individual y la estructura a través de la “práctica” y es posible hablar al menos de dos olas o generaciones (Warde, 2016). Los principales exponentes de la primera ola son dos conocidos autores de la disciplina sociológica: Anthony Giddens y Pierre Bourdieu. Muchos analistas han situado los desarrollos de sus teorías en una escisión del Estructuralismo producida en los años sesenta del siglo XX, a pesar de ello nunca se encontraron conformes con gran parte de los planteamientos del Estructuralismo y sus trabajos son un buen reflejo de ello.

Ambos consideran que depositar la exclusividad de los condicionantes de la acción en las estructuras sociales no permite explicar adecuadamente la reproducción social y, además, presenta una concepción del individuo como un actor pasivo sin capacidad de acción, ni de reflexión. Al mismo tiempo, tampoco consideran que los individuos operen de forma totalmente ajena a los condicionantes de la estructura. Para ellos, ambas perspectivas plantean la naturaleza de las acciones humanas en términos dicotómicos y, en consecuencia, se centran excesivamente en un lugar erróneo: los primeros en las estructuras sociales y los segundos en los individuos.

Con el objeto de aportar soluciones que ayuden a superar este dualismo, desarrollan sus planteamientos con diferentes posiciones, pero con la idea compartida de que el aspecto central para reconciliar las posiciones teóricas enfrentadas es la *práctica social*. De este modo, los planteamientos de ambos autores se centran en restablecer el vínculo entre acción individual y estructura social. Sus trabajos son un esfuerzo por realizar una integración de aspectos que hasta entonces se consideraban como excluyentes y contrapuestos. Creen que es necesario considerar tanto los aspectos subjetivos individuales, como las fuerzas externas a los individuos y consideran las prácticas sociales como el lugar donde ambas se encuentran.

“Una de mis principales ambiciones cuando formulo la teoría de la estructuración es poner fin a esas dos ambiciones imperiales. El dominio primario

de estudio de las ciencias sociales, para la teoría de la estructuración, no es ni la vivencia del actor individual ni la existencia de alguna forma de totalidad societaria, sino prácticas sociales ordenadas en un espacio y un tiempo. Las actividades humanas sociales, como ciertos sucesos de la naturaleza que se autorreproducen, son recursivas. Equivale a decir que actores sociales no les dan nacimiento, sino que las recrean de continuo a través de los mismos medios por los cuales ellos se expresan en tanto actores” (Giddens, 1995: 40).

A pesar de su gran punto en común, sus teorías siguen distintos desarrollos y establecen algunas diferencias que es necesario apuntar, por lo que en las siguientes páginas se abordará a cada uno de ellos de forma más detallada y se mostrarán los conceptos centrales mediante los cuales reconcilian la acción individual y la estructura social de las discusiones que las habían distanciado. Unos aportes que son de especial utilidad para dar un salto en la comprensión de las acciones relacionadas con la obesidad, como la alimentación y la actividad física, al proponer un modelo que va más allá del *“individualismo metodológico y de los focos epidemiológicos sobre los comportamientos de riesgo en salud, particularmente en relación con las desigualdades sociales”* (Maller, 2015: 52).

2.3.1.1 Anthony Giddens: la teoría de la estructuración

El desarrollo de su teoría de la estructuración se fundamenta en cuatro conceptos clave con los que trata de mostrar que la estructura no determina la acción, que los individuos son actores activos y reflexivos, y que las prácticas sociales son el mediador crucial del dualismo acción individual-estructura: dualidad de la estructura, estructuración, reflexividad y conciencia. Con ellos se distancia del Estructuralismo que, según él, han introducido una especie de naturalización de las Ciencias Sociales que las han alejado de la idea de individuo hábil y creador, y al mismo tiempo de las Sociologías Interpretativas, pues considera que obvian el papel de la estructura en la configuración de las acciones humanas. De cada una de ellas rescatará aquellos aspectos que considera más útiles para reconciliar dos posiciones con visiones opuestas. Por extensión, sus planteamientos se oponen también a las Teorías de la Acción Racional.

El Estructuralismo y las Teorías de la Acción Racional ya han sido expuestas en detalle

en capítulos previos, sin embargo, sobre las Sociologías Interpretativas es necesario apuntar algunos aspectos adicionales. Sus posiciones surgen como contraposición al dominio del Estructuralismo en los planteamientos Sociológicos. Desde estas teorías el acento se deposita sobre los aspectos subjetivos que orientan la acción de los individuos y que le confieren significado social. Su visión supone un distanciamiento, por un lado, de los postulados del Estructuralismo y la supremacía de las estructuras sociales en la acción humana, y, por otro lado, de los planteamientos de las Teorías de la Acción Racional al mostrar que la acción es resultado de algo más que un cálculo frío y racional. Cuando una madre alimenta a sus hijos esa acción revela una relación social y un rol en el que influyen aspectos subjetivos como las emociones.

Desde esta perspectiva, por tanto, se presenta a un agente hábil y creador que construye su propia identidad en la relación con los otros (Mead, 1934). Precisamente, las relaciones sociales son uno de los aspectos clave a partir de los cuales desarrollan sus teorías al considerar que tienen un papel central para comprender la conducta humana. Es a partir de las relaciones con los otros que los individuos incorporan los aspectos con los que interpretarán y participarán en el mundo. Explican así que esos aspectos dificultan la supuesta racional y conducta orientada a intereses de los enfoques racionalistas. Hay multitud de factores que mueven la acción de los individuos y incorporados como resultado del proceso de socialización de los individuos y de su propia relación con los otros (Mead, 1934; Goffman, 1997).

Anthony Giddens se centrará en el concepto de dualidad de la estructura para recuperar la capacidad de acción del individuo, sin negar los constreñimientos que operan sobre él. Para Giddens, agente y estructura no son elementos independientes, sino que forman una dualidad. Las estructuras se incorporan en los individuos a través de las prácticas y son tanto medio como resultado de la recursividad de estas. En este sentido, ofrece un concepto de estructura más amplio que los Estructuralistas pues a ésta le confiere un papel coercitivo de la acción humana, pero también posibilitador.

“La constitución de agentes y la de estructuras no son dos conjuntos de fenómenos dados independientemente, no forma un dualismo, sino que representan una dualidad. Con arreglo a la noción de la dualidad de estructuras, las propiedades estructurales de sistemas sociales son tanto o un

medio como un resultado de las prácticas que ellas organizan de manera recursiva. Estructura no es externa a los individuos: en tanto huellas mnémicas, y en tanto ejemplificadas en prácticas sociales, es en cierto aspecto más interna que exterior, en un sentido durkheimiano, a las actividades de ellos. Estructura no se debe asimilar a constreñimiento, sino que es a la vez constrictiva y habilitante” (Giddens, 1995:61).

Esta dualidad de la estructura permite dos aspectos clave: por un lado, evita depositar en exclusiva la responsabilidad sobre el agente o estructura, y requiere de la incorporación en los análisis tanto de los aspectos subjetivos, como de las fuerzas exteriores que orientan la acción; y, por otro, recupera las prácticas sociales como aspecto donde todas estas cuestiones se encuentran. De esto modo, se separa de los enfoques racionalistas de la acción y proporciona una visión distinta de la Estructura a la que más que ser vista como una fuente de restricción externa a la acción humana, vincula a las prácticas a través de las actualizaciones que los sujetos realizan en ellas.

“Estructura denota entonces, en análisis social, las propiedades articuladoras que consientes la ligazón de un espacio-tiempo en sistemas sociales: las propiedades por las que se vuelve posible que prácticas sociales discerniblemente similares existan lo largo de segmentos variables de tiempo y de espacio, y que presenten a estos una forma sistémica. Decir que estructura es un orden virtual de relaciones trasformativas significa que sistemas sociales, en tanto prácticas sociales reproducida, no tienen estructuras, sino que más bien presentan propiedades estructurales y que una estructura existe, como presencia espacio-temporal, solo en sus actualizaciones en esas prácticas y como huellas mnémicas que orientan la conducta de agentes humanos entendidos” (Giddens, 1995: 54).

Es así como el autor se aproxima a una idea de la acción individual y los actores más cercana a las Sociologías Interpretativas, pero integrando al mismo tiempo la influencia de las instituciones sociales y, fundamentalmente, de las normas y reglas comunes que rigen la vida social. De estas recupera la visión del individuo como sujeto hábil y creativo y los significados asociados a sus acciones en la construcción de la

realidad social; al mismo tiempo que se distancia de la influencia en exclusividad de las experiencias subjetivas de los sujetos. Para Giddens, los individuos son agentes activos en la constitución de la sociedad. Tienen capacidad reflexiva y conciencia práctica lo que le permite no solamente producir el mundo social, sino reproducirlo a partir de sus acciones y generar cambios sociales.

La reflexividad y conciencia de los agentes es lo que les permite actuar y generar cambios, aunque no implica necesariamente que toda la acción sea consciente. Es precisamente de la Etnometodología de Goffman de quien toma la idea de que las personas reconstituyen activamente (que no intencionada) el orden social en sus rutinarias acciones cotidianas. Hay múltiples aspectos que mueven la acción de los que los individuos no son conscientes, a pesar de su capacidad de reflexión. Las rutinas cotidianas del individuo se enraízan en un mundo que se da por hecho. Las personas saben cómo actuar de acuerdo con las normas implícitas y compartidas que configuran ese mundo. Recurren a ellas en su día a día casi de forma automática y, al hacerlo, las reproducen sin darse cuenta. Se encuentran incorporados de tal modo en sus acciones que independiente de su capacidad del control reflexivo de su comportamiento, puede que sus intenciones no se correspondan con los resultados esperados. Desde esta visión, las conductas relacionadas con la salud como la alimentación y la actividad física se entienden como rutinizadas en la vida cotidiana y, por ello, alejadas de una visión racionalista que las considera fruto de una deliberación y cálculo constante.

“Es la forma específicamente reflexiva del entendimiento de agentes humanos la que interviene a mayor profundidad en el ordenamiento recursivo de prácticas sociales. Una continuidad de prácticas presupone reflexividad, pero la reflexividad misma solo es posible en virtud de la continuidad de las prácticas, que las define claramente como las mismas por un espacio y un tiempo. Reflexividad, entonces, no se debe entender como mera “autoconciencia” sino como el carácter registrado del fluir corriente de una vida social. Un ser humano es un agente intencional cuyas actividades obedecen a razones y que es capaz, si se le pregunta, de abundar discursivamente sobre esas razones (lo que incluye mentir acerca de ellas)” (Giddens, 1995: 41).

En este sentido es importante la diferenciación que establece con respecto a la conciencia. Considera que la conciencia es de dos tipos: la conciencia discursiva que es aquella que se corresponde con lo que el actor explica con sus palabras; y la conciencia práctica que se corresponde con aquello que hace, pero que no con su capacidad de narrarlo. De este modo, Giddens establece una reconciliación entre agente y cuerpo, y se distancia de los postulados del Estructuralismo y de buena parte de las Sociologías Interpretativas.

“La noción de conciencia práctica es fundamental en la teoría de la estructuración. Es la característica del agente o sujeto humano hacia la cual el estructuralismo se mostró particularmente ciego. (...) Solo en la fenomenología y etnometodología, dentro de las tradiciones sociológicas, hallamos tratamientos circunstanciados y sutiles acerca de la índole de una conciencia práctica” (Giddens, 1995: 44).

De este modo, Giddens sitúa como idea central de su teoría de la estructuración que las prácticas sociales son el lugar donde la estructura y la acción individual se encuentran y al hacerlo proporciona una visión convincente que reconcilia acción individual y estructura y que es especialmente *“útil porque elimina la tentación de asignar la culpa y la responsabilidad de los problemas sociales y resultados de salud exclusivamente a uno u a otro”* (Maller, 2015: 55). Cree que las grandes teorías tienen mucho que aprender del estudio empírico de las prácticas rutinarias. Sin embargo, nunca se centró en el desarrollo del concepto de práctica, lo cual limita las posibilidades de analizar las prácticas sociales exclusivamente a partir de sus planteamientos y subraya la necesidad de los planteamientos de los Teóricos de la Segunda Ola.

“No es ni la experiencia del actor individual, ni la existencia de ninguna forma de totalidad social, sino prácticas sociales ordenadas a través del espacio y del tiempo. Las actividades sociales humanas... son recursivas. Es decir, no son traídos a la existencia por los actores sociales, sino que son recreados continuamente por ellos a través de los mismos medios mediante los cuales se expresan como actores”. (Giddens, 1995:40).

2.3.1.2 Pierre Bourdieu: la teoría de la práctica

El otro gran exponente de la primera ola de las Teorías de la Práctica Social es Pierre Bourdieu. Al igual que Giddens, considera a las prácticas el punto de encuentro entre acción individual y estructura. De ellas considera que su lógica interna es fruto tanto de una pasada experiencia individual de la realidad, como de los constreñimientos derivados del *habitus*. Una cuestión que sitúa a este último con un papel central en su teoría al entenderlo como generador y organizador de las prácticas, y, por lo tanto, “*constituido en la práctica y siempre orientado hacia funciones prácticas*” (Bourdieu, 2008: 85). Su definición de *habitus* permite, por un lado, dar cuenta de la regularidad e irreflexión de las prácticas y, por otro, reconoce una capacidad estratégica en los individuos que les permite improvisar ante situaciones similares gracias a su sentido práctica y capacidad estratégica.

“Sistema de disposiciones duraderas y transferibles, estructuras estructuradas predispuestas a funcionar como estructuras estructurantes, es decir, como principios generadores y organizadores de prácticas y de representaciones que pueden ser objetivamente adaptadas a su meta sin suponer el propósito consciente de ciertos fines ni el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos, objetivamente “reguladas y “regulares” sin ser para nada el producto de la obediencia a determinadas reglas, y, por todo ello, colectivamente orquestadas sin ser el producto de la acción organizadora de un director de orquesta” (Bourdieu, 2008:86).

Con ello se distancia de las posiciones del estructuralismo y también de la idea de actor racional y consciente. Los individuos son agentes activos cuyo comportamiento está condicionado, pero no determinado. Las rutinas cotidianas del individuo se enraízan en un mundo que se da por hecho y sobre el que se tiene la capacidad de actuar gracias al sentido práctico. Al recurrir a las normas los sujetos las reproducen sin darse cuenta. Sin embargo, las estructuras no solo condicionan, también capacitan en el sentido de que dan margen para que se ejerza acción a través de estrategias con las que los individuos se adaptan a situaciones que nunca son idénticas. Esta capacidad estratégica, sin embargo, no debe ser entendida en el sentido racionalista de acción como consciente y calculada, sino que se encuentra enmarcada en los márgenes que el campo de acción establece como

“posibles” e “imposibles” y que el *habitus* ha incorporado en los sujetos guiando las expectativas subjetivas de los agentes que las reconocen sin necesidad de ser conscientes. Como señala Bourdieu:

“La noción de estrategias es el instrumento de una ruptura con el punto de vista objetivista y con la acción sin agente que supone el estructuralismo (al recurrir por ejemplo a la noción de inconsciente). Pero se puede rehusar ver en la estrategia el producto de un programa inconsciente sin hacer de él el producto de un cálculo consciente y racional. Ella es el productor del sentido práctico como sentido del juego, de un juego social particular, históricamente definido. (...) El buen jugador, que es en cierto modo el juego hecho hombre, hace en cas instante lo que hay que hacer, lo que demanda y exige el juego. Esto supone una invención permanente, indispensable para adaptarse a situaciones indefinidamente variadas, nunca perfectamente idénticas” (Bourdieu, 1988:70)

De este modo, Bourdieu comparte con Giddens la idea de que la acción no está organizada de forma totalmente consciente. Por eso, buena parte de su teoría se centra en poner de relieve el papel del cuerpo en las acciones humanas. Por un lado, como implicado en las acciones que entiende que son algo más que un producto subjetivo y que, por tanto, requieren de movimientos incorporados en los sujetos de manera automática. Por otro lado, como rasgos que tienen la capacidad de revelar identidad y procedencia social. De hecho, para Bourdieu, la forma en que las personas tratan y se relacionan con sus cuerpos revelan *«las disposiciones más profundas del habitus»* (Bourdieu, 1988: 188). Las disposiciones se incorporan en los individuos fruto de un proceso de socialización durante la infancia en el que se aprehende lo que es legítimo o ilegítimo para el grupo social donde se adquieren estas disposiciones. Las disposiciones, adquiridas en la infancia, se adaptan a los condicionantes de los medios sociales en los que emergen, por eso varían con la procedencia social.

“El gusto en materia de alimentos depende también de la idea que cada clase hace del cuerpo y de los efectos de la alimentación sobre el mismo, es decir, sobre su fuerza, su salud y su belleza, y de las categorías que emplea para evaluar estos efectos, pudiendo ser escogidos algunos de ellos por una clase e ignorados por

otra. (...) Cultura convertida en natura, esto es, incorporada, clase hecha cuerpo, el gusto contribuye a hacer el cuerpo de la clase” (Bourdieu, 1988: 188).

Su visión de *habitus* y las propiedades que le confiere lo sitúan precisamente como el concepto clave para distanciarse tanto de los modelos racionalistas como de los deterministas de la acción. Dando cuenta de la regularidad de la acción humana, sin perder de vista su naturaleza estratégica que permiten tanto la producción, como la reproducción y transformación de la vida social a través de la práctica social. Como dice Crossley el concepto de *habitus* fue concebido para dar cuenta de *“una concepción de la acción o práctica humana que pueda dar cuenta de su regularidad, coherencia y orden sin ignorar su naturaleza estratégica. (...) El habitus del agente es un residuo activo o sedimento de experiencias pasadas que funcionan dentro de su presente, configurando su percepción, pensamiento y acción y de este modo moldeando la práctica social de manera regular”* (Crossley, 2001:93). Es por ello por lo que la alimentación y el nivel de actividad física de personas con un estatus socioeconómico similar tienden a parecerse, pero también es lo que permite que, a pesar de tener situaciones económicas similares, los individuos pertenecientes a este grupo puedan presentar diferencias en sus actuaciones.

“Al escapar a la alternativa en las fuerzas inscritas en el estado anterior del sistema , en el exterior de los cuerpos, y de las fuerzas interiores, motivaciones surgidas, en el momento, de la libre decisión, las disposiciones interiores, interiorización de la exterioridad, permiten a las fuerzas exteriores ejercerse, pero según la lógica específica de los organismos en los cuales están incorporada, es decir, de manera duradera sistemáticamente y no mecánica: sistema adquirido de esquemas generadores el habitus hace posible la producción libre de todos los pensamientos, todas las percepciones y todas las acciones inscritas en los límites inherentes a las condiciones particulares de su producción, y de ellos solamente.” (Bourdieu, 2007: 89)

2.3.2 Segunda ola en las Teorías de las Prácticas Sociales: la práctica como unidad de análisis

La perspectiva teórica ofrecida por Anthony Giddens y Pierre Bourdieu resultan de gran valor por varios aspectos. Por un lado, contribuye a presentar una visión más completa y

real de las acciones humanas que la proporcionada por el enfoque racionalista desde el que la alimentación y la actividad física son desprovistas de significado social. Por otro lado, contribuye a la reconciliación de los enfoques subjetivistas, y deterministas de la acción humana. Posiciones teóricas contrapuestas que han llegado hasta nuestros días y que, como se ha visto, han impregnado buena parte del estudio de las acciones relacionadas con la obesidad planteándolo como un fenómeno dicotómico. Y, por otro lado, y como extensión, por su capacidad para ofrecer una visión diferente de la acción humana en relación la salud (Potvin et al., 2005; Maller, 2012; Blue et al., 2016; Meier et al., 2018).

Como se ha podido observar, ambos se sirven para ello del concepto de práctica como nexo entre acción individual y estructura, pero a pesar de ello, sus planteamientos estuvieron centrados en mayor medida en otros conceptos y apenas desarrollaron un marco conceptual y analítico en torno a la práctica. Un aspecto que dificulta un análisis empírico de las prácticas basado únicamente en sus aportaciones. Es en este punto en el que los desarrollos más recientes de las Teorías de las Prácticas Sociales resultan de especial interés. Su utilización permite dar un salto hacia un enfoque teórico que, tomando como bases los preceptos de ambos autores, se centra en la práctica como unidad básica de análisis y la dota de herramientas para su estudio empírico. Al mismo tiempo que responde a algunos de los problemas que se le han achacado a la primera generación de teóricos de la práctica, como las dificultades de Giddens para transportar su teoría al ámbito empírico o el excesivo acento que deposita finalmente Bourdieu en las estructuras (Archer, 1982; Frohlich et al., 2001; Maller, 2015).

Esta segunda generación de las prácticas y sus recientes desarrollos está formada por autores que provienen de la Sociología, pero también de la Filosofía. Algunos de los más relevantes son el filósofo Theodore R. Schatzki y los sociólogos Andreas Reckwitz y Elizabeth Shove. Todos ellos han escrito recientemente obras en las que profundizan con minuciosidad en las prácticas sociales, *“mostrado una imagen novedosa de la agencia social y humana”* (Reckwitz, 2002:244). Estas teorías han sido utilizadas en distintas áreas científicas demostrando también su gran potencial para el análisis de distintas problemáticas relacionadas con la acción humana como, por ejemplo, el cambio climático o la salud (Shove, 2010; Maller, 2015; Blue et al., 2016). En el ámbito de la alimentación

y el consumo uno de sus mayores representantes es Alan Warde quien en los últimos años ha profundizado en las teorías de las prácticas sociales tanto a nivel empírico (Warde et al., 2007; Southerton et al., 2012) como teórico (Warde, 2005; Warde, 2014; Warde, 2013; Warde, 2016). Un buen ejemplo de ello es su libro *“The Practice of Eating”* (Warde, 2016) donde el autor donde hace una síntesis teórica-empírica mostrando la utilidad de estas teorías en el análisis de la alimentación o, dicho de otro modo, donde demuestra que la alimentación es una práctica social compleja.

Partiendo de sus autores clave, en los siguientes apartados se mostrarán las principales aportaciones de esta segunda ola a las Teorías de la Práctica Social. En particular, se profundizará en la definición que hacen de la práctica y sus distintas concepciones, en los elementos que las componen, en las relaciones que se establecen entre prácticas, en cómo reclutan portadores y los pierden, y finalmente en cómo explican la reproducción y el cambio social. Aspectos que sin duda contribuyen a explicar en qué medida el enfoque de las prácticas sociales tienen mucho que aportar al estudio de la acción humana en general y, en particular, al de la obesidad.

“Los pensadores prácticos generalmente reconocen la estructuración y coordinación de la importancia de los acuerdos, las negociaciones y otras interacciones, así como la importancia subyacente de las habilidades e interpretaciones. Sin embargo, tratan estos fenómenos como características arraigadas en las prácticas, por lo tanto, como sujetas o constitutivas de estas últimas. Como resultado, las interacciones, habilidades e interpretaciones determinan los órdenes y están ordenadas en función de las características de las prácticas” (Schatzki, 2001: 11).

2.3.2.1 La práctica: definición y elementos constitutivos

Como en casi todas las teorías no se puede decir que constituyan un corpus homogéneo, aunque comparten gran parte de su visión sobre la organización del mundo social. La presentación previa de las teorías racionalistas, subjetivistas y deterministas de la acción, así como los planteamientos de Giddens y Bourdieu no dejan de ser una especie de representaciones de tipos ideales de Weber que permitan acercarse hacia una comprensión

de lo que realmente presenta y tiene que aportar la segunda generación de teóricos de la práctica.

“Solo resolviendo estas diferencias teóricas se puede lograr acercarse a la identidad de las teorías prácticas (una identidad que, sin duda, todavía no es muy estable).” (Reckwitz, 2002:244)

Una de las primeras diferencias con teorías de la acción previas es que, para los teóricos de las prácticas sociales de esta generación, ésta se configura como la unidad básica de análisis en la medida en que la entienden como el nexo entre acción individual y estructura social. El foco, por tanto, no deben ser ni las acciones individuales, ni las estructuras que determinan la acción. Sino la práctica social entendida como

“forma rutinizada de conducta que está compuesta por distintos elementos interconectados: actividades del cuerpo, actividades mentales, objetos y uso, y otras formas de conocimiento que están en la base tales como significados, saberes prácticos, emociones y motivaciones (...) la práctica forma una unidad cuya existencia depende de la interconexión específica entre estos distintos elementos” (Reckwitz 2002:249).

Estos distintos elementos de los que habla Reckwitz (2002) son también recogidos de forma más concreta por Elizabeth Shove quien presenta la práctica como el resultado de la interconexión de *materiales, significados y competencias* (Shove et al., 2012). La autora proporciona una definición precisa de cada uno de ellos lo que permite observar la complejidad y flexibilidad de las prácticas sociales y, más aún, la integración de posiciones teóricas consideradas como antagónicas. En particular, los materiales hacen referencia a los objetos, herramientas, infraestructuras y recursos que son necesarios para la práctica. El dinero que se necesita para comprar alimentos, los propios alimentos, el tiempo que se requiere para prepararlos, la Thermomix que se usa para cocinarlos, el tenedor con el que se ingieren, pero también los medios de transporte que posibilitan que estos estén disponibles en los supermercados, son algunos ejemplos de materiales involucrados en la práctica alimentaria. En definitiva, todos aquellos elementos que permiten las formas de ejecución de las prácticas y las hacen viables. Con un expreso

reconocimiento al papel de los objetos y la tecnología en la construcción de la vida cotidiana, un aspecto que les diferencia particularmente de sus predecesores.

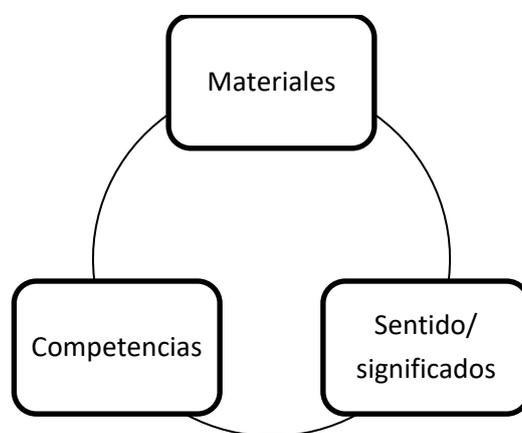
En cuanto a los significados y sentidos, la autora hace referencia a todos los valores, percepciones y convenciones que son socialmente compartidas en torno a la práctica y también a las emociones asociadas a estas. Siguiendo con el ejemplo de la práctica alimentaria, aquí se incluirían aspectos tales considerar la alimentación como “una necesidad”, “un placer”, o “un estorbo”. Así como considerar la ingesta de verduras como saludable o poco placentera, y la de bollería industrial como poco saludable y muy placentera.

Y, finalmente, respecto a las competencias se refiere al “*saber hacer*” incorporado, al “*sentido práctico*” que orienta la acción. Dicho de otro, al conjunto de reglas, normas y saberes prácticos corporizados que permiten evaluar si está bien o no y que a veces, aunque no siempre, están formalizadas en manuales. De nuevo, retomando el ejemplo de la alimentación, para elaborar una tortilla de patata española uno debe seguir ciertos pasos que incluyen movimientos corporales interiorizados, como voltear la sartén para dar la vuelta a la tortilla, así como tener los conocimientos prácticos que permiten saber cuándo está suficientemente hecha, y en principio, seguir las normas y reglas no siempre escritas, pero sí compartidas. A nadie se le ocurría echar leche a la tortilla y cocinarla en el horno. Prueba de la importancia de estas convenciones sociales es el lío que se formó con una elaboración alternativa estadounidense que diciendo haber elaborado una tortilla española incorporó entre sus ingredientes leche y entre los materiales necesarios el horno. Las críticas se sucedieron en Twitter y llegaron incluso hasta el perfil oficial de la Policía Nacional que confirmaba jocosamente que, después de analizar bien el caso, todas las pistas llevaban a concluir que esa no era la auténtica tortilla española. Aquel “atropello” fue gravemente condenado por las convenciones sociales que, abiertas a la innovación de añadir o no cebolla a la tortilla, no estaban dispuestos a aceptar la transgresión que suponía añadirle leche y prepararla en el horno. Algo similar a lo que ocurrió cuando el famoso cocinero Británico Jamie Oliver le puso chorizo a una paella que preparó en su programa y los twitteros lo entendieron como una forma abierta de declarar la guerra a la alimentación española.

Sea como fuere, lo que muestran ambos ejemplos es la importancia de la interconexión entre los tres elementos para que la práctica exista y, sobre todo, para que sea reconocida como tal. Así como también para entender cómo se producen las modificaciones, desapariciones o apariciones de nuevas prácticas.

“Las practica emergen, persisten y desaparecen a medida que se establecen y rompen las conexiones entre los elementos que la definen” (Shove et al., 2012:40).

Figura 1. Elementos constitutivos de las prácticas



(Fuente: elaboración propia a partir de Shove et al., 2012)

Ello no supone en ningún sentido que toda actuación enmarca dentro de una misma práctica sea completamente uniforme. Los elementos que la conforman posibilitan la existencia de diferentes configuraciones de una misma práctica que, con una estructura similar, puede obtener distintos resultados. Como señala Reckwitz (2002):

“Una práctica representa un patrón que puede ser completado por una multitud de acciones individuales y, a menudo únicas, que reproducen la práctica (una cierta forma de consumir bienes puede ser completada por un montón de actos reales de consumo)” (Reckwitz, 2002:250).

No es el único autor que profundiza en este aspecto. Elizabeth Shove en una publicación junto con Blue, Carmona y Kelly en la aplican las teorías de las prácticas sociales como enfoque para la comprensión de prácticas saludables y no saludables argumentan que *“para cada amplio dominio de la práctica, existe una variedad de posibilidades diferentes y una variedad de formas en que se pueden realizar”* (Blue et al., 2016:38). Dicho de otro modo, distintas configuraciones de los elementos que componen la práctica pueden dar lugar a distintas actuaciones que son reconocibles bajo la misma práctica entidad. La práctica alimentaria puede estar compuesta de distintos significados, pueden utilizar distintos productos y en su ejecución pueden ponerse en marcha distintas competencias prácticas que darán lugar a variaciones, tanto en su forma, como en sus resultados. Sin embargo, la interconexión de los distintos elementos resultará en una práctica reconocible como tal. Siguiendo una vez más con el ejemplo de la práctica alimentaria, una cena con amigos puede celebrarse en compañía de platos elaborados durante prácticamente todo el día y considerados dignos de ocasiones especiales, o, pueden hacerse llamando a un repartidor que vaya a buscar comida rápida que otros han elaborado por nosotros y con la que nos daremos un homenaje. Ambas son prácticas alimentarias y reconocidas como tal, pero están completadas por distintas acciones individuales.

“Es probable que las personas aprendan cada una de diferentes maneras, lo que sugiere que podríamos examinar de manera rentable y en detalle cómo se adquieren los entendimientos, los procedimientos y los valores del compromiso y luego se adaptan a las actuaciones” (Warde, 2005: 139).

Estas variaciones en las prácticas son producidas por los distintos elementos o cantidades de recursos con los que los individuos se involucran en ellas. Lo que muestra en cierto modo también el grado de compromiso de los individuos con la práctica. Volviendo al ejemplo de la tortilla, una cocinera con tres estrellas michelín es una experta en la cocina cuya tortilla, no será exactamente la misma que la de un joven adolescente cuya independencia le ha situado ante la tesitura de preparar su primera tortilla en solitario. Ambas serán tortillas o directamente en el segundo caso será alguna elaboración más sencilla, pero lo que es seguro es que las trayectorias, el tiempo, la secuencia y las

motivaciones, posiblemente no tengan nada que ver en ambos casos. Así, uno se situará como profesional y otro como aficionado en el campo.

“Las prácticas sociales no presentan planos uniformes en los que los agentes participan de formas idénticas, sino que se diferencian internamente en muchas dimensiones (...). Dependerá de la experiencia pasada, el conocimiento técnico, el aprendizaje, las oportunidades, los recursos disponibles, el estímulo previo de otros, etc (...) Teniendo en cuenta las capacidades de los agentes, podríamos diferenciar entre participantes y noviciados, teóricos y técnicos, generalistas y especialistas, conservadores y radicales, visionarios y seguidores, los altamente informados y los relativamente ignorantes, los profesionales y los aficionados” (Warde, 2005: 138).

Por otro lado, los elementos que exigen las prácticas para su participación en ellas son también claves para la comprensión acerca del porqué no todo el mundo se involucra en una misma práctica, dicho de otro, de qué dependen sus posibilidades de reclutar nuevos portadores. Estos elementos exigidos para participar se distribuyen de forma desigual en la sociedad.

“No todos los seres humanos son capaces de emprender todas las prácticas posibles, ni las prácticas se distribuyen uniformemente. En realidad, la cantidad máxima de horas-persona que una práctica podría capturar está definida por las demandas que hace y por las distribuciones existentes de recursos financieros y materiales relevantes, capacidad física, experiencia, etc.” (Shove et al., 2012:65).

La participación en las prácticas se encuentra mediadas por sus exigencias respecto a recursos, capacidades y experiencias. Así, una práctica que requiera de alto conocimiento y competencia técnica en determinada materia probablemente excluirá de forma tácita o implícita de su participación a todo aquel que no lo posea. Del mismo modo, que una actividad que requiera de un alto grado de recursos económicos evitará la participación de aquellos que difícilmente llegan a fin de mes. Es así como se introducen las desigualdades sociales y materiales en la práctica: como aspectos que explican la adhesión a éstas y, en consecuencia, que influyen en la configuración de los estilos de

vida. Lo que explica aspectos tales como que determinados grupos socioeconómicos sean más asiduos a practicar actividad física que otros, o que se adhieran a una alimentación considerada como más saludable (Drewnowski, 2009; Escolar-Pujolar, 2009; Christensen y Carpiano, 2014; Gonzalo-Almorox y Urbanos-Garrido, 2016).

Al mismo tiempo que también se reconoce como generadores de desigualdades de acceso a las prácticas las actitudes, motivaciones, competencias, reglas o normas. Desde esta comprensión de la configuración de las prácticas los aspectos subjetivos, materiales y sociales son constitutivos de ellas y *“no conceptualizados como estímulos externos o barreras a la conducta; son parte de las prácticas y, por lo tanto, inherentemente dependientes sobre las actuaciones dentro de las prácticas dadas”* (Keller et al., 2016:82). Dando lugar a una concepción de las desigualdades sociales amplia y flexible.

“Los patrones de desigualdad socioeconómica son, en efecto, resultados de prácticas pasadas que, a su vez, son relevantes para la circulación y acumulación de los elementos necesarios de los cuales se forman las prácticas contemporáneas. En este sentido, las prácticas sociales constituyen el eslabón faltante: las desigualdades sociales están mediadas y mantenidas por conjuntos de prácticas sociales que, a su vez, tienen una gran consecuencia para los resultados de salud. (...) De esto se deduce que las desigualdades en la salud y las epidemias en las enfermedades no transmisibles son el producto de las experiencias vividas de desventaja social” (Blue et al., 2016: 45).

La participación de los individuos en determinadas actividades y las variaciones dentro de ellas en sus comportamientos hallan en las Teorías de la Práctica Social una explicación más compleja de las acciones humanas en las que se recogen las cuentas tanto de las posiciones estructuralistas, como de las Teorías Interpretativas de la acción. Lo que soluciona las dificultades de los primeros para entender cómo es posible que personas con un mismo estatus socioeconómicos lleven a cabo distintas actuaciones, y las limitaciones de los segundos para entender patrones de distribuciones de las enfermedades por variables de estratificación social (Blue et al., 2016).

“La variación en el comportamiento no es únicamente una función de la estratificación por factores sociodemográficos, aunque sea relevante, sino también una cuestión de la distribución diferencial de actitudes, interpretaciones y motivaciones. Los entendimientos, los niveles de competencia práctica y los grados de participación generan variaciones en los comportamientos.” (Warde, 2005: 147).

A su vez los elementos involucrados en las prácticas pueden ser compartidos por otras. Este aspecto se observa muy bien en relación con los significados. Desplazarse caminando al trabajo y comer verduras representan patrones de prácticas distintas, pero en los que se encuentra involucrado, sin embargo, un significado compartido: la salubridad. Lo mismo ocurre respecto a los materiales involucrados. Elaborar una buena comida requiere de tiempo, al igual que también lo requiere ir a trabajar. Esto ha dado origen a lo que se conoce como multitarea y, también, a fuertes competiciones entre prácticas por hacerse con un recurso que ambas necesitan para su implementación y que es limitado.

2.3.2.2 Relaciones entre prácticas: competición y colaboración

Esto conduce a otro de los ámbitos importantes sobre los que nos previene esta teoría. En la medida en que los elementos que las componen pueden ser compartidos, las prácticas se encuentran vinculadas a otras a través de dos vías principales: la competición o la colaboración. En cuanto a la primera, las prácticas son consumidoras de tiempo y otros recursos. Por ello, su supervivencia depende, en gran medida, del grado de éxito que tengan en reclutar nuevos portadores y garantizar su compromiso. En ese sentido, las ventajas y oportunidades que ofrecen son importantes para animar a la participación y establecen jerarquías entre ellas. Evitar su desaparición depende, en parte, de su éxito en lograr mostrarse como ventajosa respecto a otras orientadas a los mismos fines o competidoras por la misma parcela de tiempo. La aparición de los medios de transporte motorizados produjo la desaparición de otras formas de transporte como los carruajes. Los primeros ofrecían desplazamientos más rápidos y cómodos. Algo similar ocurrió con los congeladores que permitieron conservar la comida de forma fiable, accesible y rápida, lo que hizo que progresivamente se abandonaran otras formas como la salazón.

Esas ventajas no se escenifican únicamente en cuestiones relacionadas con los recursos, también pueden presentarlas en términos de expresión de la identidad de los sujetos. Es así como las personas vegetarianas abandonan el consumo de carne, no por una cuestión económica, sino generalmente por una cuestión moral que les permite expresarse y mostrarse ante sí mismo y ante los otros.

“La cuestión de las jerarquías de prácticas (...) se convierte en una cuestión empírica de qué beneficios internos y externos específicos se acumulan para las personas en posiciones particulares dentro de las prácticas identificadas” (Warde, 2005: 147).

Una visión que se encuentra también muy influida por la teoría de Pierre Bourdieu como la propia Elizabeth Shove (2012) reconoce:

“Para Bourdieu, esta es la clave. Es así como las posibilidades de convertirse en portadores de cualquier práctica están estrechamente relacionadas con el significado social y simbólico de la participación y con oportunidades altamente estructuradas y muy diferentes para acumular los diferentes tipos de capital requeridos y generados típicamente por participación. Ya sea que estén enmarcados desde el punto de vista de la práctica o el profesional, las inequidades de acceso y participación son acumulativas. En términos generales, y nuevamente desde ambas perspectivas, las configuraciones pasadas son importantes para lo que podría suceder a continuación” (Shove et al., 2012:65).

El tiempo es uno de los recursos limitados que prácticamente interviene en todas las prácticas. Por eso, la involucración en una nueva practica suele ir en detrimento de la dedicación en otra. Es cierto que la multitarea ha emergido como una estrategia para poder gestionar mejor el tiempo y permitir hacer varias cosas simultáneamente, pero también lo es el hecho de que determinadas prácticas son mutuamente excluyentes: hacer eso simplemente impide que se pueda hacer otra cosa al mismo tiempo. Si se opta por ir al trabajo en coche, simplemente no se puede ir al trabajo caminando (Shove, 2009).

En otros casos, las prácticas colaboran entre sí dando lugar a prácticas más complejas. Este es el caso de la práctica alimentaria en la que para llevarla a cabo se da una secuenciación en la que primero hay que comprar, luego cocinar y, por último, comer; siempre con permiso de las diferentes y también las novedosas actuaciones como comer comida ya preparada (MacDonald et al., 2018). En esta interacción es importante el tiempo y el lugar, aunque esto no lo es todo (Shove et al., 2012).

No siempre es fácil discernir si existe colaboración o competición, pero *“los datos de uso del tiempo revelan lo que parecen ser movimientos agresivamente competitivos en los que unas prácticas colonizan los recursos y capturan a los reclutas a expensas de otras”* (Shove et al., 2012:89). El tiempo dedicado a la preparación e ingesta de alimentos por parte de los individuos se ha reducido sustancialmente en las últimas décadas en la inmensa mayoría de las sociedades modernas. Si en 1965 los adultos estadounidenses entre 18 y 64 años dedican 44 minutos a cocinar, en 1995 tan solo empleaban 27 minutos al día (Jabs y Devine, 2006).

Algo similar se detecta también en el caso español, aunque los datos disponibles no permiten hacer una comparación a tan largo plazo. Desde el año 2002 al año 2009-2010 se ha reducido casi 1% el número de personas que dedican parte de su tiempo diario a actividades relacionadas con la alimentación. Y no solo eso, sino que además de ser menos quienes se ocupan de esta tarea, también es menor el tiempo medio que dedican. Si en 2002 dedicaban 94 minutos, en 2010 el tiempo dedicado descendió hasta los 87 minutos al día. Este aspecto se aprecia especialmente en el caso de las mujeres cuyo porcentaje se reduce casi en un 4% y en 13 minutos de tiempo dedicado con respecto a 2002 –aunque el porcentaje de mujeres que se dedican a ella sigue prácticamente doblando al porcentaje de hombres, 80,5% frente 46,4% (Encuesta de Uso del Tiempo, 2002-2009-2010).

El tiempo dedicado a actividades culinarias en España es aún superior, en perspectiva comparada, al de países con mayores tasas de obesidad como Estados Unidos o el Reino Unido. Probablemente porque en estos países no solamente se ha reducido el tiempo dedicado a la alimentación en el hogar, sino que paralelamente han aumentado las iniciativas relacionadas con la comida preparada o las comidas fuera del hogar (Warde y Martens, 2000; Warde et al., 2007; Díaz-Méndez y Callejo, 2014).

Otro aspecto en el que se observa muy bien esta competición entre prácticas es en la adquisición de determinados bienes. En 1960 solamente un 1% de los españoles tenía coche propio. Quince años más tarde, esta cifra rondaba el 50% y, hoy por hoy, resultaría extraño conocer a alguien que no disponga al menos de uno en su hogar (Castillo-Castillo, 1982). Cambios que reflejan una evolución de las formas de desplazarse a diario donde los medios de transporte motorizados se han generalizado en detrimento de desplazarse caminando. Su capacidad de innovación y sus ventajas son evidentes: han reducido inmensamente los tiempos, no conllevan esfuerzo y han abierto nuevas vías para el trabajo o la vida familiar.

En esta misma línea, pero en relación con el ocio y el tiempo libre, los porcentajes respecto a la incorporación de objetos tecnológicos entre los enseres diarios también ofrecen indicios de las competiciones respecto a los materiales y la imposición de unas prácticas sobre otras. El porcentaje de hogares con televisión en casa pasó del 1% en 1960 al 90% en 1975 lo que da buena cuenta del cambio e interés que despertó y del tiempo que pasó a ser ocupado en ello y no en otras actividades (Castillo-Castillo, 1982). Actividades como, por ejemplo, las relacionadas con la actividad física (Guthold et al., 2020; Alfaro-González et al., 2015). Un estudio en adolescentes suizos que analizó las tendencias en la práctica deportiva entre 1993 y 2002, observó que cada vez un menor número de ellos hacían deporte, sobre todo entre las mujeres, y que una de las principales razones que lo explican tiene que ver con la falta de tiempo percibida (Suris et al., 2006).

En cualquier caso, la involucración de los individuos cada vez en más actividades más allá de la competición con otras prácticas problemas también genera tensiones que suelen repercutir en un detrimento de la forma en que las prácticas se llevan a cabo y, por lo tanto, de los resultados de dichas acciones. La introducción de nuevas prácticas no siempre supone el abandono de otra, pero sí la reducción de inversión de recursos que se invierten. Particularmente, esto ocurre con aquellas prácticas como la alimentación o el descanso, cuyo vínculo con lo social y lo biológico impiden abandonarlas por completo. El valor social de la alimentación es un asunto clave que explica parte de los conflictos entre ella, el trabajo y la salud (Martín-Criado, 2004). Sin embargo, no ocurre con otras como el deporte con las que más que reestructurar el tiempo el impacto conlleva un abandono.

Precisamente en este aspecto radica la clave para entender cómo la organización de la vida cotidiana se encuentra ligada a las prácticas sociales: en el hecho de la cantidad de tiempo que reclaman de sus portadores y la sensación más que frecuente en los tiempos actuales de que se les escapa el tiempo entre tarea y tarea (Southerton, 2003). *“Las tendencias en el carácter temporal y espacial de la vida cotidiana son un síntoma de las transformaciones subyacentes en las relaciones entre las prácticas y en la forma en que éstas se entrelazan”* (Shove et al., 2012:96).

Resulta paradójico que mientras los cambios tecnológicos han supuesto una reducción objetiva del tiempo necesario para desarrolla multitud de tareas y procesos, los individuos perciban que cada vez más su tiempo es escaso (Southerton, 2003; Rosa, 2003). La percepción subjetiva de ausencia de tiempo tiene que ver con los cambios producidos en la organización del trabajo, el hogar, el ocio y/o el consumo (Southerton, 2003) y, a su vez, muchos de los cambios en estas áreas tienen mucho que ver con una cuestión temporal. Vivimos en una sociedad acelerada, con individuos que cada vez van más rápido y que, en consecuencia, se sienten más estresados.

La alimentación no se halla al margen de esta tendencia. Los avances en materia tecnológica han supuesto un aumento de dispositivos –como las ollas rápidas o los robots de cocina- especialmente dedicados a este propósito. Aunque como argumentan algunos autores, más que ahorrar tiempo, permiten reducir el tiempo de preparación de platos, pero probablemente no el tiempo dedicado total (Bittman et al., 2004). A pesar de su importancia y de que se sabe que es percibida como una barrera para una alimentación saludable y el ejercicio físico, hay muy poca evidencia científica acerca de cómo la falta de tiempo percibida afecta a la alimentación o la actividad física (Jabs y Devine, 2006; Welch et al., 2009; Smith et al., 2014; Venn y Strazdins, 2017).

Por otro lado, el tiempo también forma parte de los perfiles de la práctica, en la medida en que no solo consumen tiempo, sino que también lo estructuran. Las secuencias, duraciones y temporalidades son importantes en las prácticas y pueden revelar incompetencia, escaso dominio práctico o incluso pueden transmitir significados distintos. De hecho, *“si bien algunas formas de coordinación “simplemente ocurren”, el*

logro efectivo de muchas prácticas, como la de las vacaciones en familia, con frecuencia requieren programación y sincronización” (Shove, 2009:28). Por eso las recetas de los libros de cocina suelen ir acompañadas de una descripción detallada de los tiempos y las secuencias (Warde, 2016). Si cueces la pasta más de 5 minutos no estará al dente y si pones el huevo batido en la sartén antes de mezclarlo con las patatas pochadas probablemente no obtengas una tortilla. Lo mismo ocurre con los significados que emite la práctica. No se entiende de igual forma beber alcohol a primera hora de la mañana, que beberlo cuando uno sale de trabajar y ha quedado con amigos. El significado social, marcado por la secuencia temporal, sencillamente no es el mismo.

“La secuencia es importante. Si tomas demasiado tiempo, acabas muy pronto o haces las cosas en un orden incorrecto son señales de incompetencia, aunque no resulten en fallo total”. (Shove et al., 2009: 25)

En definitiva, el tiempo es un recurso que consumen las prácticas y también es parte de las prácticas y, en ese sentido, puede revelar mucho sobre el cambio social. Es en la medida en que las personas se adhieren a nuevas prácticas que resultan más atractivas por su capacidad de innovación, adaptación o simplemente por las ventajas que ofrecen, por ejemplo, en términos temporales, económicos o cognitivos, que las reproducen produciendo cambios que moldean la vida social y a su vez a las propias prácticas; dando lugar a nuevas configuraciones y combinaciones.

“Durante el transcurso de un día cualquiera, los individuos dedican tiempo y atención a una inmensa variedad de prácticas mediante las cuales son capturados. Algunos de estos están en camino de entrada, otros están en camino de salir. Algunos son estables, otros están mutando rápidamente. Si existiera algo así como un índice social de transformación de la práctica, podría indicar que ciertos dominios de la vida cotidiana se están moviendo más rápidamente, o son más dinámicos que otros. Podría mostrar que algunos de estos cambios están necesariamente sincronizados o son acumulativos, y que otros no lo están. A medida que avanzan en su vida diaria, las personas, sin saberlo, se dedican a reproducir y llevar a cabo múltiples y variados ciclos de cambio, al mismo tiempo que dan forma a la vida de las prácticas y son moldeadas por ellas”. (Shove et al., 2012:77)

2.3.2.3 Las prácticas como semillas de estabilidad y transformación: producción, reproducción y cambio social

Uno de los aspectos centrales que permiten explicar las Teorías de las Prácticas Sociales y que le proporcionan un alto valor es su comprensión acerca de qué manera las prácticas producen, reproducen y transforman la sociedad. Esta explicación parte de la diferenciación o comprensión de dos tipos de prácticas ambas importantes la una para la otra: la práctica como entidad y la práctica como performance. La primera hace referencia a la configuración que se da como resultado de la interconexión de los distintos elementos y que la hace reconocible como entidad. La segunda se refiere a la propia acción, es decir, a la ejecución que se desarrolla en un momento concreto (Schatzki 1996; Shove et al., 2012; Warde, 2005).

Esta distinción es importante por dos motivos. En primer lugar, porque reconoce a la práctica más allá de una acción concreta y le da estabilidad a lo largo del tiempo. Es a partir de la repetición de su ejecución o performance que se consolida y se hace reconocible como una entidad práctica. Esto permite entre otros aspectos el estudio de su trayectoria.

“Es a través de la asociación de diversas combinaciones de elementos y actuaciones (performances) repetidas en el tiempo que las entidades prácticas evolucionan” (Warde, 2005: 53).

Y, en segundo lugar, porque le confiere un carácter dinámico con posibilidades de innovación a través de la sustitución de sus elementos producida como resultado de la participación de los individuos. La introducción durante su ejecución de variaciones en los elementos que la componen en función de los recursos con lo que acceden a ellas sus portadores y de su adaptación a diferentes situaciones, proporciona la posibilidad de introducir innovaciones.

“Las prácticas contienen las semillas del cambio constante. Son dinámicos en virtud de su propia lógica interna, ya que las personas en innumerables situaciones se adaptan, improvisan y experimentan”. (Warde, 2005: 141)

La repetición de dichas innovaciones genera cambios, que a su vez pueden producir cambios también en otras prácticas pues los elementos que las componen, como se ha presentado, pueden ser compartidos entre éstas con dinámicas de competición. Esto les confiere a las prácticas la capacidad de reproducción, pero también de transformación social.

“La fuente del cambio de comportamientos se encuentran en el desarrollo de las prácticas mismas. El concepto de práctica combina inherentemente una capacidad para explicar tanto la reproducción como la innovación” (Warde, 2005: 140).

El cambio social no se produce ni por las decisiones de individuos racionales que eligen cambiar libremente sus comportamientos en pro de sus intereses, dando así lugar a nuevos escenarios sociales. Ni por elecciones individuales guiadas por el conocimiento proporcionado por los expertos. Ni tampoco se da fruto de los cambios en las configuraciones de las estructuras social y las normas y reglas. El cambio social se produce por los cambios en la configuración y relaciones entre prácticas. Se produce por pequeñas rupturas repetidas sistemáticamente. Una repetición y rutinización que son claves para entender los cambios sociales, pues a través de ellas que las prácticas pueden persistir, evolucionar, disiparse o desaparecer.

“Las prácticas y los fenómenos sociales surgen, persisten y se disuelven a través de giros y giros de la actividad” (Schatzki, 2013:36).

Esto nos ayuda a entender cómo la práctica se ha configurado hasta nuestros días, pero también cómo podemos tratar de generar cambios que las orienten hacia resultados más saludable. El hecho de focalizar en las relaciones entre prácticas y en sus configuraciones puede ayudar, y mucho, a aproximarse hacia planteamientos que se distancien de una culpabilización de los individuos y que analice todas las aristas involucradas en la obesidad. No se pretende con ello decir que estos análisis serán la panacea y que los abordajes a partir de sus planteamientos solucionen el problema de la obesidad en cuestión de segundos. Los ritmos del cambio son lentos, por muy rápidos que sean ahora, debido a las relaciones complejas que se establecen y será necesario esperar para ver sus

resultados. Sin embargo, sin duda alguna lo que plantea este enfoque teórico permitirá dar un cambio en la comprensión de la obesidad mostrando que se trata de un fenómeno complejo que va más allá de su comprensión como resultado de comportamientos individuales o determinantes sociales y que la clave realmente se encuentra en las prácticas sociales.

“La prominencia de la comprensión práctica suscribe la proposición de que el mantenimiento de las prácticas y, por lo tanto, la persistencia y transformación de la vida social, se basa centralmente en la inculcación exitosa de los conocimientos prácticos incorporados” (Schatzki, 2001: 12).

Unas prácticas sociales que cambian en virtud de los cambios producidos en otras prácticas y a la luz de la participación de sus portadores. Son las crisis en las rutinas cotidianas lo que transforman el orden social (Reckwitz, 2002; Shove et al., 2012. Warde, 2005).

“Al mostrar cómo las prácticas cambian y permanecen igual, esperamos realizar otra promesa también latente, que es que la teoría social marque la diferencia. No ofrecemos soluciones instantáneas, pero nos alegramos de que nuestro análisis sea valioso para responder a desafíos complejos como los cambios climáticos y la obesidad” (Shove et al., 2012:1-2)

Por todo ello, los planteamientos de las Teorías de las Prácticas Sociales permiten vislumbrar estrategias más alentadoras para comprensión y el abordaje de fenómenos como la obesidad que tradicionalmente han sido explicados desde la racionalidad del individuo o la totalidad de la estructura. Aproximándose hacia una nueva forma de entender el mundo y de definir los problemas.

SÍNTESIS Y RECAPITULACIÓN

En los apartados previos se han presentado los desarrollos de Las Teorías de las Prácticas Sociales con un doble objetivo: como marco teórico que aporta soluciones a las principales limitaciones de los enfoques hegemónicos y como visión alternativa del fenómeno de la obesidad. La propuesta ofrecida se ha servido de una presentación previa

de las principales características de los modelos racionalistas y estructuralistas de la acción como soporte que permita entender en detalle el cambio que introduce una comprensión de los fenómenos sociales desde los preceptos y conceptos de las prácticas y, en particular, de la contribución de los teóricos de la segunda generación.

Como se ha presentado, las prácticas sociales son resultado de la interconexión de materiales (objetos, recursos, infraestructuras), competencias (conocimientos, habilidades y técnicas incorporadas) y significados (convenciones culturales que guían sobre el qué, cómo, dónde o por qué) y se ubican en el tiempo y espacio. El éxito o fracaso en la permanencia temporal de una práctica depende de la cantidad de practicantes que consiga reclutar. Pero el tiempo en las sociedades actuales es un bien escaso y, por tanto, uno de los elementos por los que las distintas prácticas compiten. Además, no todas las prácticas requieren de los mismos recursos financieros, materiales, etc. lo cual limita en gran medida las posibilidades de acceso de algunos individuos que se encuentran peor situados respecto a las demandas de competencias e infraestructuras que requiere la propia acción. De ahí que los estilos de vida diferencien a los individuos. Sus condiciones materiales no determinan, pero sí dificultan el seguimiento de determinadas prácticas. Lo que explica, al menos en una parte, el por qué la obesidad está más presente en unos grupos sociales que en otros: por sus mayores posibilidades para adherirse a ciertas prácticas.

Las condiciones de vida y las circunstancias de clase marcan las normas y reglas sobre las que se orienta la acción de los individuos y, al mismo tiempo, son el marco sobre el que se asienta su socialización y, también, su experiencia vital. Ambas proporcionan a los individuos un esquema de disposiciones duraderas que se configuran como los principios generadores y organizadores de la práctica (*habitus*). Pensamientos, percepciones, y formas de hacer que son incorporadas en los sujetos, resultado de un proceso de internalización de la estructura que les permite ver el mundo de determinada manera y actuar en él. De esta forma, el individuo se encuentra constreñido por la estructura en sus acciones cotidianas, como se mencionaba con anterioridad, pero al mismo tiempo tiene una capacidad de reacción estratégica como resultado del ejercicio práctico de la acción, es decir, de su trayectoria vital y su propia experiencia de la realidad

que, adquirida en su pasado, funciona en su presente y le permite actuar con cierta improvisación en contextos similares.

Es así como la práctica se configura como el nexo entre agencia y estructura. Siendo resultado de la capacidad del individuo para actuar y de las circunstancias estructurales bajo las que ha sido socializado y que lo sitúan en el mundo. Es a través de la repetición de las prácticas llevadas a cabo por los agentes que se reproduce o modifica la estructura. El cambio estructural, por tanto, viene motivado entonces por “*las crisis cotidianas de las rutinas*” pues “*el orden social es básicamente reproducción social*” (Reckwitz, 2002:255).

Este cambio no se produce de un día para otro, sino que generalmente se va dando de forma incremental en el propio devenir de las acciones cotidianas y sus pequeñas transformaciones. Como señala Shove et al., (2012):

“Los ritmos sociales se definen por la programación recurrente y la secuenciación de prácticas específicas y, a largo plazo, los patrones cambiantes de la vida cotidiana reflejan la dinámica de la práctica social. Los grandes cambios históricos en la organización temporal (...) pueden entenderse como un resultado de cambios incrementales en el desempeño sucesivo de las prácticas, Desplazamientos que son moldeados por las relaciones entre una práctica y otra y por la circulación y transformación de elementos sobre que todos dependen” (Shove et al., 2012: 129-130).

Esto es un aspecto clave de las Teorías de las Prácticas Sociales de la segunda ola y una cuestión fundamental para poder entender que está ocurriendo con la obesidad en las sociedades modernas. Nick Crossley (2004), en un análisis que se apoya en preceptos de esta teoría, señala que si queremos comprender los cambios en las tasas de obesidad debemos integrar esta orientación y comprensión del agente con capacidad para ejercer cambios en la estructura a través de la práctica:

“si no encarnamos nuestra concepción de la estructura social por medio de un reconocimiento de los agentes encarnados que “hacen” estructura, entonces no tenemos el vínculo crucial que nos permita ver por qué los cambios en la

estructura social están asociados con cambios en la tasa de obesidad” (Crossley, 2004:241).

Este autor, además, apunta también hacia la necesidad de contextualizar las prácticas relacionadas con la obesidad en un sistema más amplio de cambios porque solamente de esta forma es posible entender la dificultad detectada para el cambio de comportamientos individuales- o el fracaso de las políticas orientadas desde esta perspectiva- y para comprender por qué ha aumentado tanto en la última década. Las prácticas se enmarcan en redes más complejas de prácticas con relaciones de interdependencia o de competición en la que los cambios en unas producen cambio en las otras (Shove et al., 2012).

“Los cambios en el estilo de vida asociados con el aumento de los niveles de obesidad deben ser vistos (...), como puntos en una reacción en cadena de cambios sin principio ni fin, y más específicamente como elementos en un conjunto de cambios colectivamente capturados bajo el lema de “modernidad tardía” (Crossley, 2004:236).

Esta modernidad tardía de la que habla Crossley, posmodernidad o “modernidad líquida” -en palabras de Zygmunt Bauman- es un término bajo el que se aglutinan las características definitorias del momento histórico y sociedad actual. Una época, ligada al capitalismo, a la globalización, y al “hiperconsumo” (Lipovetsky, 2008) que ha generado cambios en la forma de organizar el mundo y de desarrollar las prácticas en la vida cotidiana. La proliferación del consumo –que se convierte en un aspecto central en la organización de la sociedad-, así como la individualización y fragmentación de las relaciones sociales son algunos de los cambios que se derivan de la modernidad. En la “vida líquida” una de las características que lo atraviesa todo, pero también escasamente estudiada, es la aceleración de la vida diaria (Rosa, 2003). Todas estas características impregnan estructuralmente la vida cotidiana y a su vez los estilos de vida y las prácticas. En el tiempo de la modernidad líquida hay una aceleración del ritmo de vida donde los individuos sienten que cada vez tienen menos tiempo (Southerton, 2003) y donde las acciones se comprimen (se come a la vez que se trabaja) o directamente se eliminan (Rosa, 2003). Un modelo donde el individuo cada vez tiene más donde “elegir”, más información, pero también más riesgos, miedos y desconfianzas (Crossley, 2004). “En

este nuevo modelo de producción orientada a la obsolescencia y a la creación continuada de modas fugaces, el individuo construiría su identidad personal cada vez más en la esfera de los estilos de vida y los bienes de consumo” (Alonso y Fernández-Rodríguez, 2013:225).

Las ventajas de su utilización son varias. Por un lado, la concepción de la práctica como punto de encuentro entre la acción individual y la estructura, permite pasar de una comprensión de la naturaleza de las acciones basada en los comportamientos individuales elegido de forma autónoma por individuos racionales, hacia aquella que entiende las acciones desde las prácticas sociales. Este cambio supone una superación de la idea de racionalidad al entender que las acciones, más que un producto de deliberación consciente, son formas rutinarias de conducta que se hallan incorporadas en los individuos (Warde, 2016). Sin embargo, ello no implica que sea tampoco el producto de la obediencia férrea a normas y reglas que se imponen desde fuera del individuo. Los agentes participan activamente en la construcción de la sociedad y en su transformación a través de su capacidad reflexiva y estratégica para actuar de formas distintas ante situaciones similares. Así, los individuos dejan de ser los únicos responsables de su salud (Maller, 2012). Gracias a esta comprensión las acciones relacionadas con la obesidad, como la alimentación o la actividad física, recuperan el significado social del que han sido desprovistas en los enfoques de los comportamientos individuales; precisamente al entenderlas como prácticas sociales y no como comportamientos individuales (Warde, 2016; Delormier et al., 2009). Incluso aquellas acciones que se llevan a cabo en solitario, como dormir, son efectivamente procesos colectivos (Shove, 2009).

Por otro lado, la centralidad en la práctica como unidad básica de análisis presenta una forma novedosa de entender los fenómenos y el mundo social que permite preguntarse, al contrario que otros enfoques, qué conduce a adoptar estilos de vida más activos. Sus planteamientos teóricos se acompañan de herramientas para el análisis empírico que permiten entender de qué forma impactan las rutinas cotidianas en la salud (Blue et al., 2016). El concepto de práctica, compuesta por distintos elementos interconectados - materiales, competencias y significados-, reconoce la posibilidad de distintas actuaciones dentro de la misma. Un aspecto que abre la puerta que conduce hacia la búsqueda de aquellas combinaciones que impactan negativamente a la salud. Es así como sus

planteamientos proporcionan una visión más realista, completa y flexible de los fenómenos sociales. Un ejemplo de ello es su expreso reconocimiento de los objetos y las tecnologías en las acciones cotidianas como materiales que conforman las prácticas. Su incorporación abre nuevas vías para analizar el uso de las nuevas tecnologías y sus efectos sobre la salud y, sobre todo, se adecua más fielmente al reflejo de una sociedad que es cada vez más tecnológicamente dependiente.

Su relato sobre las relaciones de competición y colaboración entre distintas prácticas son otro de sus puntos fuertes a partir del que se separa de los análisis que entienden los estilos de vida como comportamientos no solo individuales, sino independientes. Al distanciarse de esa visión, permite hallar relaciones perjudiciales y posibles sustituciones por otras que obtengan mejores resultados y captura mejor las dinámicas sociales. *“Las prácticas tienen tanto resultados buenos, como malos en términos de salud. Es la suma total de la participación en conjunto que resulta en los resultados de salud observados en personas o grupos”* (Maller, 2015:61).

En definitiva, su utilidad en el análisis de la obesidad es múltiple. Lejos de las cuentas que presentan los estilos de vida como resultado de comportamientos individuales o como diferencias impresas por los condicionantes estructurales, este enfoque entiende que los estilos de vida son producto de la reproducción de las prácticas sociales mediante la acción rutinaria de los individuos. Las crisis en las rutinas cotidianas producidas por las ejecuciones de los individuos y repetidas sistemáticamente por estos son la clave para explicar los cambios sociales, pero también lo que explica que sean tan lentos. Por todo ello, las posibilidades empíricas que proporcionan son amplias y, como resultado, también sus posibilidades para mejorar las políticas públicas sobre obesidad.

3. METODOLOGÍA

En este capítulo se presenta la metodología empleada para el análisis del objeto de estudio: la obesidad infantil. Como se ha presentado a lo largo de los capítulos teóricos, el análisis de la obesidad desde una perspectiva sociológica ha sido escasamente abordado. La mayoría de los analistas en este ámbito se han centrado en la construcción social de la obesidad desde un plano más teórico (Guthman, 2011; Harjunen, 2016) o en la relación entre obesidad y la desigualdad social desde una perspectiva cuantitativa (Galobardes et al., 2001; Drewnowski y Specter, 2004; Daponte, et al., 2007; Bowman, 2007; Álvarez Castaño et al. 2012; Devaux et al., 2011; Gu et al., 2014). Sin embargo, la exploración de las prácticas sociales relacionadas con la obesidad –como la alimentación o la actividad física- ha sido escasamente abordada y los análisis existentes proceden de una perspectiva biomédica cuya estrategia metodológica ha permitido únicamente establecer relaciones causales generalmente desde una lógica individualista de la acción (Dietz y Gortmaker, 1985; Fogelholm et al., 1999; Wardle et al., 2001; Liou et al., 2010; Robinson, et al., 2017).

Lo que falta en el estudio de las causas de la obesidad es precisamente un análisis centrado en las prácticas que pueda dar cuenta de la interrelación existente entre los factores individuales y los sociales, y que permita entender cómo se producen las variaciones en su configuración que van conduciendo a cambios en la estructura. Es decir, comprender de que forma lo individual y lo estructural se unen por medio de las prácticas (Frohlich et al., 2001).

Por otro lado, la mayor parte se ha centrado en los individuos como población objetivo sin observar el marco de referencia al que estos pertenecen. Como si los niños decidiesen únicamente por si mismos qué alimentos comer o cuánto deporte hacer. Obviando que esto se produce en el marco de unas relaciones complejas dentro de la familia que a su vez se ven influidas por otras exógenas. Dicho de otro modo, *“los alimentos, los cuerpos y la comida”* se han analizado *“desencarnados y desvinculados de los contextos sociales en los que las personas viven sus vidas”* (Warin et al., 2008:98).

Centrar el análisis en el hogar, como hace esta tesis doctoral, supone tener la oportunidad de observar las rutinas cotidianas en un espacio único para la incorporación de las disposiciones que permiten instruir en el desempeño de las prácticas a los más pequeños del hogar. Pues posibilita la comprensión de las acciones relacionados con la obesidad sin aislarlas del contexto en el que estas tiene lugar (Gruber y Haldeman, 2009; Delormier et al., 2009). Y también reconoce la capacidad de acción de los más pequeños a través de su influencia en las decisiones adoptadas dentro del hogar y en las rutinas de sus miembros (O'Connell y Brannen, 2014).

Hacerlo de otro modo supondría analizar la obesidad infantil desprovista del contexto en el que tienen lugar las prácticas relacionadas. Y la visión resultante regresaría a los enfoques teóricos que la han abordado entendiendo las rutinas como comportamientos individuales y no como prácticas sociales relacionadas con otras a través de una compleja red de interdependencias en las que estructura y acción individual se encuentran. Sería no darse cuenta de que las rutinas de los más pequeños están unidas a las rutinas de sus padres. Sería analizar la obesidad aislada de las condiciones estructurales, de su significado social, en definitiva, del contexto en el que esta tiene lugar. Esto no quiere decir que las rutinas de todos los miembros del hogar tengan que ser idénticas y precisamente esto hace que el análisis dentro de este marco hace que la información resultante sea de especial interés.

Por todo ello, y en consonancia con el objetivo perseguido y preguntas de investigación a las que se quiere dar respuesta, esta tesis doctoral ha optado por una metodología cualitativa centrada en los hogares como población objetivo, que permita, precisamente, ahondar en el proceso que conduce a la obesidad y en los mecanismos intermedios que puedan dar cuenta de cómo se relacionan los factores individuales y estructurales asociados a las causas de la obesidad. Con esta metodología se ha pretendido, por tanto, no solo comprender y aprehender la acción de los sujetos a través del estudio de sus prácticas, sino también capturar los significados asociados. En definitiva, esta estrategia metodológica permite entender *“cómo los eventos son contruidos por sujetos activos”* (Riessman, 1993:70).

En concreto, la técnica empleada ha sido la entrevista semi-estructurada, esto quiere decir que, aunque se disponía de un protocolo previo con preguntas y áreas temáticas, la conversación ha sido esencialmente flexible y natural permitiendo la emergencia de

cuestiones no contempladas inicialmente en el guion, pero constructivas para la investigación. Permitiendo a los informantes matizar sus opiniones, respuestas e incluso introducir aspectos nuevos en la conversación, siempre bajo la atenta mirada del investigador para incidir en algunos aspectos o reconducir la conversación si se desviaba demasiado.

Los criterios para la selección de la muestra han sido principalmente dos: (1) la condición de obesidad infantil en el hogar; y (2) el estatus socioeconómico. En primer lugar, con el objeto de enriquecer el análisis y discernir aquellos aspectos diferenciales de los hogares con obesidad infantil respecto a las rutinas, creencias, significados, experiencias y características, la muestra se encuentra dividida en hogares con obesidad infantil y hogares sin obesidad infantil. Esto posibilita estudiar sus diferentes trayectorias y las razones que las explican.

Para la categorización de obeso/no obeso se ha partido de la definición y de los parámetros utilizados por la Organización Mundial de la Salud –referente en materia de salud a nivel mundial. Esta organización, como se señalaba en anteriores capítulos, define la obesidad como *“una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud, así como un factor de riesgo para numerosas enfermedades crónicas como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer”* (OMS,2020). Para operativizar el concepto, la OMS utiliza el índice de masa corporal (*de ahora en adelante IMC*) que es la medida más ampliamente utilizada para la medición de la grasa corporal. Si bien es cierto que este índice no está libre de crítica y discusión, dado que un mayor peso en relación con la altura no implica necesariamente una acumulación de grasa, sino que también podría darse por otros factores distintos como volumen muscular (Guthman, 2011; Harjunen, 2016). Sin embargo, sigue siendo la medida comúnmente utilizada y ampliamente consensuada tanto para la medición de la obesidad y su evolución, como para el diagnóstico dentro del ámbito médico debido a sus claras ventajas en términos de costes, facilidad de medición y homogeneidad.

En concreto, el índice de masa corporal hace referencia a la relación entre el peso del individuo (expresado en kilogramos) y el cuadrado de la altura (expresada en metros). Es importante remarcar que las formas de leer el resultado de este índice varían en función de si se trata de población adulta o población infantil. En el caso de la población adulta, y de acuerdo con los parámetros establecidos por la OMS, se considera que un individuo

tiene sobrepeso cuando su IMC es superior a 25 y que tiene obesidad cuando su IMC es superior a 30, mientras que los valores comprendidos entre 18 y 24,99 son entendidos como peso normal. En el caso de la población infantil, ha de tenerse en cuenta además la edad de los menores. Con el objetivo de facilitar la comprensión de estos parámetros entre la población infantil, diversos organismos han elaborado tablas de referencia para interpretar el IMC de los más pequeños. Uno de estos organismos es la Fundación Orbegonzo que entre otros parámetros antropométricos pone en relación el IMC infantil con el sexo y edad de los menores, determinando así los puntos de corte entre peso normal, sobrepeso y obesidad infantil. Estas tablas han sido utilizadas para la selección de la muestra y la homogenización del criterio utilizado por los pediatras confirmando así que todos los hogares se seleccionan atendiendo a los mismos parámetros.

A pesar de que la muestra se ha seleccionado atendiendo esencialmente a la presencia o no de obesidad infantil, los parámetros de peso y altura han sido también recogidos en los adultos y demás miembros del hogar lo que ha permitido una mejor comprensión de las dinámicas dentro del hogar.

En segundo lugar, en la muestra se encuentran representados hogares de distintos estatus socioeconómicos -medio-alto, medio-bajo y bajo. Como demuestran las distintas oleadas de la Encuesta Nacional de Salud, así como distintos estudios científicos, la obesidad está relacionada con la desigualdad social. Aquellos con nivel educativo, ingresos y ocupaciones más bajas presentan las tasas de obesidad más altas –siendo esto constatado tanto en el caso de los adultos, como en el caso de los más pequeños en relación con sus padres (Evers, 1987; Sobal y Stunkard, 1989; Costa-Font y Gil, 2008; McLaren, 2007; Devaux et al., 2011; Estudio Aladino, 2015). Por esta razón, se ha buscado una amplia variedad de estatus socioeconómicos, en ambos tipos de hogares, con la que representar la diversidad de discursos y situaciones presentes en la realidad social y que al mismo tiempo ofrezcan la posibilidad de una mejor comprensión de dicha relación. Cabe remarcar que se ha buscado que en los perfiles de uno y otro tipo de hogares estas características sean parejas, es decir, lo más similares posibles; de modo que se garantice una similitud entre los perfiles que permita su comparación.

En concreto los hogares han sido seleccionados atendiendo a las siguientes variables de posición social: composición del hogar –monoparental, pareja con un hijo/a, pareja con dos hijos/as, pareja con tres hijos/as- nivel educativo y ocupación de los padres, edad de

los menores, ingresos del hogar y lugar de residencia (rural/urbano). Para más detalle sobre las características sociodemográficas de cada hogar puede consultarse el *Anexo 1. "Perfil Sociodemográfico de los entrevistados"*.

Por su parte, con el objeto de evitar posibles aspectos que alterasen los resultados obtenidos no se incluyeron en la muestra: a) niños/as con enfermedades que obligan a llevar una dieta (por ejemplo, celiaquía); b) niños/as con enfermedades consideradas como graves (por ejemplo, cáncer); c) niños/as con discapacidad psíquica o intelectual. Se han considerado a aquellos niños que no teniendo una patología que afecte a la dieta, tiene una enfermedad que no reviste gravedad ni intercede en su vida cotidiana (por ejemplo, alergias no alimentarias).

Esto conllevó la exclusión de una entrevista de la muestra, ya que durante el transcurso de esta se descubrió que la niña tenía una enfermedad relacionada con la alimentación que interfería en su dieta. Se descartó también otra porque una vez llegado el momento de realización, la persona rehusó ser grabada y, aunque se tomaron notas, la información no fue de la misma calidad que si se hubiera realizado la grabación. Muchos matices y apreciaciones se perdieron. Tampoco fueron incluidas las entrevistas realizadas para probar la aplicación del cuestionario. Dichas entrevistas fueron sustituidas por otras.

Fruto de la aplicación de estos criterios, así como del principio teórico de saturación de la información en investigación cualitativa (Glaser y Strauss, 1967) es resultado la composición de la muestra con un total de 30 entrevistas⁴: 15 a hogares con presencia obesidad infantil y 15 realizadas a hogares sin presencia de obesidad infantil. De las cuales 10 pertenecen a hogares de posición socioeconómica media-alta, 10 a hogares de media-baja y 10 a hogares de baja.

Una muestra con la que no se persigue en ningún momento la obtención de una representatividad estadística, pues este no es el propósito de la metodología cualitativa, sino dar cuenta y recoger la heterogeneidad de discursos dependiendo de la posición social que se ocupa. Sin la pretensión en ningún momento de la generalización de los resultados (Huberman y Miles, 1994; Valles, 2000).

⁴ Estas entrevistas, el protocolo y el consentimiento informado utilizado son compartidas con el proyecto MINECO "Alimentación y estructura social: análisis de las desigualdades alimentarias en España" en el que se enmarca esta tesis doctoral.

La distribución de la muestra resultante puede observarse en la siguiente tabla:

Tabla 3. Distribución de la muestra por criterios de selección

		Presencia obesidad infantil	No obesidad infantil
Estatus socioeconómico	Baja	5	5
	Medio-Bajo	5	5
	Medio-Alto	5	5

(Fuente: elaboración propia)

Las entrevistas han sido realizadas a las personas responsables de la alimentación en el hogar, las cuales han sido en su mayoría mujeres. Se han encontrado grandes dificultades para la participación de hombres en el estudio fundamentalmente por dos razones. La primera de ellas es que muchos de los que fueron contactados rehusaron participar en el estudio. Y la segunda de ellas es que hay un bajo porcentaje de hombres, tal y como señalan distintos informes, encuestas y estudios, que se ocupen de la alimentación del hogar. La responsabilidad de la alimentación en España -preparación de alimentos, compra- “*es una tarea que (...) recae principalmente en mujeres*” (Díaz-Méndez et al., 2013: 30). Es por ello, y no porque se pretenda una culpabilización o responsabilización de las madres respecto a la obesidad infantil, por lo que generalmente este análisis se referirá a ellas y no a los varones (Bava et al 2008; O’Connell y Brannen, 2014; De Morais Sato et al., 2018).

Para la búsqueda de los perfiles se recurrió a los Servicios de Pediatría del Principado de Asturias, a Cruz Roja Española y a los responsables del Proyecto INMA. Con objeto de garantizar la protección de datos, se les facilitó a todos estos un documento con las características básicas de los perfiles que se estaban buscando y el consentimiento informado a facilitar a estas personas. En él se proporciona la información pertinente

sobre el estudio –propósito, procedimiento, riesgos y beneficios, confidencialidad y derecho al abandono- para que, en caso de aceptación por parte del responsable de la alimentación en el hogar, se firmase dicho documento y posteriormente se facilitase la información necesaria para poder contactar con los sujetos y concertar una cita en la fecha y hora que les fuera conveniente –*ver anexo 2 “Consentimiento informado”*.

Esta estrategia de búsqueda permitió en controlar el criterio de presencia/no presencia de obesidad infantil en el hogar, aunque, en cualquier caso, la información que se utiliza fue la facilitada por los sujetos en la propia entrevista a través del peso y altura declarados. Todo ello al mismo tiempo que se garantizaba la confidencialidad y la protección de datos de carácter personal. Dichos consentimientos fueron firmados por duplicado; siendo una copia para la investigadora y otra para los participantes.

Cabe resaltar en este sentido, que se cuenta con aprobación ética de la Comisión Ética de Investigación del Principado de Asturias (nº158/17) y que en todo momento se ha respetado y garantizado el consentimiento, anonimato y privacidad en relación con los sujetos de estudio –*ver anexo 3 “Aprobación Ética”*. Siguiendo el Código Deontológico de la Federación Española de Sociología. Los documentos que contienen información confidencial de los participantes se encuentran guardados en un lugar seguro y las entrevistas han sido revisadas para evitar que contengan información por la que puedan ser fácilmente identificables.

Para la realización del trabajo de campo se diseñó un protocolo de entrevistas, guiado en todo momento por los objetivos y preguntas de investigación –para más detalle *ver anexo 4. “Protocolo de entrevista”*. Lo componen 10 áreas temáticas en relación con el hogar: (1) situación sociodemográfica; (2) Rutinas alimentarias (comprar, cocinar y comer); (3) Aprendizajes alimentarios; (4) Rutinas de ocio, actividad física y deporte; (5) Rutinas laborales; (6) Socialización alimentaria; (7) Situación económica y crisis; (8) Salud y/ enfermedades; (9) Creencias, valores, actitudes y percepciones sobre alimentación, actividad física/deporte, salud y obesidad; (10) Pasado, presente y futuro.

Cada una de estas áreas dio lugar a un conjunto de preguntas o planteamientos generales recogidos en el protocolo de entrevista con el que se trasladaron los objetivos del estudio a un lenguaje accesible para todas las personas, evitando por tanto el exceso de formalismos y/o tecnicismos que dificultasen la respuesta y comprensión de los entrevistados. Facilitando así también la obtención de las interpretaciones y marcos sobre

los que se orienta la vida cotidiana de los actores y la aprehensión del proceso mediante el cual se gana o pierde peso, “*de una manera histórica dinámica, concreta y ligada al sentido expresado por los propios sujetos en su acción*” (Alonso, 2015:391). Tanto la división temática, como el resto de las preguntas asociadas fueron consensuadas con el equipo del proyecto MINECO “*Alimentación y Estructura Social: Desigualdades Alimentarias en España*”.

Las entrevistas han sido grabadas, transcritas literalmente y tratadas confidencialmente para su posterior análisis con el software MAXQDA. Este software permite una sistematización y organización de los datos obtenidos, a partir de la construcción de códigos y subcódigos temáticos derivados del propio análisis de las entrevistas, de las diferentes áreas representadas en el protocolo y, por tanto, de los objetivos de estudio (Kuckartz, 2014; Valles, 2015). Permitiendo “*la organización de las muchas ideas que emergen del análisis*” (Strauss, 1987:123).

El proceso de análisis se apoyó en la teoría fundamentada “*Grounded Theory*” y fue el siguiente (Glaser y Strauss, 1967). En primer lugar, se incorporaron los documentos de las entrevistas al programa informático y se realizó una lectura detallada de cada una a partir de la cual se obtuvieron las principales líneas discursivas. Con ellas se elaboraron los códigos y subcódigos iniciales. En segundo lugar, se procedió a segmentar la información de cada entrevista prestando atención a las temáticas abordadas en el discurso y no al emisor de este. En tercer lugar, el propio avance del análisis – fruto de la incorporación de nuevas entrevistas, los hallazgos presentes en los discursos y de su puesta en común con los marcos teóricos de referencia- hizo emerger nuevas categorías que fueron incorporadas en forma de códigos/subcódigos y también desaparecieron otras existentes. En todas estas fases se realizaron también anotaciones de ideas y posibles hipótesis que iban emergiendo con el devenir del proceso (Valles, 2015). En cuarto lugar, se volvió sobre lo codificado para refinar el análisis y la interpretación.

Esta codificación a través del programa MAXqda (versión 11) dio como resultado la clasificación de segmentos de análisis que puede observarse en la siguiente tabla.

Tabla 4. Clasificación de códigos y subcódigos resultantes del análisis de los datos

Códigos	Número de segmentos codificados
ALIMENTACIÓN	
Cocinar	322
- Aprendizajes alimentarios	124
Comer	33
- Comidas en el hogar	407
- Comidas fuera del hogar	124
<i>Comidas en casa de familiares</i>	43
<i>Comidas en la escuela</i>	51
<i>Comidas en el trabajo</i>	40
- Horarios de comida	57
Comprar	286
“Estar” a dieta	74
Celebraciones y ocasiones especiales	35
OCIO, ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE	48
Actividad física y deporte	27
-Actividad física y deporte adultos	89
-Actividad física y deporte infantil	127
Ocio pasivo	19
-Ocio pasivo adultos	30
-Ocio pasivo infantil	65
ESCUELA	79
Horarios escolares	59
TRABAJO	165
Horarios de trabajo	93
DESCANSO	21
Descanso adulto	56
Descanso infantil	56
ESTADO DE SALUD	168
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	
Nivel educativo	59
Situación económica	103
- Planificación y organización del dinero	114
Situación laboral	85
Vivienda	29
HORARIOS Y PLANIFICACIÓN DEL TIEMPO	194
Lunes a viernes	27
Fines de semana	62
RELACIONES SOCIALES	15
Familia	41
Amigos	78
PERCEPCIONES, AUTOPERCEPCIONES Y VALORACIONES	2
Percepciones y valoraciones sobre la alimentación	616
- Gusto	170
- Significado de comer	13
- Significado de comer bien	24
- Significado de alimentación saludable	37
Percepciones y valoraciones sobre la actividad física y el deporte	117
- Significado de deporte	21
Percepciones y valoraciones sobre la salud	137
- Miedos	18
- Autovaloración sobre la salud del hogar	39
Percepciones y valoraciones sobre la obesidad	99
Percepciones y valoraciones sobre el cuerpo	61
-Autopercepción y valoración sobre el cuerpo	190
Percepciones y valoraciones sobre las instituciones, industria y organismos	78
ANTES, AHORA, FUTURO	343

(Fuente: elaboración propia a partir de los datos del MAXqda 11.)

Posteriormente se extrajo la información resultante de cada código de forma separada para los hogares con y sin obesidad infantil, con el objeto de analizar la información en ellos contenida de forma independiente y finalizar realizando una comparación de cada área de los dos grupos de estudio. En los siguientes capítulos se muestran los datos descriptivos fruto de este análisis y comparación.

Este proceso ha sido realizado simultáneamente a la realización de las entrevistas. Esto significa que se ha seguido un proceso circular y abierto de obtención y análisis de la información, lo que al mismo tiempo ha permitido observar en qué momento se ha producido una saturación teórica de la información, es decir, en qué momento una entrevista adicional no aportaba información novedosa en relación con los objetivos de estudio (Glaser y Strauss, 1967; Valles, 2002).

4. PRACTICAS ALIMENTARIAS: COMPRAR, COCINAR Y COMER

El presente capítulo tiene por objetivo describir, comparar y analizar las rutinas cotidianas de los hogares con y sin obesidad infantil relacionadas con la alimentación. Se pretende detallar el proceso seguido por unos y por otros desde que el momento en el que se compran los alimentos, hasta el momento en el que se comen, con el propósito de observar los cambios y los factores que intervienen en la configuración de sus prácticas y que dan lugar a similitudes y diferencias entre ambos grupos. El capítulo se divide en tres apartados correspondientes a las tres principales prácticas cuya colaboración e interconexión dan lugar a la práctica alimentaria: comprar, cocinar y comer. La hipótesis de partida de este capítulo es que existen diferencias en la configuración de la práctica alimentaria y que estas se encuentran mediadas por factores tales como el contexto social, económico y cultural, las habilidades, conocimientos y competencias prácticas, pero también por los significados asociados a la alimentación y la obesidad.

El primer apartado del capítulo se centra en las rutinas relacionadas con la compra y hace un recorrido por los materiales, competencias y significados que la configuran y que la orientan o alejan de una alimentación saludable. Así se observa un proceso de compra que, sobre la base común de la dificultad para encajarse en el día, muestra un proceso más estable y regular en los hogares sin obesidad. Estos diferentes resultados provienen fundamentalmente de los diferentes elementos con los que los individuos se involucran en ella.

El segundo apartado del capítulo se centra en las rutinas relacionadas con la preparación de alimentos, mostrando que los significados asociados dependen en gran medida del momento en el que se realiza, considerándose como una obligación entre semana y una actividad más placentera los fines de semana cuando se dispone de más tiempo. La cocina es más compleja en los hogares sin obesidad con mayor referencia a frutas, verduras y pescado, independientemente de su nivel de ingresos, y a formas de elaboración como la plancha y el estofado. Mientras que en los hogares con obesidad infantil se muestran procesos más simples y menos detallados con poca referencia a frutas, verduras y pescado y con formas de elaboración que se basan fundamentalmente en fritos y rebozados, fáciles de preparar y del gusto de los más pequeños. Estas diferencias en los resultados vienen fundamentalmente marcadas por los conocimientos, habilidades y técnicas culinarias de

las que disponen unos y otros. Los primeros anclados en el saber popular combinado con aspectos del saber experto. Los segundos con dificultades para saber cómo integrar las definiciones de alimentación saludable en su vida cotidiana sobre todo si carecen de tiempo para hacerlo.

Finalmente, en el tercer apartado se describen los momentos de la comida fundamentalmente alrededor de tres ejes: los momentos, los lugares y las compañías. En general, las limitaciones derivadas de los horarios laborales se imponen sobre los momentos de la comida. Así, los hogares con horarios más desincronizados o extensos entre sus miembros suelen cenar más tarde e irse también más tarde a dormir. Incluso se llegan a producir saltos de comidas, como el desayuno, del que se prescinde para intentar disminuir la presión que se impone durante las mañanas.

4.1 Rutinas de compra de alimentos en hogares con y sin obesidad infantil

Este epígrafe tiene por objetivo describir el proceso de adquisición de alimentos seguido por los hogares con y sin obesidad infantil con el fin de indagar en las similitudes y diferencias en sus trayectorias y analizar los factores que las explican. Para ello se recogen y analizan los fragmentos codificados con los códigos “*comprar*” y “*percepciones y valoraciones sobre la alimentación*”.

4.1.1 Significados asociados a la compra

El análisis de los discursos sobre las rutinas de compra de los hogares con y sin obesidad infantil revela que ésta se encuentra asociada a una sensación de falta de tiempo que hace que se viva como estresante, agobiante y que es interpretada, en la mayoría de los casos, como una pérdida de tiempo que podría ser dedicado a otras tareas más satisfactorias o importantes.

“Comprar no tanto, me estreso, me pongo mal... (...) No...no so...ufff me pongo mal. (...) Me estreso. El estar detrás de la gente que ves que pasa una hora que te atiendan en la carnicería y la persona de adelante todavía no tiene pensado lo que quiere...me pone mala.” (E7_SI)

“No. A mí no me gusta. (Risas) Yo sí puedo evitarlo... No es algo que me guste, me agobia. Porque además eso procuras... bueno, eso. Hay que hacerlo, hay que hacerlo.” (E15_SI)

“Bueno no mucho... No demasiado, pero bueno hay que hacerlo que se le va a hacer. [Risas]” (E15_NO)

Tanto en aquellos hogares que manifiestan que no les gusta, como aquellos que dicen que les agrada suelen justificarse a través de argumentos de resignación - *“porque hay que hacerlo”, “hay que mentalizarse” “lo hago porque lo tengo que hacer”, “por obligación”-*, y/o argumentos referidos al tiempo que invierten cuando van a la compra. El primero de los casos es más frecuente en mujeres que trabajan fuera del hogar y cuya compra se busca que sea resuelta con la mayor rapidez posible:

“Porque hay que comprar, voy porque hay que comprar, no por otra cosa, porque no me divierto en la compra. (...) Además, procuro hacerla, ya te digo... a las 9 de la mañana estoy ya en el supermercado para entrar no tener colas y marchar.” (E8_SI)

“Me gusta [ir a la compra] y por practicidad porque...como tenemos poco tiempo, cada cual tenemos una cosa buena y una cosa para la casa entonces la mía es la rapidez y la de mi marido es el detalle, entonces si mi marido va a hacer la compra tardamos 4 horas” (E11_SI)

“Si tuviese tiempo, sí. Como siempre me falta tiempo, entonces es como buf, tengo que hacerlo, pero bueno, no, no me gusta, no, no, no, no.” (E2_NO)

“[Lo hago] por obligación [Risas] por obligación.” (E12_NO)

El segundo es más propio de mujeres que no trabajan fuera y donde la falta de tiempo se relaciona con la descripción de un proceso de adquisición de alimentos que lleva aparejado una importante inversión de tiempo: pensar previamente que se va a preparar, diseñar menús, comparar productos o mirar etiquetas para analizar la composición, etc.

“Eso [hacer la compra] me gusta menos. Por pensar, por pensar cómo lo voy a elaborar, quiero hacer algo mejor, y por perder el tiempo de colas y ese tipo de cosas. (...) Sí, me lleva tiempo porque...porque compro...porque intento comprar muy variado y entonces, bueno, sí que miro esas cosas. A lo mejor tardo lo mismo en hacer la compra todos los días en cocinarla.” (E6_NO)

“¿[Si me gusta] la compra de la alimentación? Tardo mucho. Sí, porque yo me leo todas las etiquetas. [Risas].” (E7_NO)

Lo que encaja con la idea de que las prácticas relacionadas con la alimentación no pueden ser abandonadas por su dimensión fisiológica - *“lo hago porque lo tengo que hacer”-*, pero que compiten por el tiempo de los individuos y en algunos casos, dependiendo de la importancia que se crea que tiene, el tiempo y momentos dedicados se ven reducidos al mínimo.

4.1.2 El proceso de compra

Las rutinas de compra de los hogares con obesidad infantil muestran una planificación a corto plazo y con tendencia a la improvisación. Se trata de una compra realizada en la mayoría de los casos a diario, con horarios y frecuencias variables y, por tanto, sin el establecimiento de un momento específico reservado para esta tarea. No suelen utilizar listas o planificar semanalmente su alimentación, lo que los lleva en numerosas ocasiones a tomar las decisiones sobre qué cenarán o qué comerán en el propio supermercado y escasos minutos antes de su preparación. Una cuestión que, asociada a determinados contextos, como tener hambre, estar casada o evitar la confrontación con los menores, favorece la adquisición de productos menos saludables, pero cuya preparación sea rápida y encaje con los gustos de los miembros del hogar.

“Yo voy todos los días voy a la compra, ahora voy y compro algo para cenar. (...) Yo prefiero “¿Qué vamos a cenar hoy? ¿Qué apetece? No sé qué, voy a por eso y no sé qué, ¿Voy a cenarlo yo? No, entonces lo voy a comprar, ¿Lo vas a cenar tú? Si, ¿Cuánto vas a cenar? ¿1 ó 2? 2 pues yo voy y compro 2, te llevo lo que vayas a comer”” (E3_SI)

“Para organizarme pues mira, muy fácil, día a día, ya te digo...cojo y...por ejemplo ayer, voy a pensar que vamos a hacer” (E5_SI)

“No [no hago lista], o sea yo voy mentalmente o voy pensándola, pero ya estoy con el ticket en la mano y ya estoy mirando a ver qué carne quiero para que según me toque, pedirla.” (E7_SI)

“Entonces, por ejemplo, en el tema, porque a mí a veces me pasa, el tema de ir con hambre o sin hambre a comprar [Risas] (...) Influye con hambre, sí, porque cuando vas con hambre ahora eso... Ahora porque esté a dieta ya nada, pero cuando no estas a dieta si voy con hambre, acabo comprando cosas que a lo mejor he podido obviar [Inaudible] Si tengo hambre, cuando voy a comprar esto para comer el sábado y no sé qué o cuando no me puedo ir a casa o...” (E13_SI)

“Yo, por ejemplo, no hago una compra, como hace mucha gente, a la semana que compra de todo. Yo estoy casi todos los días yendo a comprar. (...) Según voy necesitando, voy comprado. (...) Paso todo el día allí metida.” (E13_SI)

Esta presión temporal conduce a algunos hogares a realizar ajustes más extremos para adaptarse a sus condiciones vitales y conducen a resolver la alimentación saltándose parte del proceso. Algunos de estos hogares no realizan compras de alimentos específicas para el hogar o éstas se limitan a la gestión de una o dos comidas diarias dejando el resto en manos de agentes externos. Es el caso de aquellas familias en las que sus miembros comen en casa de familiares y, en particular, en un hogar donde la persona responsable de la alimentación regenta un restaurante, adquiere alimentos pensados para sus clientes desde

una lógica empresarial y resuelve la alimentación del hogar a través de estas elaboraciones que prepara para los comensales que acuden a su establecimiento:

“Yo para lo (...) que son las comidas prácticamente no compro porqueé...(...) el dos días a la semana va con su abuela, con la madre del padre, y con su padre a comer...ehhh y yo principalmente lo que compro son las cenas, (...) hay veces que lo compro...eh...fresco, pero como odio un poco tener que ir a la compra, pues (risas) porque hasta el final se me va la tarde entre uno y otro, pues...eh... lo mejor siempre compras algo envasado para otros días” (E6_SI)

“Mi organización de la compra, nada, vienen los proveedores y... allí y yo compro... (...) No, no, procuro no ir. Es muy raro que yo vaya a un supermercado.” (E10_SI)

En los hogares sin obesidad infantil el proceso de compra que se sigue es más complejo y tiene como denominador común la planificación a largo plazo y la regularidad con la que es realizada. Su compra es semanal, dedicando un momento específico para dicho propósito y generalmente con un día asignado. Esto es posible, entre otros aspectos, porque tienen unas pautas estables de alimentación a través de la elaboración previa de listas, configuración de menús semanales e, incluso, de planificaciones mensuales de comidas que llevan utilizando años.

Este tipo de pautas permiten una reducción del tiempo diario invertido en comprar y posteriormente preparar los alimentos, al mismo tiempo que favorecen una alimentación más sana. Basarse en un guion previamente escrito reduce las actuaciones improvisadas que, como se ha visto en los hogares con obesidad infantil, aumenta la influencia en la toma de decisiones de aspectos tales como los gustos de los menores o la adquisición de alimentos influenciados por factores externos como el cansancio, el hambre o la rapidez de preparación, que suelen conllevar la incorporación de alimentos más grasos, salados y azucarados.

“Antes hacía lista, pero era más o menos, ya sabes lo que vas a comprar y se come... porque yo, comprar pa después tiralo como que no.... Entonces, más o menos compro lo que comemos. (...) [Compro] a la semana.” (E1_NO)

“Hablamos a principio de semana que vamos a comer durante la semana; pues el lunes carne, el martes legumbres, el miércoles pescado, jueves pasta, y entonces en función de todo eso más o menos pues se compra....se hace una compra general, y luego pues si es pescado se hace en el día o en el día anterior, para prepararlo, y la carne más o menos igual. [Esas decisiones las] tomamos entre mi marido y yo, porque mis hijos si por ellos fuera no comerían casi nunca pescado, y verdura

tampoco, entonces, claro, en un consenso entre los mayores y los que decidimos en casa". (E6_NO)

"Tengo un planning bastante cuadrulado, en casa, de cinco semanas, y así siempre sé lo que vamos a comer. (...) Llevo años con el mismo. Desde que tuve los críos, me hice el planning (..) Yo, por ejemplo, hago la compra los sábados, entonces, ya sé lo que tengo que comprar para toda la semana. (...) Sí, para que coman de todo, porque es que, si no... Yo, antes de tener los críos, íbamos pues como se dice: a salto de mata, hoy tal, hoy cual... Pero, claro, luego, cuando los tienes, dices: a ver, no podemos ir así... (...) Eso, sobre todo me viene bien a la hora de hacer la compra, que yo voy el sábado y ya tengo hasta el sábado siguiente. Y no ir un día, y: ¡ay! ¡No tengo no sé qué! (...) Dependiendo de lo que necesite para la semana. Yo solo hago la compra un día a la semana." (E9_NO)

"Mmm la lista sí porque vamos apuntando lo que nos hace falta, vamos apuntando." (E10_NO)

"Voy según la necesidad que tengo en casa, voy apuntando porque si no la cabeza [Risas], voy apuntando y cuando ya apunto y tal voy a comprar" (E15_NO)

Las distintas formas de organización que muestran unos y otros se ven adaptadas y/o modificadas en función de sus condiciones y horarios laborales de quienes se ocupan de la alimentación en el hogar. La elección del momento y también del lugar se adapta a las rutinas laborales ante una percepción de dificultad para encontrar tiempo en el día a día. Este aspecto es sobre todo visible en aquellos cuyas jornadas laborales son más extensas o irregulares, aspecto que se da en mayor medida entre los hogares que completan la muestra de obesidad infantil. La compra se convierte para ellos en una tarea difícil de acomodar que se resuelve en los momentos que dejan libres sus obligaciones laborales. Lo que conduce a compras menos meditadas, regulares y donde la elección de alimentos es desarrollada de forma estratégica para adaptarse a esta falta de tiempo.

En casi todos los casos en los que esto ocurre el discurso de los entrevistados sobre sus rutinas está acompañado de una manifestación de insatisfacción o reconocimiento de que no es cómo les gustaría realizar la compra, pero que lo hacen así porque se ven limitados por aspectos temporales ligados a los horarios y en ese sentido esta organización supone una reducción de un tiempo que consideran escaso:

"Eh...por ejemplo, en la comida, si me ha cogido pues un tema... el tiempo es muy corto, para yo entrar a trabajar o algo... porque los horarios a veces son... pues... pues muy liados y pues... sí salgo tarde y no me da tiempo porque no he dejado nada cocinado, pues les compro una pizza. Pero puede ser un día. Porque además tampoco me gusta, porque las cosas son muy...pues que son.... a ver, yo digo que son como {sintéticas} [Ríe]. No me gustan, no me gustan porque además eh..."

quiero que bajen de peso. Y quiero que cojan un peso pues estable... Trato de evitarlo, trato de evitarlo... sí lo compro es porque no me queda más remedio que comprarlo.” (E1_SI)

“Suelo comprar {en el Hiperacor} porque me queda a mano y a ver, que salgo de trabajar y ya bajo a la compra. Que no quisiera comprar ahí, pero por comodidad lo hago.” (E3_SI)

“Entonces fui, me parece que fue el Masymas, aquí al lado del colegio de él; fue dejar al guaje e ir a buscar comida... y al más cercano siempre que pillo, o sea, al Masymás o al que sea, y ahí busqué..., nada, cogí carne, luego pensé: qué verduras [para] acompañar (...)” (E5_SI)

“Hombre... tienes que coger {un día y fíjate...} y... y determinadas {cosas}... yo creo que sí. (...) Sí, en tiempo y en todo ¿eh? Porque tienes que estar más al día... haciéndolo. Te vas a poner a lo mejor {a coger} un kilo de garbanzos, pues tienes garbanzos para toda la semana, quiero decirte... (no se entiende) Un ejemplo... pues claro... tienes que estar un poquitín más...” (E12_SI)

Por su parte, aquellos cuyas jornadas de trabajo son más estables y regulares suelen asignar momentos específicos para llevarla a cabo. Estos son en su mayoría hogares sin obesidad infantil con trabajos a los que se dedica menos tiempo o que permiten hacer reorganizaciones temporales. La compra tiene más espacio propio con planificación previa, selección de lugar y momentos.

En ambos tipos de hogares se puede observar que los cambios en las condiciones laborales generan cambios en la forma de organizar la compra y también otras prácticas relacionadas con la alimentación como se verá en capítulos posteriores. El ejemplo de E12_NO proporciona un buen ejemplo de este aspecto en un mismo hogar. La responsable de la alimentación en el hogar tiene un trabajo estacional que implica largas e intensas jornadas durante el verano y situación de desempleo durante el invierno. Una situación laboral que vive desde hace poco tiempo. En la primera de las situaciones su compra es diaria y se realiza de la que sale del trabajo. En la segunda, su compra es semanal y con una descripción más detallada de los productos que adquiere.

“Eh a ver normalmente para comprar yo verdad que salgo de trabajar, es que como cambian tanto los horarios de verano, de invierno tal, entonces en invierno compro los sábados, hago la compra de la semana el sábado, lo congelo menos el pescado que no me gusta congelarlo, lo que es carne, productos lácteos y todo eso lo compro el sábado y de ahí me voy organizando, si con el pescado ya te digo que salgo más a menudo a cogerlo, ahora estoy comprando todos los días... (...) No sé, me arreglé de forma distinta, de la que salgo de trabajar, compro y sigo hacia casa entonces... (...) Es que yo en verano no trabajaba, ahora estoy

haciendo los comedores de la [inintendible] de los campamentos {urbanos} entonces al empezar este año como que ha cambiado un poco la forma de realizar...” (E12_NO)

Otro de los aspectos que incide en diferencias en la configuración de la compra entre los hogares con obesidad infantil es el momento en el que se encuentran cada uno de ellos. Algunos hogares en proceso de cambio reflejan el tiempo que los lleva ahora hacer la compra y fijarse en etiquetas, componentes, en hacer una compra más consciente y en cómo ese tipo de cambios al principio cuesta incorporarlos y llevan asociados un importante consumo de tiempo a la hora, por ejemplo, de realizar la compra, pero también previamente. Encuentran dificultades para no ceder a incluir determinados productos, menos saludables cuando realizan la compra. Creen que hoy en día es más fácil que nunca acceder esos alimentos que ellos no deben comer:

“¡Buff! ...Ya llevo más de un año mirándolo, cada vez que cogía algo, claro, cada vez que hago la compra tardó una hora, porque entre que miras, esta no, esta sí, vas mirando marcas y luego cuando conoces una marca y dices tú, esa sí porque ya sé que esto siempre lo hace igual, tú vas a la misma marca de una cosa. Por ejemplo, de leche, ya sabes que marca coger, yo cojo de soja, pues sé cuál tiene menos y cual tiene más, pero claro, dices tú: para coger eso, vas mirando una con otra, tardas un montón en hacer la compra.” (E5_SI)

“El cambio de decir que “tengo que comprar esto, esto y esto...” Antes compraba yo a mi manera y lo hacía de otra manera.” (E12_SI)

“Todo, tienes que andar midiendo todo, que esto no te gusta, y además todo lo que ahora que encima tienes para elegir, y no lo tienes al alcance y tú vas a comprar, y te van llenando por todos lados. Y basta que estés a dieta como pa’ que tal. Y en mi casa nunca hubo ni golosina, ni chocolate, ni nada de eso, y es estar a dieta y a lo mejor [Inaudible], lo que había era chocolate en taza, y si no sé qué, es lo único. Normalmente no comes porque no. Ya no compro yo. (...) Porque no se puede, pero bueno.” (E13_SI)

Las distintas formas de planificación afectan también a las decisiones alimentarias sobre qué alimentos se incluyen en la cesta y bajo qué criterios. Los hogares con obesidad infantil tienden a guiarse más por aspectos como la rapidez de preparación, las preferencias de gusto de los comensales o el precio, que por lo saludable o no que sea o consideren al alimento. Una cuestión que en la mayoría de los hogares sucede, no por desconocimiento, sino porque adaptan de forma estratégica sus decisiones a sus situaciones y lo hacen con las habilidades y técnicas culinarias que se encuentran en su bagaje. En aquellos hogares con escasos conocimientos culinarios, menos tiempo

disponible y menos ingresos, los criterios de calidad, frescura o salud asociados a los alimentos pierden peso en pro de que se su elaboración sea rápida, sencilla, a precios asequibles y que no genere reticencias entre los miembros del hogar:

“Elegimos normalmente porque nos gusta” (E1_SI)

“Sí, sí, yo creo que sí, que es caro, que es caro comer y...muchas veces a lo mejor lo más...lo más rápido...lo más económico, yo creo que no es lo mejor. (...) A lo mejor tú vas a la carnicería y no controlas muy bien lo que son las cantidades, y ves una bandeja de carne y qué esa carne tendrá más conservantes y demás para poder estar ahí, que no esté cortada al momento, y pues bueno lo ves y dices 3 euros, vale.” (E6_SI)

“¿En qué me suelo fijar? En que guste aquí en la casa y después el precio” (E9_SI)

“Me gusta y por practicidad porque...como tenemos poco tiempo, cada cual tenemos una cosa buena y una cosa para la casa entonces la mía es la rapidez y la de mi marido es el detalle, entonces si mi marido va a hacer la compra tardamos 4 horas [Risas] y si voy yo es “plas-plas”, eso sí, si comprara él atina mejor siempre, pero...porque se fija más, pero...” (E11_SI)

“Nadie-nadie se para a pensar. Ostias. ¿Están vendiendo tomates de Marruecos mucho más baratos y tal? Yo voy y los tengo ahí. Y están cobrando 20 céntimos. Tengo {Ininteligible} hacer la compra, compro los de 20 céntimos. No miro, a ver. Si el tomate va a tenerme ahí una bacteria que nos lleva a todos palante. Lo fundamental es comer.” (E15_SI)

Mientras que en los hogares de estatus socioeconómico más alto el criterio de precio en la elección de los alimentos es uno más y el ahorro de tiempo gana peso en estas decisiones, en aquellos hogares que tienen dificultades económicas añadidas a las dificultades temporales compartidas en prácticamente todos los hogares con obesidad infantil el criterio de salud ocupa una posición más residual ante el apremio de alimentarse a diario:

“A veces no quede más remedio que buscar cosas más baratas, porque a veces tengo que jugar con el dinero que tenga” (E1_SI)

“El dinero claro, tienes que andar controlándolo todo, está clarísimo y no me voy a permitir pagar 3 euros porque a ti te dé la gana, no” (E3_SI)

“Sí, pues mirar los precios... lo más barato.” (E4_SI)

Si en la compra de los hogares con obesidad infantil se prioriza el tiempo de preparación de los alimentos, los gustos de los miembros de la familia y el precio, en el caso de los hogares sin obesidad pierden importancia la cercanía y la rapidez e incluso el precio, y la

ganan aspectos como la calidad, y la salubridad que cobra una gran fuerza en sus decisiones de compra. Aparecen en sus discursos sobre la cesta de la compra palabras como grasa, sal, omega, glucosa, lactosa, sacarosa o como natural, de calidad o de temporada. Los significados asociados a determinados alimentos cobran vida para integrarse y guiar las elecciones que configuran su cesta de la compra.

“Que contengan el menor índice de azúcar. Glucosa, lactosa, todo lo que acabe en “osa” es azúcar. Entonces lo más mínimo. Si no tiene, mejor. Si tiene, que tenga lo mínimo. (...) Como ya llevo una temporada, ya más o menos vas a tiro, ¿no?” (E7_NO)

“No, claro, es que eso hay que mirarlo. Lo que compras, claro, porque no todo es igual. No todo es igual, entonces hay que mirar lo más natural posible, eh. Así y todo, natural no hay nada en este mundo y menos ahora. Hay tanta porquería, hay tanta porquería en todo...tú lees lo que trae... (...) Pero bueno, ¿que ye esto? Tiene unas claves, E, no sé qué...E-330, E-220...era todo en clave.” (E8_NO)

“Yo creo que no, porque, al final, es tu salud, con lo cual, lo que inviertas en ella, no... No, no me {duele}...” (E9_NO)

“Yo prefiero gastármelo en comer. (...) [Priorizo] que sea sano, por ejemplo, buscas que no tengan aceite de palma, que tengan aceite de girasol, o sea que sea grasoso, pero sabes que por lo menos no lleva...como tantas cosas que hay por ahí, intentas buscar cosas un poquitito más... (...) [Miro] la etiqueta, el precio y también la composición, por ejemplo, el chocolate, se busca ... voy a (nombre de sitio) y cojo uno que no tiene...que viene con Stevia.” (E12_NO)

“Y luego que le das importancia, o sea, yo prefiero recortar otras cosas que recortar en la calidad de la comida, yo, o sea, yo creo que es importante.” (E13_NO)

“No, priorizo, priorizo un poco la, el comer sano y, bueno, intento o pienso que compro cosas de calidad, pero... Pienso, no lo sé.” (E14_NO)

De los criterios que orientan y guían las decisiones de compra, el poder e influencia de los menores en la composición de la cesta es una de las diferencias más llamativas entre hogares con y sin obesidad infantil. Las opiniones, gustos y solicitudes de los niños con obesidad son claves en la selección de alimentos. Son preguntados acerca de lo que quieren comer o directamente acompañan en la realización de la compra.

Si bien en casi todos los hogares se mencionan las frutas y verduras como alimentos que forman parte de una alimentación saludable, su cesta de la compra y sus discursos evidencian que apenas se incluyen estos alimentos y que se tiene a optar por aquellos que son más del agrado de los menores y que, por lo tanto, van a ser más fácilmente ingeridos

por estos sin tener que entrar en conflictos diarios. Llegan a reconocer que determinadas comidas no son saludables, pero que optan por ellos debido al agrado de los niños. Un ejemplo bastante común de los conflictos o diferencias dentro de los hogares y de la respuesta es el de las salchichas precocinadas. Éstas son muy del agrado de los hijos y muy poco del agrado de las madres, pero sin embargo se incluyen en múltiples ocasiones en la cesta de la compra. El problema de acceder a los gustos y preferencias de los niños es que estas elecciones son tomadas desde criterios de palatabilidad y, en algunos casos, influidas por los anuncios publicitarios y/o marketing como señalan distintos estudios y, por lo tanto, más cercanas a alimentos grasos, azucarados y/o procesados:

“Cuando a mi hija le apetece {comprar otra cosilla} pues vamos al Mercadona en el momento y se compra, por ejemplo, a ella que le gusta...” (E1_SI)

“Él no come verduras, pero yo lo hice todo para los tres con pimiento y zanahoria. A él le eche solamente lo que es la carne (...) Es un poco lo que apetezca o lo que esté un poco...un poco...bien de precio o...el pescado el de verdad que lo come bien, en general, y...y entonces bueno, un poco lo que nos apetezca en ese momento, además procuro...mmm... llevarlo conmigo y...a ver que le apetece y sea una cosa que a él...le apetezca... y nada más.” (E6_SI)

“Porque yo a mi hijo no le quiero dar donuts, no le quiero dar pastelitos, no le quiero dar todas esas cosas, pero ¿Qué pasa? Que él va conmigo a la compra, él lo ve, un día le digo que no, el otro también, pero llega un momento en que me toca dárselo, porque no puedo estar no, no, no y hay muchísimas cosas que son muy malas, que es grasa puro y...de la mala...y...a lo mejor en ese sentido sí que le podrían hacer algo para no potenciar tanto esos productos que están en el mercado, que no se saque tanta...tanta cosa mala...” (E6_SI)

“Ahora uno se fija uno más en las calorías, en los hidratos de carbono y esas cosas, ¿no?, pero yo digo que a la final luego se comen otras cosas que también las tiene bien altas. (...) En eso pues, yo por ejemplo intento, intento no comprarlo. Yo sí le doy sus caprichos, pero para el desayuno. Pero que yo le compre a él bollería por la tarde, ¡No!, no, no me gusta y se enfada también, no, pero pues yo intento no, que esas cosas no ocurran y lo malo que tenemos nosotros es que, si hay bebidas gaseosas en nuestra casa, compramos, aunque sea light, compramos por ejemplo Pepsi Light y sin, cero-cero o así cosas así, pero pues, no sabría decirte realmente, que, qué solución podría dar porque, la solución es no comprarlo. Pero, de todas maneras, terminas comprando siempre algo.” (E9_SI)

Los hogares sin presencia de obesidad infantil también tienen que lidiar con estos conflictos, pero su forma de hacerlo, de nuevo, es mucho más pautada, planificada e inalterable y como resultado los menores tienen menor poder de decisión sobre las compras del hogar. Han buscado y hallado fórmulas que les permitan resolver estos

conflictos de la forma más estable y más a largo plazo. Unos hogares diseñando menús inalterables y totalmente estructurados, otros dándoles los mismos alimentos de cocinados de forma más atractiva, otros simplemente no dándoles ninguna opción y algunos permitiéndoles algunos “caprichos” pero vistos desde la excepcionalidad y no desde la inclusión en la cesta habitual de la compra. Como resultado, su cesta está compuesta más frecuentemente por aquellos alimentos que difícilmente aparecen en los hogares con menores obesos, es decir, las frutas, las verduras y el pescado. Y al evitar incluir en la cesta aquellos alimentos más perjudiciales, evitan en gran medida su consumo como se verá en el siguiente apartado.

“Salchichas de paquete, esas nunca. Les tengo, me dan... [Ríen] Sí, sí, las salchichas de paquete nunca, no... Y a mis hijos a los dos les encantan, ¿eh?, pero no, no. Alguna vez que me las trae mi padre o tal, pero yo nunca las compro, no, las tengo manía. [Ríe]. No suelo comprar tampoco refrescos. En mi casa no suele haber. A no ser que sea que tiene algún evento que vaya a hacer algo de tal, pero normalmente refrescos tampoco. (...) No, a no ser que compremos pizza, no, no, no suelo tirar de ello, no.” (E2_NO)

“Tomamos caballa porque tiene mogollón de omegas y es un pescado azul que es buenísimo, pero el sabor sí que les resulta un poco más fuerte a mis hijos que la merluza, entonces, si en una semana tomamos dos veces pescado, pues saltar un día caballa y otros días merluza para que ellos también no le cojan ese pavor y esa angustia a comer pescado porque lo sienten un poco más fuerte, sabes lo que te quiero decir.” (E6_SI)

“O sea, no es que me guste más o me guste menos. Por ejemplo, en mi casa gustan más las lentejas, pero comemos alubias también, o sea, simplemente, porque hay que comer de todo. Sin más. No tengo...” (E9_NO)

“Bueno, nunca, nunca..., yo creo que-, (vamos, no sé) las salchichas ya te digo que es algo [por ejemplo, (ríe)] yo no las compraría "nunca", pero...no sé podrían ser las salchichas, las tch, comidas así muy... precocinadas (sí). A ellos les gusta también el... estas sopas de sobre el yatecomo, esas cosas (ininteligible) a mí me me espeluznan (ríe sutilmente) porque bueno, me parece que deben de tener muchas, yo que sé, conservantes y saborizantes y yo que sé, y no quiero que, hombre alguna vez lo com...lo comieron ¿no? Pero... ese tipo de cosas no... es superexcepcional.” (E14_NO)

“O sea, lo que te decía, lo normal, a ver a los críos procuras que el tema chuches y todo eso no dárseles todos los días, ¿no? Ya no por engordar, sino por los sanos que puedan ser, y nosotros pues, pues eso, más que nada por eso, o sea, en casa lo tienes, a veces, a veces ni siquiera lo coges para no comerlo, porque si lo tienes en casa lo coges fijo. (...) Como sepas que están, te lo comes. Yo a veces ya procuro no meterlo en la cesta, porque sé que, si lo meto, hasta que no lo acabas no paras.” (E15_NO)

En cuanto a los lugares y momentos de compra también se aprecian diferencias. Los hogares con obesidad infantil tienden a realizarla en grandes supermercados y, en muy pocos casos, a combinarla con la compra de productos frescos en tiendas de proximidad. Esta decisión no está basada en la obtención de un alimento más saludable o más fresco, sino que en general suele realizarse así por los horarios de cierre más tardíos o ininterrumpidos y por la proximidad de estos proveedores de alimentos a sus lugares de trabajo, lugar de escolarización de los menores o lugar de residencia, lo que les permite supeditar el momento de la compra a otras prácticas como las laborales y/o escolares y realizarla en momento sueltos que tienen libres a lo largo del día entre aquellas rutinas que ocupan un lugar central en la organización de su vida cotidiana. Un aspecto íntimamente ligado también a la mayor tendencia a la improvisación, tanto previa como durante la compra. Tal es así que el único hogar en el que la compra se realiza más a menudo en tiendas de barrio justifica su elección por una cuestión del horario de apertura de esta tienda que le permite realizar la compra incluso pasadas las diez de la noche.

“Pues Día, Carrefour, muy poco al Alimerka, pero bueno por cuestión de proximidad eh, a Día sobre todo yo creo. Depende porque de momento es que me gusta un sitio y de momento que me gusta otro.” (E2_SI)

“Porque ir desde el colegio del niño hasta el Carrefour o alguno así grande, pierdo tiempo porque luego tengo que ir hasta el tren.” (E5_SI)

“La comida y eso pues...suele ser en las tiendas Día, Alimerka y Más y más, y... Mercadona a veces. (...) Porque las tengo cerca de casa, posiblemente por eso.” (E7_SI)

Entrevistada: “Él por la semana es hacer la compra de, en la tienda de barrio, la fruta, la carne y el pan.”

Entrevistadora: ¿Cuál es la razón para que prefieras el barrio?

Entrevistada: Porque tengo una tienda que me abre hasta las 11 de la noche.” (E14_SI)

Los procesos de compra de los hogares sin obesidad infantil se tornan complejos como evidencian sus discursos llenos de apreciaciones, matices y explicaciones sobre cómo se lleva a cabo, cómo aplican sus saberes. Es frecuente que combinen varios supermercados y que simultáneamente también recurran a tiendas de barrio donde suelen optar por comprar los productos frescos o perecederos, y al mismo tiempo donde sepan que se encuentran esos productos que consideran de más calidad o más saludables.

“Mira, tiro mucho de Alimerka. Suelo ir a Alimerka y Mercadona. Alimerka, a ver, por ejemplo, yo lo que es pan y fruta y verduras tengo mi tienda, la tiendina de de barrio que, bueno, traigo una fruta y traigo un, bueno, de eso. Después lo que es latas, lo que es incluso carne y pescado lo compro en el Alimerka, y todo lo que es de bodega y eso en el Alimerka. Y después en el Mercadona no me gusta ni la carne ni pescado, eso no, voy unos poquitín yogures a lo mejor, es donde menos voy. Por ejemplo, también ahora mucho tiro de de congelado de frutos de estos del bosque, que lo hago mucho, los bato con yogur; voy a algunas cosas específicas, no es donde más pero bueno, ya te digo, lo que es carne y eso yo tiro para para Alimerka, que es lo lo que más me gusta y eso. Y después carne, como voy de ternera, sí, ternera y jamón serrano, suelo comprarlo en la carnicería de del barrio de toda la vida, que mi madre siempre eso y sí tiene buena buena carne, y huevos.” (E3_NO)

“La compra del mes. Oh, yo mareo mucho, yo mareo mucho para comprar. Para unas cosas voy al Alcampo, otras las cojo en el Mercadona, y otras voy al Día. (...) Porque tengo pillado los precios, donde más económicos me salgan; de la que voy Alcampo cojo lo del Día, eh...a ver...De lo que yo vea, sí. Solemos comprar una compra grande al mes, pero hay cosas de aquí, cosas de aquí, cosas de allá. (...) El pescado compro a la semana lo que vamos a...Yo voy al mercado, por ejemplo, hoy queremos trucha, venga, pues cojo truchas, porque a veces también cogemos truchas con jamoncito en el medio ¿sabes?, pues cojo truchas. El día que no queremos truchas, la semana siguiente, pues cogemos lenguado, que eso a ellos les gusta más. De truchas...de pescado solamente es trucha y lenguado o merluza, otro pescado en mi casa nadie lo quiere ¿vale? Si es lo que también interesa, pues así es.” (E4_NO)

“Quitando la carne y el pescado... Todo lo demás lo cojo en Carrefour. Siempre voy ahí, porque me resulta cómodo. Y la carne la cojo en una carnicería que hay familiar. O sea, yo la compro... [0:20:11] {no soy de aquí}, la traigo cuando voy, traigo mucho y congelo. Como soy [Inaudible: 0:20:15], tal. Y el pescado lo mismo.” (E9_NO)

“Bueno claro tampoco te sabría cuantificar en tiempo, pero...bueno imagínate, por ejemplo, pues yo qué sé, que... que llego de aquí a las 5 de la tarde para allá, llego a casa de aquí a las 5, voy a la Alimerka, compro unos productos que tenga decidido comprar ahí o a veces hago ronda primero, {ya te digo que me queda cerca eh}, si hay alguna cosa muy concreta que normalmente sepa que la cambian de precio, hago la ronda primero, miro los establecimientos y luego ya decido el orden. Eh, pero bueno ponte que eso que echas...no sé...30 minutos en el Alimerka...algo menos en el Arco, el Arco es muy limitado, el Arco es un sitio muy concreto, de cosas muy concretas, y...luego a otro poco que pare en el día, al Carrefour voy como un poco aparte, voy de la que voy o vengo a la laboral, eh pues como tengo que ir con el coche pues voy y entro en el Carrefour y compro, en el Carrefour” (E11_NO)

En este sentido, llama la atención que las diferencias entre hogares con y sin obesidad infantil se acentúan en mayor medida en los grupos de estatus socioeconómico más bajo.

En los hogares sin obesidad infantil de posición más baja se invierte más dinero en la compra y realiza un mayor consumo de pescado, frutas y verduras que sus homólogos con obesidad. Saben que son más caros y tratan de adquirirlo a través de ofertas que les permitan su consumo o hacen ajustes para seguir comiendo, por ejemplo, pescado, pero de forma más asequible. A diferencia de sus homólogos suelen disponer de ayuda de tipo familiar y social más extensas y estables, además de darle una mayor importancia a la alimentación y disponer de mayores habilidades culinarias, es decir, de una tradición y refranero más sólido:

“Hombre también, porque si no tienes dinero...el pescado también está caro eh, a {parrocha} no vas a estar comiendo todos los días pescado a {parrocha} todas las semanas que es lo más barato por decirlo así... Y en la carne lo mismo. Hay veces que sí, que tiraste a las ofertas, pero vamos, si no tienes dinero no comes, eso está claro.” (E1_NO)

“A ver yo... en mi casa comida no falta, pueden faltar muchas cosas, pero comida no. (...) Si, yo, para mi...yo no sé otra gente, pero para mí lo primero ye el comer, después si te tienes que quedar sin... yo qué sé...cualquier cosa pues te quedas.” (E1_NO)

“Claro, yo hago una paella, pero hago una paella con con un par de costillinas que a veces calculo y digo mira, he gastado un euro o dos euros en este plato, para mí si son siete euros ya es mucho, lo calculo, que lo haces porque cuando te salen filetes lo haces, pero lo que es la comida de de tus padres, de tus abuelos, yo creo que eso no, haces un arroz con huevos, haces un eso, sale más caro lo otro, las meriendas. A veces las cenas, el segundo plato, el, que yo no soy de segundo plato por todo, por cocinar, porque te fartucas, yo para mí te fartucas, que no me gusta comer más de la cuenta y porque sale, me sa..., sale caro y te lleva mucho tiempo, porque dices tú comiste unas lentejas, en mi casa eran lentejas y huevo con... y huevo pasado por agua y era el segundo plato, quedábamos bien y después fruta, comes una fruta y si quedaste con hambre comes otra, y a lo mejor si quieres metes un yogur. Prefiero más eso que hacer unas lentejas, patatas fritas con carne. Eso para mí sube, eso sube mucho porque para mí son dos comidas y te sube y...” (E3_NO)

“A ver, que te apetece una raja de salmón cojonuda, buenísima ¡claro! En aquella época se comía también el salmón, pero ahora mismo no puedes meterte ahí a una raja de salmón cada uno, y yo soy de las típicas que digo lo que hay lo hay para todos o sino no hay para ninguno, ya está.” (E4_NO)

4.2 Rutinas de preparación y cocinado de alimentos en hogares con y sin obesidad infantil

Este apartado tiene por objetivo describir el proceso de preparación y cocinado de alimentos seguido por los hogares con y sin obesidad infantil con el fin de indagar en las similitudes y diferencias en sus trayectorias y analizar los factores que las explican. Para ello se recogen y analizan los fragmentos codificados con el código “cocinar” y “percepciones y valoraciones sobre la alimentación”.

4.2.1 Significados asociados a la preparación y cocinado de alimentos

Al igual que ocurría con la compra, preparar la comida se vive por ambos tipos de hogares como una tarea difícil de acomodar en el día a día. Es entendida como una actividad que hay que hacer y que, por lo tanto, se asocia más a una obligación que a una labor placentera o creativa de la que se disfrute. En el discurso de los entrevistados es constante la referencia al tiempo disponible como el factor más determinante para su valoración sobre cocinar, teniendo un significado diferente, por ejemplo, durante la semana que durante los fines de semana:

“No es que no me guste, es que no tengo tiempo para dedicarle, ¿entiendes?, porque yo por la tarde, hoy, precisamente quedamos hoy porque el guaje no entrena porque si no que es tres días a la semana y ahora a entrenar, vete a buscarlo, haz la compra, entonces claro, cuando me doy cuenta tengo casi que ir...o ir a recogerlo al entrenamiento, tengo que hacer la cena, tengo que hacer la comida para el día siguiente, pues nada tengo que hacer la comida para el día siguiente, a no ser que por lo que sea el día tal...comamos un arroz blanco, que tú ya lo haces en el momento, pero bueno no. El fin de semana si, ya el fin de semana ya es algo de hacer carne guisada o {fidegua} o...no sé algo que lleve más tiempo, pero normalmente por semana pues es eso, sobre todo legumbre, legumbre y pasta es lo que más comemos por semana.” (E2_SI)

“A mí, si yo estoy tranquila de esto de decir no tengo que ir a nada, no estoy estresada en ese plan, sí [me gusta cocinar]. Ahora, si estoy pensando: tengo que ir a tal sitio..., ya empiezo a...ya no me concentro en lo que estoy haciendo.” (E5_SI)

“A ver, si me gusta lo que pasa es que me lleva tiempo y yo en lo que es mi día a día pues voy bastante justa de tiempo, entonces al final, aunque te guste, lo repudias un poco pues por el tiempo que te quita por ejemplo para otras cosas.” (E6_SI)

“No, me gustaba [cocinar], ahora ya no (...) No, [Pss] yo cocino muy rápido y poco y en un momentito yo ya he hecho la comida mía y mi hijo dice: ¿mamá, pero en qué momento la hiciste?, y yo, yo tengo mucha prisa.” (E9_SI)

“Cocino por {obligación} y porque tengo que hacerlo.” (E12_SI)

“Normalmente cocino con robot de cocina (...). Es mucho más cómodo que en andar todo el día mirando para la cocina... Es que no me gusta cocinar. Entonces, cualquier cosa que sea (...) facilitarme el cocinar (...) la pones y ella cocina por ti y ya está (...).” (E13_SI)

“No, sí, pero no tengo, me gusta, pero si tuviese tiempo. Yo creo que se basa todo en tener tiempo y tranquilidad.” (E2_NO)

“No, [no me gusta cocinar] [risas]. Lo tengo que hacer, pero no.” (E4_NO)

“Sí, sí. Si no estoy...si no tengo muchísima prisa y esto de "mamá"...sí, sí me gusta.” (E6_NO)

“No tienes que pensar tanto [Risas] para mi es que lo haces porque lo tienes que hacer, pero bueno. (...) No, no, no, y es que no sé, no es que no me guste, es que como no lo tengo, vas tratando de escatimar los minutos de todos lados, pero creo que en el verano es distinto...es...” (E12_NO)

“Sí [me gusta cocinar], lo que pasa que bueno, tampoco tienes el tiempo ni siempre las ganas” (E13_NO)

Sus discursos en este sentido revelan que las expectativas de mejorar la alimentación conviven a diario con una sensación estresante derivada de las dificultades para poder hacerlo. El ritmo incesante de la vida cotidiana lleva a los distintos miembros de los hogares, con especial énfasis en las madres y sus hijos, a una lógica en la que apenas existe descanso. Sus semanas están repletas de actividades en las que incluso se solapan horarios. Las horas del día se perciben como insuficientes y más aún si se tienen varios hijos. Las prisas, los horarios apretados y el posponer acciones porque “no da tiempo” es la lógica diaria de la mayoría de estos hogares.

“Entonces nada, es comer el mayor, recoger la cocina y corriendo a buscar al mediano, [Risas], al colegio que sale a la 15:30, lo recojo en el cole y ya voy directamente, todos los días tengo algo, actividades, inglés, particulares, sobre todo mi hijo mayor, el mediano sólo tiene inglés, el mediano tiene logopeda en Avilés dos días a la semana, lunes y miércoles, hay que venir por las tardes a Avilés. (...) ...lo que pasa es que muchos días mi madre me trae a mi hijo mediano al logopeda porque no me da tiempo a recoger al mayor de todas las actividades, porque sale del instituto 14:30, como y tal, tiene a las 16:00 clases particulares, de 16:00 a 17:00 todos los días porque mi hijo es un puto desastre no hace deberes {yo lo llevo también con él} lo apunté para los deberes porque me volvía loca, eso

o me tiro por el puente, decidí eso. Luego a inglés lo apunte este año, dos días a la semana, o sea, {empata} martes y jueves tiene inglés de, a ver, 16:00, 17:00 sale de..., martes y jueves tiene inglés a las 15:15 que hay que ir a buscarlo antes al instituto porque si no, no llega a comer. Tiene inglés 15:15 y sale de inglés 16:30, 16:30 en punto tengo que estar en clases que está a medio km, llego tarde a clases, lo saco a las 17:30, eso martes y jueves y martes y jueves a las 17:30 voy corriendo, que también entra a y media, pero llego tarde, a futbol que está a unos tres km, sale del futbol a las 19:00, [Risas]. ¿Estás flipando, ¿no?” (E5_NO)

4.2.2 El proceso de preparación y cocinado de la comida diaria

La vivencia subjetiva respecto a la falta de tiempo es compartida por ambos tipos de hogares como reflejan los significados asociados a cocinar. Así como también es compartida la convivencia de expectativas de mejora de la alimentación con una gran sensación de agobio derivada de las dificultades para poder llevarlo a cabo.

“¡Claro!, quién no quiere mejorar la alimentación. Yo creo que todos queremos mejorar la alimentación. El problema es que insisto, como no estoy bien pues... (...) No me apetece cocinar, no me apetece hacer nada.” (E9_SI)

“También es cierto que la sociedad no te lo da, también es cierto que las prisas no. Como yo digo, jolín, tengo que, nada, te falta el puchero, el puchero a que esté la abuela, que esté eso dando y yo creo que eso sí, sí falta, que la gente pues también tiene ganas de salir, de comer fuera, aunque sea en el burger, aunque sea, porque ves que el fin de semana tiran para el burger y ves familias y {ves} tú, con el buen día, claro, ¿quién se pone a cocinar?” (E3_NO)

Sin embargo, el análisis de la situación objetiva y de la forma en la que organizan su día muestra diferentes disposiciones y composiciones de menús resultado de la influencia de distintos factores que, se irán detallando a lo largo del apartado, y que van modulando las diferentes trayectorias de configuración de la práctica alimentaria entre los hogares con y sin obesidad infantil.

El relato ofrecido por las personas entrevistadas muestra cómo las dificultades de conciliación entre la vida laboral y la familiar dan lugar a un escenario en el que los momentos dedicados a cocinar tratan de ser reducidos al máximo posible, siendo relegados en muchas ocasiones a un segundo plano frente a las obligaciones laborales.

“Cuando estoy en casa, los horarios de levantarme y acostarme y comidas y demás suelen ser aproximados...la cena siempre en casa siempre 9:30 – 9:45, el acostarse suele ser siempre a la misma hora, intento cuando llego a las 9:30 no tener que trabajar a partir de ahí, antes sí lo hacía pero ahora o sea que no (...) Si doy cursos de formación es que es...mmm...voy donde me mandan, en el

horario que me manden, y si tengo tiempo de parar a comer, como y si no, voy en el coche de un sitio para otro comiendo en el coche, que sé que no se debería hacer pero...Aquí en el tema de la formación, por ejemplo, entre Septiembre y Diciembre es a saco, es cuando las empresas deciden que...tienen dinero para gastar en formación (...) entonces esos meses es el descontrol total y absoluto en cuanto a qué cómo, cuándo como y cómo lo como.” (E11_SI)

“La niña desde que empezó el cole, tuvo que ser siempre...por cuestiones de trabajo de los dos, tenía que ser siempre a jornada partida, no podía ir a un colegio de jornada continua. Eso hizo que no pudiéramos llevarla a un colegio público, los colegios públicos en general tienen jornada continua, y hubo que llevarla a un colegio que además queda distante de nuestra casa, segundo problema, a jornada partida, por cuestiones de que yo aquí los horarios son los que son en la universidad unos días tienes clases a las 3, otros días a las 2, otros días y no sé qué, y mi mujer como tiene una tienda en un área comercial también pues teníamos un problema de ese tipo. (..) A mediodía la niña come siempre en el cole, lo cual viene muy bien, a nosotros nos beneficia un montón porque si fuera en casa pues no iba a comer la variedad que está comiendo ahí, eso lo tenemos clarísimo y... (...) porque en casa no íbamos a hacerle esa variedad porque...ves la lista de menú de comida y están comiendo cosas pues que a lo mejor en casa no sabríamos ni preparar, no somos ningunos...muy cocinitas, yo soy más cocinitas que mi mujer pero, pero cualquier caso, esa variedad que tenían las madres de antes, “Hoy te preparo macarrones, mañana te preparo papas guisadas con no sé qué, pasado no sé qué” eso sería impensable en casa, ese tipo de...” (E11_NO)

El tiempo se convierte en un recurso cotizado que deben invertir bien. Esto sitúa al trabajo en el centro de sus rutinas diarias y relega a la alimentación a un segundo plano en su escala de jerarquías porque las ventajas que les ofrecen, en comparación con otras prácticas, son escasas.

El tiempo, el tiempo, está claro.... Si trabajas.... Yo tengo claro que tengo que trabajar y mi siguiente prioridad, no sé si es apropiada o no, pero debido a los problemas físicos que tengo, debo descansar y después si tengo que elegir entre estar cocinando y estar con mis hijos, prefiero estar con mis hijos. Después, si tengo la oportunidad de hacer algo juntos, mmm nosotros hacemos eso y después volvemos y preparamos algo para comer. Sé que quizás no sea bueno, que hay que comer saludable, pero...(E11_SI)

Sin embargo, aunque la presión es sentida en ambos tipos de hogares, no en todos quien se ocupa de la alimentación presenta las mismas condiciones laborales, ni tampoco la situación económica y social es la misma. Y, por lo tanto, en unos se vive de forma más acuciante y con menos recursos para gestionarlo que en otros.

En los hogares con obesidad infantil es más frecuente que los horarios laborales sean extensos o irregulares. Se trata en su mayoría de trabajos a turnos, eventuales o con alta

dedicación horaria. En definitiva, trabajos que alteran constantemente la organización de la vida cotidiana y el resto de las actividades que las familias realizan a diario, dificultando una planificación a largo plazo y la incorporación de un momento estable para la cocina. En primer lugar, por la reducción de posibles espacios temporales para hacerlo; en segundo lugar, porque consumen gran cantidad de energía y acumulan cansancio lo que va en detrimento de la dedicación a la cocina; y, en tercer lugar, por la alteración diaria de los horarios.

“Llegas a casa y estás cansada, porque trabajas mucho, porque los niños te chupan mucho...no sé. (...) Es como si...el...la comida fuera algo obligatorio y tuviera que hacerla obligatoriamente, entonces cuando estoy sola no me veo obligada a cocinar, y bueno...no cocino, me tomo un vaso de leche o un yogurt y ya está. (...) Lo hago por obligación...” (E7_SI)

“Cuando tienes tiempo te...te presta, sales a comprar, miras con calma lo que...lo que hay, llegas a casa, cocinas, cortas tranquilamente, no sé (...) Muchas veces es el...vete pronto a resolver y punto y a ver cómo resuelvo más rápido. Sí, sí influye muchísimo el tema del trabajo, de hecho, mis hijos dicen cuando estoy de vacaciones “Ay mamá sabe cocinar y todo” [Risas] porque cuando no, lo único que hago es salir del paso muchas veces.” (E11_SI)

“Un día no me dio tiempo de hacer la comida y tal, pues hoy aprovecho y compro algo de esto precocinado y que es calentado en el microondas y me salva (...) Reconozco que hubo más, o sea, que tire más de ello...de la cuenta, pero lo que pasa es que lo hace tan fácil y tú, “bueno hoy no me preocupo” (...) Y engordas [Risas] la de mi madre. Y claro si tiras mucho... (...) Es más cómodo si no quieres cocinar, si te quieres quitar. Además, con esto no vas a llegar a prisa a todos los sitios, y es mucho más cómodo coger, calentar y ya está. Y luego los supermercados que hay de todo: todo es precocinado ahora.” (E13_SI)

Por el contrario, en los hogares sin obesidad quienes cuidan de los niños y se responsabilizan de la alimentación tienen condiciones laborales que permiten una distribución temporal con mayor espacio para preparación de alimentos y para la atención de las tareas doméstica en general: ama de casa, trabajos temporales focalizados en una época del año, media jornada, funcionarios, etc. Muchos de estos hogares tenían situaciones distintas, pero las dificultades que se han encontrado los han llevado a realizando ajustes de sus condiciones laborales para adaptarse a sus nuevas realidades familiares. Las formas en las que se observan estos ajustes van desde cambiar de trabajo o solicitar reducciones de jornada a opciones más radicales como dejar de trabajar para ocuparse del cuidado de los menores y las tareas domésticas. Eso sí, casi siempre en

detrimento de la carrera laboral de las mujeres e, incluso, su insatisfacción a nivel personal.

“Un poco liberada, un poco no llevar a los críos para aquí y para allá [Agudiza mucho la voz riendo], disfrutar yo un poquitín más de.... Yo ahora es que es eso, que me ata todo, me atan muchas muchas cosas. Quisiera hacer cosas, quisiera hacer, no sé, no estar pendiente ah, pues a las ocho tengo que estar en casa, pues a esta hora. Quisiera mi trabajo que saliera para adelante, entonces que estuviera en mi trabajo y estuviera en mi trabajo, y no estuviera en el trabajo y en la comida o en esto y lo otro” (E3_NO)

“El bar funciona muy bien, nos dio dinero, vivimos muy bien, pero no compensa a veces lo económico, vale más estar tranquila, estar feliz... (...) De hecho yo le dije que dejara todo, que dejáramos todo y cada uno nos buscábamos la vida porque al final a mí eso no me compensa (...) entonces al final me voy yo y se queda con todo. (...) Es un pub que es en plan más de noche, es el fin de semana sólo, entonces bueno, son 3 días, yo veo más fácil trabajar de noche con mis hijos durmiendo, que durante el día los puedo atender.” (E5_NO)

“Realmente, desde que...desde que soy madre he perdido calidad de vida propia por el cuidado del resto. No sé si me explico, me dedico a las tareas del hogar, me dedico hacer la casa, me dedico a planchar, a lavar, (...) te...te preocupas de la alimentación. Porque lo puedo hacer, si tuviera que trabajar evidentemente ese tipo de calidad se perdería, convencidísima, al 100 por 100. (...) Es que antes de tener a los niños y...antes de tener a los niños, al trabajar, pues sí, a lo mejor te importa un poco menos, eso, iba pues como "bah, pues ya no voy a casa, me como un pincho y sigo", o en vez de...Sí, yo creo que sí, te lo tomas todo de otra manera.” (E6_NO)

“Luego pues me casé y decidimos que... Bueno que podía seguir trabajando, pero lo hablamos, mucho: que si teníamos niños lo que no podíamos hacer era...trabajar los dos para pagarle a una persona para que estuviera en casa con los niños. Entonces decidimos que bueno... suerte que tenemos que mi marido tiene un trabajo...un puesto estable, un sueldo todos los meses... A ver, no nos sobra, ni nos falta, pero tiramos. Entonces decidimos que yo quedaba en casa y él trabajaba.” (E7_NO)

“Yo ahora mismo tengo reducción de jornada, salgo a las tres, porque yo trabajo de nueve a tres. Y bueno, mi horario no es estricto, entonces yo llevo a las niñas al cole, si yo llevo a las nueve y cuarto pues normalmente salgo a las tres y cuarto.” (E13_NO)

“Los dos somos... somos funcionarios de carrera. Los dos tenemos trabajo”. (E14_NO)

“No, lo, lo... solemos hacer eso de noche o a lo mejor, yo que sé a-, tch, a lo mejor él se pone por... por la tarde porque.... por organizar horarios, porque luego hay que ir a buscar al, cuando es muy, en... en el invierno que se hace tan pronto de noche (...) pues solemos ir a recogerlos a... al entrenamiento porque bueno nos da un poco (...) nos da un poco de miedo. (...) A lo mejor él se queda haciéndolo por la tarde para no... para no retrasarlo todo mucho. Eh... pero, no tenemos

problema en... en organizarnos y en.... Buscar hueco para hacer comidas o cenas.” (E14_NO)

En este sentido, los efectos de condiciones laborales más desfavorables son especialmente evidentes en los hogares donde solamente una persona se ocupa de todas las tareas del hogar y del cuidado de los niños, al mismo tiempo que trabaja fuera de casa. En estos hogares es más difícil llevar una cocina saludable porque las mujeres se pasan el día completo haciendo malabares para cumplir con todas sus obligaciones y las de sus hijos.

“Claro, cuando estoy trabajando, sí, porque hay que para... para cumplir con el horario... y darle menos trabajo al que se quede con los niños, porque me deja dejarles las cosas listas y preparadas para que... para que bueno no...” (E1_SI)

“Yo creo que sí, que sí, cada día se come más rápido, sobre la marcha...pero a lo mejor es porque nos metemos muchas cosas para hacer eh, y en realidad no buscamos ese tiempo de comida ni de arreglarse en la comida.” (E3_SI)

“El día de cansancio, si me apetece cocinar por la noche o no, o sea según el tiempo que me haya levantado por la mañana. (...) Hay días...hay días que me levanto a las 5 de la mañana y luego voy pa casa a las 7, ya lo despierto a mi marido y despierto a toda la casa y otras veces que me levanto cuando ellos. [Eso es cuando quiero] adelantar trabajo.” (E7_SI)

“Eh, como no es así vamos muy a {gutipronto}, unas veces preparar...si...si...si yo y él comemos por fuera, cuando llegan los críos se preparan algo rápido, siempre cuando llegan se preparan...se preparan algo rápido, y si estamos en casa pues preparamos algo antes de comer y...y por la tarde es lo mismo, si estoy haciendo estudios aquí, estoy un poquito más organizada, si no...cuando vuelva...cuando marchó, marchó y cuando vuelvo, vuelvo y en las cenas es lo mismo, a veces nos encargamos mi marido y yo de...de prepararlas y...y cuando no pues antes de ir a trabajar o al venir de trabajar aprovecho y compro una cosa y preparamos algo para las...para la cena.” (E11_SI)

Mientras que en aquellos en los que existe al menos cierto reparto resulta más fácil acomodar la alimentación y no optar por opciones que resuelvan de forma rápida y fácil pero casi siempre poco saludable. Al repartir las responsabilidades, el tiempo se expande y el cansancio se reduce.

“Yo, habitualmente yo, pero bueno, tengo un buen cocinero en casa ¿eh? Ayer, por ejemplo, llegamos a casa, me dediqué a hacer cosas con los niños, y... cosas, tareas pendientes que teníamos, y nada, por ejemplo, el preparó la comida para hoy, así que fenomenal.” (E6_NO)

“El de 21 años le gusta, le gusta. Es más, si él {me puede quitar} hacer la cena un día, me dice mama la cena la hago yo y la hace él. (...) Si algún día yo me veo apurada, o estoy en Oviedo, y me llama mama no compres nada para comer que voy a hacer rápidamente yo unos macarrones.” (E4_NO)

“Eh... los guisantes con jamón por ejemplo eso es mi marido, pues también hacemos, congelamos.” (E10_NO)

“El pescado suele ser más de noche, que estoy yo. Él, bueno, lo suele hacer, pero menos que yo. (...) Hombre, eso, él también hace alguna, yo qué sé, alguna vez yo les dejo el pollo más o menos preparado y, si ese día él está en casa, pues él lo cocina, para que esté cuando ellas estén, por ejemplo.” (E13_NO)

“Tenemos un poco repartidos, por ejemplo, él le salen mejor las legumbres, y yo si hacemos una crema de verduras o... pasta o arroz independiente lo hacemos los dos por-, pero si hay que hacer un, por ejemplo, una crema de verduras o tal la hago yo y si hay que hacer legumbres las suele hacer él, ¡que le salen mejor! (...) Y las tortillas también. Sí, sí, sí, sí, tenemos un poco repartido.” (E14_NO)

“No, por semana no, bueno la cena sí, a veces la hace él, pues igual un par de veces a la semana la hace él. Más o menos así nos la repartimos, y el fin de semana, pues también.” (E15_NO)

Si bien es cierto que quien se ocupa de la alimentación en los hogares sin obesidad infantil no trabaja o lo hace con jornadas reducidas o concentradas como se ha explicado, también hay hogares en los que los responsables trabajan y, sin embargo, se lleva una rutina de preparación de alimentos organizada y estable. Ante la falta de tiempo ponen en marcha un conjunto de estrategias a través de sus habilidades culinarias para combinar una alimentación saludable con una vida laboral activa. Si trabajan y tienen poco tiempo para cocinar entre semana, entonces realizan ajustes como dedicar mucho tiempo a cocinar los fines de semana para no tener que hacerlo por semana, preparar grandes cantidades y congelarlas o tener fondos de armario para imprevistos.

“A ver, yo suelo hacer comida, y por ejemplo yo que sé, hago garbanzos. (...) Y hago, a veces hago dos ollas, para congelar, congelo caldo para la sopa, congelo garbanzos y tengo para comer un día más o menos y luego congelo. No solo es una cuestión de recursos o de tener tiempo, luego también tienes que considerarlo importante, necesario, darle importancia. Es una multiplicidad de factores.” (E10_NO)

“Sí, por la noche o tarde-noche. Y luego en el día hacemos el segundo plato, una pechuga a la plancha, un filete, un..., yo qué sé, cualquier carne o pescado a la plancha.” (E13_NO)

“Cada dos tres días, y luego el fin de semana sí a- sí que aprovechamos a lo mejor hacer cosas para, para el lunes o... yo que sé, (ininteligible) eh... alguna cosa que podamos dejar hecha y congelarla. Eh... sí, pero eso, ehm... de noche, o sea

a diario, normalmente las cenas, luego la comida del día siguiente a lo mejor (es cada dos días o así). (E14_NO)

Resulta interesante cómo los cambios en las condiciones laborales en un mismo hogar producen cambios en la forma en que se organiza y resuelve la preparación de la comida. Los meses en los que se trabaja o el trabajo ocupa más espacio del día, el momento dedicado a la compra y el cocinado se modifica y la composición de los menús también. Siendo ambos más irregulares y generalmente menos saludables.

“El horario sí [influye]. (...) Antes que tenía que trabajaba en una oficina técnica y trabajaba todo el día. Yo salía de mi casa a las 8 a de la mañana y llegaba muy cansada a las 8 de la tarde o así. Salía de trabajar 7 y media, mientras que llegabas, aprovechabas para ir a comprar desde que salías de trabajar, luego llegabas, te ponías a hacer la comida, la comida para llevarme al día siguiente, la comida para dejarla hecha. De aquella cuando yo trabajaba afuera mi marido comía en casa de la madre, entonces... Se llevaba a la niña y comían ahí. Pero bueno tienes que hacer la comida para llevar al día siguiente, tenéis que hacerte la cena. Era mucho más agobiante.” (E13_SI)

“Luego del 15 de junio al 15 de septiembre que estoy ahí 16 horas metida, ahí hago todo en el bar, o sea, los críos desayunan en casa, ahí se quedaba mi marido hasta la 12:00 que llegaba la niñera, se queda en casa con ellos y yo bajo, el bar lo abrimos a las 09:00 de la mañana. Yo ya bajo a abrir el bar a las 09:00, los dejo a todos dormidos, mi marido les hace el desayuno y ya baja a las 12:00 de la mañana, todos para el camping que está a 5 km de casa, yo ya estoy en el bar, ya comemos todos allí, la niñera con ellos, comen allí, luego van a la playa y están todo el día en la calle, los tres.” (E5_NO)

“P2: Mmm depende, más que nada durante el invier...en el verano la hago en el momento de día, pero en el invierno la hago el día antes, de noche, cuando ya termino y eso entonces hago la comida y la dejo lista porque por horarios es imposible. (...) Eh porque en las mañanas, tengo más tiempo, ya tengo que venir nada más hasta las doce y media y no tengo otra cosa, luego te levantas, cocinas, limpias y eso.” (E12_SI)

A pesar de que a priori los hogares de posición socioeconómica baja tienen peores condiciones económicas, laborales y sociales para enfrentarse a la escasez estos aspectos no son los únicos que generan trayectorias diferentes. Las competencias prácticas y las técnicas y habilidades culinarias sedimentadas con la socialización y la experiencia modulan su respuesta y forma de organización de la alimentación. Por ello, incluso aquellos hogares sin obesidad infantil que tienen condiciones laborales similares a las de los hogares con obesidad infantil muestran un proceso para la preparación de la comida

con una composición que les acerca más a una alimentación saludable que a sus homólogos, a pesar de las dificultades económicas.

“Yo creo que desperdiciaríamos, yo creo igual aprendemos un poco a comer con un poquitín más de crisis. (...) Espero a que el salmón esté de oferta. No lo pago a 14 euros, digo madre mía, 14 euros, traigo dos o un, son 8 o 10 euros (...) Entonces ya te digo, cuando compro el salmón digo para partirlo a lo mejor para en cachos para irlo metiendo no muchas cantidades (...) Entonces ya te digo, sí condiciona relativamente, también aprendes a amarrar y a veces igual a comer más sano, porque si no yo seguramente igual tiraría un poco más de precocinado. Algunas veces me salvaría más el culo, digamos, digo bueno, pues pues esto y tira... echaría un poquitín más de lo que...” (E3_NO)

“No, no, no, yo soy a la antigua, yo soy a la antigua ¿vale?, la que echa en remojo y al día siguiente hace. (...) Soy a la antigua. Claro, porque tú ahora veis a la gente “ah, pues yo las fabes ya nos la echo en remojo”, joder chica pues yo las tengo que echar en remojo, a ver. Por ejemplo, los garbanzos, no, no, “pues tú los pones dos horas y ya”, yo los garbanzos en remojo como toda la vida y ya está. (...) Pienso no, tengo la tabla (se refiere a un menú que sigue), el lunes no sé qué, el martes no sé cuánto. Algún día se cambia ¿vale?, pero estoy muy regida a esa historia.” (E4_NO)

“Yo estoy todo el día metida, empantanada en la cocina, mis amigas me dicen y mis primas que me paso la vida cocinando, [Risas], porque estoy todo el día mandándoles fotos de...hago guisos y eso, ¿no? (...) Sí, yo cocino como una paisana... soy muy apaisanada para estas cosas... (...)” (E5_NO)

Esto muestra que las condiciones laborales más favorables -sobre todo en lo que respectan a la gestión del tiempo- son un aspecto importante a la hora de producir cambios en las rutinas y favorecen que sean más o menos estables, pero no son el único aspecto que explica el mayor tiempo dedicado a cocinar o la preparación de platos más elaborados. Las habilidades, competencias y conocimientos prácticos culinarios se revelan en sus discursos cómo un elemento clave que les permite reconfigurar su rutina hacia una alimentación más saludable, incluso, ante la escasez temporal y económica. Un aspecto que unido a los dos anteriores, permite tener más éxito en el desempeño de la práctica, también ante situaciones sobrevenidas. Siendo uno de los elementos en los que se encuentran más polaridad entre los hogares con y sin obesidad infantil.

Las personas que se encargan de la preparación de alimentos en los hogares sin obesidad infantil aprendieron a cocinar a través de la visión y observación de sus madres y abuelas, y en muchos de los casos tuvieron que tomar las riendas de la alimentación en sus casas

desde muy jóvenes por distintas casuísticas: su madre trabajaba fuera de casa, su madre falleció joven o desde un inicio colaboraban de forma responsable en esta tarea.

“Hombre, sí, no, yo, sí, en casa. Yo me acuerdo que mi madre trabajaba por las tardes y yo con 12, 13 años me acuerdo que la sopa la hacía yo para para la cena, para cuando llegase ella, y luego mi padre cuando venía, que venía primero que mi madre, hacía el segundo plato.” (E2_NO)

“Mi madre siempre fue de comer muy sano y es de aldea (...) Ella era todo todo lo que pudiera ser artesano, de casa y de todo eso. Entonces, ya te digo, con muy poco, con una lata de bonito te hacía una paella (...) Mi madre siempre nos acostumbró a comer pocas cantidades, porque siempre decía, dice no hay nada peor que una fartura (...) Yo soy de comer varias veces al día. No meto un plato grande. (...) Lo mantengo, ahora el sueldo nuestro tampoco es grande y entonces sigo la misma línea, no me cuesta adaptarme a ello porque lo mamé y sé dónde dónde hay que quitar (...) Sí, sí, sí me enseñó y sí, a veces dices tú, no hay nada y te hace y dice pues mira, va a quedar carne pues mira, te voy a hacer unos {frixuelinos}, te hace muy pocos y digo pues mira, ya ya quedé completa con eso.” (E3_NO)

“No, no, no, aprendí por las circunstancias, que tienes que aprender y tienes que ir probando, y ya está. (...) De una noche a la mañana, de una noche a la mañana mi madre se nos fue y no hubo otra (...) Yo cuando murió mi madre tenía 19, pero me quedé con mis hermanos, evidentemente, la de 12 y la de nueve, entonces ahí no me quedó otra, o tiras o tiras. (...) Y un día salía mejor, y otro día salía peor, pero bueno, era lo que había y se comía.” (E4_NO)

“Mi madre me enseñó...entonces desde muy pequeña ya vi siempre la cocina. Y a cualquier hora eh, nunca tuve pereza (...) Ay...porque decía: voy a hacer unas rosquillas, voy a hacer unas magdalenas. Y siempre estaba liada. Y allí se estilaban mucho las...orejuelas. (...) Pues allí se estilaba mucho y yo estaba en primera fila allí siempre haciendo las orejuelas. A cualquier hora del día, nunca tenía pereza.” (E8_NO)

“Yo creo que más bien uno se ha ido educando. (...) Sí de las costumbres que había en mi casa. (...) [Aprendí] de mi madre que era la que estaba. (...) En casa era la única que estaba, se quedó viuda y...fue, fue ella. (...) Fui mirando, yo creo que fue más la necesidad, como ella trabajaba “Hazme esto o hazme lo otro, vete preparándome esto o vete preparándome...” Entonces todo fue un poco como ayudándole y aprendiendo.” (E12_NO)

“Bueno, a ver, tú lo vas viendo, forma parte de tu día a día, digamos, y sí que llegó un momento en que para que mi madre se fuese de vacaciones yo me quedé al frente de... O sea, los veranos ella marchaba y yo me quedaba para, bueno, entre otras cosas, claro, para cocinar. Yo cocinaba para pues mis hermanos que trabajaban, por ejemplo, y ahí fui donde empecé a cocinar.” (E13_NO)

Mientras, en los hogares con presencia de obesidad infantil, quienes se ocupan de cocinar aprendieron en la mayoría de los casos de forma autodidacta y/o empezaron a hacerlo

más tarde -tal es así que alguna de las entrevistadas reconoce a sus 49 años que hasta la muerte de su madre no comenzó a cocinar como tal. Relatan que, durante su niñez, adolescencia y en general durante el tiempo que vivieron en casa de sus padres, apenas observaron cómo se realizaban las comidas. Una cuestión que se evidencia también en la poca alusión a los platos típicos o tradicionales que configuraban su alimentación por aquella época en comparación con las referencias frecuentes de los hogares sin obesidad infantil. Al independizarse y formar su propia familia, tuvieron que aprender casi desde cero cómo cocinar -con todo lo que ello implica-.

“Bueno pues cuando me casé “Esto así y esto asá” porque claro cuando era soltera yo llegaba a mi casa y estaba todo puesto y “Bueno ¿esto de dónde salió?” [Risas]. Como tampoco tuve mucho interés en la cocina (...) Entonces bueno como me descuidé un poco de aquello, tuve que aprender.” (E2_SI)

“Yo sola, no sé. Yo hice ahí y me aprendí. [risas] (...) Lo hice yo a mi gusto, a mi manera y así cociné.” (E4_SI)

“Pues...Ummm...la verdad que ningún sitio. Bueno, a ver, la verdad viendo un poco a mi madre, pero poco, porque tampoco es que entre así yo mucho en...en la cocina...y otro, pues experimentando. No, a lo mejor...pues fijándote cuando hacían algún plato por ahí e introducen cosas que a lo mejor tú en casa no introducías, sino de repente te das cuenta de que...de que esta bueno con eso...pero más bien...un poco autodidacta...” (E6_SI)

“Yo aprendí a cocinar realmente fue cuando ya vine para acá, porque yo allá cocinaba fatal. (...) Allá todo me lo hacían porque yo trabajaba, trabajaba, estaba trabajando, estaba estudiando, entonces tenía a alguien que me echaba una mano.” (E9_SI)

“Ahora sí que voy a quedar muy mal... (...) Vale, vale, pues aprender a cocinar y a hacer el pote y tal aprendo cuando muere mi madre. (...) Hace relativamente poco porque hasta entonces los segundos platos siempre los cocinábamos en casa, unas lentejas, unos garbanzos, unas habas, siempre en casa de ella se hacía más y venía un tupper para casa entonces lo que son...un pescado, no siempre era ella la que lo hacía, entonces en mi casa se hacía un pollo a la plancha, un pescado frito, a lo mejor unos espaguetis, cosas así, una tortilla de patatas, cosas de ese tipo, pero no...no lo que es cocinar, cocinar.” (E11_SI)

Esto les hace también percibir y valorar de formas distintas la alimentación. En los hogares con casos de obesidad infantil se perciben grandes diferencias entre sus preparaciones y las realizadas por sus madres y abuelas. Creen que ahora se han introducido alimentos precocinados o rápidos que antes no estaban presentes y que esto lleva a unas elaboraciones también más rápida, con menos tiempo para su preparación e ingesta y más alejada de productos frescos. Creen que su comida, la comida de hoy en

día, está alejada de esa comida de antaño más cercana a legumbres, platos de cuchara y productos frescos; entre otras cosas porque consideran la vida de hoy es más ajetreada que la de entonces.

“Y lo hacía de vez en cuando...hombre la comida pues ahora todo es precocinado o sea en mi casa nada de eso ni pizzas ni nada. Mi madre era mucho de eso de legumbres, de pasta, de pescado, carne, y cocinar pues nada porque yo creo que no había o no se tenía ese conocimiento de estas grandes superficies, antiguamente era la tienda del barrio. ¿Qué tenías ahí? Pues todo natural, no había otra cosa. (...) Es que ahora tú vas a comprar y tienes de todo y llegas, calientas, abres y puff, arroz blanco, nunca lo probaba, arroz blanco lo abres y ¡hala! lo calientas en el microondas...” (E2_SI)

“Pues que antes era mucho más...no sé yo me acuerdo de la comida de mi madre que era siempre cuchara, siempre era caliente todo, siempre era...no sé, no me acuerdo...yo pienso en mi madre y pienso en el plato de repollo...de espinacas o de cuchara, todo, entre semana, y los fines de semana comías las sobras que fueron sobrando de la semana, y ahora no, ya no, o sea el decir...como digas “Mañana coméis las sobras de la semana” es como “¿Qué? (...) Yo creo que, por el procesado de los alimentos, era mejor antes, todo era más natural, más huerta.” (E7_SI)

“En Madrid que viví el cambio. (...) Yo sí que vi crecer cadenas de comida rápida. (...) Yo pienso que la gente tiende al... a lo rápido, más que a lo saludable. Gente que se siente a comer. O que tenga tiempo de sentarse a comer un plato de comida no es lo común. Hablo, lo que yo conozco eh. Porque a lo mejor, por ejemplo, si te paras a pensar aquí. (...) Pero sí que es verdad. Que yo me doy cuenta, en Madrid, de sitios donde no había nada o un local que estaba vacío, eh ocuparnos sobre toda la zona central {Ininteligible} y tal. Eso, establecimiento de comida rápida. Tipo McDonald, Pans and Company y demás. Y en las zonas justo donde trabaja más gente como plaza Castillo hasta las Torres. Ahí la mayor parte de los sitios que hay de comida son de comida rápida. Los-las las zonas que yo conocía. Eh, de restaurante de sentarse a comer, caseros y tal. Creo que quedan dos. Yo creo que la tendencia es esa, a comer rápido. No bien.” (E15_SI)

En cambio, los hogares sin obesidad infantil no perciben grandes diferencias entre su comida y la de su madre y/o abuela, y en todo caso, cuando perciben diferencias suele ser relacionadas con que ellas cocinan con menos grasa o menos cantidades. En general, aprendieron desde pequeñas a cocinar por diversos motivos y sus aprendizajes han estado muy ligados a su comida de la infancia. En su discurso, en mayor o menor medida, pueden apreciarse referencias a refraneros de sus madres, abuelas y suegras, y en general un mayor recuerdo o referencia a esos saberes populares que incorporaron desde pequeñas. Incluso E15_NO que aprendió a cocinar hacer muy poco porque hasta entonces su madre

vivía con ella y le cocinaba, prioriza que se coma como se ha comido siempre a través de las elaboraciones de su madre, a pesar de sus dificultades temporales debido a su trabajo.

“Si, bueno en mi casa...nunca vi que fueran de grasa, si es verdad que cocido y eso...fabada más bien, que suelta ese... [risas] pero bueno en mi casa cuando éramos críos como ahora fruta mucha fruta si se comía verdura, y verdura, es que mi abuelo tenía una huerta.” (E1_NO)

“Yo lo veo parecido, yo creo que mantenemos más o menos los mismos hábitos cuando...como en mi casa. Sí, yo creo que comemos igual. (...) O sea, yo creo que vas adquiriendo hábitos adquiridos de pequeña, realmente siempre dices voy a hacer lo que hace mi madre, pero cuando eres madre haces lo mismo o peor, quiero decir, en ese sentido luego eres más estricta incluso que ella. Sí, yo creo que lo hacemos igual.” (E6_NO)

“Yo a lo mejor un pelín más limpio... todavía. (..) Más limpio, a lo mejor la plancha yo la hago más estricta. Cojo el pulverizador y hago “shh, shh” y ella no, ella echa un toque (...) pa que no se le pegue. A mí se me pega.” (E7_NO)

“En mi caso no [percibo diferencias]. Yo cocino muy parecido a mi madre, mi madre cocina muy parecido a mi abuela. En mi caso, no.” (E9_NO)

“No, tampoco hay mucha diferencia. (...) Haría otros platos, pero... pero parecido, ella... yo que sé, a lo mejor hace carne guisada y yo hago carne al horno más a lo mejor o cosas así, pero... Pero tampoco hay mucha diferencia, no.” (E10_NO)

“No, creo que cocinamos un poco parecido a... en ambas... casas. (...) Eh... lo mismo, pues eso mucho plato de cuchara mmm... eso cocidos, legumbres..., (...) ensaladas también. Pues mis suegros (...) tenían huerta y también hacían mucho, muchas ensaladas, el pisto que te contaba (...) es una receta de mi suegra.” (E14_NO)

“Yo cocino lo mismo como cocinaba mi madre. Mi madre cocinaba así porque mi padre, es lo que ha comido siempre y, en ese sentido sigo haciendo lo mismo, lo que pasa que yo antes no lo hacía [Risas], lo hago yo.” (E15_NO)

Hay poca referencia al refranero popular, a las recetas tradicionales y los aprendizajes de la infancia entre los hogares con obesidad infantil. Su discurso sobre cocinar es menos detallado respecto a las competencias prácticas y técnicas puesta en marcha. Se profundiza mucho menos en cómo elaboran los platos. Rara vez sus hijos participan en las actividades relacionadas con la cocina porque ésta tampoco es una actividad prioritaria en sus hogares y, porque como ya se ha comentado, tratan de resolverla lo más rápido posible e involucrar a los menores supondría alargar el tiempo dedicado.

“Poco no te creas [que mis hijos cocinan conmigo], no, no, a lo mejor cuando yo estoy cocinando ellos no están en ese momento, bueno en general no (...). Cuando hago repostería sí, o en casa de la abuela tal, bueno, pero tiene que ser algo especial, el día a día no.” (E2_SI)

Un aspecto que sí tienden a narrar y realizar más frecuentemente en los hogares sin obesidad infantil. Sus hijos e hijas participan más y con mayor frecuencia en las actividades de preparado de alimento: se cocina con ellos y se les permite ayudar en algunas tareas.

[Aprendí] pues de mi madre, y de la abuela. (...) Sí, también nos dejaban participar. Sí, sí que es verdad que era como un momento de ocio en casa, y entonces, bueno, también quiero que los niños lo vean así, como un momento pues de estar juntos y estamos muy entretenidos.” (E6_NO)

“A mi hijo mayor le gusta. Si le gusta, sí y pregunta: “esta especie, ¿de qué es? ¿Para qué se echa? ¿Carne o pescado? (...) le da miedo cuando salta caliente, pero sí le gusta ayudar a darle vuelta a las cosas. Sí, sí le gusta.” (E7_NO)

“Hace 2 ó 3 días se empeñó que ella fregaba y estuvo ahí fregando su plato y el mío. (...) Sí, sí, sí, le gusta [cocinar], la tortilla la hizo ella, la tortilla de perejil esa, y...y el sándwich no dejamos que haga ciertas cosas ella para que no se queme, pero bueno por ahí van los tiros, eh...” (E11_NO)

“Sí, eh ah, ya empiezan a a hacer... cosas [en la cocina], sí, sí, sí, sí. (...) Sí, si les gusta, sí, sí, les gusta.” (E14_NO)

Como resultado de la combinación de todos estos aspectos, en perspectiva comparada, la cocina de los hogares sin obesidad infantil es más compleja y presenta una organización más estable a largo plazo. En general emplean más tiempo en la cocina y lo hacen con mayor frecuencia, lo cual suele acercarlos a preparaciones más saludables. Si bien es cierto también que aquellos con vidas más ajetreadas dedican menos tiempo, sin embargo, sus competencias prácticas en la materia les permiten aún ante la escasez temporal o económica acercarse a elecciones y preparaciones más saludables.

“A mí me lleva muchísimo tiempo. (...) Hacer una vinagreta solo mira [golpe sobre la mesa] el tiempo que me está, que me está llevando. (...) Es que a veces digo yo bueno, pues mira, me eché una hora para hacer algo sencillo y después por la noche otro tanto, sí, y otras veces ya te digo, como tiro de eso digo mira, sencillo. Entonces... (...) Suelo cocinar mañana y tarde, o sea, ya lo suelo tener pensado.” (E3_NO)

“Es que, a ver, hay días que no salgo de la cocina, es que te dije todo lo que hago pero hay días que no sé en qué momento hago..., por las mañanas estoy muchas veces cocinando, pero yo, lo que es la limpieza, o sea, yo lo que hago mucho es,

como madrugo tanto cuando llevo al mayor, esa hora y media que tengo ahí, vuelo, vuelo en lo que tengo libre en lo que están ahí, organizo mucho y avanzo mucho de ropa y tal, luego cuando llego pues me mato y hago la comida, que a veces siempre que hago albóndigas pues echas ahí la de Dios...” (E5_NO)

“[Dedico] dos horas y pico, tres. Depende. Si es pasta, no, pero si es guiso, sí. La legumbre es básica. Sí, garbanzo, más todo tipo de legumbres. Que quizás es lo que más tiempo te lleva.” (E9_SI)

“Por ejemplo, pa’ mañana pues, no sé qué comer, o descongelo eso, guisantes con jamón o cocido o alguna cosa que tenga así, y lo comen. (...) Porque tampoco tengo tiempo. Claro, no tengo tiempo, entonces cuando hago, prefiero hacer más cantidad y tenerlo ahí y lo voy sacando poco a poco.” (E10_NO)

Los estofados, la plancha y el vapor son las formas de preparación por las que optan más frecuentemente, mientras que los fritos y rebozados son utilizados muy ocasionalmente. Los platos de “cuchara” aprendidos de sus madre y abuelas ocupan un importante espacio en sus menús semanales lo que los lleva generalmente a un consumo más elevado de legumbres. Hacen uso de platos precocinados como pizzas o hamburguesas, pero no como parte de su dieta, sino como algo excepcional que se sale de la norma y que se identifica como insano.

“Con muy poco aceite, y yo aceite cojo el de oliva, el de girasol no, porque es que pa encima no lo puedo comer el de girasol... (...) el médico me dijo que cogiera el de oliva y yo uso muy poco aceite.” (P1_NO)

“Me saca mucho del apuro porque también ha..., suelo hacer la tortilla y las patatas, en vez de freírlas en la sartén con mucho aceite, las echo en la pota con un chorrín de oliva y entonces lo cierro, entonces me lo cuece, fríe, no lleva tanto aceite” (E3_NO)

“En la pechuga pues le gusta en la planchita, no me la hagas empanada. Va cuidándose el mismo, sabes.” (E4_NO)

“Yo en mi casa ... las fabas y... Que también se comen, eh, pero todo estofadito, con sus verduritas..., o filetes a la plancha.” (E7_NO)

“Lo que más engorda...oye, estas cosas a la plancha sabes que no te engorda. La carne siempre la suelo hacer a la plancha, el pescado también lo suelo hacer a la plancha y luego eché manzana...a veces le echo manzana...está muy bueno eh...o manzana o pera y lo hago a la plancha y con el pescado y con la carne también está bueno.” (E8_NO)

“Entonces eso, primer plato pues eso, desde fabas, lentejas, los purés, ensalada, por ejemplo, ensalada de pasta la hago bastante, ensaladilla, donde le meto ya todo tipo de verduras. Ese tipo de platos son, vamos, habituales. Luego pues macarrones también, bueno, macarrones, pasta en general. Eso ya más bien se lo prepara él, de eso ya se encarga él.” (E13_NO)

“Nor...normalmente hacemos un pasta o arroz, eh... muchas legumbres, a la semana dos, tres veces legumbres eh... qué más, no sé verduras, y... y luego eso la comida (ininteligible), a lo mejor un yogur u otra fruta, y luego en la merienda eso otra fruta o un pequeño bocadillo... y... mmm... para la cena, pues más pescado, carne, eh... alguna ensalada a lo mejor, o una crema de... de verdura o de hortaliza” (E14_NO)

“Tiro mucho de, de a la plancha, yo carne a la plancha o pollo a la plancha o... No hago platos muy elaborados. [Ríen]. Y eso, y en en invierno sopa y en verano, bueno, la ensa..., la niña la ensalada no le gusta, pero las ensa..., le hago una ensaladilla, una ensalada y tal y ya está, no.” (E2_NO)

“Pues yo qué sé, intento las grasas no meterlas demasiado en..., o sea, a las carnes le quito la grasa y demás, ese tipo de cosas, pero por lo demás... Y no tirar demasiado de fritos, o sea, aunque se hacen, al final se hacen, pero bueno, también tiro más de plancha, la verdad, hace tiempo.” (E13_NO)

El uso de este tipo de alimentos más como norma que como excepción a lo largo de un gran periodo de tiempo es parte de los mecanismos que algunas madres con obesidad describen como parte de su proceso de engordar:

“Yo desde el instituto, porque yo en el instituto usaba una talla 36. O sea, yo iba al instituto en 3º de BUP y tenía unos pantalones que...como podía yo ponerme esto, además era una 36 de las que decías tu (...). Imposible, y de repente a partir de ahí empecé a comer más, vas al recreo, ¿comes...dices bah! Unos gusanitos, no sé qué, empecé a comer mal, porque lo notaba yo que salía del recreo y decía me apetece dulce {menos} un bocadillo y ahí empecé a liarla. (...) Más o menos, sí sería 15, yo estaba en 3º o sea, ahí empecé a liarla, luego ya claro, empiezas a alimentarte a lo fácil, patatas fritas, no sé qué...que si la hamburguesería... (10:00) y ahí ya cambié todos [alargando palabra] los hábitos. (...) Más bien, era por el hecho de decir que, como nunca me engordó nada, dije: bah! No pasa nada, lo que pasa es que, si hubiese sido un día, no pasa nada, pero que fue casi que no me di cuenta, fue casi todos los días. (...) No, no fue tan rápido, lo que pasa es que me di cuenta cuando volvimos de un viaje de esto de...fuimos a la Gomera a vivir una temporada.” (E5_SI)

Además, como refleja alguna madre, una vez introducidos en estos hábitos es difícil invertir la tendencia porque esos alimentos producen cierta dependencia. Primero porque se ha convertido en la norma y no en la excepción y segundo por su palatabilidad:

“Hombre, bueno a mí me encantaría que para desayunar comieran galletas más sanas o tostadas, me encanta la idea de que desayunaran más sano sobre todo yo creo que la hora del desayuno y de la merienda (...) entonces ya están acostumbrados a eso, a comer... a desayunar y a merendar leche con cereales o leche con galletas. (...) Pues por el tema del azúcar, porque claro como están más

ricos... pues el azúcar y ya intenté pues les compré cereales con chocolate esta vez y la próxima vez cereales sin chocolate, pero claro estos cereales de Kellogs [Inentendible] famosos, claro no saben nada. No los quieren...” (E2_SI)

“Nada, que cansamos, enseguida volvemos a picar lo que no debemos y una vez... Es que esto es como, yo digo como el que deja de fumar y una vez coge un cigarro y tal y vuelven, bueno, pues esto pasa en mi casa continuamente. Dietas a cada dos por tres, nos ponemos a dieta, no comemos ni patatas fritas ni nada, al final acabo friendo un día patatas y ya seguimos con patatas fritas acompañándolo todo con patatas fritas todos los días.” (E10_SI)

“Antes la comida que había era la que había. Y ahora tienes opción de elegir. Quiero decir si había patatas en casa era lo que ibas a comer. Ahora habrá niños que si no quieren patatas podrán comer una hamburguesa. Entonces... (...) en cuanto tienes opción. Cuando tienes un criterio y sabes que es bueno, aunque te guste menos lo haces. Pero cuando eres pequeño no tienes ese criterio y lo que quieres comer es lo que te gusta más. Está claro. Vamos para mí, está claro. No quieras meterles, si les pones un chocolate o acelgas. Estoy segura que los 3 de 3 comen chocolate antes que acelgas. Entonces, bueno, el tener acceso a más, a más alimentos, mas-más apetecibles, pero menos saludables. Pues ayuda...” (E15_SI)

Por su parte, los hogares con obesidad infantil dedican menos tiempo a cocinar y la frecuencia con la que lo hacen fluctúa a menudo para adaptarse sobre todo a sus jornadas laborales que también son más inestables e irregulares. Sus responsabilidades laborales y familiares alteran, como ocurría con la compra, su rutina de preparación de alimentos de forma que casi nunca se realiza en un momento fijo, sino que tiende a solucionarse sobre la marcha y en función del tiempo que hayan dejado disponible otras prácticas.

“Si puedo...cuando tengo más tiempo si y cuando tengo más tiempo introduzco más que si verduras, y todas esas cuestiones...yo en ese aspecto...ehhh...el tema tiempo sí que es muy importante, no es lo mismo, para mi ¿eh? Hacer algo rápido que hacer algo con un poco más de...de tiempo y decir pues bueno, voy probando esto tranquilamente, tengo esto, todas las verduras en la casa (...) Igual yo no tengo una buena costumbre de cocinar por aquello de que unos días voy a casa de mi suegra, otros a casa de mi madre y tal, pues también puede ser que me cueste más trabajo que a otra persona que lo tiene más asumido el hecho de cocinar todos los días. Yo lo de cocinar todos los días me cuesta mucho...” (E6_SI)

Este aspecto favorece preparaciones de platos en los que escasean las verduras, el pescado o las frutas, y en los que se opta en más ocasiones por fritos y rebozados. Si bien a priori los primeros podrían parecer más fáciles de preparar, presentan más dificultades para ser ingeridos sin resistencia por parte de los menores mientras que los segundos suelen ser

de su agrado. Los productos precocinados también suelen consumirlos más regularmente ya que les permite resolver la preparación del menú con tres grandes ventajas. En primer lugar, una reducción del tiempo invertido en su preparación. En segundo lugar, la facilidad para ser ingeridos por parte de los menores y demás miembros del hogar debido a su alta palatabilidad; y, en tercer lugar, la facilidad con la que se preparan, sin necesidad de desplegar grandes técnicas y competencias culinarias para obtener un resultado exitoso.

“Come, bueno no come no, come algún pincho por ahí o algo, pero él no es de ensaladas, él no come frutas, la verdura que yo le camufló por ahí como digo yo.” (E2_SI)

“Puedo comer un plátano en un mes y ya no como más. No me llama a mí la fruta.” (E3_SI)

“Eh, fritura que si pechuga rebozada, que si carne, que si...pescado...pescado nada, pescado era imposible porque pierdes más tiempo haciendo pescado, y ya llegó un momento que dije yo “Ya, ya esto no puede seguir así” (E7_SI)

“Sí... Antes era mucho pote, legumbres, fritura también. Antes se freían huevos y ensaladilles y cosas de estas” (E12_SI)

“Las salsas; ketchup, mayonesa, queso que le encanta a la mía. Si quieres que coma carne tiene que ser... los rebozados, por ejemplo... A ellos les gusta el cachopo, les gusta la carne rebozada.... entonces eso ya no lo haces, pues ya no haces frituras, ya no... Ya ya frío, todo el tema de empanadillas, eh, croquetas, todo eso no se hace en mi casa. (...) Sí, todo lo que es el aceite, lo de freír... a lo mejor algún día puedes freír una cosa, pero yo creo que hacer croquetas en mi casa un año por lo menos.” (E13_SI)

“Los fines de semana es más de pescado, por la semana tiramos un poco más de la carne. (...) Porque trabajamos hasta tarde.” (E14_SI)

Ante imprevistos y alteraciones de la cotidianidad cada tipo de hogares hacen uso de distintos alimentos y preparaciones. Los hogares sin obesidad infantil optan por opciones que permiten resolver de forma rápida la alimentación, pero sin recurrir a fritos o grasas. Sus conocimientos de cocina se ponen en práctica, incluso mostrando cierta previsión ante la posibilidad de estos eventos; este segundo aspecto está más presente en hogares donde la responsable de alimentación trabaja.

“Cuando llega mi marido no hay comida para él [ríen]. Entonces me apaño porque igual con una lata de bonito, suelo comprar latas un poco grandes, entonces me dura la semana, voy cogiendo de ahí. Entonces pues hago una tortilla francesa y si se la meto en bocadillo entonces ya esto, ya no necesito freír patatas ni cosas de esas. Suelo tener lomo, cecina y jamón serrano. Tiro también entonces

de bocadillo, les meto pan y les meto jamón y todo eso, que les gusta, les gusta mucho. Yo el pan no es de Alimerka, encontré una panadería ahí que es con masa madre, con todo eso, y entonces les procuro meter bastante pan de eso, porque lo que es a la hora de comer no acompañan, ellos no son de acompañar pan, se lo tengo que meter en él, en el bocadillo. Entonces ya te digo, hay a veces que estoy muy apurada, que esto es al final lo que eso, procuro que me quede de un día para otro.” (E3_NO)

“Lo mismo con merluza, veo y digo, ¿qué es lo que voy a hacer para hoy y para mañana?, vale, esto y lo otro lo congelo, y cosas así. Me gusta tener también mucho congelado porque me saca de del a..., me completa. Tengo dos filetes y somos cuatro, ¿cómo lo hago? Bueno, pues pico, le echo una salsa, no sé qué, y si hago unos calamares o unas croquetas o algo así.” (E3_NO)

“Sí, te comento, suele pasar cuando yo no hago la comida de un día para otro y me tengo que ir al HUCA todo el día, por ejemplo, porque llevo a mi sobrina, nos tenemos que ir al hospital una vez al mes y a lo mejor cuando quiero llegar a las dos de la tarde te pillas el tiempo, pues venga. A ver, yo por ejemplo un día, suelo dejar la comida de un día para otro cuando tengo cosas que hacer ¿vale?, pero me pillas que no me apetece, como a mucha gente le tiene que pasar, y entonces ahí tiramos, venga, cojo un bote de fabes o dos, venga a los potes lo calentamos y comemos, tampoco te creas que nos gusta mucho ¿no?, pasamos el bote de fabes, no más.” (E4_no)

“A veces no tengo igual comida hecha y hago arroz blanco, cosa rápida, cuando no me ha dado tiempo a dejar, yo soy de guisos, lentejas, fabas, que me duran dos o tres días.” (E5_NO)

“Alguna lata..., alguna lata de estas de litoral pues a veces sí. Me gusta tener alguno en el armario, mira no, no caía. A ver mi marido lleva comida. Normalmente lo que se hace al día siguiente o un día antes para que sobre para que lleve. Hay días que bueno, que no te sobra, ¿no? Porque se te fue el tal... o lo llaman de un día pa' otro "no, que tienes que venir". O bien come aquí, o se lleva una latita de fabada de esta del litoral o de lentejas.” (E7_SI)

Estas mismas habilidades y competencias culinarias les posibilitan además de un mejor afrontamiento o gestión del escaso tiempo disponible, la preparación de platos integrando en ellos alimentos saludables que los niños comen con mayores dificultades. Un ejemplo de ello son las verduras incorporadas a distintos platos a través de técnicas que no las hagan visibles y, por tanto, sin la necesidad de renunciar a incluirlas en la dieta de los más pequeños:

“La cojo, tiro el rollo allá, en la pota, le echo patatas y ya me cuece las patatas y le, y ya le echo ajo-puerro, le echo cebolla, pimiento y zanahoria, que los críos no lo comen, pero después lo bato. Entonces al {batarlo} ya me sale una crema y esa les encanta” (E3_NO)

*“P: Y cuando cocinas, ¿sueles tener en cuenta los gustos de la gente?
R: No, soy muy dictadora. Es lo que hay, lo que hay. (...) Sí, sí. Es verdad. (...) Sí, sí, sí. Es lo que hay, guste o no guste... Y, de hecho, me da mucha rabia cuando voy a casa de mis padres, que preguntan: ay, ¿qué os gusta? Digo: no preguntes. Tú pon, y lo que haya se come. Es que no hay más. Y eso me molesta mucho, sí. [Se ríe] (...) Les guste más o les guste menos, están acostumbrados a los sabores y lo comen.” (E9_NO)*

Los hogares con obesidad infantil tienen más en cuenta los gustos de los niños y elaboran platos que generan menos resistencia por su parte. Ante la misma dificultad de que ingieran verduras, éstos optan por presentar platos distintos a los niños en una modalidad que no incluya alimentos que no les gustan pero que generalmente son más saludables:

“Él no come verduras, pero yo lo hice todo para los tres con pimienta y zanahoria. A él le eche solamente lo que es la carne, pero bueno por lo menos para que tenga también el saborín y lo que son las sustancias...” (E6_SI)

4.3 Rutinas de organización de la comida diaria en hogares con y sin obesidad infantil

Esta sección tiene por objeto describir y analizar el proceso de organización de la comida diaria y los significados asociados a comer de los hogares con y sin obesidad infantil, con el fin de detallar los aspectos que comparten y en los que se diferencian, así como conocer los factores que van modulando las distintas trayectorias en la configuración de la práctica. Para ello se han analizado fragmentos de las entrevistas pertenecientes al código “comida” y “percepciones y valoraciones sobre la alimentación”.

4.3.1 Significado asociados a comer: definiciones de alimentación saludable

Las definiciones de alimentación saludable de los entrevistados permiten observar el universo simbólico sobre el que se asienta el acto alimentario. Al mismo tiempo que ofrece información interesante acerca de las contradicciones existentes entre aquello que se dice y aquello que se hace. A primera vista la definición proporcionada por ambos tipos de hogares se muestra bastante similar. Coinciden en definirla en base a la inclusión o restricción de grupos de alimentos. Unos tienden a hacer una combinación de ambos aspectos, es decir, de los alimentos que debe abundar y de aquellos cuya ingesta debe ser reducida. Otros, se centran en la inclusión de todo grupo de alimentos de forma variada, lo que supone no basar la dieta únicamente en uno de estos, pero tampoco dejarlos de consumir:

“Comer la fruta, los vegetales, nada de.... Si puedes evitar las pastas...” (E1_SI)

“Verduras, frutas...y carne... y, eh, lo que... pero de todo, equilibrado...eh... en el día. No comer mucha carne.... Todo el día carne, o todo el día verdura, ¿se entiende?” (E12_SI)

“Mucha verdura, mucha fruta, eh... Precocinados mínimos, rebozados mínimos... cocina” (E7_NO)

“Comer de todo: verdura, fruta, carne, pescado, legumbres, de todo sí.” (E10_NO)

Entre los aspectos que incluyen en sus definiciones se hace referencia a las formas de preparado, la composición de los alimentos -sobre todo respecto a las grasas- la variedad con un especial énfasis en las frutas y verduras e, incluso, el tiempo disponible para su preparación. Todos los hogares mencionan alguno o varios de estos aspectos a la hora de definir una alimentación saludable.

Sin embargo, a medida que se profundiza en el discurso la definición proporcionada por unos y otros presenta algunas importantes diferencias que permiten entender con mayor claridad cómo los significados y las creencias asociadas a la alimentación influyen en sus prácticas y viceversa, al mismo tiempo que permite visibilizar la existencia de preocupaciones y/o conflictos latentes entre aquello que se dice y aquello que se hace. Estas diferencias se observan fundamentalmente en tres aspectos. En primer lugar, en la escasa o nula referencia que hacen los hogares con obesidad infantil respecto a las cantidades y su adaptación en función de la edad o situación. Una cuestión que va en consonancia con su práctica alimentaria donde se incluyen grandes cantidades tanto para adultos como para los menores y que sí suele ser contemplada por la persona responsable de la alimentación en los hogares sin obesidad infantil como muestran los siguientes fragmentos:

“Variada, poca cantidad. Yo creo que, aunque sea buena y aunque sea variada si metes mucha cantidad yo creo que lo fastidias todo. (...) Tienes que meter ahí de todos los colores y... las cantidades necesarias, que yo por ejemplo yo hacía deporte y me acuerdo de mis profesores, dice, porque yo era delgada, de aquello yo era menuda, era, dice no entiendo cómo alguien tan pequeño come tanto. Claro, hacía deporte, no paraba, comía como una lima, dejo de hacer deporte y paro de comer. (...) También yo creo que es importante las cantidades.” (E3_NO)

“Cierta variedad y que no sea de mucha cantidad” (E11_NO)

“Yo creo que hay que comer de todo en cantidades razonables” (E13_NO)

En segundo lugar, sus definiciones ponen de manifiesto la existencia de un descontento o malestar con su alimentación que puede observarse a través de las dudas o escasas certezas al presentar la definición, el escepticismo alrededor de la información alimentaria que les llega y las dificultades que reconocen tener para encajar la definición a nivel “teórico” con la realidad alimentaria en su día a día.

“Pues me imagino nadie que coma frito, nadie que coma bollería, que coma mucha verdura, mucha fruta.... la dieta mediterránea [Risas] (...) Yo creo que es eso, saludable...poca azúcar, porque yo creo que también es eso, el azúcar, es necesario el azúcar lo que pasa es que claro, no te pases (...) [Pues el concepto me viene] de la tele que te bombardea y te hace sentir súper culpable [Risas] yo creo que de la publicidad más que nada. (...) Y la gente más sana, madre mía “Yo hago no sé qué, yo hago no sé cuánto”. Bueno mi hermana, mi hermana me tiene abrasada, va se apunta a todo, gimnasio, hace carreras, hace crossfit y no, me parece bien “Tú tienes tu tiempo libre”.” (E2_SI)

“Una comida ¿cómo se dice? No me sale la palabrería ahora...bueno eso lo que hablamos.... de todas esas mierdas, nada. Saludable es alimentarte a base de verduras, vegetales, esas cosas.” (E3_SI)

“Me imagino que tendría que incorporar legumbres, verduras, frutas, lácteos, eso...” (E8_SI)

“Una alimentación saludable para mí, es lo que tu prepares siempre (...) si preparas por ejemplo estofados o cosas de esas pues, sabes que el estofado siempre, ehh mojando ahí el pancito o con arroz mezclado todas esas cosas, está muy rico, pero eso engorda, entonces se supone que las cosas a la plancha, se supone que, qué cosas, pero puf eso lo harás un día, dos, pero en el caso mío no, me cuesta mucho.” (E9_SI)

“Yo supongo que comer todo sin que tenga mucha grasa”. (E13_SI)

Su discurso también muestra los problemas que encuentran para cambiar algunos aspectos de su alimentación que interpretan como no saludables. Incluso llegan a contradecirse matizando su consideración sobre determinados alimentos, lo que deja ver las dificultades existentes para cambiar aspectos de la configuración de las prácticas ya adquiridos e integrados en su alimentación:

“Una alimentación saludable...pues yo creo que una alimentación saludable es incluir todo tipo de alimento, todo tipo de productos y combinarlos de la mejor manera posible y lo más natural posible, es decir prescindir de...de...de los completos...a la...a lo más sano posible, por ejemplo, no...no llenar lo combinado de grasas y...mmm...y...y...y combinar un poco lo que es el día a día las legumbres con otras cosas, como carnes y como pescados, como frutas...ehh...un

poco de todo. Al final, las harinas y los lácteos...mmm...yo creo que no son ni buenos ni malos, bueno más bien malos, pero yo creo que los tenemos como tan integrados que ya no sabemos vivir sin ellos, son el acompañamiento...el acompañamiento perfecto. Pero yo creo que podemos vivir sin galletas, podemos vivir sin pan, sin un vaso de leche también, pero...a lo mejor como estamos tan integrados... (...) Pues claro, yo porque no tengo un problema como tal, pero a veces estas consumiendo cosas inconscientemente.” (E6_SI)

“Una alimentación saludable...para mi eh...una alimentación donde haya menos alimentos procesados, una comida más natural y más de la zona, donde haya algo de pote, y...fijate sé que tiene que haber más verdura, pero no me entra tanto el concepto en la cabeza y tiene que haber más fruta. (...) Porque fijate en mi casa tampoco fuimos de comer mucha verdura tampoco (...) sé que tiene que estar ahí pero como que no la echo tanto de menos como a otras comidas. (...) Me cuesta integrarla, la integramos en...no sé, algún día, intentamos que un día haya puré de verduras, la comemos mejor que si es...que, si no es en puré, ahora que, ahora la hemos fastidiado porque ahora que en la cocina mi marido está en casa le mete trocitos de jamón...de quesos, o sea, pero bueno...” (E11_SI)

Y, en tercer lugar, el significado que se le atribuye a la alimentación saludable no va en consonancia con su práctica que, como se ha visto en el anterior apartado, está compuesta por menús con escasa presencia de frutas y verduras y alta recurrencia a alimentos precocinados o formas de preparado fritas o rebozadas. Se aprecia en sus discursos un conflicto latente entre “la teoría” y la práctica. La definición proporcionada revela implícita o explícitamente poca certeza sobre sus palabras, escepticismo, malestar y, sobre todo, dificultades para poder alcanzar una alimentación saludable. Nos encontramos en un momento en el que se conocen mejor los hábitos alimentarios saludables, pero en el que existen también más miedos, desconfianzas y dificultades para ponerlos en práctica. En los siguientes fragmentos se muestra la comparación entre la definición que hacen de alimentación saludable los hogares con obesidad infantil y otro fragmento en que relatan cómo y de qué alimentos está compuesto su menú:

“[Una alimentación saludable es] nadie que coma frito, nadie que coma bollería, que coma mucha verdura, mucha fruta... la dieta mediterránea” (E2_SI)

*“P1: ¿Qué suelen llevar al instituto?
P2: ¿El pequeño? El pequeño pues siempre bollería, pero bueno como no tiene problemas de peso, al que más intento controlar es al mayor.” (E2_SI)*

“Eso... lo que hablamos... de todas esas mierdas, nada. Saludable es alimentarte a base de verduras, vegetales, esas cosas. (...) Sí, sí, sí [creo que llevamos una alimentación saludable].” (E3_SI)

“Pero claro, no come legumbres, no come carne, no come pescado, no come fruta. (...) Él suele comer, o pasta. Pero claro, pasta no le des todos los días pasta. Porque es todos los días pasta. Él come pasta, pizza. La pizza la come 2 días, 1 día a la semana, tampoco la come todos los días. Un día a la semana se come pizza. Que las hago yo, no las compro, las hago en casa. Patatines guisadas le valen...le valen fritas, no le valen cocidas, y no le valen pochados. No le valen.” (E3_SI)

“Una alimentación saludable es reducir todo lo que contenga grasas, todo, todo cocido a la plancha, verduras y pescados básicamente.” (E10_SI)

“Tenía pez espada a la plancha con dos patatas fritas, las... (...) No, esto fue para la noche, para cenar, los canónigos, bueno, las patatas fritas con aquello, comió todas las patatas y del pez espada comió cuatro trozos, o sea, prácticamente ni comió.” (E10_SI)

“Para mí que sea saludable significa comer de todo. O sea, no de-no de todo. Eh, hecho de todas las maneras. De todo lo que hay para comer. Verduras, carne, leche fruta. Una alimentación basada en eso. En todos los grupos de alimentos. Que no coma solo judías o solo potaje o solo frutas. Que sea una alimentación que sea complementaria. No... y-y bueno si mirando el proceso. No comer muchas grasas de tipo saturado y demás.” (E15_SI)

“Y-y bueno si, yo que como un poco aparte porque bueno, tengo que adelgazar y no adelgazo. Entonces, bueno, procuro cocinar cosas con más verdura y demás, que los niños no quieren comer. Y que bueno, como también tenemos a esta persona que trabaja con nosotros y tal. Pues nada, pues comida baja en grasa y mil historias porque antes... también es verdad que antes de trabajar este señor con nosotros y eso, hacía... o sea comíamos... Controlábamos un poco más, no, no es que controláramos más, pero, por ejemplo, no hacíamos 2 platos. Si había potaje se comía potaje y eso. Ahora (nombre de la suegra) siempre procura tener eso, un segundo plato... bueno sobre todo por este señor, porque eso antes no se hacía y...” (E15_SI)

Aquellos hogares con obesidad infantil que parecen mostrar una coherencia más alta entre la definición de alimentación saludable y la práctica alimentaria manifiestan haber realizado cambios recientemente, debido a problemas relacionados con la alimentación suyos o de algún miembro de la familia. Esta experiencia personal motiva cambios alimentarios respecto a la configuración de los menús que favorecen, en líneas generales, la adopción de hábitos más saludables en el hogar. Entre otros aspectos porque hace presentes las consecuencias de una “mala” alimentación que dejan entonces de ser percibidas como algo lejano o incierto y pasan a ser parte del presente.

“Yo tuve una operación de vesícula hace unos meses, tengo solo un riñón, con lo cual a la hora de hacer la comida pues intento que sean lo mínimo saladas, o sea, que no sean saladas. La sal la suelo controlar bastante y por eso intento... intento cocinar siempre con alimentos frescos y naturales. No me interesa para nada meter porquería en el cuerpo. Temas de bollería industrial no nos gusta comprarlo (...) Todos los postres, todo lo dulce es... es casero.” (E14_SI)

Estos tres aspectos no se detectan en el caso de los hogares sin obesidad infantil que suelen relacionar la definición con aquellos que ellos ponen en práctica y que, efectivamente, se observa también en la composición de sus menús semanales. De hecho, sus definiciones suelen ir acompañadas de explicaciones acerca de lo que se hace en sus hogares y aunque consideran que siempre es mejorable en términos generales se muestran satisfechos.

“Eh...pues no sé, comer...no con tanta grasa. El comer verduras, frutas, es que yo en mi casa comemos mucho de eso, verduras, frutas. Yo por ejemplo hago los garbanzos y eso y bueno yo... (nombre de la hija) cómete un cacho chorizo, pero ni morcilla, ni tocino...” (E1_NO)

“Entonces, que es comer bien, pues para mí lo que hacemos en mi casa lo hacemos bien. (...) Quiere decir, que porque yo sé que los críos tienen que tener verdura, yo sé que los críos tienen que comer pescado, entonces yo tengo clarísimo que una vez a la semana en mi casa se come verdura, y tengo clarísimo que una vez a la semana en mi casa comen pescado, no se puede comer más, por las circunstancias, por las circunstancias, la verdura es barata, es tontería, es porque no nos gusta, entonces estamos obligados a comer lo que te he dicho, porque sé que lo que come, o sea, no hay otra, esa vitamina se necesita, y más la que tengo en mi casa, mi sobrina, hay que darle todo tipo de vitaminas, entonces en mi casa se come.” (E4_NO)

“Si un día se cena pechuga, otro día cenamos escalopines, otro día cenamos lenguado o merluza, depende, otro día carne guisada, otro día hamburguesa, porque bueno variamos, otro día una sopa de tortilla de patatas, o sea, vamos salteando. Lo que menos comemos en mi casa pues la ternera, por ejemplo.” (E4_NO)

“Una comida cuanto menos condimentada esté, cuanto menos tratamiento tenga...es cuando es más saludable. Todo lo que echas de más es para agregar cosas que no son necesarias. Entonces yo ya te digo: planchas, vapor, estofado, sin pasarte...” (E7_NO)

“Ayer comimos judías verdes. (...) Bueno, pues una patatina cocida con un refritín de... de... de aceite y un ajito y pimentón y mi pechuguita de pavo, así de estas que vienen en trozos...cortadita.” (E7_NO)

“Es comer sano, eh... es comer cosas de temporada, no tch, que un día comes algo que no es tal, no pasa nada, pero normalmente yo prefiero comer no sé, pues, (.) eh: tomarme un zumo de naranja en el invierno y un melón en el verano (...) para mí eso es comer, comer bien, comer lo más saludable posible” (E14_NO)

“Hombre, procuramos tomar alimentos sanos, de temporada, no sé, con pocas grasas, tomar mucha legumbre, fruto seco, [0:15:00] verduras, no tomar tanta carne, (...) comemos más pollo por ejemplo que carnes rojas, aunque también comemos carnes rojas (...) Y no sé, bueno, lo que coma..., lo, este tipo de comida lo que, lo, cuando la tomas comerla de buena calidad, si podemos comer ibérico mejor que tal, pero bueno, eso, que procuramos comer eso, ¿no?, mucha fruta, mucha verdura, legumbre, frutos secos, pescado. Procuramos pues yo que sé, estás oyendo que los pescados grandes tipo pez espada, el atún, que, bueno, el tema metales pesados, eso o no comerlos o muy poca cantidad e ir más a, yo que sé, a parrocha o tal, y procurar comerla de, en la temporada también.” (E14_NO)

4.3.2 El proceso de organización de la comida diaria

Las comidas suponen el cierre de un círculo, a través de la ingesta, que completa la práctica alimentaria. Las reglas, normas y principios generales son compartidos por ambos hogares, pero al igual que ocurría con la compra o preparación de alimentos el contexto económico, social y cultural, así como los significados y competencias prácticas dan lugar a distintos entendimientos y acciones bajo una base común. Es ahí donde se hallan las claves, a través de la visualización de todo un proceso acerca del cómo y por qué los diferentes dominios de las prácticas y su interrelación conducen a distintos resultados. A diferencia de otras prácticas, nadie puede dejar de comer, su carácter fisiológico lo impide, pero sus dimensiones social, cultural y simbólica inciden fuertemente en cómo se hace y por qué.

Los alimentos ingeridos en cada tipo de hogar vienen en gran medida marcados por la compra y preparación de alimentos, aunque también es posible alimentarse a base de productos que no requieren cocinado (como la bollería) o que no han sido comprados por y para el hogar (como comidas en casa de familiares, restaurantes o colegios). Opciones de las que se sirven sobre todo aquellos con dificultades de conciliación y desincronización de los horarios laborales y escolares de sus miembros. En algunos casos estas estrategias les acercan hacia una alimentación más saludable, pero en otros les alejan.

En este escenario complejo, en el que todo avanza con gran rapidez, la inmensa mayoría de los hogares se encuentran en la disyuntiva entre comer rápido o comer saludable. Siendo la primera opción casi siempre más accesible que la segunda, sobre todo si se carece de competencias prácticas y/o recursos económicos y sociales que permitan enfrentarse a esta situación con éxito. La escasez de tiempo es su día a día y, en este sentido, comer no es una excepción ni tampoco la prioridad para muchos de estos hogares al igual que tampoco lo era comprar o cocinar:

“¿Quién come más rápido? Pues yo creo que mi marido y yo, porque llevamos ese ritmo y la cena todavía nos queda por hacer, porque hay que luego seguir con el ritual de recoger todo y ir mandándolos enseguida ya para para la cama (...) Entonces todavía hay que seguir un poco con el ritmo rápido.” (E14_SI)

“Yo pienso que la gente tiende al... a lo rápido, más que a lo saludable. Gente que se siente a comer. O que tenga tiempo de sentarse a comer un plato de comida no es lo común. Hablo, lo que yo conozco eh.” (E15_SI)

La forma en la que el acto de comer se configura en ambos hogares muestra una organización más metódica y regular en aquellos donde no hay obesidad y con cierta desestructuración en aquellos donde sí. Los momentos dedicados a comer, los lugares y las compañías en las que se hace, así como la composición de los platos que llenan la mesa varían frecuentemente en los hogares con obesidad, mientras que presentan mayor estabilidad en sus contrarios. Esto va dando lugar a distintas trayectorias, también en el caso de comer, sobre las que este apartado se irá deteniendo.

“Yo para lo que son...lo que son las comidas prácticamente no compro porqueé...hay dos días a la semana...a ver, el dos días a la semana va con su abuela, con la madre del padre, y con su padre a comer...ehhh ...allí, nada, le hacen la verdad que...ehh...que su abuela como siempre ella también está a dieta y son bastante consciente del tema...del tema engorde, siempre le hace...ehh.. o a lo mejor una pasta con un poco de carne, o un plato único de cocido...El si tiene...que come muy bien el cocido, de garbanzo, lenteja, nueces, esas cosas las come muy bien, entonces come un primer plato y un postre, a lo mejor un primer plato un poco más abundante de lo normal, pero un plato, y...y luego otros dos días vamos a casa de sus padres...y...ahí es donde se nos descorrije un poco más, porque mi madre quizás cocina con un poco más de grasa, hace más fritos, cosas de esas...y...y yo principalmente lo que compro son las cenas, que entonces voy al Alimerka, a la carnicería, a la pescadería, ehm...hay veces que lo compro...eh...fresco, pero como odio un poco tener que ir a la compra, pues (risas) porque hasta el final se me va la tarde entre uno y otro, pues...eh... lo mejor siempre compras algo envasado para otros días y demás...algo envasado o congelado....y...¿qué más? No sé...” (E6_SI)

Uno de los aspectos en los que se observan importantes diferencias tiene que ver con los momentos dedicados a la comida. A pesar de casi la totalidad de los hogares comparten la idea de realizar al menos tres comidas diarias y preferiblemente cinco, el análisis de sus rutinas muestra que no todos lo ponen en práctica y que los horarios, así como el tiempo que le dedican no es el mismo. El carácter fisiológico de la alimentación impide su abandono completo, pero en los hogares con obesidad infantil se aprecian situaciones en los que no se realizan algunas comidas o se retrasan casi hasta juntarse con otras. El tipo de trabajo y jornada es uno de los factores, que al igual que ocurría con cocinar y comprar, explica parte de estas diferencias.

“Él se levanta a lo mejor toma un café, pero claro, como se tiene que ir a la 13:00 a trabajar que entra a las 13:45 no le apetece comer, aunque yo deje la comida hecha él dice que claro que él a la una de la tarde no le apetece, entonces lo que hace es cenar bien.” (E2_SI)

“Yo lo devoro, que también te digo, de siete días a la semana igual ceno dos” (E3_SI)

“Porque yo porque también tuve problemas de peso, pero bueno también tengo que decir que mi alimentación es caótica, porque yo como delante de los críos, pero como los críos ese día no estén, no como, me tomo un café y a tomar por culo” (E7_SI)

“Sí, sí, sí, sí. Muy tarde. De comer olvídate.” (E10_SI)

“Y luego por la noche eso. Nosotros casi nunca cenamos, eso, tomas fruta o agua simple. Si tienes algo más de hambre a veces haces un bocadillo. Mmm (nombre del marido) más, pero, no, no solemos hacer cena. Yo, eso sí tengo más hambre, una francesa o... pero normalmente no. Y los niños sí, eso comen, cosas como un filete, una francesa. A veces pescado. Mas, bueno el mayor y el pequeño. La niña el pescado, tampoco lo quiere.” (E15_SI)

El desayuno es una de las comidas que más fácilmente es “sacrificada” debido a la poca importancia que se le confiere, a la poca costumbre descrita por algunos padres de practicarla ya desde la infancia y a las prisas mañaneras para lograr sincronizar horarios laborales con los escolares y que nadie llegue tarde. Muchos adultos en estos hogares acaban reduciéndola a un simple café y en el caso de los niños se aprecian distintas tendencias dependiendo del día de la semana y del momento vital en el que se encuentren. Muchos se saltan el desayuno durante los días laborales y, sin embargo, lo realizan en fines de semana o cuando disponen más tiempo como en periodos de vacaciones. Algunos están empezando a incorporar esta comida a su rutina diaria como medida de cambio para

el control del peso y una mejor alimentación. Y otros desayunan, pero con alimentos de dudosa calidad nutricional como la bollería y/o procesados.

“En el caso del peque se come un sándwich ese día y las niñas solo toma leche, porque no les gusta comer nada más.” (E1_SI)

“Menos el peque, los demás nos desayunamos con café, no hacemos desayuno ninguno. Y hasta las 14:30 no como”. (E3_SI)

“Yo, café con leche. [Mi marido] café con leche también.” (E4_SI)

“El desayuno él no lo hace...yo por las mañanas se me cierra el estómago porque voy con mucha prisa y {hay} que tomarse su tiempo para hacerlo” (E5_SI)

“El niño hasta hace bien poco solamente desayunaba lo que llamamos un “bibi” que es un...vaso de leche con colacao que se toma con una pajita...ehhh...porque no le entraba nada. Entonces bueno, pues hablando así un día, llegamos a... (chasquea la lengua) llegamos a la conclusión, una cosa, así como (inaudible minuto 6:37) este niño necesita desayunar para ir desayunado al colegio, pero no hay forma de que tal...entonces decidimos coger y levantarnos cuando, una vez ya...levantarnos, preparar un desayuno en la mesa, para que él se fuese habituando, lo fuese viendo y demás. Al principio costó, pero bueno ya le va entrando un poco, y ya bueno, que, si desayuna una tostada, un vaso de leche con galletas, va introduciendo un poco lo que es el...el desayuno en su mañana...” (E6_SI)

“Me levanto cada mañana y generalmente tanto mi marido como yo nos tomamos un café, solamente el café, los niños sí desayunan, desayunan su Colacao frío con...con galletas o cereales, según el día”. (E7_SI)

“Porque los domingos no desayunan, pero luego los tengo detrás mío todo el día que quieren comer, que quieren comer, que quieren comer, que quieren comer, entonces, les obligo a tomar el vaso de leche, si no quieren comer nada, que no coman, porque como van a estar en casa y se levantaron a las 11:00 AM y sé que son como relojes y sé que a las 2:00 me van a decir que tienen hambre...paso de ellos” (E7_SI)

“Vale, a ver yo me levanto y desayuno muy mal (...) Desayuno un café y punto, con nada más, ehhh.” (E8_SI)

“Al pequeño que el que tengo que atender de primerito. (...) El desayuno es variado, siempre no es lo mismo porque también al niño le encanta la bollería (...) y por la mañana suele a veces, mi marido se enfada porque le compro donuts porque esta gordito [Risitas], pero creo que le hace falta un chocolate de vez en cuando, eso es variado no es mmm, no te voy a decir que sea un desayuno light, porque estaría mintiendo.” (E9_SI)

“Los niños sólo desayunan leche y además leche desnatada, que no quieren la leche de casa con colacao 0%, porque todos tenemos tendencia a engordar y no desayunan nada más porque mmmm tardan muchísimo.” (E15_SI)

Por el contrario, el desayuno suele ser estable en los hogares sin obesidad infantil. Su relato sobre este momento de comida es más extenso y con mayores matices acerca de los alimentos que incluye, las variaciones que se producen o los horarios a los que se suelen realizar. Es en general una comida más completa y variada con presencia de leche, fruta y algún tipo de cereal, donde sus significados de alimentación saludable y las competencias prácticas se hacen presentes en sus relatos.

“Sí, lo primero nada más levantarme, desayunar [ríe] y desayuno un café con leche y unas galletas integrales. Y luego se levanta la niña y siempre desayuna Cola Cao con galletas así, machacadinás.” (E2_NO)

“Por la mañana se levanta mi marido y se hace su café; si hay bizcocho, suelo hacer bizcocho, otras veces magdalenas, galletas o sándwich o o tortilla francesa, suele ser el desayuno de él. Si me levanto yo, igual le hago el zumo de naranja, pero... [Ríen]. Después la nena si me levanto yo también le hago zumo de naranja, si no toma siempre Cola Cao, o sea, Cola Cao no, leche, solo solo leche y cereales, cereales de chocolate o galletas de chocolate, otra cosa no hay manera. Y después el pequeño, ese ya me levanto yo, ya toma su zumo de naranja; va por temporadas, zumo de naranja, otras veces mucho plátano con yogur batido, multifrutas, a este le meto más más fruta, y después suele tomar leche, alguna galletuca o algún cereal. Varía un poquitín más, depende de lo que haya y depende de lo que haya comido delante. Y después yo, con el neno yo lo que hago es desayuno, lo primero que hago es un zum... es limón con agua templada, lo llevo al cole y después vengo y ya desayuno yo, ya me hago mi zumo de naranja y después o bien un poco de jamón serrano o bocadillo o algunas veces pinchoteo, o si no mucho, me gusta mucho el Cola Cao, que tengo que echarle Cola Cao, y pan, compro pan recién hecho con con mantequilla, con Flora o con algo así, y ese es mi mi desayuno.” (E3_NO)

“El desayuno es un yogurt descremado, con dos cucharadas de coco o avena y una cucharada de salvado de trigo. (...) A veces va con un kiwi. Depende de la prisa que yo tenga para marchar (...) Otros días hago el yogurt con la avena y le echo semillas de chía. (...) El pequeño, el desayuno lo mismo. Lo que pasa es que en vez de las 7, lo levantamos a las 8. El desayuno lo mismo; el zumito de naranja, una puntita de miel. Y el otro igual... Como su hermano desayuna tal..., pues él también. Un batido de leche con el cola cao y las galletas. Y a este como es más energético y se mueve más, pues le meto unas galletitas.” (E7_NO)

“Pues nos levantamos sobre las 8 de la mañana y el desayuno, más o menos desayunamos juntos; yo por lo menos con las crías pues prácticamente a diario y él depende del horario de trabajo, pero muchos días también” (E13_NO)

“[Eh mi marido] y ella suelen tomar yogur para desayunar o queso fresco (...) y luego algo de cereal, yo que sé, pues unas galletas, un bizcocho, madalenas, bueno un bizcocho o madalenas eso a veces lo hacemos casero y mm... y luego eh... eso alguna fruta... yo que sé pues una mandarina o zumo de naranja o zumo de pomelo o... algo así o unas fresas o bueno lo que haya [un poco] de temporada

(...) y luego el crío sí que desayuna leche, a veces con cola-cao, o con cacao eh... también suele tomar una fruta, un kiwi, un bueno, un zumo (...) y yo o tomo leche o... (...) una leche de estas de almendra, yo suelo tomar muchos frutos secos, ellos también comen pero, a veces, no en el desayuno” (E14_NO)

Los horarios de comidas es otro de los factores que refleja las dificultades para llevar una alimentación saludable en los hogares con obesidad infantil. En perspectiva comparada, los horarios de comida y, sobre todo, los de cena son tardíos. Un aspecto que suele verse alterado o modificado frecuentemente por los horarios laborales maternos y/o paternos. Los retrasos se van acumulando y el hecho de cenar tarde suele retrasar también el momento de irse a la cama y el promedio de horas de sueño que se duerme siendo inferior en el caso de los hogares con obesidad infantil -, tanto en el caso de los adultos como de los menores:

“Y luego ya, hago la cena yo, sobre las 9:30 intento hacerla, 9:00 – 9:30, pero normalmente suele ser a las 9:30 porque entre que te pones a recoger y tal... 9:30 – 10 menos algo, porque si no, no da tiempo... e intentar que se acueste antes de las 10:30.” (E5_SI)

“Y luego a la hora de la cena suelo hacerlo... intento que cenar a las 9:00 ó 9:30 como muy tarde, como muy tarde estén a las 10:00 en la cama, eso entre semana”. (E7_SI)

“Normalmente a las 3, no puedo engañar que antes porque no..., y cenar casi siempre antes de las 10 porque es que al niño pequeño como tiene esa, esa, tiene como esas ganas de estar comiendo tanto.” (E9_SI)

“Hasta las once u once y media, que bajo para casa. (...) Y ahí ya, sí, sí [acabo la jornada]. Bueno, le doy la cena a Álex, que está esperando siempre por mí para que le dé la cena, o se la doy antes, porque normalmente cuando lo traigo a las actividades mientras se ducha yo le dejo algo preparado para cenar, lo dejo cenando, pero luego, ¿qué pasa?, que él no va para la cama hasta que yo llegue.” (E10_SI)

Los relatos sobre el momento de la comida en los hogares sin obesidad infantil muestran unos horarios más regulares donde apenas se sufren variaciones de un día para otro y, particularmente, donde se cena más pronto. Sus horarios también se adaptan en algunos casos a las condiciones laborales, pero éstas, en su caso, no entran tanto en conflicto. Ello les permite adelantar sus relojes y amoldarse a unas horas que consideran adecuadas para los más pequeños:

“Nueve y media, diez menos cuarto, porque en lo que llego... Normalmente la suelo tener preparada la cena, la dejo preparada y pues darnos una ducha y tal, pues nueve y media o por ahí.” (E2_NO)

“[Cenamos] nueve y media más o menos.” (E2_NO)

“Hago la cena, a las..., suelo cenar a la vez del rosco, a las 21:00, 20:30. (...) Y a las 21:30 más o menos los acuesto a todos.” (E5_NO)

“[Comemos] a la una. (...) Nosotros solíamos comer más tarde cuando vivíamos solos... (...) Pero bueno... teniendo en cuenta los horarios de los niños te tienes que amoldar a sus rutinas a seguir. Pierdes tu vida en parte por... por tener una familia, por llevarla adelante, es la conciliación de este país.” (E6_NO)

“Pues a la hora de cenar la verdad es que...a ver, como tenemos vida infantil [risa leve], pues entre semanas podemos cenar sobre las ocho u ocho y media, y bueno, los fines de semana a las nueve, nueve y media, a no ser que por alguna cosa también quedemos con los amigos y cenemos un poco más tarde, pero sí, una hora infantil.” (E6_NO)

“Los demás tenemos horario de niños. (...) A las 7 y media, 8 menos cuarto van pa la bañera, pues a las 8 y 8 y cuarto, así.... cenamos.” (E7_NO)

“Sí, somos de horarios... desayunan sobre las 7,30-8, comen a las 14,30, meriendan a las 17h, y cenan a las 20h.” (E9_NO)

“Cenamos a las 9. (...) Además eso casi siempre es en punto, a las 9 en punto cuando empieza el telediario, casi siempre cenamos a esa hora.” (E11_NO)

“Eh..., pues cenamos tarde, bueno para mi gusto tarde, porque ellos vienen de entrenar, eh.... hacen los dos atletismos entonces llegan, salen del entrenamiento sobre las 8.30, entonces bueno, entre que llegan, se duchan, no sé qué, sí casi son las nueve, normalmente a las nueve.” (E14_NO)

“Ya te digo a las ocho te pones haciendo la cena, a las nueve procuras que cenem y antes de las nueve y media, diez, meterlos en la cama.” (E15_NO)

En todo momento tratan de mantener cierta estabilidad y regularidad. Tal es así que se busca mantener los horarios infantiles incluso ante circunstancias o eventos que alteran las rutinas como, por ejemplo, las comidas fuera del hogar o los periodos sin actividades escolares.

Otro de los aspectos en los que se aprecian diferencias es el lugar en el que se realizan las comidas. Los miembros pertenecientes a hogares con obesidad infantil realizan menos comidas en el hogar que sus contrarios, donde las tres comidas diarias suelen ser realizadas en casa, salvo alguna excepción correspondientes a familias de posición

socioeconómica más alta donde el tipo de trabajo de ambos progenitores lo dificulta a la hora del almuerzo.

“[Come] en el trabajo, es que tiene un cuarto de hora para comer (...) Entonces claro, imagino que es un pincho en la cafetería un poco más, porque claro ahí no tienen para calentar y él no es de ensaladas porque se podría llevar a lo mejor ensalada de pasta o algo frío, o podría a lo mejor llevar también un pincho de casa, pero bueno es todo a base de pinchos” (E2_SI)

“Como era pequeñín lo sentaba mi madre pa comer, pero él acababa de comer que tú sabías que si había comido más que de sobra porque se lo había dao mi madre y él se levantaba y no más comer él tenía que ir a por un cacho de pan “O tenía que ir a por una galleta, o dame un bocadillo, o dame queso” él era continuamente comer, comer, comer y comer.” (E3_SI)

“Sí, sí, sí, luego a las 2 venimos para acá, come aquí, normalmente comemos aquí porque yo trabajo en Gijón y solemos comer aquí.” (E5_SI)

“Entonces él llega, coge la comida, les damos la comida a él y a la prima, que tiene una prima de la misma edad y van juntos al colegio, (Inaudible 12:22) ahora están en el instituto, cogen la comida y van a comer a casa de la abuela.” (E10_SI)

“Si va a comer con la abuela, a comer, pues seguro que está viendo la tele mientras come, pero nada, ese ratín.” (E10_SI)

“Una semana fuera y una semana con nosotros, por los turnos de trabajo que tiene también.” (E11_SI)

“Luego, la comida... pues cuando llegamos... yo suelo comer en mi trabajo a veces. Normalmente como yo allí.” (E13_SI)

No es extraño encontrar miembros tanto de un tipo de hogar como de otro que realizan el almuerzo en el trabajo, así como tampoco lo es encontrar niños/as que comen en el colegio, pero hay un aspecto fundamental que diferencia cómo son resueltas estas comidas por cada tipo de hogar. Mientras que en los hogares con obesidad infantil sus miembros suelen ir a restaurantes o ingerir la comida que otros les proporcionan, los otros se inclinan mayoritariamente por llevar su propia comida en un *tupperware* en caso de tener que comer fuera. Eso ocurre incluso hasta con el comedor escolar de un niño sin obesidad donde los padres han optado por esta opción porque les resulta más económica y porque garantiza saber qué está comiendo.

“No, como en mi casa. Me, me sube mi madre la cam... la comida. (...) Me trae mi madre la comida a casa, sí [ríe]. No, yo a casa de mis padres no, ella me sube...” (E2_NO)

“La comida se la tengo que dejarte el día anterior porque mi marido se la lleva para el trabajo, entonces, eh... intento siempre que sean pues o guisos, o ensaladas, o algo que se pueda calentar fácil y que podamos comer y que no se deteriore, vamos, que nos estropee un día para otro.” (E6_NO)

“Sí [me llevo el tupper] (...) llevo la comida, pero bueno es la misma comida que [dejamos] para casa. Nor- normalmente hacemos un pasta o arroz, ehmm... muchas legumbres, a la semana dos, tres veces legumbres eh... qué más, no sé verduras...” (E14_NO)

“Comen en el cole, lo que pasa que no comen de comedor, en los coles al que van, porque van a coles distinto eh, eh tienen la opción de mandarles fiambarrera, aja, que es la comida de casa, si, y allí se la calientan.” (E15_NO)

Es habitual que además de en la escuela, los niños de estos hogares coman en casa de sus abuelas e incluso pasen la tarde con ellas. Si ambos progenitores tienen largas jornadas laborales con pequeños descansos para la comida o jornadas continuas la situación se complica. Los horarios escolares de sus hijos no coinciden con los suyos o, sencillamente, el breve tiempo que tienen disponible para comer no les permite ocuparse de la comida. Este hace que muchos hogares recurran en el día a día a las abuelas para la alimentación y cuidado de sus hijos. Tal es así que algunas mujeres informaron previamente a la entrevista de que muchas veces no eran ellas las que daban de comer a sus hijos, sino sus madres o sus suegras.

“Yo para lo que son...lo que son las comidas prácticamente no compro porqueé...hay dos días a la semana...a ver, el dos días a la semana va con su abuela, con la madre del padre, y con su padre a comer...ehhh ...allí, nada, le hacen la verdad que...ehh...que su abuela como siempre ella también está a dieta y son bastante consciente del tema...del tema engorde, siempre le hace...ehh... o a lo mejor una pasta con un poco de carne, o un plato único de cocido...El si tiene...que come muy bien el cocido, de garbanzo, lenteja, nueces, esas cosas las come muy bien, entonces come un primer plato y un postre, a lo mejor un primer plato un poco más abundante de lo normal, pero un plato, y...y luego otros dos días vamos a casa de sus padres...y...ahí es donde se nos descorrije un poco más, porque mi madre quizás cocina con un poco más de grasa, hace más fritos, cosas de esas...y....y yo principalmente lo que compro son las cenas, que entonces voy al Alimerka, a la carnicería, a la pescadería, ehmm...hay veces que lo compro...eh...fresco, pero como odio un poco tener que ir a la compra, pues (risas) porque hasta el final se me va la tarde entre uno y otro, pues...eh... lo mejor siempre compras algo envasado para otros días y demás...algo envasado o congelado....y...¿qué más? No sé...” (E6_SI)

“Y lo miro a él y digo yo ¿a quién le haré la cena primero? Y empieza {Mafer}, pues si cenáramos todos lo mismo, sería muy fácil, tengo que hacerle la tortilla a él y ponerla aquí, lo del otro, del pequeñito este (inaudible 00:11:03) y el grande si no tengo problemas, a la hora que yo lo llame, la tiene allí y cena conmigo o terminamos los dos cenando, aquí por la noche uno cena y está sólo. Aquí los únicos días que tal vez comamos juntos, son los fines de semana. Que está el papá, que estamos todos, pero si no, aquí cada uno por libre.” (E9_SI)

“Sola, sola. (...) No, come acompañado porque al lado del restaurante es la casa de mi madre. Entonces él llega, coge la comida, les damos la comida a él y a la prima, que tiene una prima de la misma edad y van juntos al colegio, (Inaudible 12:22) ahora están en el instituto, cogen la comida y van a comer a casa de la abuela. (...) Y mi marido, solo.” (E10_SI)

“Luego las comidas, cada uno a uno hora. (...) Porque si él trabaja de tarde, por ejemplo, no come, se lleva un bocadillo que come en la empresa, y nosotras comemos como a las 3:00 que es cuando ella viene del instituto. Vale, entonces nada. Sobre ella, bueno en las tardes. Ella es muy mala comedora de hecho está gordita por eso, porque come muy poco, pero luego pica mucho, que es lo que le decimos para esta ocasión, pero ahora le ha dado por ensaladas.” (E13_SI)

En algunos casos esto no resulta problemático porque los significados paternos en torno a la alimentación y los de las abuelas confluyen, pero en otros favorece la ingesta de alimentos poco recomendables para quienes tienen obesidad o, incluso, duplica comida al descentralizar la alimentación infantil y dificulta una supervisión integral del proceso alimentario de los más pequeños por parte de sus padres. En el siguiente fragmento se relata la rutina de comida de dos niños que eran alimentados en dos casas distintas y hasta por tres adultos y cómo esto va generando una alteración de la comida hacia una alimentación menos saludable.

“Sí, sí, sí [cuando trabajaba de camarera era diferente]. (...) Comían en casa de mi suegra y...cenaban con el padre, y claro, la comida de casa de la abuela no sé lo que le haría, porque nunca le pregunté realmente.... Que sí es verdad que discutía mucho con ella porque “es que si el niño quiere repetir ¿le voy a quitar el repetir?” “No, no le quites el repetir, pero no le des un plato así...dale un plato así, y pones un plato pequeño ¿Quieres repetir? Vale, echas otro plato de la misma cantidad, pero no le echas dos platos enormes” (...) Luego el padre en casa pues tira de fritura, mucha fritura, mucha, que, si croquetas, empanadillas, si no patatas fritas... (...) Y pizzas, sí...pizzas al horno, ahora ya va entrando y ya si le dejo preparado “Bueno vete haciendo esto y esto y esto” y en casa lo hace, entonces ya va... (...) Sí, pero...cuando yo estaba en la hostelería sí, ya era todo eso, era fritura y fritura y fritura.” (E7_SI)

Conscientes de que muchas veces no es la opción más saludable ya que genera un descontrol sobre la alimentación, algunos están tratando de tomar medidas para cambiarlo y tener más control hacia su comida y la de sus hijos, y, por ende, sobre su peso.

“Y el padre antes comía mucho fuera, martes y jueves que era cuando iba a casa de la madre con el niño, ahora procura ir todos los días a comer a casa de la madre, para también controlar un poco las comidas, cuando comes fuera también te desborregas.” (E6_SI)

Como resultado, las familias con obesidad infantil comparten en menos ocasiones un espacio social en torno a la comida y las normas respecto a los momentos de comida son más flexibles. Si se termina la comida, se puede abandonar la mesa y este aspecto favorece que algunos niños coman rápido para tener más tiempo disponible, por ejemplo, para jugar. Incluso cuando se encuentran en casa se permite a algunos niños cenar solos en otro espacio de la casa mientras utilizan dispositivos electrónicos como las Tablet o viendo la televisión:

“Hay días que sí [cenamos juntos] y hay días que no, porque hay unos días a la semana que el padre y yo vamos a Pilates. (...) Entonces esos días la mayoría de las veces no come...es algo que si por la razón que sea algo se me haya retrasado, esperamos para comer todos juntos, él no quiere.... (...) Él no quiere que comamos juntos, prefiere comer solo viendo la tele...” (E6_SI)

“Solemos comer, mi marido y yo, el pequeño y yo en la cocina, el mayor eh...comía con nosotros en la cocina, pero como está en la cosa esta que está en la adolescencia, no quiere comer con nosotros porque dice que no vemos nunca lo que él quiere ver. (...) Entonces...yo tengo una norma, cada día uno pone lo que quiera (...) Entonces claro, se enfadó un día y dijo “Pues ahora no como más con vosotros” (...) Bueno normalmente solemos cenar todos en la cocina, pero bueno, ya lleva un mes como que él se coge su plato, se va para la sala y tal, pone la televisión y él tiene la salita. (...) Y suele ser el que primero acaba de cenar. (...) Sí, el más rápido, hay veces que me da...me asusto porque le digo “Nestor si no me he acabado de sentar y ya estás con el plato de nuevo ¿cómo es esto?” “Mamá... ¿tardaste mucho en sentarte?” (E7_SI)

Por su parte, los hogares sin obesidad infantil suelen comer en compañía, haciendo ajustes para esperarse si los horarios no son coincidentes. Madres e hijos comparten rutinas y prácticamente realizan desayuno, almuerzo y cena juntos. No así los padres entre los que existe más variaciones dependiendo del espacio y posición del trabajo en sus vidas y del grado de implicación que tengan en las tareas del hogar y en el cuidado de sus hijos.

“Sí, la espero [para comer] porque si no... No y además a ella no le gusta comer sola.” (E1_NO)

“La comida se hace en mi casa todo el mundo a la vez, eso sí. Bueno, en la comida los tres, yo y mis dos hijos, porque el otro ya a las 12 y media ya marchó, también. Entonces, bueno, en la cena todos por igual.” (E4_NO)

“Depende del turno, sí, exactamente. Si está él, cenamos todos juntos.” (E7_NO)

“Sí, [comemos] siempre juntos. Estamos los dos. (...) Sí, sí. Si algún día está haciendo algo o algo... (nombre del niño), la abuela va a cenar ya eh... ¡No, espérame, espérame! No, o vienes o me...me pongo.” (E8_NO)

“Sí, para cenar es lo único que podemos hacer los 4 juntos, porque a la hora de comer el padre no está.” (E9_NO)

“Vale. Bueno, pues nos levantamos sobre las 8 de la mañana y el desayuno, más o menos desayunamos juntos; yo por lo menos con las crías pues prácticamente a diario y él depende del horario de trabajo, pero muchos días también.” (E13_NO)

“Mi marido es el primero que desayuna porque se va un poco antes y luego los niños conmigo” (E14_NO)

Las comidas compartidas al menos entre madres e hijos permiten tener un control más exhaustivo de los alimentos que comen los menores a lo largo de toda la semana. En los hogares con obesidad infantil este aspecto, como se ha ido viendo a lo largo del apartado, es más difícil de conseguir lo que favorece más descontrol sobre las ingestas, dándose incluso situaciones en las que los más pequeños comen comida a escondidas o acceden a alimentos que tienen prohibidos:

“Rápidamente le digo venga a cepillarse y pa’ la cama porque si no se queda por aquí abriendo la nevera, sacando cosas, que a veces lo hemos visto, lo hemos pillado, que yo por ejemplo me estoy cepillando los dientes (...) ya está cogiendo una salchicha de la nevera y eso que procuro comprar por ejemplo las salchichas que sean de pavo, las pechugas de pavo, de esas que se comen ahí, procuro comprar cosas de esas, pero claro, también le compro sus postrecitos, porque a él le apetece. Y yo mujer permisiva, pues (nombre de marido) se enfada, mi marido, porque yo siempre, bueno...” Ay, hoy le damos desayunar otra [cosa]”. Porque a veces se cansa de que yo le dé lo mismo, pero desayunar fruta ya te digo que no la desayuna, ni queriendo.” (E9_SI)

“Entonces por la tarde se toma la avena y quiere echarle la galleta que yo las tengo medio escondidas, va a la nevera y coge yogurt o si no coge pan y si no se come lo que quiera. Yo creo que, si ella controlara eso, o que estuviera uno en casa que la

controla más. Por ejemplo, mi marido bebe mucho refresco, pero bebe coca-cola light y yo a ella no la dejo beber y después que veo que la botella no tiene nada y ya la he pillado otras veces, abre la nevera y le quita el pito para que no haya ruido pa' echarse el refresco. A ver, por mucho que haga, "¿qué estás haciendo? No bebas coca-cola", "sólo un poco". Entonces cuando no estoy yo en casa, no me quiero imaginar lo que hace." (E13_SI)

Este tipo de prácticas no son una excepción y en varios de los hogares con obesidad se han detectado tanto en padres como en los niños situaciones emocionales de estrés y/o ansiedad originadas por experiencias/circunstancias personales que favorecen la elección de alimentos más grasas y/o dulces, un incremento de las cantidades y de la rapidez con la que estas son ingeridas.

"Sí, sí, porque por ejemplo en el curso ese, esos cursos, él comía, lo devoraba, y claro como era pequeñín lo sentaba mi madre pa comer, pero él acababa de comer que tú sabías que si había comido más que de sobra porque se lo había dao mi madre y él se levantaba y no más comer él tenía que ir a por un cacho de pan "O tenía que ir a por una galleta, o dame un bocadillo, o dame queso" él era continuamente comer, comer, comer y comer. (...) Desde que lo cambié de cole si estabilizó él también la comida, ya no tiene esa ansiedad de comer. (...) Y ahora sabes cuándo está nervios porque le observas la comedera. (...) Si, si con más... que a la hora de coger las cosas y comer es con más emoción." (E3_SI)

"Cuando llego a la noche y estoy viendo la tele y dices tú, bah voy a relajarme un poco, de repente {...} tonterías que te vienen a la cabeza y tu..." voy a comer algo" y vas a la nevera. Pero eso me pasa antes, ahora ya como que ya veo por donde voy, pues parece que... (...) Antes era como si, no sé por dónde voy a tirar (...) Y a veces me levantaba de la cama, de esto que estás echada y [piensas: "no voy a comer nada", vas a la cama y no, no podía, imposible, tenía que levantarme, coger algo y luego ir a la cama. [Comía] lo que pillara. Alguna vez fue...o croissant o una magdalena o... (...) A veces hasta chocolate... (...) No podía dormir sin ello, o sea, era dar vueltas en la cama, vueltas, vueltas para acá, vueltas allá y en la cabeza". (E5_SI)

"Me dicen que hay ansiedad, entonces tengo que aprender a controlar la ansiedad. ¿Ansiedad en qué? Sí, puedo tener épocas de ansiedad de comer mucho, pero como me doy cuenta trato de no comer, ¿Entonces qué me estás diciendo? ¿Qué hago? ¿Cómo controlo esa ansiedad?" (E7_SI)

"Lo que pasa es que yo voy al trabajo por la tarde, y el padre a veces se echa a dormir cuando está de mañana, pues vienen los problemas. Porque claro, al entrarle el hambre, y no come yogures, te come pan, sino que no hay nada dulces ni nada en casa que pueda... (...). Pero como le entra la ansiedad, y como esté estudiando o esté aburrida... (...) Sí, sí, como está aburrida... Si está entretenida ella no se acuerda de comer para nada, o sea si la llevas al parque, si se va a

entrenar, si no sé qué, no, pero como está en casa y no tenga nada que hacer, pues pide comida.” (E13_SI)

Los platos que se sirven en unos y otros hogares presentan dos posiciones diferenciadas respecto a las cantidades que se sirven en los platos y su composición entre los distintos miembros del hogar. En los hogares sin obesidad infantil se consume menos cantidades, los menús suelen estar compuestos por platos únicos y todos los miembros del hogar, salvo aquellos que tiene alguna problemática específica relacionada con salud, comen platos con los mismos alimentos. Consideran que comer más de un plato no tiene ventajas: hay que cocinar más, acabas con una sensación de malestar e inviertes más dinero en comer cuando no es necesario. Además, diferencian entre las cenas y las comida, siendo las primeras más ligeras teniendo en cuenta que después los niños van a la cama. Incluso las cantidades ingeridas suelen adaptarse tanto a la edad como a la situación personal de cada uno.

“No porque, a ver, de...no somos de comer grandes cantidades, somos de comer normal, comemos muy bien y cenamos poco, porque yo si ceno mucho no duermo, puff... ¡qué va! doy vueltas y vueltas no ye bueno cenar mucho.” (E1_NO)

“Comemos un plato nada más, ¿eh?, no hacemos primero y segundo plato, primero y postre.” (E2_NO)

“A veces las cenas, el segundo plato, el, que yo no soy de segundo plato por todo, por cocinar, porque te fartucas, yo para mí te fartucas, que no me gusta comer más de la cuenta y porque sale, me sa..., sale caro y te lleva mucho tiempo, porque dices tú comiste unas lentejas, en mi casa eran lentejas y huevo con... y huevo pasado por agua y era el segundo plato, quedábamos bien y después fruta, comes una fruta y si quedaste con hambre comes otra, y a lo mejor si quieres metes un yogur. Prefiero más eso que hacer unas lentejas, patatas fritas con carne. Eso para mí sube, eso sube mucho porque para mí son dos comidas y te sube y...” (E3_NO)

“Que te puedo decir, en mi casa se hace primer plato ¿vale?, no hay segundo plato, hay primer plato y postre. No es que haya primer plato, segundo y tercero, no. Bien, luego bueno, nada, pues comemos lo que toque, normalmente tenemos estructurado lunes, martes, miércoles también.” (E4_NO)

“Es que no te voy a poder contestar, porque somos, los 4 de comer súper poco. (...) Lo justo, sí. No comemos mucho. Por decirte algo, el padre, pero tampoco es que... Somos todos igual.” (E9_NO)

“Entonces para mí, una buena comida es una comida que pueda disfrutar que sea de cierta variedad y que no sea de mucha cantidad” (E11_NO)

“Cada uno en lo suyo, menos a (nombre de la hija) que le echo más o menos las cantidades para controlarlas y eso cada uno lo suyo.” (E12_NO)

“Si más o menos... Ella, bueno, evidentemente, por la edad.... pero yo creo que son raciones [pequeñas]...” (E12_NO)

“Poca cantidad y tampoco insistes y yo que sé, no sé pues a él por ejemplo las (coles) no les gustan mucho” (E_NO)

A pesar de las dificultades y resistencia que se encuentran por parte de los más pequeños para comer ciertos alimentos, hacen uso de sus competencias prácticas y habilidades culinarias para presentar platos con apariencia atractiva o en formatos que generen menos reticencias. Casi siempre con una actitud férrea a través de una planificación cerrada, con poco margen a la modificación que evite ceder desde el inicio a sus preferencias. Poco a poco y desde que son muy pequeños van acostumbrándoles a todos los sabores y reduciendo así los posibles conflictos que puedan producirse en torno a la mesa:

“[Come]bastante bien. (...) Hombre, a veces sí, pero bueno, lo que no le gusta son las verduras y esas cosas, pero las legumbres las come muy bien, lo que pasa que le camuflamos, le metemos ahí triturado y tal y no se entera y y se lo come todo”. (E2_NO)

“Bien, luego bueno, nada, pues comemos lo que toque, normalmente tenemos estructurado lunes, martes, miércoles también.” (E4_NO)

“La tomamos entre mi marido y yo, porque mis hijos si por ellos fuera no comerían casi nunca pescado, y verdura tampoco, entonces, claro, en un consenso entre los mayores y los que decidimos en casa. [Risa leve] (...) No. No, porque...a ver, es lo que hay. Quiero decir que ellos entienden que hay que comer de todo, nos puede gustar más, nos puede gustar menos, y...y hay que comerlos ¿no?, es decir, no hay más opción. (...) No, no tengo problemas con los niños, comen prácticamente de todo, sí que les cuesta a lo mejor un poco más emm...mmm...sabores nuevos, o alimentos, o sea, frutas de temporada que puedan ser un poco más ácidas, o...eso sí, pero bueno, que intentamos meterlo todos los días y que coman lo más variado que podamos, vamos.” (E6_NO)

“Es verdad, que cuando venía a casa, decía: abuela, voy a comer. Nooo, quieto. Quieto, aquí no...Alejandro, no mi vida, aquí hay un sistema de vida. Hay un desayuno y una comida y una merienda y una cena.” (E8_NO)

“A ver, comer comen de todo en general, bueno, las verduras un poco reacias, yo se las suelo. Yo, por ejemplo, las lentejas, todas las verduras que he puesto con las lentejas, con las fabas, con tal, yo se las trituro todas y se las meto en el... en el tal (...) y lo comen. Por ejemplo, si hago una sopa, las verduras que utilizo para hacer el caldo también las trituro y se las meto en el caldo. Luego ahí le echo... Queda un poco espeso. (...) Para que, eso, para que así, a pelo, no las quieren

tampoco. Pero yo las utilizo para todo, o sea, para los guisos de carne, para los guisos de patatas cocidas con carne. No sé. Yo creo que variado, no sé, o por lo menos intento, no sé si todo lo que debería, pero más o menos...” (E13_NO)

“Entonces les dejamos la comida en recipientes de cristal y ellos la la... calientan” (E14_NO)

Esto es posible en cierto modo porque uno de los miembros, generalmente la mujer, sacrifica parte de su tiempo propio y laboral en pro de las tareas relacionadas con la alimentación.

“Pero te digo, pierdo mucho el tiempo en mi casa, hay que planchar, hay que doblar, hay que esto. Yo no estoy trabajando, pero estoy trabajando.” (E3_NO)

“A mí? Uf...hombre, yo creo que, porque eso me lo dicen mis hermanos también ¿eh?, yo creo que el cansancio, el agoto de estar todo el día peleando “que tienes que comer, venga, ala, venga”, llega un momento en el que dices “mira, pues no comas”. Creo, entre comillas porque no creo que sea porque mis hermanos sean mis hermanos y mis hijos sean mis hijos, no, más bien creo el que llevas desde los 19 y tengo 43 peleando con hijos para que coman, para que se vistan, para que...llega un momento en el que te agotas, “venga chica, pues si no quieres comer no comas, que no te vas a morir, sabes”.” (E4_NO)

“Yo estoy todo el día metida, empantanada en la cocina, mis amigas me dicen y mis primas que me paso la vida cocinando, [Risas], porque estoy todo el día mandándoles fotos de...hago guisos y eso, ¿no?” (E5_NO)

Por su parte, el relato sobre los menús de los hogares con obesidad infantil evidencia que a los más pequeños se les ofrece platos que son diferentes a los de sus padres. Por un lado, se trata de reducir los conflictos a través del diseño de menús personalizados que se adapten a sus gustos. Y, por otro lado, sus percepciones sobre la obesidad muestran que creen que los problemas de peso en la infancia son transitorios. Aunque las madres no ingieren determinados alimentos por considerar que engordan, sí se los dan a ellos ya que creen que los niños están creciendo, que necesitan comer de todo y que en su caso se puede ser más permisivos porque una vez que se desarrollen el exceso de peso desaparecerá o se estabilizará por sí solo.

“Bueno... eh... el compañerito (refiriéndose a su hijo pequeño) come mucho más rápido. Casi no mastica. No mastica. Se lleva mucha comida. (...) Si le echo más, si le echo más...y si se lo comen, se sienten mal. Por ejemplo, [Inaudible: 0:34:08]. Y me dice: “un poquito más de arroz”, porque como no comía el platanito o el tomate para acompañarlo... pues le eché un poquito más. Y entonces

me dijo: "mami, te pasaste mucho en la comida". Se lo comió eh... pero se sintió... pero se sintió... Porque a ver, el arroz pesa mucho más que un tomate o un plátano. Entonces... la diferencia esta de comer un poco más de arroz al no tener.... pues se sintió... se sintió un poquito incómodo. "Mami, creo que te pasaste en la comida. Me has echado mucho"." (E1_SI)

"Claro ciertas cosas, que esto no se come y tal, pero yo tenía la sensación de que, jolines, que comíamos bien, más o menos, dentro de lo que había, pero claro, yo lo que no tenía en cuenta era la cantidad. Claro y yo, para mí, puedo poner una cantidad, pero para un niño de 10 años no puedo poner la misma cantidad. (...) Y a lo mejor...claro, yo pongo un plato para mí y yo claro, ponía dos iguales. (...) [Risas] Entonces claro, si yo pongo un {...} en la sopa de él y otro igual que a mí, claro pues le estoy dando el doble de los que necesita, pero claro, (15:00) yo decía, y si pasa hambre...luego lo piensas... ¿cómo va a pasar hambre? Come, desayuna, tal, bueno pero claro, tienes la sensación de que pasa hambre porque te está diciendo el guaje: "tengo hambre". Y a veces, hasta repetía, repetía platos, le ponías un poco de fabada...nada...un {...} y me decía: ¿"puedo comer un poco más? Quien le dice que no. Hasta que me dicen: "no, es que es mejor que le digas que no ahora a que luego tenga un problemón de la ostia", porque dices y luego como bajamos, si tiene diabetes, si tiene no sé qué...la obesidad mórbida, llega un momento de no poder hacer ejercicio, luego problemas con los compañeros...es verdad, son más problemas que el que me diga [él] que tengo hambre. Por eso dijimos, bueno pues mira...hagamos de tripas corazón y si nos dice de hambre, pues mira hijo..." (E5_SI)

"Entonces bueno...él...lleva ya bastante años haciendo actividades, lo que pasa que antes las actividades, iba acompañado de mis padres y a lo mejor en lo que era las meriendas y demás, le metían algo más de bollería y cosas así... (...) Van un poco más por otro tipo de comida... (...) A lo mejor van un poco más a lo cómodo... o...a lo mejor lo que son las cantidades, ellos tienen asumido que tienen que ser unas cantidades mayores y...nosotros pensamos que, a lo mejor, pues, eso no es así. De hecho, bueno por la temporada que está con nosotros, que nosotros le tenemos un poco más de control a la alimentación...sí que es verdad que el niño...se ve que...ehh...ha bajado..." (E6_SI)

"Comen a las 14:30 a las 15:30 ya tienen...ya me están pidiendo la merienda, o a las 4:00...o sea son glotones, y como tienen ese problema del peso". (E7_SI)

"Luego, el que más cantidades come es el padre, obviamente, es más siempre me dice - "Es poco"- - "¿cuánto tiene tu padre?"- - "Poco más que yo"- (...) Tengo que controlarlos. (...) Hay días que tiro, otros días que digo - "Bueno come lo que te dé la gana"- y a veces le digo - "Un día te voy a poner un plato hasta arriba que hasta que no revientes, no paras" pero bueno. -" (E7_SI)

"El pequeño, por la noche siempre quiere dos platos y es un problema, le digo yo ¿cómo que dos platos? (...) le digo, "¡No! Se come un solo plato, es que él, si lo vieras comer es que es feliz comiendo. Entonces a veces lo engañamos un poco. Le pongo por ejemplo una sopita de fideos delante y luego detrás un filete sin patatas. - "¿Filetes sin patatas? Ponme, aunque sea uno"- . Bueno es terrorífico." (E9_SI)

“Las escondo por él (...), o sea por él podría comer todo el tiempo.” (E9_SI)

“Comer generalmente más mi marido, y mi hijo pequeño, son los que más comen. (...) Y esto que dicen algunas personas que salen a tomar algo, se comen unos pinchos y vuelven llenos, en mi casa sirve para abrirse el apetito.” (E11_SI)

“Los críos comen como platos adultos, es decir, ambos dos, tanto la niña como el niño comen platos de adulto, no es una comida reducida.” (E14_SI)

“Controlábamos un poco menos, no, no es que controláramos menos, pero, por ejemplo, no hacíamos 2 platos. Si había potaje se comía potaje y eso. Ahora Montse siempre procura tener eso, un segundo plato...” (E15_SI)

Su relato a cerca de las dificultades para dar comer a los niños refleja un modelo más permisivo y un conflicto interno en el que quieren que sus hijos tengan un peso más saludable, pero se sienten mal si tratan de ser estrictos con su comida. Les produce malestar tener que poner a sus hijos a dieta.

“Cuando ella cogió 2 añitos de edad empezó a ser muy selectiva, muy selectiva. Y me empezó a apartar muchos alimentos que ahora actualmente no le gustan. Es muy selectiva en la alimentación. Y entonces pues... me dejé llevar por ella, de darle lo que ella aceptaba. Y yo misma la perjudiqué. La llevé a tratar en gastro, con... haciéndole endoscopias y tal, y muchos exámenes, hasta que, por suerte, con una dieta, se le solucionó (...) porque se le estrecharon los intestinos por la mala alimentación.” (E1_SI)

“Ahí tenemos peleas porque a ellos les gusta mucho lo que ye...papas fritas, frituras y...yo soy anti frituras, entonces o hago tortillas francesas o todo tipo de carne a la plancha, les suelo dejar un día a la semana patatas fritas y...y...algo de carne rebozada, ahí soy un poco estricta, pero bueno de vez en cuando “venga anda”, hoy os dejo una pechuga de pollo en vez de a la plancha rebozada y a los guajes les presta”. (E7_SI)

“Eso que procuro comprar por ejemplo las salchichas que sean de pavo, las pechugas de pavo, de esas que se comen ahí, procuro comprar cosas de esas, pero claro, también le compro sus postrecitos, porque a él le apetece. Y yo mujer permisiva, pues Fernando se enfada, mi marido, porque yo siempre, bueno...” Ay, hoy le damos desayunar otra [cosa]”. Porque a veces se cansa de que yo le dé lo mismo, pero desayunar fruta ya te digo que no la desayuna, ni queriendo.” (E9_SI)

“El problema lo tengo yo, porque ellos, los “probes”, comen lo que yo pongo. (...) Tenía pez espada a la plancha con dos patatas fritas (...) No, esto fue para la noche, para cenar, los canónigos, bueno, las patatas fritas con aquello, comió todas las patatas y del pez espada comió cuatro trozos, o sea, prácticamente ni

comió. (...) Sí, sí, sí, sí, [soy permisiva] no, es que, vamos, él tenía que... las patatas fritas sobraban.” (E10_SI)

“Bueno... ahí, ahí tiene sus momentos y empieza ahí, “¿y por qué no puedo comer yo, esto? Y ¿por qué no puedo comer lo otro?”, pero bueno ahí está. Y que es con la comida, por ejemplo, le haces carne, “no quiero carne, no quiero no sé qué, no quiero pescado, es que prefiero nada más la ensalada, es que lo otro”. Pues nada.” (E13_SI)

“Y el crío también está por encima de la media en cuanto al peso, pero es un niño, a ver, todavía tendrá que labrarse, como decimos aquí, y que siga creciendo. Yo lo que no voy a hacer es imponerle una dieta estricta a un niño, es imposible en un niño. No, yo no lo toleraría, vamos, ni lo voy a tolerar. En mi casa por lo menos no.” (E14_SI)

“No, es que ella come muy mal. Tolera mal, bueno, lo que suele gustar a los niños. A ella no le gusta. Y el resto de cosas las malcome. O sea, no, el chocolate, que claro, eso gusta a todo el mundo. Y hay que prohibírselo. Ella si pudiera bebería todo el día {colocao} yo creo. Y además tiene que echar su cuchara. Bueno echa 3. Yo pienso que con 1 le basta. Pero bueno. Al final es lo que come. Y al final, la dejas.” (E15_SI)

5. PRÁCTICAS DE OCIO Y TIEMPO LIBRE: OCIO ACTIVO Y OCIO PASIVO

El presente capítulo tiene por objetivo describir, comparar y analizar las rutinas cotidianas de los hogares con y sin obesidad infantil relacionadas con el ocio y tiempo libre. Se trata de explorar particularmente aquellos factores que contribuyen a llevar una vida activa físicamente o sedentaria, así como los significados asociados sobre los que se asientan estas rutinas. El capítulo se divide en dos apartados correspondientes a las rutinas de ocio activo –práctica deportiva y ejercicio físico- y las rutinas de ocio pasivo –uso de tecnología y momentos en familia-. La hipótesis de partida de este capítulo es que existen diferencias en la configuración de las prácticas relacionadas con la actividad física y que estas se encuentran mediadas por factores tales como el contexto social, económico y cultural, las habilidades, conocimientos y competencias prácticas, pero también por los significados asociados a la alimentación y la obesidad.

5.1 Rutinas relacionadas con el ocio activo: deporte y ejercicio físico

Este epígrafe tiene por objetivo describir las rutinas deportivas de los hogares con y sin obesidad infantil con el fin de indagar en las similitudes y entender cómo y por qué los individuos adoptan, mantienen o cambian las prácticas relacionadas con una vida activa físicamente. Para ello se recogen y analizan los fragmentos codificados con los códigos “ocio activo” y “significado de deporte”.

5.1.1 Significados asociados al deporte y ejercicio físico

Los discursos en torno a la práctica deportiva y el ejercicio físico muestran diferencias interesantes, por un lado, respecto a hogares con y sin obesidad infantil y, por otro, en relación con el estatus socioeconómico que explican parte de las diferencias en torno su grado de actividad y/o sedentarismo.

Entre los hogares sin obesidad infantil se aprecian dos posiciones diferenciadas. Por un lado, aquellos de posición socioeconómica más baja tienen una concepción relacionada con la activación corporal, es decir, con cualquier actividad que implique movimiento y que esté relacionada con la práctica de algún deporte, pero sin especificar de qué tipo o con qué frecuencia. El acento se pone en la activación y movimiento del cuerpo.

“No sé, a ver, apuntarte a un deporte que sería como hacer algún deporte como fútbol, baloncesto, gimnasia...lo típico.” (E1_NO)

“Moverte algo, sea bailes, sea caminar, sea correr o ir en bicicleta o hacer yoga, Pilates, hacer algo.” (E2_NO)

“Estar activo, correr, moverse, no sé...” (E5_NO)

Su concepción del deporte es lúdica lo que implica diversión, socialización y disfrute, al mismo tiempo que calidad de vida a partir de la mejora de la salud. Consideran que tiene que ser algo que te guste, con lo que se disfrute y que además te permita relajarte y desconectar. Para ellos tiene beneficios a nivel individual, pero también social.

“Sí, sí, me gusta, me gusta que lo haga. Yo creo que hacer deporte es saludable para todo, estar en forma, sentirte ágil y y que si le gus..., un deporte, hay algún deporte que sí, un deporte que le guste, que vaya, que lo pase bien y que pase el rato bien, y le gusta eso, pues pues eso. Pero bueno, sí me gustaría que siempre hiciese algo, alguna cosa, pero algo que le guste pero que haga algo.” (E2_NO)

“Que es buenísimo, considero que liberan la mente, bueno hacen amistades, creo que es bueno para todo, bueno por eso estando en la calle hacen todo tipo de ejercicio físico, pero o siempre el mismo, un día juegan al balón, otro día corren con las raquetas al...lo que haya ese día en la calle, porque cada día hay una moda, un día anda uno en patinete pues andan todos en patín, otro día con la cuerda saltan, entonces hacen amigos (...) Liberan la mente y yo creo que es muy bueno.” (E5_NO)

“Sí. Sí, sí, como te decía me gusta que practiquen deportes y me gusta salir todas las tardes con ellos al parque, que estén al aire libre, con sus amigos, con las bicicletas, con las patinetas, y que tengan destreza para la...que tengan habilidad y destreza, sí me gusta.” (E6_NO)

Los hogares de posición socioeconómica más alta mantienen la relación entre el deporte y la salud, aunque pierde cierta importancia el aspecto lúdico. Para la mayoría se ve más como una especie de “obligación”, sobre todo para sus hijos, que como una actividad que se practica por gusto. Hacen un esfuerzo para incluirla en su rutina, a pesar del poco tiempo del que dicen disponer.

“Yo [lo hago], porque tengo que hacerlo, y los críos porque tienen que hacerlo, sí. En principio... hombre, les gusta, porque llevan muchos años, y al final, se ha convertido en una afición, pero empezaron por obligación. Más que por devoción, por obligación.” (E9_NO)

“Yo es una... es una... es una carencia que yo he tenido, por ejemplo, yo nunca he practicado deporte ni nunca he sido deportista, y sí que, sí que lo valoro como..., o sea, creo que es una cosa importante. Entonces no les doy opción, digamos. O sea, hay gente que les pregunta a ellos si quieren seguir, si no quieren seguir. Yo no les doy esa opción, o sea, esto es lo que hay que hacer.” (E13_NO)

Para ellos no es suficiente con realizar actividades que impliquen movimiento, sino que consideran que ha de ser acompañado de cierta regularidad, practicado con frecuencia y constancia. Entienden, por tanto, que aquellas actividades realizadas de forma puntual no pueden ser consideradas deporte, a pesar de valorarlas positivamente. El deporte debe tener cierta exigencia.

“Uff, hacer deporte es hacer alguna actividad física, pero de forma regular, lo que no puede ser es “Uf vamos a subir a no sé dónde a hacer una ruta de senderismo, tres días en la cama con agujetas y luego bueno ya veremos si dentro de 15 días ó 20 volvemos a hacer no sé qué” No, no vale, el deporte tiene que ser regularmente y si no, no es deporte, si no es un ocio puntual. Aparte de que tampoco sirve de nada si uno quiere mantenerse un poco físicamente bien, no sirve de nada hacer hoy mucho y luego no hacer nada no sé cuántos días.” (E11_NO)

“Hacer deporte para mí es tener unos horarios...aunque en algún momento determinado no los cumplas, pero tener horarios y hacer rutinas, eso es lo que considero yo hacer deporte. Lo demás es moverse, hacer un poco de ejercicio... (...) no estar parada...” (E12_NO)

“Intento que para ellas sea una rutina eso, que forme parte de su día a día, igual que el resto de cosas.” (E13_NO)

Todos lo consideran importante y establecen una relación fuerte entre deporte y salud. No solo en términos de bienestar físico, sino también de bienestar emocional. Estableciendo una relación entre el deporte, el cuerpo y la mente.

“Mucho, sí, sí, sí, sí, sí [es importante]. (...) En los colegios lo están fastidiando, quieren quitar la gimna..., o sea, deporte no le dan la importancia que tiene y la música. Digo el estado de felicidad para mí es la música y el deporte. El deporte te da salud y digo yo, digo quieren estudiar, que estudiemos y podemos ser todos ingenieros, ¿para qué?, para ganar dinero, ¿para qué?, para poder gastar para llevar mejor vida. ¿Qué te da esa mejor vida? El deporte, pero el deporte te da la felicidad, te da la salud, te da la salud y te encuentras tú mejor por por todo.” (E3_NO)

“[El deporte] pues es algo imprescindible. (...) Porque creo que es bueno entrenar el cuerpo, creo que es bueno entrenar la mente igual es bueno entrenar el cuerpo” (E11_NO)

“Te mantiene en forma y, no sé, mientras estás haciendo ese ejercicio la mente la despejas, estás centrado en eso y no estás dando vueltas a lo mejor a algo que te preocupa o, no sé, pienso que puede ser por salud mental. el movimiento yo creo que es salud.” (E14_NO)

En cuanto a la definición de deporte proporcionada por los hogares con obesidad infantil es más homogénea y no se aprecian a penas diferencias por posición social. Sus discursos ofrecen una concepción del deporte bastante similar a la proporcionada por los hogares con obesidad infantil de posición socioeconómica baja. La mayoría lo entiende como cualquier actividad que implique moverse sin que necesariamente tenga que ser rutinario y/o constante o con demasiada exigencia física.

“Caminar es hacer deporte, sí vas caminando, o haces una ruta y vas por ahí caminando ya te haces una ruta todos los días, tampoco...” (E3_SI)

“Ir a jugar al fútbol, ir a correr, ¿qué más? hay muchas cosas, ir al gimnasio, no sé. (...) No [lo practicamos] porque no les gusta.” (E4_SI)

“Yo considero que para mí hacer deporte es salir a pasear. (...) otra gente considera hacer deporte pues ir a natación, correr, jugar al pádel, tenis, fútbol...” (E14_SI)

Únicamente aquellos que se encuentran en proceso de cambio o en los que algún miembro lo práctica frecuentemente incluyen aspectos como rutina, frecuencia o constancia.

“Pues algo constante, de repente no todos los días, pero decir “Bueno dos o tres días a la semana me dedico a esto y voy a hacer una hora todos esos días” para mí eso es hacer deporte, algo continuo vaya” (E2_SI)

“Vale...hacer deporte, puede ser una actividad, mínimo dos días a la semana o tres en la que requieras más de una hora de ejercicio físico, eso es para mí el deporte. A mí no me va a decir “Voy a ir a correr y mañana no voy y pasado mañana tampoco y la semana que viene no vuelvo a ir”. (E7_SI)

“No, estamos habituados. (...) ... lo tenemos en horario fijo, y... unas pautas de una a dos y media... Domingos de una a dos y media, [inaudible]... y luego sí intentamos que los días que... en casa todos los días media hora de bici” (E12_SI)

Se muestran escépticos e incluso críticos ante la importancia del deporte. Las emociones negativas, las dificultades o explicaciones acerca de por qué no lo practican ganan fuerza en sus discursos, al mismo tiempo que desaparece la visión lúdica del deporte que si se reflejaban en los hogares sin obesidad infantil.

“No [lo practicamos] porque no les gusta” (E4_SI)

“Hacer deporte...en el deporte hay muchos niveles. Eh...Hay gente que para mí ya tiene una obsesión con el deporte porque es...llevar el deporte...o sea ya es incluir el deporte en tu vida...” (E6_SI)

“Hacer deporte, hacer algún tipo de actividad física, en la cual estés moviendo el cuerpo. (...) A ver yo no lo considero importante porque no lo hago, pero sí sé que hago muy mal, que si se debería hacer deporte.” (E8_SI)

“Yo considero que para mí hacer deporte es salir a pasear. A mí no me gusta nada el tema de los gimnasios ni correr, ni correr ni ir por ahí ni...”. (E14_SI)

Se ve a aquellos que lo practican como gente que está obsesionada o que utiliza el deporte para parecer más interesante que el resto. Algunos consideran que es una moda relacionada con un aumento de la preocupación por el físico. No se aprecia a penas relación entre la práctica deportiva y la salud.

“[Creo que hacen deporte] porque están gilipollas [Risas] (...) No sé yo creo que la gente ahora quiere andar de guay, de yupi, ¿no? “Y qué guay soy que voy a hacer footing y me compro mis playeros, con mi maquinita aquí” (E3_SI)

“Yo creo que [la gente] lo hace por dos cosas, porque es saludable y por moda. Creo que en moda sí, en cierto modo, pero creo que la gente lo hace también porque es saludable, pero bueno si el que esa una moda ayuda a estar mejor, está bien. Porque bueno, a ver, hacer deporte es saludable pero el que la ropa sea no sé cómo y el que lleves no sé qué puesto, ya sobrepasa el...” (E11_SI)

“Bueno por lo que te hablé, por la... Ahora, últimamente se ha puesto de moda el ejercicio, la alimentación saludable, todo el mundo se cuida, todo el mundo hace deporte, todo el mundo va a correr. (...) Eso es la sociedad, últimamente se... se mira mucho el físico (...) Bueno, si tú vais a tener alguien que te va a decir lo típico, “ay, tenéis que rebajar un poco, tenéis que cuidarte un poco más, por ti, por tu salud”. Siempre dicen por salud, pero ellos no hacen nada por tu salud.” (E13_SI)

Destaca lo poco que se relaciona el deporte con la salud, una cuestión que hacen prácticamente todos los hogares sin obesidad infantil. En su caso se hace más hincapié en una visión del deporte como estrategia para el mantenimiento o la pérdida de peso.

“Quizás debería incluir algo más de deporte, decir que quemó o hago algo más, o que me ayude adelgazar, pero...o por ganas o por falta de tiempo, no...no lo hice. Eso sí, al niño sí que el intento...de hecho a él le gusta mucho robótica y no lo llevamos a robótica, lo llevamos a karate porque claro, lo que nos interesa no es que esté sentado en una silla una hora más al día, sino que se esté moviendo.” (E6_SI)

“Es algo...por ejemplo patinaje, o sea patinaje, patinas, 2 días a la semana, bueno son pequeños, vale, los mayores van 3, o el...el mayor, que hacía 3 días a la semana baloncesto hora y media de baloncesto y luego los sábados jugaban partidos. (...) [Lo practicaba] porque quería bajar de peso [Risas]” (E7_SI)

“Porque él sobre todo necesita quemar, o sea, él está gordito, el hermano igual, ¿eh?, pero luego a fuerza de deporte y de quemar todo, tal, consiguió, o sea, es que lo necesitan, o sea, necesitan porque es que, si no, ¿qué haces?, ¿estás sentado todo el día? Necesitas quemar por lo menos dos horas de ejercicio al día. (...) O sea, yo considero que es obligatorio.” (E10_SI)

Es curioso también el hecho de que algunos hogares limitan o acotarla práctica deportiva y su importancia a una determinada edad. Creen que hay un momento vital para su práctica que es cuando se es joven y que las personas de su edad o más mayores no están en edad para practicar deporte o al menos no de forma rutinaria y exigente.

“A ver el deporte como todo tiene una etapa, como el salir de noche y el beber y el tontear, tiene una edad, una vez que pasas esa edad ya no, que seas mayor, que oye “Estoy mal de salud” de una rodilla, de una cadera, de lo que sea, estás mal y necesitas hacer un movimiento, un estiramiento, muy bien, eso sí lo veo bien aunque no tengas la edad de andar de gimnasio pero...hay otro tipo de actividades, puedes hacer yoga que es una completa disciplina y no es tan agobiante como gimnasio o como... lo mismo, bueno caminar, natación si no me gusta, pero igual puede ser que digas que vas a la piscina, pero no le encuentro yo mucha ciencia ¿no? A lo del deporte.” (E3_SI)

“A lo mejor para más jóvenes como mis hijos los metería en una actividad que tuvieran una rutina, pero...pero a estas alturas para mí sería eso, caminar todos los días un poquitín y luego el fin de semana pues excursión en bicicleta. (E11_SI)

En este sentido, varios entrevistados aluden a aspectos de tiempo entre las dificultades y necesidades para practicar deporte. Al no tener una visión lúdica, ni de disfrute de la actividad deportiva, pero sí ligada a la pérdida de peso encuentran más inconvenientes para iniciarse y si han conseguido empezar entonces quieren resolverlo lo más rápido posible.

“Mi marido es imposible, ya te digo podría en la mañana, pero...hombre que no tenemos ganas yo creo, porque yo creo que yo sí quisiera, a lo mejor un rato sacaría, pero como siempre lo empleo en otra cosa pues, este rato que tengo libre para esto, este rato que tengo libre para hacerlo, yo creo que en general que no me ha dado la gana ¿Para qué te voy a engañar? (...) No, no, es verdad, porque a lo mejor si yo quisiera apuntarme, qué se yo, a aerobics o a zumba, al menos una vez a la semana, seguro que hay un horario, aunque sea a las 8 de la tarde entre que no tengo mucho tiempo libre, y no tengo muchas ganas, pues yo creo que no.” (E2_SI)

“Vamos todos corriendo, (...) ¿Qué tanto necesitamos andar a todos lados? (...) ¿Va a pasarte algo por no ir al gimnasio mañana? No, es que entonces ¿Qué

necesidad tenemos? Sí hay un día que también necesites estar sentado y decir “Hoy para mí”.” (E3_SI)

“Pues, hacer deporte es pasar por el... sacar tiempo, una hora, hora y media... para hacer...lo que más te guste, o bicicleta o cinta, o andar o correr... o... eh, vamos, tampoco se puede perder peso haciendo musculación... [inaudible] {tipo bicicleta} ... sí, sí.” (E12_SI)

“Bailar es un deporte, o sea, es un ejercicio físico que haces y lo quitas de en medio. Tenemos bicicleta estática en casa y últimamente le estamos dedicando unos minutines, no te digo cuántos [ríe] pero muy poquitos [ríen], pero por lo menos que no se diga, pero otra gente considera hacer deporte pues ir a natación, correr, jugar al pádel, tenis, fútbol...” (E14_SI)

“Hay gente que no se mueve en todo el día y luego hace una hora de gimnasio. Vale, te mueves más si tienes tiempo. Y si luego tuvieras tiempo para hacer otra actividad física aparte. Estaría bien, sería lo ideal. Pero es que a lo mejor es, cuando todo el día lo pasas moviéndote, a lo mejor salir a correr.” (E15_SI)

5.1.2 Rutinas de práctica deportiva y ejercicio

La mayoría de los adultos pertenecientes a hogares en los que hay obesidad infantil no practican ningún ejercicio físico y/o deporte.

“No [ninguno de nosotros]. Al peque le hubiese querido poner”. (E1_SI)

“No, no, quitando al pequeño que ya te dije que hace futbol, pero los demás no, en general no [hacemos deporte].” (E2_SI)

“No, yo estuve una temporada haciendo...bueno yendo a correr, pero tuve que dejarlo (...) Hasta que dejé de fumar y todo, ya lo retomaré, hacíamos senderismo, rutas... (...) No, a mi marido no. (...) O sea a él si le dices tú vamos a hacer una sendina, vamos a hacer una rutina, sí, pero deporte no.” (E7_SI)

“Nada, nada, nada. [No practicamos nada de deporte].” (E10_SI)

“Eh... mi marido no, es que tiene un trabajo muy difícil y no le apetece mucho... y yo nunca fui especialmente deportista pero sí podía ir a alguna piscina, a jugar tenis, pero como me vino lo de las cervicales paré” (E11_SI)

“A mí no, directamente [no me gusta]. A mi hijo sí, a mi hija también, y a mi marido tampoco, no le gusta. No, yo no personalmente [nunca lo practiqué]”. (E14_SI)

Tan solo en cuatro hogares alguno de los adultos practica deporte. En dos de ellos, se ha empezado a practicar hace relativamente poco, cuando han tomado consciencia de la necesidad de realizar un cambio en sus hábitos para controlar el peso, es decir, como una estrategia de control. Generalmente, al padecer una enfermedad o dolencia que tiene

consecuencias visibles en el presente. En los otros dos solamente los padres hacen deporte. Llevan practicándolo varios años, lo hacen regularmente y con cierta exigencia.

“Sí, si él si por la mañana se levantó haciendo esas planchas, [Risas] yo me descojono. (...) Según se levanta, él según se levanta y se tiene que poner a hacer sus flexiones, sus planchas y sus paranoias [Risas]” (E3_SI)

“No, no, no, no somos de hacer deporte, lo que pasa es que nosotros tenemos...eh... problemas de espalda y bueno pues nos recomendaron el Pilates como algo para mantener.” (E6_SI)

“Bueno pues mi marido es muy activo te voy a contar por ejemplo su día de hoy. El hoy entraba a trabajar a las 10:00 de la mañana, salió ya de casa a las 8 de la mañana para ir antes al gimnasio. Antes de ir a trabajar va al gimnasio estuvo una hora se ducha y va a trabajar. Al mediodía tiene dos horas para comer, entonces en las dos horas va a nadar. No nada las 2 horas lo que pasa es que no sé si son 40 largos lo que hace, que son un kilómetro y medio, algo por el estilo. (...) Y luego él los lunes y miércoles entrena baloncesto de 9 de la noche a 11:00 de la noche, lunes y miércoles.” (E8_SI)

“Sí, bueno... mmmh... al gimnasio [inaudible] dos años, dos años y medio. {Antes no hacíamos nada}. (...) Yo creo que empezar así de continuo, dos años y medio.” (E12_SI)

En los hogares sin obesidad infantil también se detecta una carencia respecto al ejercicio físico y el deporte en los adultos, aunque no tan generalizada como en sus opuestos. En la mitad de los hogares sin obesidad infantil alguno de sus miembros practica algún tipo de ejercicio físico o deporte al que dedican generalmente un tiempo mayor. Es llamativo el hecho de que hay más madres que realizan alguna actividad con frecuencia.

“Somos un, yo no tengo con la gente con la que salgo somos unos cuantos y sí, nos seguimos viendo, yo, tenemos amistad pues de 30 años y seguimos jugando al baloncesto. Estamos hechos polvo, hoy una rodilla, hoy un no sé qué y no sé cuánto. Entonces volvimos otra vez a organizarnos, ya llevamos cuatro o cinco años y vamos todos los miércoles a jugar a baloncesto. Entonces la mi sobrina viene conmigo y la cría cuando no hay balonces..., cuando no hay clase, cuando no hay nada, entonces viene también conmigo.” (E3_NO)

“A ver, mira vamos a ver. El spinning yo voy dos veces a la semana. El vie-- a ver, el viernes, la clase del viernes. A ver, mientras más es el jueves. El spinning y la clase la hay el viernes. El viernes estoy en mi casa y voy a otra clase, vamos a decir en eso me voy a acá a correr la cinta o... (...) Un poco variado, sí. Y luego los otros días hago aerobic step. Hay circuito de... ¿Cómo es que se llama eso?

145 o nada, van poniendo postas y, aquí hacéis esto y sentadillas aquí. [Inaudible] Un poco de todo.” (E7_NO)

“Mi marido hace atletismo, y a veces también algo de bici. Y yo suelo salir a caminar- bueno eh a caminar, pero rápido, vamos. {Paseo marcha}. Tengo algo de artrosis entonces lo de correr no me lo recomendaron. (...) Entonces sí lo de caminar así con cierto tal sí porque (eso va bien) y, de hecho, des- desde que voy caminando a trabajar y vengo, lo noto que sí me dan menos achaques (ríe).” (E14_NO)

En la otra mitad, los adultos no hacen ejercicio físico, pero a diferencia de los hogares con obesidad relatan rutina de ocio y tiempo libre en las que se mencionan actividades de ocio activo en las que quedarse en casa o planificar actividades sedentarias no suele ser lo habitual.

“Soy súper activa, mi hermana es mucho más sedentaria que yo. Yo estoy todo el día corriendo, es que mi madre me recuerda de pequeña que subía las escaleras siempre corriendo del portal, nunca bajé andando y a día de hoy lo hago. Yo voy al garaje y siempre bajo corriendo, siempre las subo corriendo. Nunca hice deporte, nunca corrí, ni he ido al gimnasio y estoy todo el día..., yo voy al Alimerka y me conoce la cajera, que raro que hoy vengas tan tranquila, o sea todos me conocen como muy nerviosa, me tiene todo el mundo enfocado como en el colegio igual, lo profesores ya me conocen como, [Risas].” (E5_NO)

“Sí. Yo por Avilés todo andando. (...) Y si vamos a un sitio con... con mi marido. (...) Sí, al colegio [también van andando]... el colegio estaba cerca y el instituto está al lado. (...) Sí, no, no, y al ballet van andando, el ballet queda ahí que, (...) les queda un poco más lejos pero sí van andando también.” (E10_NO)

“El día a día...mira ahí mi mujer sí me gana claramente, mi mujer que hizo trabajo social y antes estábamos ahí abajo donde está la UNED subía y venía andando, y le encantaba, venía con las amigas todos los días aquí andando desde la calle, y siempre fue muy andarina, entonces ella, porque el coche se mueve siempre andando, prácticamente siempre; incluso cuando alguna vez decimos...vivimos pues...pues... (...) cerca de (lugar) ¿no? A lo mejor decirle en (nombre de calle), eh...con la cría, con la bici, o no sé qué, “Sí, sí, pero vamos andando” (E11_NO)

“En el caso nuestro somos más sedentarios, pero bueno, yo sí que intento caminar algo, vamos, ahora esta época suelo ir al trabajo caminando también, que me lleva 20 minutos, 25, y si no intento pues dos, tres días a la semana también ir a caminar.” (E13_NO)

Tanto en uno como en otro tipo de hogar, los entrevistados explican las razones que los han llevado a dejar de hacer ejercicio y aunque algunas son compartidas, otras se dan más en unos que en otros. En los hogares con obesidad infantil aquellos que no hacen ejercicio

físico, nunca lo hicieron o lo dejaron de practicar durante la infancia o adolescencia. Probablemente por eso no le dan gran importancia e incluso consideran, como veíamos respecto a los significados atribuidos al deporte, que tienen una edad máxima.

“Cuando era niña, gimnasia. (...) Sí, claro [me gustaba]. Claro, claro, pero no lo continué, porque, al mudarnos de sitio donde vivíamos, cuando yo era niña, nos fuimos muy lejos, tuve que dejar la escuela, y en la escuela que mi madre me iba a matricular no me gustó y pues lo dejé.” (E1_SI)

“Sí, él...él de joven estuvo en baloncesto, empezó a jugar profesional pero infantil de...de los primeros en baloncesto... (...) [Lo dejó] pues en la tontería de la adolescencia. [Risas]” (E7_SI)

“¿De seguido? [¿Cuánto hace que lo hice por última vez?] ¿Deporte? (RISA) ¿25 años? Sí, 25 años...” (E8_SI)

“No, yo no, personalmente no [nunca lo practiqué].” (E14_SI)

Aquellos que lo practicaron más allá de la adolescencia han alterado periodos de más actividad con periodos prácticamente sedentarios. Y aunque muchos mantuvieron el ejercicio como estrategia para el control de peso y percibían que ésta estaba siendo eficaz, los cambios en las condiciones laborales -empezar a trabajar, cambio de horarios hacia jornadas más extensas o cambiantes o desempeño de trabajos mayoritariamente físicos- hicieron que se abandonara.

“Pues en parte cuando empecé a trabajar, por el tema de los horarios que estaba a tres turnos y tal y en parte creo que fue en esa época que ya dije “No puedo” y claro no había tantos horarios, en mi gimnasio al mediodía cerraba, ¿ahora qué gimnasio te cierra al mediodía? Ninguno, ahora es exagerado.” (E2_NO)

“Claro, llega un momento que dije, el problema mío es que no quemo, no es que no coma bien porque comer, como lo mínimo, sin grasa ni {...} tal. El problema mío es eso, porque una vez bajé y bajé mucho; me metí en un gimnasio como 2 horas al...al día y eran 3 días a la semana, y luego los 2 días que me quedaban iba a un...el gimnasio tenía un...uno de estos de...de bici, que hacías bici, que bajabas, abdominales, bueno, una clase de esas que lo hacía {...} semanas y bajé, pero luego empecé a trabajar, estudiar y ya no tenía tiempo para el gimnasio y claro, vuelta a empezar. Y entonces claro, mi problema es que no gasto por ¡que yo... (Inaudible 09:01) (...) No, ahora no porque como estoy trabajando...me llaman para un día, al día siguiente tal. (...) No puedo cuadrar, no puedo cuadrar nada. Porque luego el guaje tiene clases, luego yo tengo no sé qué, es imposible cuadrar nada...entonces claro.” (E5_SI)

“Muchos años y practiqué artes marciales y todas esas cosas, pero yo me aparté de eso desde hace puf 19 años, desde que estoy aquí (...) porque había que trabajar y pensar en trabajar y trabajar y trabajar.” (E9_SI)

“El tiempo que adelgazo es cuando me muevo todavía más de lo que me muevo. Hubo una temporada que adelgace un montón, pero andaba 15 kilómetros, me tenía que levantar a las 5:30 de la mañana, ir a andarlos antes de empezar en la cuadra. Y bueno, atender a los niños, ir a la cuadra y demás. Porque el resto del día es... no es viable. O sea, no tengo una hora física para hacerlo, pero es cuando adelgazaba realmente. Yo adelgazo cuando hago más ejercicio no cuando como menos porque es que tampoco como tanto. Pero bueno, eso.” (E15_SI)

El desempleo vinculado a una reducción de ingresos que dificulta tener cubiertas las necesidades básicas también es otra de las causas que se observan, sobre todo en el caso de hogares de posición socioeconómica más baja. En el siguiente fragmento se visibilizan dos de los factores más comunes para dejar de practicar deporte en estos hogares, al mismo tiempo que se muestran las dificultades que se encuentran para introducirlo en la rutina diaria de forma estable. Lo que explica también, al menos en cierto modo, por qué los hogares de estatus socioeconómico más bajo hacen menos deporte que los de estatus más alto. Por un lado, cuando no estaba trabajando tenía tiempo para hacer deporte, pero la situación de desempleo hacía que su estado anímico fuera bajo y que los ingresos del hogar fueran escasos. Por otro lado, cuando comenzó a trabajar tenía dinero, pero las condiciones de su trabajo dificultaban encontrar un momento para hacer deporte porque nunca sabía que horario laboral iba a tener, ni qué día iba a tener que trabajar. De hecho, mientras se encontraba en desempleo aun practicaba algún ejercicio, pero una vez trabajando era mucho más difícil encontrar un hueco.

“Hubo una temporada que íbamos a salir a andar (...) lo que pasa es que luego ya cambió, empezó a trabajar él y ya empecé a {...} a mí como más a menudo, como más...digamos en fin de semana coincidía bastante y ¿ahora dónde voy? Y van ellos solos, a veces, si va uno solo o iba [él] con el niño, pero yo no porque to trabajaba {...}, ya empezó a cambiar todo y luego él empezó a trabajar casi...casi seguido y el sábado hay veces...cada dos, cada tres sábados está de guardia, entonces no puede ir a ningún lado porque si le llaman, tiene que marchar. Si coincide los dos sábados que está, a lo mejor si apetece salir, pero como está tan cansado, ya no le apetece como antes salir a andar. (...) Sí, en algún momento sí que es verdad, que no tenía nada [de trabajo] (...) sí que es verdad que tenía tiempo libre, tenía más...claro estaba peor porque estaba deprimido, cansado, “ya no sé lo que voy a hacer para encontrar”, pero no estás cansado como para no ir...claro, sí podía ir a los sitios, sí podía salir, sí podía andar, pero claro no estaba bien tampoco.” (E5_SI)

Precisamente el estado anímico también es un factor que emana del discurso de los entrevistados. Aquellos con ansiedad o depresión suelen prescindir de las rutinas

deportivas porque se sienten sin energía, sin fuerzas para hacerlo y poco a poco lo van abandonando al igual que abandonan otros aspectos.

“Sí, yo...pasé un mes alimentando a agua y... [llora]. (...) Sí [afecta a la salud] porque dejas de mantenerte, yo antes porque iba a correr, iba a caminar mucho, ¿Qué pasa? Que la alimentación mala te tiene cansada, tanto si comes mucho como si comes poco. A mí me dio que estuve un mes sin comer nada sano, alimentándome a base de agua y...pues sin comer nada, a la hora de comer pues al niño le das de comer, les dices “Ya comí” y él comiendo, pues vas bebiendo botellas de agua, vas bebiendo agua... (...) Entonces quieres seguir tu vida de decir: “voy a correr, voy a tal,” pero no tienes energía, no tienes fuerza, lo único que te apetece es descansar, dormir, entonces tu cuerpo va como poniéndose flácido y cuando quieres volver otra vez a reenganchar pues...” (E7_SI)

“Mira, antes me encantaba hacer deporte, yo iba mucho al gimnasio yo, me encantaba y desde que llegué aquí a España me quedé en stand by, no hago nada, nada de deporte, caminar, sí camino mucho, pero y el marido me dice: ¿Por qué no vuelves y empiezas otra vez?, no mi amor, en este momento no quiero nada.” (E9_SI)

Alguno de estos aspectos, como se comentaba con anterioridad, es compartido por los hogares sin obesidad infantil. Este es el caso de los cambios en los ingresos del hogar o en las condiciones laborales.

Yo todo el día, ya ves [risas]. Ninguno, ahora mismo ninguno. (...) Yo en su época sí, ahora mismo no evidentemente. La niña de 16 también, ahora mismo tampoco, la puede el estudio, es una niña que necesita muchas horas de estudiar, entonces no puede tirarse a lo otro, vale. El grande hizo en su día también, ahora está tirado a la bartola también. O sea, el deporte en su día sí, pues ahora mismo no. (...) Yo era de correr. (..) Yo era el cross, yo era de correr. Eh...la niña, la de 16 era más bien de salto trampolín; bien, y el niño era de cross también, cross y fútbol, pero cuando llego en un momento que... (...) No, para empezar, el primer momento que llegó fue la crisis, no se pudo seguir pagando actividades extraescolares ¿vale? Y luego ya te das cuenta, en este caso la niña, (nombre hijo mayor) lo dejo todo, o sea, no había no había, se dedicó al estudio que era lo que tenía que hacer; la niña fue más que nada que ahora cuando quiso volver a empezar no podía con todo, o sea... (...) que no podía, ella necesita muchas horas de estudio para poder sacar varias cosas, y entonces.” (E4_NO)

“A mí me gustaba más de lo que me gusta. Cuando era jovencita, hacía mucho deporte... Luego, me volví muy vaga... Y al padre, también, pero lo que pasa es que no hay tiempo material. Llega y sí que le apetece... Se pone a hacer igual {yoga} en casa, pero... (...) Eso es. Cuando llega lo que le apetece es descansar y desconectar.” (E9_NO)

Sin embargo, se aprecian otros dos que no se mencionan por aquellos miembros de hogares con obesidad infantil. El nacimiento del primer hijo es uno de los aspectos que

más se menciona en el caso de las mujeres. Todas ellas mencionan de una u otra manera que este momento supuso un gran cambio en sus vidas sobre todo respecto al tiempo disponible para ellas mismas. Esperan poder volver a practicar deporte una vez sus hijos sean adultos o al menos lo suficientemente independientes para no tener que dedicarles tanto tiempo.

“No, la niña hace baile, va a baile. No, yo no, nada. (...) Me encantaría, pero no tengo tiempo [la entrevistadora ríe]. Bueno, no tengo, sí, no me organizo, no tengo tiempo. (...) Siempre [hice deporte], hasta que, hasta que nació la niña siempre hice. [Muy seria] Sí, y lo note muchísimo, pero no acabo de, porque, claro, si te, si me apunto a algo tengo que estar dejando a la niña con mis padres, no sé qué, no sé cuánto, y de momento es inviable.” (E2_NO)

“Pues, a ver, hacer ejercicios físicos, yo ahora mismo no practico absolutamente nada, pero sí que es verdad que antes salía a correr, iba a la piscina dos o tres veces a la semana por lo menos, me parece importante. (...) [Dejé de hacerlo cuando nacieron ellos]. Básicamente porque no encuentro horas del día para mí, porque siempre estoy preocupada de otras cosas que no son las mías.” (E6_NO)

“Yo antes, por ejemplo, yo antes vivía en Madrid y trabajaba... bueno, empecé a probar... (...) Estaba en Madrid, y, por ejemplo, yo hacía bici... (...) Y... ya te digo, yo hacía bici ahí. Hacía bici y con la que vive en el piso a veces hacíamos ejercicios, y... pero claro, no tenía niña, ni nada” (E10_NO)

“Pero yo nada, cero, o sea, eh, yo creo que el año pasado eh algún, algo, pero muy poco, tengo una cinta de caminar en casa y la uso, pero, yo creo que te puedo contar con los dedos de la mano las veces que la usé. Porque entre, ellos tienen deberes y los tienes que ayudar, entre el trabajo que yo tengo y luego tema cena y (Inaudible 00:24:04), no veo el hueco. (...) Antes de que nacieran sí, claro hacía aerobic, o sea, iba al gimnasio y eso. Cuando nació la primera ya, se te acabó la vida [Risas]. Iba tres días a la semana, tres días a la semana.” (E14_NO)

Y el segundo aspecto observado tiene que ver con el padecimiento de lesiones que dificulten el ejercicio físico, o las enfermedades propias o de familiares cercanos que entrañen cambios en la organización de las rutinas del hogar. En ambos casos, no se dejó de practicar deporte, sino que se reajustó el número de horas y días semanales. Este no es un aspecto exclusivo, también aparece en algunos hogares sin obesidad, aunque la forma en la que genera cambios en la práctica es distinta a la observada aquí.

“No mi mujer yo creo que la actividad deportiva más clara que participó mi mujer alguna vez fue correr detrás de la niña para cogerla, pero desde que nació eh mi mujer, mi mujer...el deporte para ella es como si no existiera, nunca hizo nada, eh...yo sí bueno...yo jugué en la playa toda la vida, jugué al fútbol toda la vida, me rompí el peroné el año pasado (...), estoy desde febrero hasta junio de baja

aquí, fue la primera vez que estuve de baja y...y ahora precisamente si...se da todo bien, mañana, después de un montón de meses voy a volver a jugar. (...) O sea que mi idea es seguir y seguir hasta que me echen...las lesiones...” (E11_NO)

En lo que respecta al ejercicio físico infantil se da una particularidad que no se produce en el caso de los adultos y es que todos realizar algún tipo de ejercicio físico ya que forma parte de las asignaturas curriculares del colegio e instituto.

“Y luego ya la gimnasia que hacen el cole, qué deben ser dos clases de 50 minutos” (E8_SI)

Si bien esto posiciona a priori a ambos tipos de hogares en una posición de igualdad, los discursos pertenecientes a los hogares con obesidad infantil en este ámbito muestran situaciones que no se dan en sus contrarios y que evidencian una pérdida de motivación por parte de estos niños con respecto a la práctica de ejercicio físico sobre todo a nivel grupal. Sus compañeros creen que su rendimiento es distinto y, por ende, tienden a incorporarlos en puestos con poca participación o a no escogerles entre los miembros de su equipo. Estas situaciones detectadas en varios casos de obesidad infantil, sobre todo en aquellos con un IMC más alto, conducen a una baja autoestima y a una pérdida de interés. Se produce una situación paradójica: sus compañeros no los quieren en su equipo porque consideran que su rendimiento es más bajo, y ellos no quieren esforzarse y participar porque no se sienten útiles o valiosos.

“Pues este año porque hablé con la profesora el año pasado, la profesora de gimnasia me dijo: “tiene problemas, pero bueno, de momento los va librando”, pero este año cuando empezó, ya la profesora nos dijo: “mira, si el guaje no tiene problemas de abrirse a la gente, es muy abierto, es muy tal, pero claro su limitación de peso hace que ciertos {...} la gente no le elija”, claro porque si es para correr en espacio abierto, no le van a coger, porque saben que no llega, entonces claro, él se siente como aislado, entonces empieza a ponerse “malo”, como diciendo: antes de que tú me digas que no, te digo yo que no quiero hacerlo.” (E5_SI)

Fuera del ámbito escolar, más de la mitad de los niños pertenecientes a este tipo de hogares no practican ningún ejercicio físico adicional, lo hacen por debajo de la frecuencia recomendada y/o, si son varios hermanos, alguno ha dejado de hacerlo. Entre los que no hacen ninguna otra actividad se encuentran dos hogares de posición socioeconómica baja. Uno de ellos es un hogar monoparental en el que la madre está

desempleada y donde a pesar de considerarlo importante para controlar el peso de su hijo, la situación económica no le permite pagar una actividad extraescolar. El otro es un hogar que recibe el salario social, que lleva años en desempleo y en el que los niños son totalmente sedentarios. La madre dice que no les gusta hacer deporte. En estos hogares los padres tampoco practican nada de deporte.

“Sí, sí, no pude, porque son 15 euros al mes, y al no estar trabajando, pues no pude. Porque yo lo hablé con la maestra del curso pasado, que estaba interesada porque ahora como el curso pasado ellos entraron en la segunda quincena de noviembre al cole, porque fue cuando llegamos, entraron tardíos pues ya no les pude poner en nada ya.... Y entonces este curso ya le había comentado a la maestra que, si me gustaría, sobre todo para que con el deporte bajara de peso e hiciera más ejercicio... porque además al estar gordito estar todo el día en casa...pues se pone un poco como que torpe en los movimientos y tal, para que esté más ligero. Pero bueno, realmente cuando me mandaron el boletín a casa de todas las actividades extraescolares, pues...el precio pues no. (...) Si hubiese estado trabajando, pues sí, porque me gustaría muchísimo. Por tu salud...”
(E1_SI)

“No, es que no hace nada. No. (...) Sentado todo el día, con el móvil, todo el día. Le mando para la calle que juegue. Pues no, está todo el día sentado.” (E4_SI)

En otros seis hogares se hacen actividades fuera del ámbito escolar, sin embargo, la práctica es esporádica o insuficiente con respecto a las recomendaciones. No suelen alcanzar las tres horas semanales el tiempo que dedican, y en algunos casos, aunque uno de los hermanos continúa haciendo algún deporte, el otro –generalmente el más mayor– ha dejado de practicarlo para dedicar ese tiempo a las obligaciones escolares. Existe una tendencia entre los padres de con obesidad infantil a priorizar la educación por encima del deporte y aunque cuando los niños son más pequeños acuden a actividades deportivas, a medida que van creciendo se percibe que la escuela/instituto es más importante y se les quita de actividades deportivas para que tengan más tiempo disponible para los estudios. Sin embargo, aunque aparentemente alegan que dejan de prácticas estas actividades por una falta de tiempo, cuando se observa el tiempo dedicado al uso de la tecnología o a la práctica de otras actividades sedentarias se observa que esa escasez de tiempo es más percibida, que objetivamente real. En una especie de teorema de Thomas se hace real en sus consecuencias.

“No el otro no. El otro con estudiar tiene bastante, que está en tercero de la ESO y le cuesta. (...) Entonces bueno, hizo futbol toda primaria y fútbol... (...) Ya no, porque bueno le cuesta mucho ponerse y hay que andar encima de él como para que encima, que a lo mejor a veces lo pienso eh, a lo mejor tiene tanta tarde libre

que nunca encuentra momento de...sabes, puede ser, no lo sé, pero bueno a él tampoco le da más eh.” (E2_SI)

“Si, si, si le gusta, él lo que es vago para salir de casa. (...) Dos días a la semana, el resto es que no tenemos más porque entre luego la clase particular y toda la parafernalia que tengo con él ¿A qué tenemos tiempo? A más nada.” (E3_SI)

“Tenis y hace tiempo el balonmano. Lo que pasa es que por temas de estudios tuvo que dejarlo. (...) Es que le dan tres días a la semana dos horas y le partían mucha tarde. Entró en una academia de inglés. Ya cada día empezaba a tener más sus deberes, allá tiene un poco de subida de tensión porque le cuesta mucho lo de centrarse y le partía mucho la tarde. Ya luego los sábados tenía partidos, luego estaba con el tenis, como el tenis son los fines de semana... pero bueno.” (E13_SI)

“A ver, los críos tienen actividades extraescolares inglés, inglés, fútbol el crío, y la cría tiene inglés y pintura. Ella hacía antes natación, pero bueno, este año ya le están apretando más en el colegio. Era buena en natación, pero hay que decidirse un poco por... (...) por lo académico.” (E14_SI)

El resto cumplen con las recomendaciones en lo que se refiere a la frecuencia, sin embargo, al profundizar en sus discursos se aprecian algunos matices que van más allá de si se hace deporte o no y de la frecuencia para adentrarse en cómo está configurado, es decir, cómo se lleva a cabo y el conjunto de significados sobre los que esta puesta en escena se desarrolla. En algunos de estos hogares con presencia de obesidad infantil, los niños suelen elegir deportes de baja intensidad y exigencia, en los que el ejercicio físico realizado sea leve, con pocos movimientos y preferiblemente que se practique individualmente –alejándose de los deportes colectivos. Los padres suelen dejarles elegir el deporte al que quieren apuntarse y ellos suelen optar por aquellos que no impliquen, sobre todo, correr y en los que su cuerpo pueda suponer una ventaja. Dicho de otro modo, donde sientan que su cuerpo les es más útil para conseguir buenos resultados deportivos.

“Sí, él va a judo...3 veces a la semana, no 2, 2 a judo y 2 a tiro con arco. Como le dejamos, le dejamos un margen, porque claro él todo ejercicio se aburre. Dijimos, bueno si tú apruebas todo y va todo bien en las asignaturas, coges una extraescolar para ti, la que tú quieras, y tiene un montón. (...) Lo demás era todo correr {...} y dijo él... ¿pues qué te gusta? A mí, ...ay, tiro con arco...algo le gustaba, una afición y tal, y vio que eran clases de {10} y dijo, ah, pues me gusta. [le dije] si tu apruebas, te dejo tiro con arco, todo el año con tiro con arco, ahora, si tu suspendes en algún momento, tenemos que quitar tiro con arco y poner clases particulares, de inglés o de lo que sea. Pero judo no se quita, porque judo sabe que es el ejercicio que hace, porque además en judo están practicando [la] elasticidad, abdominales, también carreras, porque hacen carreras cortas para poder saltar, y entonces eso no se lo puede quitar, es el único ejercicio de verdad. Y además Moni, que es la tutora se lo está haciendo, digamos ya mira ando para

él, porque sabe... también se preocupó por él, a la hora de correr se fatigaba mucho... [la tutora decía:] es que claro, tengo miedo de que le pase algo.” (E5_SI)

“El pequeño eh practica futbol, es portero, aunque lo lleva como una afición con medida, le gusta más verlo que hacer deporte” (E11_SI)

“Como le dijimos, le dijimos un margen, porque claro él todo {ejercicio} se aburre. Dijimos, bueno si tú apruebas todo y va todo bien en las asignaturas, coges una extraescolar para ti, la que tú quieras, y tiene un montón. (...) [Elegió tiro con arco] lo demás era todo correr {...} y dijo él... ¿pues qué te gusta? A mí, ...ay, tiro con arco...” (E5_SI)

Tal es así que aquellos que están apuntados a deportes colectivos, lo hacen ocupando posiciones o roles que implican menos movimientos y sincronización con sus compañeros. Por ejemplo, como se puede ver en el siguiente fragmento, siendo portero en un equipo de fútbol:

“Tampoco tengo ningún interés en ponerlo en régimen estricto, que se controle un poco...o alguna cocina y...y que se mueva más...porque en el futbol está de portero [Risas] (...) Y lo eligió él, claro.” (E11_SI)

No solamente es importante el hecho de practicar algún tipo de ejercicio físico, sino la interacción con otros hábitos relacionados con la obesidad como la alimentación. Analizar el ejercicio físico realizado por los hogares como un elemento aislado hace que se pierda valiosa información del conjunto y de la importancia de la interrelación de factores. Una de las primeras pistas de esta interrelación nos la proporciona un hogar en el que el único de los miembros que tiene un peso normal –el hijo mayor- partía de un peso similar al de su hermano pequeño con obesidad, pero que tras empezar a hacer atletismo adelgazó. Este inicio en el atletismo fue acompañado de un importante cambio en sus hábitos alimentarios que le fue conduciendo a una alimentación más saludable y diferente a la del resto del hogar:

“El pequeño eh practica futbol, es portero, aunque lo lleva como una afición con medida, le gusta más verlo que hacer deporte, y el mayor sí es muy deportista, hace atletismo y es sub campeón de Asturias de 3000 metros lisos así que ese sí que entrena muchísimo y se lleva mucho con el deporte, cosa que no hacemos ni su padre ni yo, su padre está lesionado y yo tampoco tengo gusto por hacer deporte tampoco tengo 3 hernias cervicales y (...) complicado.” (E11_SI)

“Ahora con el atletismo se ha vuelto más meticuloso con no comer demasiados hidratos, no comer nada de chuches ni cosas de esas no come, eso lo controla muy bien y lleva una alimentación sana, pero aparte de eso lo de ser repugnante, quitar lo de la carne, me molesta que en el...las verduras, hayas metido una

verdura que no es la de siempre, eso siempre fue bastante repugnante en ese sentido...” (E11_SI)

Las formas en las que la práctica alimentaria y deportiva interactúan son variadas. En el siguiente hogar en el que se han realizado cambios recientemente, una madre relata cómo era la rutina diaria pasada de su hijo respecto al ejercicio físico. Debido a su trabajo su hijo era llevado a esas actividades por sus abuelos, los cuales le recogían a la salida y le daban la merienda. Una merienda compuesta de bollería y alimentos similares. De tal manera que, aunque hacía ejercicio físico, este no estaba siendo acompañado de hábitos alimentarios saludables por lo que los resultados de ese esfuerzo nunca llegaron a materializarse.

“Entonces bueno...él...lleva ya bastante años haciendo actividades, lo que pasa que antes las actividades, iba acompañado de mis padres (...) Y a lo mejor en lo que era las meriendas y demás, le metían algo más de bollería y cosas así...Puees yo intento meterle cosas más...pues tipo jamón york, fruta, cosas un poco...que a lo mejor no le engorden tanto.” (E6_SI)

A pesar de que como refleja el ejemplo anterior, algunos padres tratan de atajar algunas prácticas no del todo recomendables para sus hijos, a veces toman decisiones que intentando favorecer sus movimientos, realmente consiguen lo contrario. Otro ejemplo lo proporciona una madre que en un intento de motivar y favorecer el ejercicio físico entre sus hijos optó por premiarles como comida rápida si se movían jugando a videojuegos con temática deportiva.

“El verano pasado pedí un par de veces Burger King y... [Inaudible 00:48:14] ¿lo traen a casa? Tengo que pedir una” y...nunca más lo hice, pero ahora están con la tontería de que “¿Es que no podemos pedir...?” “No, no” lo tengo como un...un...a ver el verano pasado, a que hicieran un poco de ejercicio que estaban con las consolas que no querían ir a la playa siquiera y les tenía puestos como pequeños {puntos}, en la Wii de casa tengo lo del peso, lo de hacer deporte y tal, y entonces me ponía con ellos y tal y si conseguimos...nos pasamos y tal, “Si conseguimos que esta semana conseguimos que hagas media hora de ejercicio...pero media hora eh, media hora que vas sumando los ejercicios, no de que pones media hora...”. (...) Sí y te va midiendo el tiempo que tú estás haciendo esa actividad, entonces yo decía “Si consigues hacer media hora de...de spinning, vamos sumando los minutos que hagas durante toda la semana un premio de fin de semana”, entonces claro, la hamburguesa de Burger King y yo ahí fue que yo dije “Ya se me fue de las manos, vale, ya”.” (E7_SI)

La disponibilidad de tiempo de los padres también es un factor importante detectado en estos hogares. Incluso, algunos de los padres que han iniciado un proceso de cambio de hábitos, han comenzado por adaptar o modificar sus horarios laborales y/o trabajo para poder estar más pendiente de su/sus hijos y llevarlos a más actividades deportivas estrategia para la pérdida de peso.

“No, ehh, no, lo que pasa es que tengo la suerte de trabajar, eh...con mi marido, para la empresa de mi marido, entonces pudimos decidir hacer eso; yo trabajar menos horas y dedicarme eh...por las tardes a llevarlo a actividades y demás, en vez de que esté sentado en...mmm...en...en un sofá, pues que esté haciendo actividades.” (E6_SI)

El siguiente fragmento es muy interesante porque refleja la interacción entre distintas prácticas de distintos miembros del hogar. Como es necesario encajar todo dentro de un puzle personal y familiar muy complejo que desincentiva o minimiza el tiempo disponible para la práctica deportiva, entre otras:

“Es que a ver... nosotros durante el día no, no tienes posibilidad [de hacer deporte] porque desde que te levantas mandas a los niños al Colegio, desayunas, bajas a la cuadra, vienes, comes y si tienen extraescolares, los llevas a las extraescolares, bajas a la cuarta, vienes, cenas y te acuestas. Es el día, pero es que, a ver, no es que esté sentada todo el día. Bajas y estás todo el día de pie y no tienes un trabajo sedentario. Es un trabajo muy físico, entonces.... claro. Muchas veces a lo mejor, eh, sobre todo en verano y ya lo hemos hecho de llegar de la cuadra a las 10 de la noche y salir a caminar. Pero realmente, eso puedes hacerlo y lo haces cuando no estás hecho un {Ininteligible} pero cuando te has pasado el día haciendo presas no tienes ganas de andar. Tienes ganas de dormir. Y además es que encima, los niños nuestros son niños de alta demanda y duermen muy mal. O sea, nosotros dormimos muy pocas horas porque...bueno, hoy, por ejemplo, no dormí nada, pero bueno, porque estuvo malo. Pero normalmente antes de las 3, nunca duermo. Y aunque lo despierte a las 8 o tal, da igual porque luego no duerme. A lo mejor se queda dormido a la hora de la siesta media hora. Y estamos así otra vez hasta las 3 de la mañana. Y esto pasa, pasa del mayor y pasa con el pequeño. Son niños que duermen muy poco. Entonces claro eso limita un poco la posibilidad también, porque están cansados, y no, y no quieres, yo no... O sea, a mí no me motiva nada. Y tengo mucha fuerza de voluntad, créeme, pero, yo cuando llego a casa no quiero ponerme a hacer ejercicio, quiero descansar. Y aunque quiera levantarme hay veces que es que, si me siento, me duermo. Y es así.” (E15_SI)

Sin embargo, no todos los hogares pueden tomar medidas o decisiones como estas pues suponen una reducción de los ingresos que en muchos de los casos no se pueden permitir.

Siendo peor la situación de cara a generar cambios en aquellos hogares que además de pobreza temporal o escasez de tiempo, se vive también una pobreza o escasez económica.

Por su parte, en los hogares sin obesidad infantil prácticamente todos los niños practica ejercicio físico de forma regular y con la frecuencia recomendada. El tiempo que dedican a estas actividades fuera del ámbito escolar es superior al de los niños con obesidad porque mientras en los hogares sin obesidad infantil lo niños realizan dos o más actividades deportivas combinadas, en los hogares con obesidad solo practican una que se combina con otras lúdicas de carácter sedentarias como los talleres de cocina, las clases de música, gaita o pintura.

“Entonces este año consideró que iba a parar un poco la guitarra, y seguir con pintura.” (E12_SI)

“A ver, los críos tienen actividades extraescolares inglés, inglés, fútbol el crío, y la cría tiene inglés y pintura.” (E14_SI)

“Este año, por ejemplo, tenía una actividad extraescolar que me olvidé, me olvidé decirte, la de MasterChef.” (E14_SI)

“Bueno él va a ciclismo también con los otros. Con su bici sin pedales. (...) Y eso, él se mueve ya por sí mismo. Y bueno. Luego van a pintura, que hacen pintura los dos y hacen... bueno música él va a batería y ella a canto y el pequeño a música en movimiento. Y este año es a lo que van.” (E15_SI)

Estos padres tienen algunas estrategias para hacer que sus hijos practiquen deporte a pesar de comprender la pereza que puede dar en determinados momentos y después de un día completo de actividades. Por ejemplo, esta madre se apuntó a baloncesto también para hacer que su hijo venciera la pereza que a veces le producía:

“Tenemos muchas cosas que por ejemplo a lo mejor hacen excursiones, pero bueno, no puedo ir porque la cría tiene baloncesto o porque eso. Es difícil. Hacemos tantas cosas y somos en casa una media de cuatro, tres o eso y hacemos tantas cosas distintas, que además les metemos muchas cosas, quiero decir, que si inglés, que si música, que si gimnasia, que sí, entonces no lo sé, que hay a veces que dice uno quiero estar sentado, a veces los padres. Por ejemplo, llega el fin de semana, pues, claro, mi marido dice quiero estar en cama. (...) Y por ejemplo yo el crío me dijo bah, pues no baloncesto y no le insistí porque, claro, llega el fin de semana y a las nueve a lo mejor buena gana (Inaudible 1:42:53) que vaya coñazo, y a mí me costaba llevarlo y traerlo y eso, y me apunté, lo que hice fue apuntarme, que quiero que haga baloncesto y quiero y, pero ya te digo, estaba un poquitín {acumulada}”. (E3_NO)

Algunos de los niños de los hogares sin obesidad no practican ningún deporte o la frecuencia no es la recomendada, pero en este caso las razones son distintas y ligadas a circunstancias determinadas. En uno de los casos se trata de niños muy pequeños –tres y cinco años- que sustituyen la práctica deportiva por el parque y los juegos. Y en el caso del hijo mayor, también va a fútbol una vez por semana. En otro se trata de una interrupción temporal de la actividad que venía realizando desde hace años por una enfermedad. Y en el último, se trata de un hogar que con la llegada de la crisis económica y la disminución de sus ingresos tuvo que dejar de hacer las distintas actividades deportivas en las que estaban participando. La madre valora el deporte, le gustaba desde joven y cree que ella incentivó practicarlo entre sus hijos, pero en este momento no pueden afrontar el coste que le supondría.

“No, la niña no, pero (nombre del hijo) va a fútbol los jueves, y de momento nada más, porque me parece también importante que pueda disfrutar de sus amigos y del parque, el año que viene ya está...empieza primaria y ya tiene que estar, y tendrá catecismo, y tendrá otras series de obligaciones, entonces como el fútbol le encanta sí lo...sí que lo llevo, pero el resto del tiempo que lo disfrute para pintar, para jugar, para lo que quieras hacer. (...) [Va a fútbol] una vez a la semana. (...) Sí, pero, a ver, también es porque es pequeñito.” (E6_NO)

“O sea, el deporte en su día sí, pues ahora mismo no. (...) Yo era de correr. (..) Yo era el cross, yo era de correr. Eh...la niña, la de 16 era más bien de salto trampolín; bien, y el niño era de cross también, cross y fútbol, pero cuando llego en un momento que... (...) No, para empezar, el primer momento que llegó fue la crisis, no se pudo seguir pagando actividades extraescolares ¿vale?” (E4_NO)

“Va los sábados a natación y los domingos, sábados y domingos a natación. ¿Qué pasó? Que en esta época con el frío que hubo y todo el rollo que hubo, que ella también estuvo mala, pues entramos en la dinámica de no llevarla porque entre que estaba mala, que no estaba (...) Entonces llevamos como mes y medio que no fuimos a natación, bueno ahora volveremos a ir, pero normalmente siempre íbamos eh.” (E11_NO)

En todos los casos consideran el deporte como algo fundamental que priorizan incluso por encima de los estudios y los otros dos que pertenecen al ámbito rural, le dan mucha importancia a la vida en la calle y lo ponen en práctica con sus hijos.

5.2 Rutinas relacionadas con el ocio pasivo: uso de tecnología y momentos en familia

Las rutinas de ocio y tiempo libre de los hogares con obesidad infantil son, en líneas generales, más sedentarias que las de sus contrarios. Si el análisis de la actividad deportiva realizada por estos hogares ya mostraba que esta era prácticamente nula entre los adultos y con una frecuencia menor en los niños y niñas con obesidad, la profundización en cómo emplean su tiempo libre restante revela que su actividad física también es inferior a la de los otros hogares.

La propia definición que hacen de sí mismos algunos adultos como “caseros” muestra una preferencia por estar en casa que también se extiende en el caso de sus hijos los cuales, como señalan sus padres, tratan de evitar hacer cosas que impliquen grandes movimientos. Hablan de sus hijos señalando que son personas “tranquilas”, “de sofá”, a los que hay que animarlos a moverse y salir de casa.

“Y pues con el ordenador, los niños sí y la otra nena con el móvil sí se ponen a ver, a jugar y así... Es lo que pasa. (...) Porque están ahí con el móvil, la Tablet y comiendo y no sé qué... (...) Un poco vicioso a estas cosas, ¿no? Ahora, internet, pues sí.” (E1_SI)

“No, es que no hace nada. No. (...) Sentado todo el día, con el móvil, todo el día. (...) Le mando para la calle que juegue. Pues no, está todo el día sentado. [El otro] también está todo el día en casa.” (E4_SI)

“Yo siempre estoy insistiendo y el padre también, “hijo deja de ver la tele y hace otras cosas” pero bueno, así que... (...) Porque es tranquilo, sí, sí, sí, es más tranquilo, es un niño muy tranquilo, que quizás sea una razón para que quizás sea un niño más fuerte que los demás, pero claro hay niños que solamente por la forma de ser ya queman, porque no paran, aunque estén en casa, pero están de una lado pa’ otro, a él lo puedes sentar en un sofá y...no te hace falta decirle no te muevas, lo que tienes que decirle es muévete...” (E6_SI)

“Sí, sí, sí me preocupa de hecho el pequeño que es menos deportista me preocupa, por eso tengo ese margen hasta el desarrollo para...y siempre hay que estar ahí...obligándole por el verano meterlo en una actividad, la que quiera él, pero algo, el pequeño es más de sofá. (...) El pequeño es más de sofá, más de cocinar, más de...” (E11_SI)

Su rutina de lunes a viernes es más similar a la de los sábados y domingo. Durante la semana el trabajo adulto y las actividades extraescolares infantiles -no necesariamente deportivas-, ocupan gran parte de su día. Se sienten cansados y mentalmente exhaustos,

por lo que suelen aprovechar los huecos libres para descansar o liberar la mente a través de las pantallas o el sofá.

“Pues nada, sigo con la rutina diaria de casa. Solo quehaceres domésticos. Pues si no tengo nada, bueno, pues me pongo a ver una alguna novela un rato o algo.” (E1_SI)

“Bueno cuando llegan comemos los 3, eh yo normalmente me pongo a ver el telediario un poco y...y ellos pues con el móvil.” (E2_SI)

“Entonces tú acaba... yo acabo a las seis y bajo para casa a tirarme en el sofá a morir (se ríe). A morir y a ver Sálvame una hora entera.” (E10_SI)

“Sofá...la rutina para ellos por las tardes es comer, descansar un poquito, media hora, ponerse a estudiar, si no tienen que estudiar se ponen con la maquinita hasta las 5:30 – 6:00 que es cuando tanto uno como otro marchan a...el mayor entrena de lunes a sábado y el pequeño entrena lunes, miércoles y viernes, los días que va a entrenar va a entrenar y los días que no, suele ser el día que cocina y otro suele quedar otra vez con la prima esta pequeñina y sale por ahí a pasear con ella y demás.” (E11_SI)

“Sí, sí, la Tablet. Tiene vicio de Tablet. No hace nada porque ve videos por YouTube entonces usa la Tablet todo el día. (...) Una vez se acaban los deberes puede jugar de 3 horas [Inaudible] anda todo el día con los auriculares después. (...) Por ejemplo, come viendo videos en la Tablet, en la tele. En la tele o en la Tablet y cuando acaba de hacer los deberes debe estar todo [Inaudible] no debe estar toda enchapada ni se pone a hablar con una amiga de los videos, que si no conozca. A ver, es que está en una fase. (...) Está en una fase ahí que además no puedo controlar, ella se pone a subir fotos o videos y tengo que andar...” (E13_SI)

Durante el fin de semana este tipo de situaciones se extienden, con el desarrollo de actividades familiares que tiene lugar dentro de casa o, en todo caso, que permiten descansar de la sensación de falta de tiempo generada durante la semana. Como resultado, durante los fines de semana optan por disfrutar de un ocio pasivo llevando a cabo actividades que implican estar sentados, como el cine o pasear en moto, o en las que los movimientos son mínimos como, por ejemplo, ir de compras al centro comercial o salir de comida con amigos. A diferencia de los adultos pertenecientes a hogares sin obesidad infantil, los padres y, especialmente las madres, suelen trabajar fines de semana, o, tener largas jornadas laborales de lunes a viernes que les incitan a dedicar el tiempo de ocio de sábados y domingos fundamentalmente al descanso.

“Bueno, pues yo, con el móvil, que me conecto y busco, por ejemplo, algún video de... cómo decirte... de... para reír, para entretenerme o algo... Porque en la tele no {lo podemos} porque en la tele no... el internet que tenemos en casa para la tele no vale. (...) Es internet de cuando mi abuelita nació... Ya te digo. [Ríe] Y

bueno, los niños sí. Él se pone con la Tablet y la otra nena con el móvil sí se ponen a ver, a jugar y así... Es lo que pasa.” (E1_SI)

“Paseamos con la moto, el domingo por la mañana normalmente, cuando el tiempo lo permite, ahora poco, y bueno el domingo por la tarde bueno cine o ahora lo que te decía con los primos y los cuñados a comer algo.” (E2_SI)

“Pues ahora mismo menos porque como estamos tan hechos polvo [risas]. Yo creo que llegamos a casa, el que más hace [es] el guaje porque nosotros estamos hechos polvo, yo voy para arriba, para abajo, llega un momento que digo, mira me quiero sentar y no moverme, y es lo que hacemos casi...yo estoy en casa, hago lo de casa...y me siento a ver la tele porque estoy, mira ya me relajo, y es el único momento que {...} los fines de semana. Durante la semana estoy, casi ya me echo a las 2 de la mañana porque... para preparar lo del día siguiente, es todo así, entonces llega un momento en el que digo yo, tengo una falta de sueño que no puedo con ella [risas] y es sentarme y no hacer nada.” (E5_SI)

“Fin de semana pueden estar....es que no tienen tiempo los pobres, realmente, de buenas si comen a las 12:30 y a las 4:00 tal, pueden estar viendo la televisión mientras comen media hora y luego se ponen a hacer los deberes para marchar hacia la actividad y cuando llegan pueden no sé...una hora, hora y media durante el día, y luego el domingo sí, el domingo es más de plan de “Si me puedes traer la comida, la merienda, la cena y el desayuno a la salita, no me muevo del sofá y me quedo con el móvil en la mano” (E7_SI)

“Pues...a tomar algo... leer el periódico... o veo algún partido y tal, {viene al fútbol con nosotros, a ver al [equipo de fútbol] (...)} Y luego eso, pues, leemos, podemos leer... también nos gusta leer, tanto a ella, como a él, como a mí... oír música... eh... ¿qué más? El cine poco, porque {claro}... está por las nubes [inaudible] entonces...pues procura ir así {de vez en cuando}, antes íbamos más... cuando era más pequeña íbamos mucho. Pero ahora no, ahora claro, ella va por su lao...” (E12_SI)

Por su parte, las rutinas de ocio y tiempo libre que los hogares sin obesidad describen respecto a la semana laboral dibujan un panorama más activo. Las actividades deportivas de padres e hijos, los paseos y juegos en los parques, y, en general, los momentos fuera de casa ocupan sus tardes. En sus discursos se hace escasa referencia a momentos de televisión o sofá, las actividades están conectadas unas con otras y, salvo el momento previo a la cena, siempre consideran que tienen algo que hacer.

“Pues cuatro días a la semana los tiene ocupados con actividades, va dos días a inglés y dos días a baile. Los viernes es el día que tiene libre, que no tiene nada por la tarde. Y tiene activid..., si hace muy mal tiempo no va a ningún lado y si hace buen tiempo pues la lleva mi padre al parque, está en el parque y tal, y...” (E2_NO)

“Entre semanas tenemos la vida muy robótica yo y ellas ¿vale?, los demás vuelvo a decirte que tienen una vida un poco más, cada uno sabe lo que tienen que hacer, no hace falta que ande detrás. Entonces, claro, entre semanas ya la vida es muy robótica, o sea, entre semanas yo me levanto, colegio, vienen, relajamos una hora en casa porque vienen del colegio de toda la mañana, juegan un poco, a las cinco yo empiezo a (Inaudible 35:30) para la Cruz Roja, para el logopeda, que Yara es una niña que tiene que ir al logopeda; entonces a la pequeña de cinco en que la conlleva, lo mismo, la condiciona lo mismo ¿no? , porque se va conmigo al logopeda, aunque ella y yo luego nos demos un paseo mientras la otra está en el logopeda, cuando vienen para aquí para la Cruz Roja, no la traemos porque me la van a buscar hacía años, vienen para aquí, me dedico un poco a la pequeña, a jugar con ella un poco, a escribir, a colorear, si hay parque y hace día de parque estamos en un parque, no sé, pero llega una hora que es a las ocho llega esta otra, baño...” (E4_NO)

“Ahí es el punto mío de encuentro, o sea, yo estoy con el mediano y lo dejo en la calle, sólo con los amigos jugando, mientras llevo al mayor, yo sé que está jugando, al fútbol, al... (...) Sí, es un pueblo, lo mío también, pero hay menos gente, lo de mi madre es un barrio y siempre hay gente en la calle y cuando voy yo, pues quedamos todas las primas, como tenemos todas hijos y nos reunimos ahí todas y como que hay mucho ambiente. (...) Sí, sí que están, o sea, el mayor va a actividades o lo que sea y el mediano y el pequeño están en la calle a esas horas.” (E5_NO)

“Pues mira, por la tarde (Inaudible 17:18) ir a recogerlos y salir siempre lo que podamos al parque, con bicicletas, patinetas y eso, eh...columpios, disfrutar con los amigos. Y a las seis y media o siete llegar a casa y... nada, baños, y preparar la comida y la cena para...la cena para ese día y la comida para el día siguiente, y acostarnos tempranito porque al día siguiente hay que levantarse para el cole” (E6_NO)

“Salimos el, el...el lunes un poco a la puerta de casa que tengo el parque...para que haga un poco de ejercicio, que le viene bien. Y estar con niños y en fin...Ya te digo que no me deja nada de tiempo. (...)No estoy aburrida, tengo trabajo bastante. A las 4:30 tiene clase, a las 6 lo recojo. De 4:30 a 6 me relajo. Eso es para mí. Apago el móvil, no quiero que me llame nadie. Esa es la hora mía, porque es que lo necesito. Estar tumbada y relajada. Porque lo necesito. Iba también a spinning, ahora ya lo he dejado. Iba dos veces a la semana a spinning. Es fuerte eh. Cerraron el gimnasio, que lo tengo al lado de casa, están arreglando la fachada y digo, bueno, a ver si lo arreglan... (...) Siempre hice deporte, eh. Siempre me gustó. (...) Hace 30 años que hago deporte.” (E8_SI)

“Un día normal, vamos a trabajar, luego llegamos, comemos, mi marido a veces trabaja por la tarde depende de si tiene cosas, tiene que hacer cosas en el ordenador del trabajo también, y yo que sé voy a la lavadora, lavo la ropa, plancho, haces algo de limpieza, más bien el fin de semana también, y si tienes que hacer algo de comida o... pero bueno, al poco una viene de ballet, otra va a ballet, si tienes que hacer algo de compras a lo mejor, o... El jueves viene mi hermano de [inaudible] con las niñas, salir con ellos por la tarde, que tienen dos crías pequeñas, una de cuatro y otra de dos, a veces salimos los jueves por la

tarde... [Inaudible] en ballet, entonces que se van a ballet, que se vienen, que se duchan, que deberes, que... tampoco hay mucho tiempo libre” (E10_SI)

“Entra a las 9 salía a las 2 luego venía lunes y miércoles a atletismo de 5:30 a 7:00 y luego si yo estaba aquí haciendo esto se venía aquí conmigo más o menos o iba con la abuela a dar un paseo, eso, pero normalmente venía conmigo para acá para el instituto.” (E12_NO)

“A ver, ellas tienen las actividades extraescolares, o sea, ellas van al colegio de nueve a dos y luego de cuatro, o sea, ellas tienen, a ver, una de ellas hace, las dos hacen dibujo dos días, dos días a la semana, una hace danza como actividad extraescolar, ¿eh?, en el colegio dos días a la semana también, y esta va a un curso de cocina porque le gusta. (...) No, le gusta, le gusta. Va encantada, además. Y la mayor hace, bueno, aparte de estas dos horas de dibujo juega a balonmano, con lo cual entrenaba dos días a la semana, más luego los partidos el sábado. Es habitual el sábado pues eso, irte con ellas, si juega en el cole en el cole, si juega fuera. Y luego la otra también va a la piscina, aparte de esas dos actividades va a la piscina el fin de semana tres cuartos de hora sábado y domingo. La mayor hasta el año pasado lo hizo, pero este año ya, bueno, este año ya no quiere. Pero hasta ahora desde, vamos, desde siempre, desde siempre. (...) En el caso nuestro somos más sedentarios, pero bueno, yo sí que intento caminar algo, vamos, ahora esta época suelo ir al trabajo caminando también, que me lleva 20 minutos, 25, y si no intento pues dos, tres días a la semana también ir a caminar. Ellas, aparte, tienen hora y media de inglés dos días a la semana, y ese rato yo las dejo y me voy a caminar normalmente la hora y media esa. ¿Qué más hacemos? Bueno, no siempre porque encima este año ha sido más complicado por el..., o sea, quiero decir, la mayor estaba en sexto, con lo cual ya tenía más que estudiar, la otra también. Hemos tenido una dinámica ahí de exámenes.” (E13_NO)

Su fin de semana también muestra continuidad, aunque con un doble uso. Por un lado, se aprovecha para descansar, levantándose más tarde de lo habitual y poniéndose al día con las tareas del hogar que no se han podido realizar durante la semana. Y, por otro lado, es un apéndice de las actividades deportivas realizadas durante la semana por los más pequeños. Los partidos y las competiciones se extienden al ocio de fin de semana del hogar. A penas aparecen alusiones a momentos en centros comerciales, en el cine o en el sofá.

“No, [los fines de semana] salimos siempre a algún lado a hacer algo.” (E2_NO)

“Sí. Ya te digo, a veces a pasear, que no es mucho, porque uno quiero bici, el otro, la otra ah, es que, con vosotros, yo quiero con los amigos, yo esto, muchas veces, y estamos mucho en casa, estamos en casa y después siempre hay que hacer algo en casa, si no hay que pintar es no sé qué, si no es, tenemos mucha obra, pero, ya te digo, a veces con los amigos, que no no mucho, pero bueno, hay al... algunas veces que sí, que sí quedamos. Por ejemplo, cuando fue ahora el puente no, el, la Semana Santa, que fuimos a jugar un partido, no sé qué, ah, marchamos

para Portugal, pero pasamos antes por, tenemos un amigo que tiene un hotel en La Bañeza y no sé qué, digo, coño, pues me apetece apuntar, digo pues igual nos apuntamos, oye, marcha..., cogimos y marchamos, estuvimos allí, después volvimos, ellos se fueron a Portugal y nosotros volvimos, improvisamos un poco. Llega el verano, a la playa o con unos o con otros. La cría ya quiere ir ya por por su lado.” (E3_NO)

“Entonces los sábados también íbamos a jugar a dos partidos a dos puntos distintos de toda Asturias, ahí sí que nos turnábamos, mi marido con uno yo con otro... (...) Ahora sólo vamos con el mayor, entonces, por ejemplo, mañana sábado, tenemos que estar, a las 11 creo que y media, en (nombre de lugar), sabes dónde está, {en Casa Dios}.” (E5_NO)

“El pequeño entrena dos días a la semana. Y partidos los sábados, los sábados. (...) Y el grande como ya está grande, entrena tres días a la semana, más el partido de los sábados.” (E7_SI)

“Si le dejara el fin de semana, que no le dejo dormir tampoco, todo lo que quiere el fin de semana, no se puede, eh. Hay que ir a la piscina...el domingo es cuando le dejo un poco más...pero si hay que estudiar, hay que levantarse. Entonces, él, a las 10 estaba ya en la cama, a las 8 lo levanto. El fin de semana a las 9. A las 9 tiene que levantarse, porque tiene que ir a la piscina, si no... (...) Claro. Entonces va a la piscina, venimos. Comemos, descansa un poquitín y a catequesis a las 5. (...) Cuando no tenemos una fiesta, tenemos una comida en los [LUGAR] para sacar dinero. Siempre tenemos algo.” (E8_NO)

“El sábado por la mañana también tienen ballet, por la tarde pues tienen que hacer deberes, los domingos por la tarde vamos a pie a casa de mi suegra.” (E10_NO)

“Sí, por ejemplo, si es temporada de, de que hay nieve tal, a lo mejor subimos a a Pajares o a Fuentes a esquiar, y si no alguna vez, pero no sistemáticamente ¿eh? porque muchas, muchos sábados suele tener [atletismo] (...) y además no están en distinta, en la misma categoría entonces.... (...) Sí, sí. Entonces un poco funcionamos en función de las competiciones de ellos.” (E14_NO)

En su caso, estas dinámicas más activas son observables, incluso, en la forma de desplazarse para realizar las actividades cotidianas como ir a trabajar o a la escuela. Ir caminando a los sitios es habitual en estos hogares y además reconocen haber notado los beneficios de esta forma de moverse.

“Si, [va caminando al colegio] está...estamos al lado.” (E1_SI)

“Hombre, yo vine caminando, 10 minutos.” (E4_NO)

“Andando. Ni 3 minutos ni siquiera eso se tarda.” (E7_NO)

“Mi mujer que hizo trabajo social y antes estábamos ahí abajo donde está la UNED subía y venía andando, y le encantaba, venía con las amigas todos los días

aquí andando (...) siempre fue muy andarina, entonces ella, porque el coche se mueve siempre andando, prácticamente siempre” (E11_NO)

“Ahora esta época suelo ir al trabajo caminando también, que me lleva 20 minutos, 25, y si no intento pues dos, tres días a la semana también ir a caminar. Ellas, aparte, tienen hora y media de inglés dos días a la semana, y ese rato yo las dejo y me voy a caminar normalmente la hora y media esa.” (E13_NO)

“Desde que voy caminando a trabajar y vengo, lo noto que sí me dan menos achaques (ríe)” (E14_SI)

Aunque en la mayoría de los casos disponen de coche, suelen reservarlo para desplazamientos largos o para cuando los horarios entran en conflicto y se hace necesario reducir el tiempo invertido en los trayectos para poder llegar todos en hora a las distintas ocupaciones diarias.

“Por Avilés, andando. Luego, si tienes que desplazarte más lejos, en coche. [Los niños al cole] andando, sí.” (E9_NO)

“Yo por [LUGAR] voy andando. (...) Sí, [van andando] al colegio... el colegio estaba cerca y el instituto está al lado. (...) Sí, no, no, y al ballet van andando, el ballet queda ahí que, (...) les queda un poco más lejos pero sí van andando también. (...) El cómo anda por toda Asturias el anda con el coche. Sí, el anda... a veces tiene que ir a León o... bueno, sí, no, el anda con el coche.” (E10_NO)

“Hasta hace dos meses, mi hijo mediano también jugaba al fútbol, entonces martes y jueves tenía media hora de margen entre uno y otro y entonces sí que estaba toda la tarde con el coche, deja a uno, coge otro, coge a otro, o sea, eso era una locura de verdad.” (E5_no)

“Y la niña eh...es lo que te decía, el cole de la niña nos queda relativamente lejos, nosotros vivimos en [LUGAR] la niña tiene el colegio en [LUGAR] ¿Y qué pasa? Que cuando venía oyendo por la radio a dos...eh...criticando (...) Que los niños siempre iban al cole andando por sí solos porque cuando yo era crío yo iba al cole sólo andando y así claro, te ibas sólo andando en aquella época donde no había tráfico, donde no pasaba absolutamente nada y no había nada (...) Y luego aparte lo que no sabía este hombre es que yo no voy al cole por vicio, voy al cole en coche porque (...) claro yo lo que no voy a hacer, no puedo hacer, es llevar a mi niña andando hasta no sé dónde, volver otra vez andando hasta no sé dónde para coger el coche para estar aquí a las 9:15...eh...no, lo de levantarse a las 5:00 AM va a ser que no, o sea, todas las cosas tienen un límite, entonces yo...el coche lo uso en ese sentido. Mi coche hace todos los días prácticamente el mismo recorrido, 12 kilómetros diarios que son mi casa, el cole de ella, [TRABAJO] y otra vez a mi casa.” (E11_NO)

Además, sus discursos evidencian que no le dan mucha importancia a este medio de transporte y están acostumbrados a otras formas de desplazamiento.

“Sí, sí, sí, con un coche vale, y me sobra.” (E3_NO)

“Cada 15 minutos pasa un autobús, ¿qué problema tenemos? (...) No el coche, el autobús. Hay que quitar los coches de la ciudad.” (E8_NO)

Los desplazamientos en los hogares sin obesidad infantil son realizados más frecuentemente en vehículos motorizados como el coche, el autobús o el tren, incluso aunque la distancia a recorrer sea ínfima.

“Pues nada, salgo de casa, voy en coche y nada.” (E2_SI)

“Por la mañana en furgoneta y en la tarde en coche. (...) No eh...7 minutos caminando, yo creo, porque hay uno de los institutos, yo vivo aquí adelante y a los institutos quedan ahí, 7 minutos no más.” (E3_SI)

“Entonces es lo que hago, y luego salimos, cojo al guaje y si él está libre, porque llegase de trabajar, nos lleva a casa en coche y sino cogemos un tren.” (E5_SI)

“[Son hasta el cole] dos kilómetros y medio, dos kilómetros y medio. [Suelo ir] en coche. No, no, no, porque, claro, andando no llega...” (E10_SI)

“Voy en el coche de un sitio para otro” (E11_SI)

“Coge el autobús. Desde mi casa el autobús la llevo, a veces la llevo caminando yo misma o en mi coche porque bueno se puede poner a llover y con la hora aquí, ¿qué dices? Vamos, vamos, que pierdes el bus. Pero sí.” (E13_SI)

Otro de los aspectos que muestra una configuración más sedentaria de las rutinas de ocio y tiempo libre es el mayor uso que hacen los hogares con obesidad infantil de los objetos tecnológicos como móviles, ordenadores o tabletas. Como señalan distintos estudios en la materia, el uso de la tecnología como parte de la rutina diaria y del ocio infantil está más extendido en el caso de los hogares con obesidad infantil. Su uso es más intensivo y regular, con una práctica diseminada a lo largo de toda la semana y en cómputo global el tiempo dedicado es superior. Lo que, unido a una práctica deportiva más reducida, configura un estilo de vida más sedentario.

“Si, fines de semana si, el fin de semana pues, yo te hablo de todo, tele, ordenadores y tal, pues igual llegan a las 3 horas y pico, tranquilamente...” (E2_SI)

“¿En casa? Pues nada, un poco más que es la tele, sinceramente, o sea cada uno en su rollo, uno está en el ordenador, el otro está con tal, mi marido también como

por semana no puede jugar a la Play que también le gusta, o sea hay una Play para 3, o sea que imagínate, las peleas que hay, hay hasta horarios, imagínate, tienen hasta un planning ahí.” (E2_SI)

“¿Total? ¿Diario? Bueno el pequeño menos por el tema del entrenamiento, pero a lo mejor...si igual el pequeño una hora y pico con el móvil, dos en todo el día si está...porque saca tiempo, hombre vaya...hombre que, si saca, vaya, otra cosa no, pero para eso, y el mayor pues bueno también, el mayor por semana está siempre liado, un par de horas.” (E2_SI)

“[Mientras yo cocino] se pone a jugar en la Play un poco. (...) ¿A la Play? Pues esa hora echa, porque en todo el día ya no tenemos tiempo para jugar a la Play, entonces el trocín hasta que yo hago la cena él juega. (...) Fines de semana sí, sí puede también otra horina, ya llama a los amigos y ponen ahí la competición entre todos y ya.” (E3_SI)

“[Nosotros] Ver la tele. [Los niños] con el móvil. (...) Sí también mucho con el móvil.” (E4_SI)

“Cuando llegamos a casa después del cole pues nada, él... sobre las 8 y pico se pone a jugar o a hacer los deberes si quieren y yo me pongo a recoger, y luego a hacer la cena. (...) Ver la tele o jugar con videojuegos, vamos, pero bueno, a lo mejor está ahí desde las 8 hasta las hasta las 9:30 más o menos, por ahí.” (E5_SI)

“Cosas de pantalla...pues...calculo que una hora...una hora...hora y media, porque después de cenar o quizás durante la cena ve algo en la tele, como hora y media por las tardes” (E6_SI)

“Ducha, cama y preparar la mochila y...se ponen al móvil o a la tablet y...nada, o a tocarme las narices en la cocina, mientras cocino. [Risas] (...) Cuando llegan pueden no sé...una hora, hora y media durante el día”. (E7_SI)

No es que los hogares sin obesidad infantil no usen aparatos tecnológicos como entretenimiento, sino que este uso está más limitado a fines de semana o momento concretos. Por semana es más infrecuente encontrar niños que lo utilicen, entre otros aspectos porque las distintas actividades deportivas o realizadas en la calle lo eclipsan. Al igual que puede apreciarse que el hecho de no practicar deporte y/o ejercicio físico no te “convierte” automáticamente en obeso –pues hay que valorar sus características, tiempo dedicado, frecuencia, significados asociados, y sobre todo relación con el resto de las rutinas- la utilización de dispositivos electrónicos durante el tiempo libre tampoco lo hace. No hay más que pensar acerca de quién, hoy en día, no dispone de teléfono móvil y las consecuencias de no tenerlo. Sin embargo, unos lo tienen en la mesa o guardado en su mochila mientras practican deporte y otros lo utilizan casi constantemente lo que les mantiene alejados de actividades más activas.

“La tele, no te creas, que no le llama. Sí ve algún, algo tal de dibujos, pero no es una cosa que... Le gusta mucho pintar, está todo el día pintando y dibujando. Sí, le gusta mucho.” (E2_NO)

“Siempre estoy en la calle, si hace bueno, una hora, hora y media o dos, lo que (Inaudible 10:34) y luego en casa lo dejo desfogar un poco, que haga lo que quiera por ahí y luego ya que estudie un poco.” (E5_NO)

“Mira, entre semana no hay tele, no hay tiempo. Lo que puede hacer, el fin de semana.” (E8_NO)

“A ver, no, a ver, a diario no les dejo, o sea, por semana no hay... (...) Yo solo se la dejo el fin de semana. Y hombre, el fin de semana, teniendo en cuenta eso, que también tenemos exámenes, actividad y tal, una vez que eso tampoco es que se las controle, pero bueno, a ver, como siempre intento salir con ellas o hacer algo, tienen su rato de estar jugando y su rato de...” (E13_NO)

“[Los fines de semana utilizan la tecnología], más, sí, sí, tienen más. (...) Sí lo que pasa que bueno, tch, eso, como... a lo mejor quedan con algún amigo o salen por la tarde. (...) Ya es distinto porque a lo mejor las tardes quedan un amigo y van a la pista de [skate] o... o van a jugar a una cancha al fútbol o... yo que sé es distinto y el domingo lo mismo, normalmente se suelen, sí.... (...) con los primos que son más o menos (de la misma) edad.” (E14_NO)

“Por semana, eh, tablet y esas cosas procuro que no, tele pues sí, yo creo que una hora a lo mejor no llega que la puedan ver por semana, hay días que ni una hora, sobretodo ella porque tiene tanto que hacer que no tiene ni tiempo material.” (E15_NO)

En todos los hogares estos dispositivos forman parte de la rutina diaria, pero la forma de uso, la cantidad, los momentos en lo que se utiliza y, de nuevo, la integración con el resto de las rutinas diarias permite vislumbrar algunas cuestiones que la investigación cuantitativa no alcanza a mostrar. Las dinámicas de vida llevadas por las familias dibujan un escenario en el que tener hijos difícilmente encaja con una trayectoria laboral activa. No solo por las dificultades de encaje en los horarios, sino también porque el cansancio y los problemas laborales hacen que el tiempo propio y la paciencia desaparezcan. Varias mujeres, solicitaron acudieron a las entrevistas con sus hijos porque no tenían con quien dejarlos y mientras ellas contestaban a las preguntas, ellos hacían uso del móvil o la Tablet. Los aparatos tecnológicos se han convertido en la nueva forma o estrategia de distracción de los más pequeños para que sus padres puedan cumplir con algunas de sus tareas.

En muchas ocasiones la forma en la que emplean el ocio y tiempo libre de los más pequeños tiene mucho que ver con la forma en que los adultos, sus padres, hacen durante ese tiempo. Si los padres optan por quedarse en casa es más frecuente encontrarse con que los hijos hacen lo mismo, entre otras cuestiones, por la sincronización de las rutinas y por la dificultad para percibir que hay un exceso o valorar que ha de producirse un cambio. Se produce una socialización del riesgo que disminuye la gravedad o cambia la percepción de dicha situación.

“Sí la utilizan bastante tiempo, pero no es algo que les...que les reste de su vida...eh...no pierden de salir por estar con la...ni pierden de estudiar ni hay que mandarles a estudiar por estar con ella, están más tiempo del que a mí me gustaría, sí, lo que pasa es que es algo que trabajo a veces con la gente también. Mi hijo está a veces 3 horas con la consola y luego yo les pregunto “¿Y tú cuánto tiempo estás con la tele?” si tu hijo está con la consola y por esa razón ni sale ni estudia ni tal, tenemos un problema, si mientras tú estabas tirado en el sofá mirando la tele, tu hijo prefiere estar con la consola pues...[Risas].” (E11_SI)

Tal es así que en varios de estos hogares se utilizan este tipo de actividades como forma de educar o incorporar e los pequeños las rutinas relacionadas con el hogar, la comida y su autonomía. Sin reparar que ambas estrategias aumentan el uso de unos dispositivos que mantienen a los niños sentados y alejados de otras actividades.

“Luego que coge el teléfono, que lo aprovecha en los desplazamientos, es decir cuándo vamos a [LUGAR] o venimos de [LUGAR], esa media hora, mamá déjame el móvil pa jugar un poco al...” (E6_SI)

“El marido mío está viendo la tele y con el móvil ya te lo digo sentadito ahí porque a él ya se le acabó la vida ahí y el pequeñito pues como es tan travieso, pues tengo que estar controlando, controlando e intentar que esté ocupado porque es terrorífico. (...) Fines de semana, en la semana no, no lo dejo, pero el padre quisiera que lo mantuviera jugando para que lo, para que lo deje en paz, pero no se lo permito, no, los fines de semana sí.” (E9_SI)

“Todos, desde que son pequeños.... La mía ya, estás en un sitio y no quieres que te moleste.... pues "toma el móvil o toma tal..." Yo con mi sobrino que tiene 10 meses y tú le dejas eso y se queda flipao mirando el móvil, el móvil, la Tablet o lo que quieras. La mía con 3 años se sabía la clave del ordenador de mi casa y la de mi padre. No sabía casi los números y ya sabía lo que tenía que marcar. Y se sabe poner y se sabe quitar y entra en internet. Entonces claro, para que no molesten y no estés en una cafetería y estás hablando, y como "no sé qué, no sé cuánto más.... " pues.... "toma el móvil". Entonces claro, ¿qué quieres? Que cuando tengan 10 años... no hablen con el móvil...” (E13_SI)

Sus discursos no reflejan una preocupación por el uso de las tecnologías y entre las causas de la obesidad le dan poca importancia al sedentarismo. Bastante diferente a lo narrado por los entrevistados de los hogares sin obesidad infantil que tienen una visión más crítica de la tecnología y una alta preocupación por los efectos de esta en sus hijos. Son frecuentes las alusiones a experiencias o situaciones en las que tratan de limitar su uso, controlarlo e incluso utilizarlo como castigo.

“El móvil. Tiene un móvil, sí. (...) Sí, y y juega con el móvil. Sí, sí. [Ríe] (...) Bueno, media horina o así, no la dejo más, porque eso, sí, les engancha de una manera...” (E2_NO)

“Intento que fi..., que por semana no, no coja la play, pero bueno, últimamente me está ganando terreno y bueno, cuando ya son las ocho y pico y eso, digo voy a dejarlo un poco porque ya enseguida nos ponemos a cenar, ya le quito, entonces, bueno, ya lo engañé un poquitín. Si por ellos fuera, estarían siempre. De hecho, [nombre del hijo] tiene una, la, la tablet un poquitín, cuando se la estropea lo dejo mucho tiempo estropeado y no hay problema, cuando no {voy a ver}. Y va por temporadas, [nombre del hijo] lleva una temporada que no, no tira de ello, pero tengo que estar tirándole, quitándosela.” (E3_NO)

“Por semana, de videojuegos nada, solamente el fin de semana la play y a veces ni siquiera, porque al mayor se le ha prohibido por suspender tantas. El mediano es bastante friki, si le dejas, puede estar 24 horas jugando, entonces, el móvil lo tienen prohibido todos, ya le cambié la clave para que no estén con mi móvil y por semana la televisión la pueden ver, pues si llego a casa a las siete y pico, el rato que este con la cena, si no estudian o dan por saco, pues están viendo la tele, pero a las 21:30 los acuesto sin tele.” (E5_NO)

“El grande tiene móvil, pero el grande tiene móvil con condiciones. (...) Por ejemplo, mira, ahora está igual que las, que la play. Está requisada. Yo era contraria a que tuviera móvil. Yo considero que un niño con 12 años no tiene la capacidad de tener un móvil. No, porque te metes en jaleos, te metes en cosas que... Son... Son niños y el mío está muy bien. El mío está muy verde, el mío es muy inocente, el mío es un niño muy tímido. Yo le dije, “A ver, [nombre del hijo], va a ser... Se lo compramos con la condición de yo reviso”. Yo reviso las conversaciones, yo reviso por donde te mueves y tal. El móvil va a ser... no lo vas a llevar al instituto. ¿Te digo porque está requisao? El otro día se lo llevó.” (E7_NO)

“Es verdad, y lo piensas y dices tú “Bueno, pues sí, es la generación que hay ahora. Han nacido con el móvil y lo que hay”. Pero es que, a ver, nos anula a todos, yo la primera. (...) Pero es que no quiero que yo... Es que, a ver, yo tengo 44 años, pero es que ellos tienen 12. Que salgan al patio y se sienten en las escaleras del instituto y estén todos con los móviles viendo videos y tontadas. ¡No, coño! Habla con tus compañeros...relacionat...-- no sé.” (E7_NO)

“Yo qué sé, no se decirte ya porque como luego te dicen “no es que me hace falta...”. Y yo “[nombre de la hija] deja el móvil en la cocina”. Porque por la

noche lo dejamos siempre en la cocina todos. Entonces “deja el móvil en la cocina” “es que me hace falta porque tengo que buscar alguna cosa pa’...” de los deberes, siempre tiene algo que buscar, siempre tiene algo que hacer. (...) Entonces claro, yo también a la pequeña se lo quito, pero la mayor, si tiene que hacer algo también me da no sé qué. Entonces... (...) a veces está con el móvil con los cascos, con la música y está haciendo cosas de matemáticas, yo que sé, también, pero bueno.” (E10_NO)

“El padre y yo no nos poníamos de acuerdo con las horas de teléfono, no sabíamos...tantas dedicaban que nos parecía una barbaridad que no puede ser. (...) Claro, y fue lo que nos hizo decir “Oye que nos estamos desviando un poco, esto hay que cortarlo” y empezamos a...” (E12_NO)

Al igual que les ocurre a los padres de los niños con obesidad infantil, se encuentran con dificultades para que algunos de sus hijos sean más activos, sin embargo, mantienen una actitud férrea ante las negativas de los más pequeños porque le dan mucha importancia al deporte, a la actividad física y a la vida en la calle. Esto los lleva, incluso, a involucrarse activamente y apuntarse a las actividades en familia:

“Tenemos muchas cosas que por ejemplo a lo mejor hacen excursiones, pero bueno, no puedo ir porque la cría tiene baloncesto o porque eso. Es difícil. Hacemos tantas cosas y somos en casa una media de cuatro, tres o eso y hacemos tantas cosas distintas, que además les metemos muchas cosas, quiero decir, que si inglés, que si música, que si gimnasia, que sí, entonces no lo sé, que hay a veces que dice uno quiero estar sentado, {a veces} los padres. Por ejemplo, llega el fin de semana, pues, claro, mi marido dice quiero estar en cama. Y por ejemplo yo el crío me dijo bah, pues no baloncesto y no le insistí porque, claro, llega el fin de semana y a las nueve a lo mejor buena gana (Inaudible 1:42:53) que vaya coñazo, y a mí me costaba llevarlo y traerlo y eso, y me apunté, lo que hice fue apuntarme, que quiero que haga baloncesto y quiero y, pero ya te digo, estaba un poquitín {acumulada}.” (E3_NO)

“Ella no. Vamos es activa en ese sentido, pero él, si no lo animas es muy sedentario, tiende a quedarse delante de la tele, de una mesa haciendo algo, pero tienes que empujarle a qué haga deporte. O sea, me parece muy importante.” (E15_NO)

6. SIGNIFICADOS, PERCEPCIONES, VALORACIONES Y CREENCIAS RELACIONADAS CON LA OBESIDAD

Este capítulo tiene por objetivo describir, comparar y analizar los significados, percepciones, valoraciones y creencias en relación con la obesidad de los dos grupos de estudio. Se pretende exponer los significados en relación con esta cuestión partiendo de la hipótesis de que afectan de forma transversal a la configuración de las prácticas dentro del hogar. Las diferentes explicaciones e interpretación de las causas en torno al fenómeno influyen también en la manera en que se actúa en el ámbito alimentario y el uso del tiempo libre, así como a las estrategias de afrontamiento puestas en marcha para evitarlo.

6.1 Percepciones en torno a las causas de la obesidad

El análisis de los significados y percepciones en relación con las causas de la obesidad revela que existen concepciones distintas, aunque con aspectos compartidos, en cada grupo de hogares. Los hogares sin obesidad infantil ofrecen una concepción relacional y multicausal de la obesidad en la que la alimentación ocupa un papel clave, junto con el sedentarismo y su generalización en los últimos años. Es frecuente que establezcan una fuerte relación entre una mala alimentación –bien por calidad o por cantidad-, la inactividad física y los problemas de salud actuales, a través de una comparación con la vida y rutinas de tiempos pasados.

“Ahora cada vez hacemos menos ejercicio. Comemos más, porque hay más comida, y hay de todo y... comes más y... cosas más, mucha azúcar, y cosas de esas, y haces menos ejercicio. Antes la gente tenía que ir andando a todas partes, ahora vas en coche de aquí a ahí en frente, y pos yo que sé, pues trabajaban la tierra, hacían cosas así, hacían trabajo más de... físico, ahora yo estoy sentada toda la mañana en la oficina.” (E10_SI)

Ligan el modelo de sociedad actual y los cambios que han acontecido de su mano con un incremento de la obesidad en los últimos años. Entre los aspectos que señalan como “causantes” destacan cuatro: las facilidades actuales para el acceso a alimentos favorecidas por la industria alimentaria; el aumento de opciones disponibles que dificultan las elecciones; el gran volumen de información que acaba volviéndose contradictorio; y, sobre todo, una aceleración de vida cotidiana que arrastra la mayor parte de las rutinas diarias.

“La falta de tiempo. (...) laboral. Me parece que tenemos poco tiempo para dedicarnos a las comidas, y a la compra, y a cuidar a la familia, por desgracia. No sé, a mí me parece que yo sigo más o menos la rutinas de mi madre, comemos más o menos lo mismo, pero también mi madre es que se dedicaba siempre a estar con nosotros, y tenía...era como...más o menos estoy como ella, es decir, ella dejó un poco su vida por...no por...por...por criar a la familia, y yo creo que ahora los padres y madres que trabajan mañana, tarde y noche no pueden estar pendientes de ese tipo de cosas, y tienen que tirar más de cosas hechas, productos envasados y productos elaborados. Es mi opinión.” (E6_NO)

“Yo creo que en general... a ver... sí, es un problema, lo que pasa es que es un problema... como de... un poco por la ru... por cómo se está derivando la vida de cada uno, con lo cual, es que, al final... (...) La sociedad en sí. Cómo está avanzando la sociedad. Es un problema social, no un problema {en sí}.” (E9_NO)

“Por ejemplo eso, trabajas, que si inglés, que si los cursos, das las clases, son tantas cosas queremos hacer en tan poco tiempo, que yo siento que si nos tomáramos las cosas con más calma o diéramos prioridad a otras, lo llevaríamos mejor. Yo creo que es una sociedad de consumo que nos está arrastrando como locos.” (E12_NO)

“¿Qué pasa? Ahora tú tienes acceso a miles de productos ya preparados, o sea, realmente tú puedes comer sin cocinar, ¿no? (...) Claro, eso te lo facilita la industria alimentaria. Tiene sus ventajas, hombre, para un momento dado está muy bien, pero como dinámica normal está muy mal, porque, claro, al... el tener tantas opciones y tantas facilidades pues hace que caigas más veces en ello (...) (...) El problema que hay también es que vivimos en una sociedad que yo creo que tenemos un exceso de información y no siempre es real. Yo creo que en todos estos temas la... el boom, los booms que van saliendo de información, como, vamos, estoy pensando en el aceite de palma hace poco y tal, o sea, luego realmente no tienen un fundamento y no lo analizamos con fundamento. No sé, con fundamento quiero decir con un fondo científico, vamos a decirlo así.” (E13_NO)

Aunque los factores de carácter social ocupan un lugar central en sus discursos, las explicaciones basadas en los malos comportamientos individuales de aquellas personas que tienen obesidad también emergen en buena parte de ellos. Mostrando, entre otros aspectos, que el discurso individualista y biomédico ha calado hondo en la sociedad.

“Hay muchos niños con obesidad, pero no es culpa del niño, es culpa de la madre que llega y come, venga, una hamburguesa, venga una pizza, venga otra hamburguesa, venga que no cocino.” (E4_NO)

“Pues las malas costumbres de comer. La persona que está obesa dice: ay...si no como. Los que están gordos no come ni uno y luego te sientas con ellos a ver lo que comen y te asustas. Y jolinas, como no van a estar tan obesos si comen...comen terrible. El que está obeso...hombre puede ser que no le funcione

algo en el cuerpo, también, pero normalmente un porcentaje muy grande es porque comen comida basura. Es que está muy claro.” (E8_NO)

“No lo sé, yo creo que una dieta inadecuada, pienso, que puede ser una dieta inadecuada de tomar más calorías de las que vas a consumir, y luego el tema sedentarismo, que la gente hace poco ejercicio (...). A lo mejor prefieren estar, no sé, viendo la televisión o en redes sociales, o con el teléfono, tal, que saliendo a caminar o a dar un paseo. (...). Creo que es eso.” (E14_NO)

Un aspecto que comparten, paradójicamente, con algunos hogares con obesidad quienes también suelen responsabilizar a los “otros”, pero no a ellos mismos, de su situación.

“Yo he visto muchos programas de estos de obesidad y tal. Y, en la mayoría de los casos, en la mayoría de los casos, las personas que tienen problemas de obesidad, además de que presentan problemas de salud, también se alimentan muy mal. Porque son, porque a ver, la tendencia del ser humano, hoy día, es de comer comida {chatarra}, de comer comida como la que estábamos hablando que ya viene precocinada.” (E1_SI)

Por su parte, el discurso de los hogares con obesidad infantil muestra dos posiciones distintas en función de si se refieren a las causas a nivel general o a su propia situación. En el primer caso, se alude a aspectos relacionados con las rutinas alimentarias, deportivas, laborales y de ocio/tiempo libre. Aspectos que va más en sintonía con las causas identificadas por los hogares sin obesidad infantil y que refuerza, al mismo tiempo, la idea de que la información difundida sobre la importancia de los hábitos alimentarios y/o actividad física ha llegado satisfactoriamente.

“Por el sedentarismo y la mala alimentación.” (E3_SI)

“Por una mala alimentación y por un sedentarismo. Una mala alimentación limita a una falta de movimiento.” (E6_SI)

“La tranquilidad, el sedentarismo.” (E12_SI)

“Yo creo que la combinación de la mala alimentación con el sedentarismo. Ahora estas mucho más tiempo delante del ordenador...” (E13_SI)

En el segundo caso, se observan dos posiciones. Por un lado, un grupo minoritario de la muestra que ni siquiera reconoce el problema o tiende a minimizar la importancia de dicha condición en su caso concreto.

“A ver, por ejemplo, en el caso de los niños míos, yo los veo... están gorditos, no están obesos. Porque tú cuando les miras las tallas y tal, más o menos... Pero sí

están un poquito pasaditos. Pero no... todavía... o sea, no me los han declarado obesos. Porque bueno, me lo han visto con el pediatra y con la enfermera. No me los han declarado obesos. Pero están gorditos.” (E1_SI)

En parte la disminución de la importancia del peso en los más pequeños también está ligado a la percepción que se tiene en general de la obesidad. En muchos hogares no se identifica el exceso de peso con los problemas de salud que se encuentran relacionados. En su mayoría se sigue viendo más como un problema de estética o de torpeza en los movimientos, que, como un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades como la diabetes, el cáncer o enfermedades cardiovasculares.

“No, yo quiero... yo quiero que ellos pues... que adelgacen un poco. Sí. Sí quiero. Estoy interesada en eso, para que ellos se sientan mejor. Y, a ver, y... para la salud y también la mente, realmente, para que se sientan bien ellos mismos. Que cuando se vistan y se vean, se sientan cómodos. Para las dos cosas. Para su imagen.” (E1_SI)

“Si estuviera a gusto me daba igual... pero no. (...) No, porque ella ahora no lo ve, pero como yo ya lo viví yo sé lo que va a pasar. Que quiera ponerse ropa que usen sus amigas y no haya talla, o la talla que hay no le quede bien o que se ciña a la barriga y se le vea el ombligo. Como dice ella, “ya no me lo puedo poner”, no se pone el pantalón porque ya no puede subir por las piernas. Son un montón de cosas que ella no ve, está empezando a verlo porque el pasó el año pasado, tuvo que ponerse bermudas porque no se podía poner el pantalón corto porque le rozaban las piernas, entonces supongo que con el tiempo lo estará viendo.” (E13_SI)

Esto lleva a buena parte de hogares con obesidad infantil a interpretar su salud como buena, a pesar de haber estado hablando durante toda la entrevista de la obesidad infantil. No se aprecia en toda su complejidad el riesgo para la salud que esto implica, en otras cuestiones, porque sus consecuencias se materializan en el largo plazo. Lo físico se aprecia mejor porque es visible, y por eso, a pesar de que sus hijos o ellos mismos tienen obesidad, definen en general su estado de salud como bueno. Mencionando otros aspectos como el asma, o la hiperactividad, pero en muy pocas o prácticamente ninguna hacen referencia al peso y, si lo hacen, es para restarle importancia.

“Yo sí, la veo bien, menos la del peque por el asma ¿Pero bueno qué voy a hacer? Eso no tiene nada que ver con nosotros [Risas] ni con la alimentación. No, no sí, la salud la veo bien, verdaderamente.” (E3_SI)

“{Buena.} (...) El de Brian no, porque él es asmático. Y lo tiene pa toda la vida, pa siempre...” (E4_SI)

“Tampoco creo que sea mala, porque así enfermedad que digas tú grave...no, creo que lo de la lactosa del crío y la hiperactividad {de calle es lo del día, a la orden}, lo que decíamos es que cambió mucho la alimentación de...pues la leche, no es lo mismo que antes, la leche, ahora es todo procesado, entonces no me extraña que cada vez haya más intolerantes, el...también con la dermatitis pues...creo que es lo que hay hoy en día ¿no? Con tantos productos químicos en la ropa y...y lo mío pues puede ser hereditario como puede ser mental, como puede ser...” (E7_SI)

“Bueno, el mío es bueno. [El del resto del hogar] sí, bien, bien” (E8_SI)

“A ver. Yo pienso que es bueno. Tenemos problemas, pero yo pienso que eso es genético. Eh, yo soy asmática. Y mis hijos los tres son asmáticos y tenemos muchísimos problemas respiratorios todos los años. Eh, aparte de eso. No tienen otra cosa. ¿Que cojan catarros? Por porque los tienen que coger y luego se complique por la historia del asma. Esto sí, pasa todos los años. Y, no sé, puntualmente. Pero es que. ... Que hayan cogido alguna gastroenteritis, así puntual porque se lo han contagiado en el colegio. Pero es que, tampoco muchas. Eh.” (E15_SI)

Solo aquellos en lo que los riesgos de la obesidad ya se han materializado quienes evalúan peor su estado de salud y/o incluyen la obesidad, el exceso de peso, como un aspecto a mejorar dentro de su estado de salud.

“Pues que estamos mejorando pero que nos queda mucho por hacer, porque esto es una carrera muy larga, o sea [para] hacerlo bien es muy largo, si lo hacemos muy rápido, subimos igual de rápido, o sea, no puedes bajar lo que nos sobra en un año, tenemos que comer bien durante...o que nos queda de vida, o sea que lo intentaremos.” (E5_SI)

Y, por otro lado, la de la mayoría de la muestra que suele ligar su situación de obesidad en primera instancia a explicaciones del tipo genético, hormonal o de constitución corporal, es decir, a planteamientos menos sociales y más biologicistas. Algunos hogares reconocen otros aspectos, pero siempre limitados o condicionados por el aspecto biológico que entienden como más poderoso. Esta percepción puede estar limitando en gran medida su capacidad para actuar, al entender que se trata de un factor sobre el que no se tiene control. Y que, por lo tanto, las posibilidades de revertir esta situación una vez alcanzada son escasas.

“El tema de la obesidad es un tema muy diverso. Porque tiene muchos factores eh... que tratar. (...) En el caso de ellos, viene de la constitución familiar por el padre. O sea, es casi como hereditario. Es que son así. Toda la familia paterna es así. Toda... el papa es grande y pues robusto. Es fuerte. Y, entonces, muchas personas tienden a caer [Inaudible: 0:57:08] en una enfermedad. Entonces, tienes que ver... Esto depende... De por qué se es obeso o no. Si es por un problema alimentario, a un problema de ejercicio o un problema de enfermedad.” (E1_SI)

“La genética, en mi caso está clarísimo. Después los hábitos alimenticios o los que cuando eras bebé te alimentan...después a lo que te vas acostumbrando a comer...lo que te vas acostumbrando a comer y el movimiento al que te enfrentas en tu día a día.” (E6_SI)

“Pues, el... la mala alimentación y el no hacer deporte. Y luego el factor genético y es que volvemos a lo mismo. Yo, por ejemplo, si como lo mismo que mi hija, engordo menos que mi hija, osea que... yo creo que también es la constitución y también es un poco de suerte. Si eres propenso o yo que sé.” (E8_SI)

“No sé, pero en nuestro caso tenemos un problema y es nuestro metabolismo. Porque vamos a ver: no fue una cría que comiera muchos chuches. No fue una cría que comiera esto... O sea, que no hicimos nada...y tenemos este problema.” (E12_SI)

“No llevar una alimentación correcta o baja en grasas. Al final, supongo que engordaras. El ser sedentario, también. Eh, la actividad que tengas. (...) Y la composición de cada uno. La genética de cada uno. Es que eso, lo tengo clarísimo. Porque, yo... nosotros somos 6 hermanos. Mi hermano el que viene atrás de mí. Hay que mirarle dos veces para verle. Y es el que más come. Luego tengo otros 2 que son mellizos. Uno es muy delgado. Y el otro es más bien gordo. Y come más el delgado que el gordo. Y luego tengo otro más pequeño, que ese si es muy grande, s gordo y come, come cantidad mucho... más que los demás.” (E15_SI)

Esta consideración es especialmente importante debido a sus implicaciones en la práctica. Considera que la condición actual de sobrepeso de sus hijos está asociada al desarrollo físico y hormonal, y que, por lo tanto, a medida que vayan creciendo su peso se irá regularizando de forma “natural”. Es decir, que se trata de algo circunstancial que desaparecerá por si solo sin la necesidad de realizar cambios en los hábitos, pues estos no son los responsables. Esto les hace darle poca importancia al hecho de tener exceso peso a edad tempranas y limita de nuevo, su capacidad de acción y de tomar medidas para evitarlo.

“Yo creo que a lo mejor problemas también de genética o tal, pero bueno, no me preocupa para nada porque el otro era igual que él y en cuanto desarrolla...” (E10_SI)

“Le hicieron las pruebas que le hicieron y todavía está crío no ha empezado a desarrollar todo bien, su hermano cuando eso cambió, entonces vamos a ver si pasa un poco lo mismo y tenemos que controlarle un poquitín el peso, el pequeño es el que disfruta comiendo y come todo lo que le pongas delante.” (E11_SI)

“Y tanto. En mi casa tiré la pesa, no existe pesa en mi casa. No, me niego, fuera. No, no tengo ni idea, no lo sé, no lo sé. Teníamos una pesa, se estropeó y yo dije yo no compro otra pesa, y llevamos años sin pesa. Para que veas la importancia que le damos al peso.” (E14_SI)

Uno de los hogares con obesidad infantil en proceso de cambio, muestran como también tenían esta creencia, pero que desapareció en el momento en el que el niño no solo no dio este cambio, sino que iba cogiendo cada vez más peso:

“A lo mejor nosotros no la tenemos tanto, pero los abuelos si tienen esa...esa...esa tendencia a que...umm...a meter pa´alla, ¿no? Y...bueno al principio pues tampoco...Ummm...a lo mejor le prestamos la...importancia que tal...o pensábamos que a lo mejor pues en un estirón de estos que diese, que milagrosamente iba a bajar, pero bueno, no fue así” (E6_SI)

Algunos de los entrevistados han llegado a esta visión reduccionista y ligada a lo genético, después de poner en marcha durante años estrategias de afrontamiento con las que tuvieron escaso o nulo éxito en la reducción del peso corporal. Una de las medidas de afrontamiento estrella que se observa en casi todos los hogares con obesidad infantil es “estar a dieta”, es decir, cambiar los alimentos que se ingieren y las cantidades de estos, así como restringir el consumo de otros por un periodo de tiempo concreto y limitado, por ejemplo, durante 3 o 6 meses. Esta estrategia en algunos ha sido pautaada por médicos, pero en la mayoría de los casos ha sido planificada y autoimpuesta.

“Pues la dieta que te ponían, hoy vas a la de los puntos, hoy vas a la de las proteínas, la que estuviera de moda en aquel momento. Tú tenías que ponerte a dieta pues la que te decían más fácil que era, ¿me entiendes? Por ejemplo, ahora el Herbalife, todo el mundo come el Herbalife porque adelgaza, bueno yo si estuviese a dieta, haría esa.” (E3_SI)

“He ido a muchos médicos de cabecera a pedir ayuda para “oye estoy intentando buscar una dieta o algo que me ayude a...a bajar” y dame la...el semáforo, o sea la puta dieta del semáforo de las 1700 calorías o las 1500...a ver, ¿De verdad me estás dando esto? Que te he dicho que he probado con esto, que he probado con la {Durkan}, que he probado con...y no lo consigo...mándame a otro, cuando me ve el endocrino...no...” (E7_SI)

Sin embargo, esta forma de intentar reducir el peso corporal no suele alcanzar los objetivos planteados y esto tiende a generar frustración y sentimientos negativos en quienes la llevaron a cabo por varios motivos. En primer lugar, porque al plantearla en términos de restricción sienten que están realizando un gran esfuerzo. En segundo lugar, porque suelen guiarse más por los resultados obtenidos en la báscula, por el peso, que por otros aspectos más generales de salud y se impacientan si los números no disminuyen rápidamente. En tercer lugar, porque una vez finalizado el tiempo de dieta propuesto se vuelve a ingerir los alimentos que se comían previamente lo que en muchos casos hace regresar al peso inicial. Y, en cuarto lugar, porque no llega a haber una adherencia del hábito en el día a día y menos aún estar en sincronía con el resto de las rutinas o prácticas diarias.

“Yo sí porque que es que, porque me conozco. Si no sé qué hice toda la semana o cada quince días tengo que ir a un médico que me va a pesar. Yo puede ser que te haga tres días de dieta y no he bajado o por un día que me pase no pasa nada, o por un poco que coma de esto tampoco pasa nada y me voy relajando y... (...) No. Infeliz no, pero sí que es verdad que dices tú, ¡Jolines! Que... (...) Todo, tienes que andar midiendo todo, que esto no te gusta, y además todo lo que ahora que encima tienes para elegir, y no lo tienes al alcance y tú vas a comprar, y te van llenando por todos lados. Y basta que estés a dieta como pa’ que tal. Y en mi casa nunca hubo ni golosina, ni chocolate, ni nada de eso, y es estar a dieta y a lo mejor [Inaudible], lo que había era chocolate en taza, y si no sé qué, es lo único. (...) Normalmente no comes porque no. Ya no compro yo.” (E13_SI)

“Y luego el fin de semana en realidad complementamos comiendo todo {lo que no} comimos en casa... De complemento de lo que... no podemos... comer porque no está en la dieta. (...) Pero de lunes a viernes... vamos... fijo que se sigue eso.” (E12_SI)

Al tratar de buscar una explicación a la sensación de fracaso y tratar de comprender por qué si han hecho un importante esfuerzo no han conseguido adelgazar, suelen apuntar hacia la sensación y/o análisis de que en su caso concreto la obesidad responde a causas genéticas y que, por lo tanto, la dieta no ha funcionado por este motivo. Lo que, en cierto modo, les minimiza la capacidad de respuesta para el cambio porque la propia concepción de “estar” a dieta implica temporalidad o en cualquier caso algo que tiene fecha de caducidad. Incluso una de las entrevistada llega a mencionar que lleva a dieta desde los 8 años.

“Porque si porque seguro la delgada tiene que hacer mucho, aunque sea genética, tiene que hacer muchos más sacrificios, más dieta que esto que lo otro que hoy

como esto que mañana lo otro, yo creo que en general, no es más feliz, yo creo que estar delgado es un sacrificio, pienso yo.” (E2_SI)

“Toda la vida hice dieta. (...) Toda la vida [Risas] hasta que tuve al pequeño.” (E3_SI)

“Sí, intento lo que puedo. Algunas veces yo voy a recaer, pero luego tendré que poner...medios [risas]. Es decir, un poco más de dieta aquí, quitar un poco de allá...controlar. (E5_SI)

“¿Yo? Yo llevo a dieta desde los 8 años. (Silencio) La primera vez que me pusieron a dieta tenía 8 años. (...) Bueno a ver tuve como dietas, dietas, dietas buenas de decir, tienes que ponerte, tienes que pesar la comida, tienes que tal, como dietas tal, como tres o cuatro, luego ya el resto es controlar yo... las comidas, quitar ciertos alimentos y cosas de esas.” (E6_SI)

“Dieta? Sí. (...) Muchísimas, muchísimas, muchísimas. (...) Nada, que cansamos, enseguida volvemos a picar lo que no debemos y una vez... Es que esto es como, yo digo como el que deja de fumar y una vez coge un cigarro y tal y vuelven, bueno, pues esto pasa en mi casa continuamente. Dietas a cada dos por tres, nos ponemos a dieta, no comemos ni patatas fritas ni nada, al final acabo friendo un día patatas y ya seguimos con patatas fritas acompañándolo todo con patatas fritas todos los días.” (E10_SI)

*“*Suspiro* Yo [he hecho dietas] pero ya desisto porque luego el rebote es peor [Risas] (...) Lo he intentado unas cuantas veces, pero cuando era más jovencina ahora que ya no...ehhh... Mi hijo el mayor medio intentó hacerla cuando se...superando [Inaudible 00:51:00] pero...pero le paraba porque la hacía demasiado estricta.” (E11_SI)*

Algo bastante distinto a lo observado en los hogares sin obesidad infantil en los que a pesar de que en alguna ocasión alguno de los miembros han “estado a dieta”, han acabado llegando a la conclusión de que la estrategia que les ha conducido al éxito en la reducción de su peso llegó cuando cambiaron la idea de “estar a dieta” por la de “comer sano y comer bien”, es decir, cuando comenzaron a ver la alimentación más como un continuo y no tanto como una estrategia de cambio temporal y circunstancial. Este aspecto revela la importancia de ver los cambios en la dieta como definitivos y no como temporales, o, dicho de otro modo, la necesidad de desterrar la idea de “estar a dieta”, en pro de la de llevar una dieta saludable.

“Pero bueno, comiendo, vam..., pero tampoco, bueno, tú, tengo hecho barbaridades de dietas de estas tal, pero bueno, al final llegué a la conclusión que la cuestión es comer sano y comer bien. Entonces al final me basaba en eso y...” (E2_no)

“Lo que te decía, normalmente a diario es una verdura y un... algo a la plancha. (...) A ver, tampoco es que sea a dieta. Es un poco la forma de comer últimamente,

o sea, en el día a día como así. Luego sí que es verdad que pues el fin de semana ya como como todos, o sea, normalmente la comida es común, no me hago...”
(E13_NO)

Además, a este aspecto se le une otro interesante derivado de esta comprensión en el caso de los hogares con niños obesos. En pocas ocasiones las madres de niños obesos que se encuentran “a dieta” comparten esta alimentación con el resto del hogar y mucho menos con los menores. Principalmente por dos tipos de razones. Unos porque entienden que los niños están creciendo y que no es bueno privarles de alimentos. Y otros porque ligan la alimentación a las emociones y sienten que el hecho de limitar o basar la alimentación a determinados grupos de alimentos puede hacer más infelices o diferentes a sus hijos. En una especie de protección a la infancia.

“Y claro, hay veces que le apetece pizza y se la hago yo, para que no engorde tanto, digo ya te la hago yo, yo cojo la masa y te la hago yo, para que tenga más verdura, porque claro, las que vienen con... Lo tengo que coger yo, la masa, le hago tal...pero más que nada eso es para que él no tenga esa gusa de...de que le falta algo, porque es un niño también” (E5_SI)

“A mí me pasó cuando era pequeña, que te decían: “No, tienes que ponerte a dieta”. Pero era una niña y tampoco...” (E13_SI)

“El crío también está por encima de la media en cuanto al peso, pero es un niño, a ver, todavía tendrá que labrarse, como decimos aquí, y que siga creciendo. Yo lo que no voy a hacer es imponerle una dieta estricta a un niño, es imposible en un niño. No, yo no lo toleraría, vamos, ni lo voy a tolerar. En mi casa por lo menos no.” (E14_SI)

“Y-y bueno si, yo que como un poco aparte porque bueno, tengo que adelgazar y no adelgazo. Entonces, bueno, procuro cocinar cosas con más verdura y demás, que los niños no quieren comer.” (E15_SI)

Por el contrario, en los hogares sin obesidad se detecta más habitualmente la adopción de una postura preventivista en la que adoptan comportamientos relacionados con la alimentación y la actividad física de cara a la prevención del padecimiento de posibles enfermedades en el largo plazo. Una actitud que, además, quieren transmitir a sus hijos e hijas.

“Muchas veces digo (nombre de la hija), el cansancio, los dolores de cabeza, tu vagancia, tu poco rendimiento en el instituto, tu falta de concentración, digo, es el alimento, el alimento da problemas, da cánceres. No le entra, eres tan joven,

yo no me voy a morir nunca, yo nunca voy a ser vieja, yo nunca, a mí nunca me atropelló un coche hasta que pumba.” (E3_SI)

“Sí. A veces lo hacemos también, porque así come él legumbre que ye muy buena. Cocido, el cocido castellano es muy rico también y también me gustaba. El chorizo, el tocinito, verduras...pero eso es prohibitivo, porque hay que cuidarse el colesterol...no tengo mucho, pero bueno. Hay que cuidarse, con la operación que me hicieron...yo nunca tuve colesterol, pero de ahí a eso.” (E8_NO)

“No lo sé. No lo sé, yo, no sé, yo creo que en mi casa ya el tema de hacer eso, que fuera equilibrado, comer un poco de todo, no... (...) Bueno, mi madre era hipertensa. Entonces el tema de, bueno, cocinar y eso que sin sal o comer cosas, no sé, un poco cuidarse en ese sentido. Y yo creo que... (...) Que desde ahí. Yo creo por ahí, sí, sí. Sí.” (E14_NO)

7. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En este capítulo se realiza un análisis de los resultados presentados en los apartados previos, a partir del marco teórico y a luz los hallazgos de los estudios allí presentados. Desde una posición crítica se presentan los aportes de esta tesis doctoral con los que se da respuesta a las preguntas que han guiado la investigación.

El propósito de esta tesis doctoral no es preguntarse acerca de qué comportamiento tienen las personas con obesidad, o cómo se distribuye la obesidad entre la población. Ni siquiera cuáles son los comportamientos alimentarios o de actividad física propios de determinadas clases sociales que pueden estar empeorando su salud. El objetivo es estudiar el proceso que te acerca a la obesidad a través del análisis de las prácticas alimentarias y de actividad física y, por ello, las preguntas que emergen y a las que se da respuesta se interesan por un proceso inserto en la vida cotidiana de los hogares a través de sus rutinas que la metodología cualitativa ha permitido recopilar. Por tanto, las preguntas que ha guiado el análisis se han centrado en conocer cuáles y cómo son las rutinas de ambos tipos de hogares, cómo se relacionan entre sí y qué nivel de compromiso muestran los individuos con ellas, dicho de otro modo, cómo y por qué los individuos las adoptan, las mantienen o las cambian. Así cómo también qué elementos intervienen y cuáles son los resultados de esas actuaciones en las configuraciones de las prácticas.

Ello ha permitido observar que la clave se halla en los patrones de acción fruto de las diferencias en las uniones entre los elementos que configuran las prácticas -materiales, competencias y significados- y que están presentes de forma desigual en los hogares e individuos. La repetición de estas configuraciones genera microfragmentaciones en las rutinas que moldean y son moldeadas por las prácticas sociales, transformando la vida cotidiana y generando cambios sociales más amplios (Warde, 2005; Schatzki, 2013; Shove et al., 2012). Por eso hay que mirar hacia las prácticas sociales, hacia los elementos que las configuran y que dan lugar a distintos patrones integrados dentro de una misma práctica entidad.

Para desgranar estos aspectos en esta discusión se va a realizar un análisis de los elementos que configuran la práctica alimentaria y deportiva, y que son a su vez compartidos por otras prácticas: materiales, competencias y significados (Shove et al., 2012). Con ello se busca profundizar en las conexiones entre elementos que pueden

generar riesgos para la salud de sus portadores. Al partir de la descripción de sus rutinas cotidianas el análisis incorpora las relaciones con otras prácticas con las que comparten elementos y compiten por ellos. Este un punto clave de distanciamiento con los modelos racionales que tienden a estudiar las acciones como aspectos independientes -comer, dormir, trabajar, estudiar, etc.- (Crossley, 2004). Y, por otro lado, el análisis también se distancia de los posicionamientos del enfoque de los determinantes sociales al entender que los elementos que componen las prácticas y que en este análisis se detallan no debe ser vistos como determinantes de la acción, sino como aspectos clave que pueden generar riesgos para la salud en función de su interconexión con otros elementos que resulten en actuaciones sostenidas y repetidas en el tiempo, es decir, hechas rutinas.

A pesar de que se presenta cada elemento -*materiales, competencias y significados*- de forma separada para su análisis detallado, no debe perderse de vista que es la interconexión entre todos ellos lo que resulta en una práctica reconocida como tal (Shove et al., 2012). Las distintas posibilidades dentro de un elemento combinadas con las de los otros dos, pueden dar lugar a distintas actuaciones prácticas que encajadas dentro de un mismo patrón pueden entrañar o no riesgos. Además, ello depende, por un lado, de los recursos con los que se involucran los distintos individuos en las prácticas lo que puede ocasionar desigualdades de acceso y desempeño práctico, y, por otro lado, puede requerir de la sincronización entre varios individuos. Todos estos aspectos deben tenerse en cuenta para una mejor comprensión de los resultados analizados a continuación, pues será inevitable hacer algunas referencias entre los distintos apartados que componen esta discusión.

En definitiva, no es un único elemento, ni una única acción lo que conduce a la obesidad. Un solo patrón de acción, aunque hecho rutina tampoco lo explica, sino que se debe prestar atención a su combinación con otros cuyo impacto sobre la salud también sea negativo (Reckwitz, 2002; Warde, 2005; Schatzki, 2013; Shove et al., 2012). La inmensa mayoría de la población dedica alguna hora diaria a ver la televisión o hacer uso de dispositivos tecnológicos y casi todas las personas han probado en alguna ocasión la comida rápida, pero eso no las convierte en sí mismo en obesas. Por eso es importante una visión del conjunto y de las interacciones entre prácticas que permitan detectar jerarquías de importancia, las relaciones que establecen con otras y los elementos que las atraviesan y que son compartidos. Ello permite observar cómo son estas interacciones y

detectar aquellos aspectos cuya conexión puede dar lugar a peores resultados, proporcionado, en definitiva, una mejor comprensión de cómo se dan estas relaciones en la vida cotidiana. Eso es precisamente lo que se presentará en detalle en los siguientes apartados de este capítulo.

7.1 Competencia y colaboración: relaciones entre prácticas y sus elementos

La alimentación es una práctica social compleja que permite grandes variaciones en las actuaciones porque sus normas no son tan rígidas como en otras prácticas, aunque esto no significa que sean en absoluto caóticas (Warde, 2013; Warde, 2016). Su complejidad se refleja en dos aspectos. Por un lado, su entidad es fruto de la integración y colaboración entre las prácticas de comprar, cocinar y comer. Las decisiones alimentarias a menudo conforman una cadena: lo que incluyes en la cesta, previsiblemente se cocinará y después se comerá (MacDonald et al., 2018). Dada su estrecha colaboración, muchos de sus materiales, significados y gran parte de sus competencias son comportamientos entre ellas. Por otro lado, su marcado carácter social que potencia la sincronización entre individuos, unida a su carácter biológico, el ser humano necesita comer para seguir con vida, impide que los individuos se desvinculen totalmente de ella; a pesar de que las ventajas que ofrece su participación son escasas en relación con otras prácticas (Warde, 2005).

Esas características de la alimentación hacen que forme parte de las actividades diarias de todos los hogares. Se adquieren alimentos, se preparan y se comen, pero sus actuaciones reflejan distintos niveles de compromiso con ella entre los hogares y también entre los distintos miembros de la familia. En algunos hogares todos los miembros se involucran en la compra, cocinado y momentos en torno a la mesa, aunque sea de formas desiguales, en otros solo lo hacen los adultos y en algunos casos hay un único responsable, generalmente la mujer, que con sus recursos hace frente a la alimentación de todo el hogar (Díaz-Méndez et al., 2013).

En los primeros casos la corresponsabilidad respecto a su actuación favorece una mejor secuenciación y temporalización gracias a que la inversión de recursos que la configuran procede de individuos distintos, pero coordinados. En el último caso, sin embargo, además de encontrarse más dificultades de organización, se aprecia una repercusión directa sobre la calidad de vida y la carrera laboral de las mujeres que deben renunciar a parte de sus expectativas en pro del bienestar de los miembros de su hogar (Devine, et al.,

2003; Smith y Holm, 2010; Namie, 2011). Este aspecto se manifiesta de forma perversa sobre ellas, pues no solo cargan casi en exclusiva con la responsabilidad alimentaria y el cuidado de sus hijos, sino que al hacerlo se les convierte en las “culpables” de los problemas asociados como la obesidad y se les estigmatiza depositando sobre ellas la pesada etiqueta de “malas madres” (Maher et al., 2010; Wright et al., 2015; Elliot y Bowen, 2018).

Por otro lado, como nos muestran los estudios que focalizan en las prácticas, los materiales, competencias y significados que intervienen en la adquisición de alimentos, preparación y su consumo también son compartidos con otras, lo que da lugar no solo a colaboraciones, sino también a competiciones entre prácticas para hacerse con unos recursos que son escasos y que se distribuyen de forma desigual entre los individuos (Warde, 2005; Shove et al., 2012; Keller et al., 2016; Blue et al., 2016). Las rutinas cotidianas de los hogares muestran que la alimentación y la actividad física comparte un material muy importante, como es el tiempo, con las prácticas laborales y escolares (Shove, 2009).

Las narraciones de las entrevistas muestran una percepción de escasez temporal entre prácticamente todos los entrevistados, aunque con distintos grados como se irá mostrando. En sus discursos emergen referencias a días en los que se solapan los horarios de distintas actividades y de los distintos miembros del hogar. Los entrevistados sienten una fuerte presión para alinear horarios y una preocupación resultante de que este intento vaya en detrimento de la atención dedicada a las actividades en las que participan (Southerton, 2003). Lo que se refleja que una queja de los individuos por el ritmo de vida, al mismo tiempo que un impacto sobre el tiempo destinado a comer, dormir o practicar deporte. Lo que coincide con la idea de Harmunt Rosa (2003) de que se ha producido una aceleración del ritmo de la vida (Rosa, 2003).

El trabajo es consumidor casi de una tercera parte del tiempo diario de los individuos y en algunos casos de mucho más, y la involucración en él reporta beneficios que van desde tener mayores ingresos con los que luego participar en otras actividades, hasta gozar de un respeto, reconocimiento o prestigio y, más aún de unas competencias útiles en distintos ámbitos (Bourdieu, 1988; Smith y Holm, 2010; Shove et al., 2012). Esto se traslada también al ámbito del hogar y se puede observar, tanto en el caso de varias mujeres que dejaron sus trabajos para cuidar de sus hijos porque sus maridos gozaban de mejores

posiciones, condiciones laborales y unos ingresos más altos que los suyos, como en aquellas que continúan trabajando y a la vez ocupándose del hogar porque sus maridos tienen trabajos más “importantes” que los suyos.

Los resultados muestran que el trabajo se sitúa, por tanto, en el centro de la organización de la vida cotidiana relegando a la alimentación a un segundo plano. Los momentos, los lugares y las compañías en las que se compra, se cocina y se come se adaptan a menudo a las condiciones laborales. Ello está produciendo una colisión entre la vida laboral y la alimentación como muestran los discursos a partir de varios episodios en los que las decisiones alimentarias entran en conflicto con el trabajo. Así, si se sale tarde de trabajar es más probable que se coma tarde, se opte por alimentos más fáciles de preparar y sea difícil que el resto pueda esperarte para comer si quiere llegar a tiempo a sus otras actividades (Warin et al., 2008; Dobson et al., 2017).

Esto ocurre particularmente en aquellos hogares donde las personas que se ocupan de esta tarea trabajan muchas horas, tiene trabajos a turnos o trabajos inestables (un día trabajo y dos no) (Jabs y Devine, 2006; Devine et al., 2003; Reeves et al., 2004; Hawkins, et al., 2008; Dobson et al., 2017). Lo que ocurre en el ámbito laboral afecta a la organización de la alimentación. Por consiguiente, cuántos más recursos consuma el trabajo en términos de tiempo y también de energía, más dificultades tendrán los individuos para acercarse hacia una alimentación saludable, sobre todo en aquellos que la ven incompatible con la escasez de tiempo y con una gestión rápida en la cocina. La alimentación sigue ocupando un espacio importante de la vida cotidiana, debido a su valor social y su carácter biológico, pero se ve continuamente en la necesidad de adaptarse a las continuas interferencias en otros ámbitos. De nuevo, las mujeres son quienes se encuentran más con esta problemática: ¿cómo cuidar de la familia y de su alimentación y tener un tiempo propio a la vez que se trabaja fuera del hogar? (Martín-Criado, 2004).

Un aspecto en que se encuentran grandes diferencias con la actividad física, pues, aunque también se ve afectada por el ámbito laboral el hecho de no ser una necesidad biológica, no ser organizada necesariamente de forma social, ni tener un valor de cuidado con los próximos, hace que no se le dedique un tiempo propio sino el sobrante. Así, el grado de compromiso de los individuos con ella será más débil o directamente no se incluirá en la rutina diaria, pues a diferencia de la alimentación sus ventajas son menores y su practica

no es necesaria sino una opción más dentro de las actividades en las que se puede emplear el tiempo propio.

Las cuestiones de secuenciación y temporalización son importantes porque el tiempo se consume, pero también estructura (Shove, 2009). Por eso, son los hogares en los que el responsable de la alimentación trabaja más horas o de forma más irregular fuera del hogar aquellos cuyas actuaciones alimentarias presentan una menor estructuración. Este es el caso de la mayoría de las mujeres que al trabajo remunerado deben unirle su rol de ama de casa en solitario. Una combinación que les hace sentirse sobrepasadas.

La organización sobre esta base suele favorecer compras improvisadas, irregulares y donde la elección de los alimentos es desarrollada de forma estratégica para adaptarse a situaciones cambiantes en mujeres con este doble rol (Bourdieu, 1988; Kristensen y Holm, 2006; Dyen et al., 2018). Los momentos y lugares en los que se realiza la compra se adecuan a los intervalos sobrantes entre la entrada y salida del trabajo o la escuela de los menores. La compra se realiza en supermercados próximos a estos espacios o que se encuentren en el trayecto de casa al trabajo o del colegio a casa. Al estar menos estructurada las prácticas de compra de alimentos se da una multiplicidad de actuaciones con consecuencias negativas: elección de alimentos que se dejan llevar más por lo volátil que por lo constante, y que tendentes a la improvisación, llevan a la compra de alimentos grasos, azucarados y salados porque la inmediatez se impone sobre los significados que asocian a estos alimentos, dicho de otro modo, a pesar de no considerarlos saludables resultan prácticos.

La compra es para ellas una tarea difícil de acomodar cuya realización se vive como obligada por su valor de cuidado y bienestar para los miembros de su hogar (Martín-Criado, 2004). Son frecuentes las alusiones a situaciones en las que recurren a comida de fácil preparación, pero de escaso valor nutricional, y en casi todas ellas los horarios de trabajo y el escaso tiempo son la explicación principal de estas mujeres (Jabs y Devine, 2006; Cawley y Liu, 2012). Porque cuando se compra comida de fácil preparación o preparada lo que se está comprando es tiempo. No ocurre lo mismo, sin embargo, en aquellos hogares en los que hay una mayor corresponsabilidad en las tareas del hogar, precisamente porque ese tiempo que le falta a las mujeres que se ocupan de ello en solitario es cubierto con los recursos de otro miembro y no con comida preparada o de fácil preparación (Cawley y Liu, 2012).

Del mismo modo, se aprecia que los momentos dedicados a cocinar son más cortos e irregulares. Los discursos de las personas entrevistadas rebelan que quienes menos tiempo dedican a cocinar son aquellos que tienen horarios de trabajo más extensos o cambiantes (Cawley y Liu, 2012). Las formas en las que esto ocurre van desde la propia dificultad para encontrar espacios propios para esta tarea que conlleva la alteración frecuente de los horarios dificultando una estabilidad e incorporación de la cocina como rutinaria, hasta el desinterés que se ocasiona como consecuencia del cansancio o situaciones de estrés derivadas del trabajo.

Un aspecto que coincide con lo observado por diversos estudios que a través de análisis sobre el uso del tiempo muestran que se ha producido una disminución de los minutos dedicado a esta tarea, aunque con diferencias entre distintos países (Encuesta de Uso del Tiempo, 2002-2009-2010; Jabs y Devine, 2006). Así en el Reino Unido y en Estados Unidos esta disminución parece más grande que en España, lo que se corresponde también con los niveles de obesidad que cada uno de estos países arroja -ver capítulo 1- (Warde y Martens, 2000; Jabs y Devine, 2006; Díaz-Méndez y Callejo, 2014). Estas diferencias van más allá de las condiciones laborales y, probablemente, se encuentren influidas por la existencia de cultura alimentaria más sólida en España que en los otros dos países que permite resolver de formas diversas frente a la escasez y las dificultades, sin tener que recurrir necesariamente a las iniciativas relacionadas con la comida preparada o las comidas fuera del hogar.

Finalmente, también impacta en el momento de la comida que presenta horarios más tardíos e irregulares, compañías más inestables y lugares que van cambiando para adaptarse a las dinámicas laborales (Smith y Holm, 2010). Saltarse comidas o comer mientras se conduce son algunos de los ejemplos que se muestran en sus discursos. No lo hacen por una falta de conocimientos con relación a lo que es una alimentación saludable, ni siquiera se muestran conformes con esas actuaciones, pero las situaciones más cambiantes que nunca les obligan a tener que adaptarse, casi en la inmediatez y con los recursos, competencias y significados de los que disponen, a escenarios fluctuantes. Dicho de otro modo, sus discursos muestran que tienen información acerca de cómo debe ser una alimentación saludable, pero se encuentran con grandes dificultades para ponerlo en práctica derivadas de sus dinámicas laborales (Devine, et al., 2003; Smith y Holm, 2010).

Por el contrario, en aquellos hogares en los que el/los responsables de la alimentación dedican menos horas al trabajo o no trabaja, la alimentación presenta una mayor estructuración con rutinas más estables y regulares (Devine et al., 2003; Reeves et al., 2004; Kristensen y Holm, 2006; Dobson et al., 2017; Dyen et al., 2018). La compra suele seguir un patrón que se repite, en algunos casos, desde hace años: se asignan momentos específicos para su realización, se hacen listas de la compra y se seleccionan los productos a partir de un menú semanal diseñado con carácter previo.

De igual modo también se observa un mayor tiempo dedicado a cocinar y una mayor regularidad y frecuencia. En este caso se muestran dos vías diferentes. Las mujeres responsables de la alimentación que no trabajan fuera del hogar suelen cocinar más a diario y dedicarle un tiempo más elevado. En cambio, las que trabajan fuera utilizan distintas estrategias entre las que se encuentran el preparado de la comida y cena en un mismo momento, cocinar para varios días o emplear el fin de semana para diseñar el menú semanal. De hecho, en aquellos hogares en los que se han iniciado cambios hacia una alimentación más saludable reconocen dedicar ahora mucho más tiempo en la cocina, más dinero en la compra y también atreverse a elaborar platos que requieren de más técnica.

Finalmente, los momentos de la comida también suelen mostrar más regularidad y sincronización entre sus miembros en los hogares donde la responsable de alimentación no trabaja fuera de casa o lo hace con horarios más regulares. Las compañías son más estables, sobre todo en madres e hijos, y los momentos presentan horarios de comidas y especialmente de cena más tempranos que dicen adecuar a los más pequeños del hogar. De hecho, llama la atención que incluso algún hogar trata de mantener esos horarios cuando se comen fuera del hogar.

Esta competición por el tiempo entre la alimentación y el trabajo es una cuestión muy importante, puesto que también se ha observado en las entrevistas que los cambios que se producen en el ámbito laboral, como entrar en el desempleo, cambiar el tipo de trabajo o reducir la jornada laboral, generan a su vez cambios en el compromiso con otras prácticas y, particularmente, con la alimentación que pueden resultar en una mayor estructuración alimentaria si se aumenta el tiempo de forma continuada, o en una menor estructuración alimentaria si el cambio que se produce resulta en una disminución de tiempo o fluctuación de horarios (Kristensen y Holm, 2006). Para evitar la angustia producida por las exigencias que se derivan de estas colisiones algunas mujeres han establecido un orden

de jerarquías. Primero ser madre, luego el trabajo, el estudio, luego tareas del hogar, mientras que el ejercicio físico no tiene apenas cabida (Warin et al., 2008).

Por otro lado, un menor espacio dedicado al trabajo además de aumentar el destinado al cuidado de la alimentación, también incrementa en las mujeres el del cuidado de los más pequeños del hogar (Cawley y Liu, 2012). Sin embargo, las informantes participantes en esta tesis doctoral revelan que suele producirse a costa de un detrimento en la carrera laboral de las mujeres que, de alguna manera, se sienten forzadas a renunciar a ella ya que entienden que no es posible llevar una alimentación saludable y cuidar adecuadamente de sus hijos si continúan trabajando. En sus discursos se aprecia y se manifiesta un sacrificio y renuncia a sus aspiraciones y expectativas en pro de garantizar el bienestar de los miembros del hogar, y particularmente de sus hijos. Suelen ser mujeres que hacían actividad física o algún deporte hasta el nacimiento de su primer hijo, y cuya alimentación muestra patrones regulares.

Al ser los hogares con obesidad los que presentan en general peores condiciones laborales son también en los que la alimentación presenta una menor estructuración. Esto coincide con los estudios que encuentran una relación muy fuerte entre la ocupación y la obesidad (Daponte et al., 2007; Gu et al., 2014). En estos estudios, al igual que en la Encuesta Nacional de Salud (2017) se aprecia que son los trabajadores y trabajadoras manuales no cualificados quienes presentan prevalencias de obesidad más altas (Daponte et al., 2007; ENS, 2017). Sin embargo, algunos analistas están detectando un aumento significativo en los últimos años en las ocupaciones de cuello blanco donde la obesidad es relativamente baja, mientras que en las ocupaciones manuales ligada a una alta prevalencia de obesidad se han mantenido estables (Gu et al., 2014). Lo que coincide también con los datos presentados en el capítulo I “*Mapeando la obesidad en España*” de la Encuesta Nacional de Salud. Sin embargo, las metodologías empleadas en estos estudios no permiten entender cómo se produce esta relación, qué aspectos se hallan detrás.

Los hallazgos de esta tesis doctoral parecen apuntar a una relación compleja entre la obesidad, la ocupación y la alimentación que permite entender porqué también hay personas obesas que tiene una ocupación alta. El aspecto clave aquí no es la cualificación de la ocupación o la posición en la estructura de ocupaciones, sino la gestión y organización del tiempo que dicha ocupación permite. Así un alto directivo que trabaja

60 horas semanales presenta más riesgo, a priori, que un trabajador manual con un horario estable y rutinario. Particularmente si esa persona es una mujer, ya que, a su rol de directiva, seguramente habrá que añadirle el de ama de casa y madre. Un aspecto que sin duda incrementará la tensión generada entre el trabajo y la alimentación, y dificultará el desempeño práctico de ambas como se ha mostrado. Y, más aún, probablemente conlleve un abandono de aquellas actividades como las deportivas que requieren de un gran esfuerzo para su práctica.

Esto explicaría también porqué algunos estudios han detectado que las horas de trabajo materno fuera del hogar se relacionan con una mayor obesidad infantil (Hawkins et al., 2008; Li et al., 2019). No se produce porque haya unas creencias erróneas de las madres que les hacen comportarse peor y alimentar mal a sus hijos, ni tampoco porque se despreocupen de los menores y sean “malas madres”, sino porque a menudo se encuentran solas lidiando con estas tareas y combinándolas de la mejor forma posible con las derivadas de su trabajo fuera de casa (Díaz-Méndez et al., 2013). Lo que señalan esas relaciones es una sincronización muy fuerte entre las rutinas de los hijos con las de sus madres porque son ellas quienes se ocupan mayoritariamente de su cuidado y, aunque lo intentan, algunas presentan grandes dificultades para llegar a todo lo que se traduce, si no se cuenta con otros elementos para evitarlo, en una disminución del tiempo dedicado a la compra, a la cocina y al momento de comida (Cawley y Liu, 2012).

Si la práctica laboral ocupa un lugar central en la jerarquía de prácticas para los adultos y su configuración impacta en otros dominios de la vida, son las actividades escolares las que ocupan ese lugar para los menores. A medida que los niños van avanzando en las etapas del sistema escolar los requisitos y demandas de tiempo son más altas. Este aspecto se ha detectado como uno de los más frecuentes a la hora de dejar de practicar actividades deportivas entre los más pequeños. Sin embargo, no en todos los hogares ocurre esto, puesto que en este caso los significados, como se verá más en detalle en un apartado posterior, evitan que se abandone del todo. Aquellos niños cuyos padres la consideran como importante, generadora de bienestar físico y mental o actividad lúdica es más frecuente que la continúen practicando a pesar de las dificultades. En vez de dejar de hacer deporte, cambian los horarios o las trasladan a los fines de semanas. Por otro lado, el tiempo que tienen los padres también influye en la práctica deportiva de sus hijos. A más tiempo, más posibilidades de que los hijos se involucren en actividades, ya que

requiere de la sincronización de horarios de los miembros del hogar (Morgenstern et al., 2015; Dyen, et al., 2018).

Resulta llamativo en este sentido, que los padres de estos niños dejaron de practicar deporte durante la infancia por razones muy similares a las de sus hijos. Los que lo mantuvieron más allá en el tiempo terminaron dejándolo por cambios en las circunstancias laborales que desraizaron el hábito. A pesar de que lo consideraban eficaz en el control del peso.

Algo similar ocurre con los aparatos tecnológicos y su uso en los más pequeños del hogar. Los padres agobiados en sus trabajos utilizan estos dispositivos como estrategia de distracción que permita poder cuidar de sus hijos, tenerlos bajo control, al mismo tiempo que hacen otras tareas que deben realizar. Aquellos padres con una vida laboral más activa son aquellos cuyos hijos parecen mostrar una mayor frecuencia e irregularidad en su uso. No solo por las dificultades de encaje en los horarios, sino también porque el cansancio derivado de estas actividades hace que el tiempo para uno mismo desaparezca y la sensación de agobio se acreciente.

7.1.1 Materiales: recursos temporales y económicos

La competición entre la práctica laboral, escolar y alimentaria muestra la importancia de materiales como el tiempo que son demandados por casi todas las actividades de la vida cotidiana. La supervivencia de las prácticas depende de ser capaces de hacerse con los elementos de los que disponen los individuos, es decir, de llamar su atención y presentarse como más atractivas que el resto (Shove et al., 2012). Por eso, los materiales, entendidos como los objetos, las infraestructuras, las herramientas y los recursos necesarios para su implementación, son un elemento clave de la configuración de las prácticas. En los discursos de los entrevistados destacan dos por encima del resto que influyen en las prácticas alimentarias y deportivas: el tiempo, como ya se podía intuir, y el dinero. El primero al ser un recurso muy valioso para casi todas las prácticas hace que los patrones de actuación varíen considerablemente en función de su disponibilidad por parte de los distintos individuos, de ahí que se aprecien distintos grados de estructuración en la compra y preparación de alimentos y también respecto a los momentos de las comidas, por ejemplo, favoreciendo horarios más regulares y tempranos, así como compañías más estables. Sobre esta no se ahondará más, dado que su importancia e influencia en la

alimentación y la actividad física ha sido informada en detalle en el apartado previo para explicar las dinámicas de competición y colaboración entre prácticas.

En cuanto al dinero al ser un recurso que se utiliza para acceder a otros materiales como el menaje de cocina, los aparatos tecnológicos o la comida y también para el acceso a la propia práctica, tiene un peso importante en las decisiones alimentarias de los hogares. No todos los hogares cuentan con los mismos ingresos, pero todos deben alimentarse. Esto da lugar a diferencias que se reflejan fundamentalmente en la composición de la cesta de la compra. En los que este recurso es más escaso, generalmente, la cesta de la compra se compone teniendo muy presente el precio de los alimentos. Algunos autores como Darmon y Drewnowski (2008) creen que esto es lo que explicaría por qué las personas más pobres presentan mayores prevalencias de obesidad. La comida con mejores propiedades nutricionales y menos calórica es más cara, mientras que aquella que reúne justamente las propiedades opuestas es mucho más barata. Esto favorece que los grupos más desventajados económicamente obtén por estos productos con el consecuente aumento de energía ingerida (Darmon y Drewnowski, 2008; Drewnowski, 2009). Sin embargo, en esta tesis doctoral se ha observado que el hecho de tener bajos ingresos no conlleva automáticamente la configuración de una cesta formada por productos poco saludables. Los significados y las competencias que también forman parte de la práctica alimentaria dan lugar a distintas actuaciones con resultados diferentes entre grupos socioeconómicos homólogos (Celnik et al., 2012).

Aquellos que hogares que disponen de menores competencias culinarias, como se verá en detalle en el apartado siguiente, son las que presentan más dificultades para gestionar la escasez de tiempo y/o la falta de dinero. Esto permite que algunos de los hogares de bajos ingresos accedan, aunque con mayores dificultades que quienes tienen altos ingresos, a productos más caros a partir de estrategias de compra como las ofertas, las sustituciones por tipos de alimentos similares o elaboraciones en las que ese producto que es más caro pueda ser utilizado en varias comidas. Uno de los alimentos en los que esto se observa más frecuentemente es el pescado. Su precio hace que la mayoría de los hogares con bajos ingresos lo identifiquen como caro o difícilmente accesible y, por lo tanto, dificulte su inclusión en la cesta de la compra a fin de que salgan las cuentas a final de mes. Sin embargo, aquellos hogares que cuentan con mayores competencias y experiencia culinarias compran aquellos pescados más baratos, como las sardinas, o esperan a las

ofertas para acceder a otros como el salmón. Incluso una de las entrevistadas llegó a asegurar que, en su caso, la cuestión económica le ayudaba a evitar tirar de precocinados y tener la tentación de no cocinar.

Por el contrario, en los hogares con un nivel de ingresos más alto, el dinero no es un recurso que se tenga en cuenta a la hora de incluir los alimentos en la cesta. La rapidez o lo saludable son recursos más preciados. Por eso, son los hogares que tienen dificultades económicas y, además, dificultades temporales con limitados conocimientos culinarios los que se distancian más de una dieta saludable (Warin et al., 2008; Venn y Strazdins, 2017). Siempre con el matiz de que aquellos con ingresos más altos tiene la posibilidad de recurrir a objetos, como los robots de cocina, con los que resolver de forma rápida, sin prestarle atención, y sin apenas necesidad de habilidades culinaria. Estos dispositivos no son precisamente baratos y su uso es más difícil para quienes no teniendo tampoco unas altas competencias culinarias carecen de ingresos suficientes.

El dinero disponible también limita las posibilidades de adhesión a actividades deportivas que tienen coste de aquellos hogares con bajos ingresos (Venn y Strazdins, 2017). En los hogares con obesidad infantil se relatan varios ejemplos de cómo escaso dinero disponible evita que algunos niños sean apuntados a actividades deportivas escolares, a pesar de que sus madres reconocen que les gustaría y consideran que esto les vendría bien. En varias ocasiones se relata también como el desempleo de uno de los miembros del hogar supone un abandono de las actividades físicas o un desincentivo para iniciarlas (Smith y Holm, 2010). En estos casos, la persona desempleada suele disponer de tiempo, pero carece de suficientes ingresos y, más aun, se vive en una situación de malestar e incertidumbre donde las actuaciones saludables pierden peso en pro de las necesidades más básicas.

En los hogares sin obesidad también se muestran algunas de las razones por las que dejaron de practicar actividades físicas. Los cambios relacionados con las condiciones laborales o la reducción de ingresos en el hogar son compartidos (Smith et al., 2014). Sin embargo, hay otros diferentes. El nacimiento del primer hijo es uno de los aspectos que más se menciona en el caso de las mujeres. Para todas ellas este momento supuso un gran cambio en sus vidas sobre todo en lo que respecta al tiempo disponible para ellas mismas. Pasaron de dedicarse a si mismas y a sus carreras profesionales, a dedicar la mayor parte de su tiempo a ocuparse del cuidado de sus hijos y de las tareas del hogar, especialmente de la alimentación, con mayor preocupación como parte del rol que había asumido y de

lo que se esperaba de ellas para poder ser consideradas “buenas madres”. Esto implicó necesariamente hacer renuncias del espacio propio para conseguir el bienestar de su familia (Martín-Criado, 2004). Esperan poder volver a practicar deporte una vez sus hijos sean adultos o al menos lo suficientemente independientes para no tener que dedicarles tanto tiempo.

Otras de las razones detectadas es el padecimiento de lesiones que dificulten el ejercicio físico que se veía realizando, aunque en estos casos lo que suele producirse es un reajuste en el número de horas y días semanales que le dedican, así como la intensidad. Y, por último, también se aprecia algún caso en el que el padecimiento de enfermedades propias o de familiares cercanos que suponen una reorganización doméstica que puede llevar a un detrimento del número de horas y días semanales que se dedica a las actividades deportivas, y que también se ha visto que puede afectar a la alimentación generando dietas más estables y saludables al acercar forzosamente los problemas relacionados con la alimentación al presente.

En definitiva, los individuos acceden con diferentes recursos, como el tiempo o el dinero, a las prácticas alimentarias lo que genera desigualdades en la participación en ellas y puede posicionar a aquellos con mayores carencias en situaciones de mayor vulnerabilidad. Sin embargo, estas desigualdades entre los participantes no determinan sus acciones, pues en ellas influyen, como se verá en detalle a continuación, otros aspectos como las competencias culinarias o los significados que ante situaciones similares de dinero o tiempo dan lugar a distintas actuaciones unas más cercanas a una alimentación saludable y otras más lejanas. En el caso de la práctica deportiva, se ha observado que la escasez de recursos puede limitar la adhesión a ella tanto de los adultos como de los más pequeños del hogar a no ser necesarias ni desde una perspectiva social, ni biológica. Este aspecto las hace más sensibles a los cambios en las trayectorias vitales de los individuos que a las prácticas alimentarias.

7.1.2 Competencias: conocimientos, habilidades y normas

Las competencias, es decir, el conjunto de normas, saberes prácticos corporizados, los conocimientos, las habilidades y la experiencia es otro de los asuntos que dan lugar a diferentes actuaciones en las prácticas (Shove et al., 2012). Las instrucciones sobre cómo deben llevarse a cabo las actuaciones alimentarias para que sean aceptables o no, no proceden de un único referente como plantean las teorías de la elección racional. La

procedencia de las normas para el desempeño de la alimentación, como advierte Alan Warde (2013), se da en distintos ámbitos como la nutrición o la salud, pero también en la cocina o en el gusto. Apoyados en sus instrucciones es más fácil tomar decisiones, pero las contradicciones en las que puede incurrir también generan incertidumbre en los entrevistados.

Los conocimientos y las habilidades culinarias ofrecen interesantes diferencias entre los hogares con y sin obesidad infantil. Unas diferencias que se dan de forma más marcada que en otros elementos a la hora de definir la práctica alimentaria. Los discursos procedentes de hogares sin obesidad evidencian unas habilidades, técnicas y conocimientos culinarios que, con un anclaje en los saberes populares incorporados desde la infancia y de su propia experiencia práctica acumulada durante años, se combinan con las normas que estipulan lo que es saludable o no por parte de las instituciones sanitarias y nutricionales. Algo que coincide con los planteamientos de Fischler (1995) que señala que, en la vida moderna, cada vez más, se oponen las normas desde el ámbito médico en materia alimentaria, con aquellas procedentes del gusto o la cocina. Donde lo bueno y lo saludable cada vez tienen más a posicionarse como opuestos generando problemas. Sin embargo, en este caso estos dos ámbitos tienden a confluír de forma similar a como lo hacían en tiempos pasados, aunque con pequeñas innovaciones (Fischler, 1995).

Por eso la mayoría de los hogares sin obesidad infantil suelen reconocer su alimentación como similar a la de sus madres y abuelas, pero con ciertos matices como la reducción de grasas y azúcares que tienen más que ver con las normas transmitidas por las instituciones sanitarias. Los saberes populares y prácticos fruto de su experiencia en la cocina se combinan con saberes “expertos”, fruto de las directrices marcadas por el ámbito médico y nutricional.

Estos conocimientos y habilidades les permite suplir parte de las carencias temporales y económicas que se puedan presentar. De ahí que se observe que los hogares de bajos ingresos sin obesidad se acercan más a una alimentación saludable que aquellos cuyas habilidades y conocimientos culinarios no tienen una base tan sólida procedente de la cultura alimentaria popular que permita orientar su práctica. Son estas competencias las que les permiten actuar estratégicamente para solventar su situación económica sin tener que renunciar del todo a una alimentación saludable. Dicho de otro modo, no todo es una cuestión de recursos materiales o temporales, pues la experiencia, los conocimientos y las

habilidades práctica se muestra como importantes en sus discursos y, de hecho, explican parte de las diferencias observadas entre grupos con un mismo nivel económico (Espeitx y Cáceres, 2011). Lo que concuerda de nuevo con la idea de que factores como los ingresos condicionan, pero no determinan las acciones de los individuos como plantean los enfoques deterministas de la acción (Drewnowski, 2005; Drewnowski, 2009). Las condiciones económicas, laborales y sociales no son los únicos elementos que generan trayectorias diferentes.

Lo mismo ocurre con la falta de tiempo. Si bien es cierto que quien se ocupa de la alimentación en los hogares sin obesidad infantil no trabaja fuera del hogar, lo hace con jornadas reducidas o continuas como se ha explicado, también hay hogares en los que los responsables trabajan y tienen horarios extensos, pero, sin embargo, se lleva una rutina de preparación de alimentos organizada y estable. Para gestionar esta falta de tiempo hacen uso de sus habilidades culinarias que les permiten llevar a cabo actuaciones en las que su vida laboral activa entre menos en conflicto su alimentación. Si trabajan y tienen poco tiempo para cocinar entre semana, entonces sus habilidades y conocimientos culinarios ayudan a gestionar esta situación. Así suelen cocinar en grandes cantidades y de forma variada los fines de semana para utilizarlo durante esos días que hay más dificultades. Otro aspecto detectado es la anticipación comprando alimentos no perecederos para recurrir a ellas en caso de imprevistos, o la congelación de preparaciones en vista a futuras complicaciones. Estas competencias se mostraron como una forma de paliar la falta de tiempo ocasionada por el trabajo o la soledad de las mujeres en la responsabilidad alimentaria y de cuidados (Devine et al., 2003).

En el apartado sobre la competición entre la práctica alimentaria y la laboral se mostraba que eran aquellos hogares en los que el responsable de la alimentación trabaja más horas o de forma más irregular en los que las actuaciones alimentarias presentan una menor estructuración debido a que el tiempo es un recurso que las prácticas consumen. Sin embargo, además de consumirlo las prácticas también crean tiempo gracias a la duración, secuenciación y temporalidad ligada intrínsecamente a estas. Dicho de otro modo, las cuestiones de duración, secuencia y temporalidades son importantes porque pueden revelar incompetencia (Shove, 2009). Si se cocina menos tiempo del necesario un alimento quedará crudo, del mismo modo que si se deja un plato demasiado tiempo al fuego puede quemarse. Por ello, las recetas de cocina, por ejemplo, suelen precisar

cuestiones relacionadas con el tiempo, el orden de los pasos y los alimentos aplicados. Ese conocimiento práctico es lo que revela si estamos ante un experto o un novel en la materia. Lo mismo ocurre si se come, desayuna o cena demasiado tarde, o si se come todos los días en el coche mientras te desplazas al trabajo. De este modo, las diferencias observadas respecto a las competencias también interceden en cómo son los momentos, los lugares y las compañías en los que tiene lugar la práctica alimentaria, siendo más estables en los hogares con normas alimentarias claras y fijas que en este caso son los hogares sin obesidad infantil.

Ello favorece que los hogares con obesidad infantil presenten horarios de comida y cena más tardíos y compañías más inestables: a las limitaciones de tiempo o ingresos se le añade unas escasas habilidades y conocimientos culinarios en forma de incompetencia práctica que se manifiestan en cuestiones de temporalidad, secuenciación o duración. Por ejemplo, se saltan comidas, como el desayuno, más frecuentemente. Un aspecto que coincide con los análisis que detectan que los niños obesos no suelen desayunar (Ma et al., 2003; Veltsista et al., 2010). Sin embargo, a diferencia de esos estudios este análisis permite observar que no es el hecho de no desayunar lo que te convierte en obeso, sino un síntoma de la desestructuración alimentaria e incompetencia práctica que afecta y es afectado por otros dominios. Esa dificultad para paliar la escasez de tiempo da lugar a problemas en otras prácticas: al cenar más tarde, también se van a la cama más tarde produciéndose reacciones en cadena. Que de nuevo muestran una similitud con los estudios que señalan que los obesos duermen menos horas, pero mostrando que las prácticas afectan a otras prácticas y que esta decisión nada tiene que ver con un comportamiento aislado y racional (Vioque et al., 2000).

Están disconformes con su rutina, pues se sale de los límites aceptables a nivel social, pero los recursos con los que participan en la práctica unidos a las competencias de las que disponen dan como resultado una distancia de las convenciones sociales. Quieren cambiar sus estilos de vida con prácticas más saludables, pero encuentran con una gran difícil integrarlos en sus vidas diarias (Smith y Holm, 2010).

Los aprendizajes culinarios se manifiestan en sus discursos como un asunto clave para la comprensión acerca de la procedencia de sus conocimientos y habilidades culinarias. Prácticamente en todos aquellos hogares en los que no hay obesidad infantil los aprendizajes culinarios de la persona responsable de la alimentación fueron adquiridos

durante la infancia y la adolescencia, a partir de la observación y las directrices de sus madres y abuelas. Aprendieron jóvenes a cocinar y desde entonces continúan haciéndolo e incluso tratando de transmitírselo a sus hijos. Continuamente hacen referencias al refranero popular y a formas de preparación más tradicionales. Por eso, perciben sus formas de cocinar próximas a las de sus madres y abuelas.

Se basan en su experiencia para mantener esos saberes populares que han incorporado desde la infancia. Muestran con gran detalle los pasos que siguen, dándole importancia a la secuenciación y a los saberes en los que se apoyan. Ante circunstancias distintas, se adaptan mejor manteniendo una línea común. No varían aspectos que tienen muy incorporados, solamente hacen sustituciones que manteniendo los significados reduzcan tiempo. La fabada de bote, por la fabada original, o, la ensalada por el puré de verduras. Las formas de preparado mantienen los estofados como elementos centrales de su cocina, al igual que hacían y hacen sus madres, y los combinan con otras formas como la plancha y el vapor buscando hacer compatible la falta de tiempo o ingresos con la salud.

Al mismo tiempo, a pesar de las dificultades y resistencia que se encuentran por parte de los más pequeños para comer ciertos alimentos y que son compartidas con los hogares con obesidad infantil, el dominio que tienen de la cocina les permite presentar platos con apariencia más atractiva o en formatos que generen menos reticencias. Manteniendo una planificación cerrada en la que cabe poco margen a la modificación y con la que evitan ceder desde el inicio a las preferencias de los más pequeños. Es así como van acostumbrando a estos a todos los sabores y reduciendo así los posibles conflictos que puedan producirse en torno a la mesa por las divergencias que pueda generar el gusto (O'Connell y Brannen, 2014). 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 y Holm, 2010).

Por el contrario, en buena parte de los hogares con obesidad infantil entrevistados la persona que se ocupa de la alimentación ha aprendido tarde a cocinar, entre otras cuestiones porque no se ha involucrado en esta tarea hasta que formó su propio hogar o, incluso, en algunos casos no se ocupa ni siquiera en la actualidad de la totalidad del proceso porque otros lo hacen por ellas. Sus conocimientos culinarios son fruto de un aprendizaje autodidacta en el que no hay referencias claras a la cultura y saberes popular

inculcados por la observación y participación con sus madres y abuelas. Es por eso por lo que perciben un salto importante entre la comida actual, a la que consideran más rápida y alejada de productos frescos, y la de antaño. Los niños no se involucran, ni cocina con ellos pues mientras se prepara la comida ellos se dedican a otras actividades.

Como resultado, las familias con obesidad infantil comparten en menos ocasiones un espacio social en torno a la comida y las normas respecto a los momentos de comida son más flexibles. Si se termina la comida, se puede abandonar la mesa y este aspecto favorece que algunos niños coman rápido para tener más tiempo disponible, por ejemplo, para jugar. Incluso cuando se encuentran en casa se permite a algunos niños cenar solos en otro espacio de la casa mientras ven su programa favorito en la televisión o usan videoconsolas. Esto se transmite a los pequeños que lo integran como las normas sociales que debe ser seguidas en torno a la mesa: la secuenciación y frecuencia son importantes para aprender lo que está “bien” y está “mal”, al menos hasta que la repetición de estas innovaciones termine por hacer norma la excepción.

En estas decisiones de unos y otros se va viendo cómo las competencias prácticas de las que se dispone van modulando y perfilando las prácticas alimentarias (Gojard y Veron, 2018). Unas competencias que a diferencias de lo que sostienen algunos autores, no son propias de determinadas clases sociales mejor educadas y que, de hecho, pueden modular la influencia de la escasez de recursos tanto económicos, como temporales (Ross y Mirawsky, 2003). Principalmente porque sus conocimientos alimentarios no solo dependen de lo transmitido por las instituciones científicas o por el conocimiento profesional, sino también por los conocimientos y saberes incorporados fruto de la experiencia que permiten gestionar estratégicamente las cuestiones relacionadas con la alimentación (Bourdieu, 1988; Bourdieu, 2008).

7.1.3 Significados: percepciones, valoraciones, aspiraciones y creencias

El análisis respecto a los significados, es decir, el valor simbólico, las ideas, los valores, las creencias, las percepciones y convenciones en torno a la práctica, permiten atisbar varios aspectos clave que, en combinación con los anteriores, dan lugar a diferentes actuaciones en las que la alimentación adopta diferentes formas bajo una base de entendimientos comunes (Shove et al., 2012). En lo sucesivo se presentarán distintos significados identificados en sus actuaciones alimentarias y cómo revierten en resultados que alejan o distancian de una alimentación saludable.

En general la alimentación, sobre todo en lo que respecta con la compra y cocinado de alimentos, es vivida por la mayoría de los hogares como una “obligación”. Muy pocos hogares ven en la adquisición de alimentos y su preprado una actividad “placentera o creativa”. Sí se aprecian más hogares que perciben como gratificante el acto de comer. Un ámbito donde las expectativas de comer bien conviven a diario con las dificultades para poder hacerlo, y en el que los significados rápido, barato y saludable se ven como contrapuestos o de difícil encaje, especialmente durante los días laborables. Muchos entrevistados les atribuyen distintos significados a cocinar en función del momento de la semana en que se realiza. Así, cocinar los fines de semana se percibe como una actividad más placentera y agradable, mientras que hacerlo durante la semana laboral es estresante porque se dispone de menos tiempo (Kristensen y Holm, 2006). Y, en consecuencia, también los resultados que se obtienen suelen ser distintos: más saludable en el primer caso que en el segundo. Algo similar ocurre con la percepción de los padres de niños sin obesidad sobre el uso de dispositivos tecnológicos, como tablets o videoconsolas. Entre semana se ve como una actividad que se ha de limitar y que debe quedar en un segundo plano con respecto a las actividades educativas o deportivas, mientras que los fines de semana, al ser percibido éste como un espacio más lúdico, su uso está más legitimado y permitido. No ocurre lo mismo en los hogares con obesidad infantil que no hacen prácticamente referencias a estar preocupados por su uso y donde los niños suelen utilizarla casi a diario.

La compra de alimentos también es percibida como una obligación que se vive como estresante y agobiante y en la que los significados guían buena parte de las decisiones respecto a la adquisición de alimentos. En este estudio la mayoría de los hogares con obesidad infantil suelen guiarse por aspectos como la rapidez de preparación, la facilidad de compra y las preferencias de gusto de los comensales a los que se une, en el caso de tener bajos ingresos, el precio de los productos (Daniel, 2016). De este modo, lo saludable que se considere se tiene en cuenta, pero suele quedar en segundo plano.

Por el contrario, en el caso de los hogares sin obesidad pierden importancia la cercanía y la rapidez e incluso el precio, y la ganan aspectos como la calidad, y lo saludable que cobra una gran fuerza en sus decisiones de compra. En sus discursos referidos a la cesta de alimentos aparecen palabras como grasa, sal, omega 3, glucosa, lactosa, sacarosa o como natural, de calidad o de temporada. Los significados asociados a determinados

alimentos cobran vida para integrarse y guiar las elecciones que configuran su cesta de la compra. Estos resultados difieren con los presentados en el estudio de Coveney (2005) en el que observan diferencias en los conceptos sobre comida en función de la clase social (Coveney, 2005). Aquí estas diferencias se dan más entre hogares con y sin obesidad infantil, que, por pertenencia a un grupo socioeconómico u otro, aunque sí que es cierto que el precio es más importante en los hogares de posición socioeconómica baja.

Sus decisiones se adaptan de forma estratégica a sus situaciones, contextos materiales y competencias prácticas. Por ello, en aquellos hogares con escasos conocimientos culinarios, menos tiempo disponible y menos ingresos, los criterios de calidad, frescura o salud asociados a los alimentos pierden peso en pro de aquellos cuya elaboración sea rápida, sencilla, a precios asequibles y que no genere reticencias entre los miembros del hogar, especialmente los más pequeños, que dilaten el momento posterior de las comidas. En un reciente estudio sobre las diferentes formas de organización de la práctica alimentaria (Gojard y 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. También en el estudio de Kristensen y Holm (2006), algunas personas entrevistadas manifestaron que su elección de los menús estaba generalmente guiada por las preferencias de los menores, ya que de otra forma eso le producía estrés y pérdida de tiempo (Kristensen y Holm, 2006).

Por otro lado, la definición sobre alimentación saludable muestra algunas cuestiones relacionadas con los significados y su interacción en la práctica alimentaria interesantes. A primera vista es bastante similar en ambos tipos de hogares. Consideran que una alimentación sana es aquella compuesta de alimentos variados, con una alta presencia de frutas, verduras y pescado, y en la que se limita el consumo de azúcares y grasas. Eso contraviene la idea de que existe un sistema de creencias erróneo fruto de la insuficiencia de información de los obesos en materia alimentaria y de actividad física que les hace comportarse mal y que los programas educativos podrían solucionarlo (Ross y Mirawsky, 2003).

Sin embargo, aunque parten de una idea general, también presentan diferencias en varios aspectos. Los hogares con obesidad infantil apenas mencionan las cantidades que consideran adecuadas, ni si deben varían en función de factores como la edad o la salud. Una cuestión que coincide con las actuaciones descritas por ellos sobre el momento de la

comida. En los hogares con obesidad infantil los más pequeños comen platos con las mismas cantidades que el de resto de miembros del hogar y en los que el contenido, por el contrario, suele ser distinto al de sus padres. De este modo, al agrandar sus gustos también se disminuye la posibilidad de conflictos en torno a la comida. Además, suelen optar por un menú que se componga, al menos, de primer y segundo plato. Mientras que, en los hogares sin obesidad infantil, comer más de un plato se entiende como desventajoso porque implica cocinar más tiempo, acabar con una sensación de malestar por haber comido demasiado e invertir más dinero del necesario.

Unos aspectos que probablemente se vean influidos también por la percepción del aumento de peso en los menores como una cuestión temporal ligada al propio crecimiento y las transformaciones corporales que conlleva. Esto lleva a varios hogares con obesidad infantil a creer que los más pequeños puede comer de todo porque su cuerpo lo asimila de distinta manera que los adultos. Los problemas de peso que padecen sus hijos en la actualidad son transitorios y desaparecerán de forma “natural” con el crecimiento tal y como aparecieron.

Además, sus definiciones de alimentación saludable también ponen de manifiesto la existencia de un malestar con su alimentación actual. A diferencia del modelo de la acción racional que plantea un escenario en el que la información genera certezas, la mayor parte de los hogares con obesidad infantil presentan una definición llena de dudas y escepticismo respecto a qué es comer saludable. Lo que hoy es válido, mañana ya no lo es y sus actuaciones varían casi tan rápido como mutan las recomendaciones alimentarias en la vida moderna. Se encuentran perdidos y manifiestan tener dificultades para encajar la definición que proporcionan en un plano “teórico”, con la realidad alimentaria de su hogar en el día a día. Se sabe qué comer, pero no siempre puede llevarse a término (Gracia-Arnaiz, 2007). Una ansiedad que es particularmente vivida por las mujeres y madres (Wright et al., 2015).

Esas dificultades se observan precisamente al comparar su definición de alimentación saludable con sus actuaciones prácticas recogidas en las entrevistas y el menú semanal. Sostienen que es saludable comer frutas, verduras y pescado, pero apenas las consumen y, por el contrario, optan más por alimentos precocinados o formas de preparado fritas o rebozadas. Conocen lo que son hábitos alimentarios saludables, se tiene acceso a múltiples alimentos, pero lo relacionado con la alimentación genera cada vez más miedos,

desconfianzas y dificultades para ponerlos en práctica (Fischler, 1995). No se trata de una falta de información, sino de una dificultad para introducirlo en sus prácticas. Solo aquellos hogares con obesidad infantil que han sufrido cambios con respecto a problemas de salud relacionados con la alimentación o en sus condiciones laborales, presentan una mayor integración del concepto de alimentación saludable en sus actuaciones diarias.

Por otro lado, respecto a los significados asociados a la actividad física y el deporte los hogares con obesidad le atribuyen un significado similar. La mayoría entiende que hacer deporte es involucrarse en cualquier actividad que implique moverse sin que necesariamente tenga que ser rutinario y/o constante o con demasiada exigencia física. Una pequeña minoría lo ve más como una moda relacionada con el aumento de la preocupación por el físico. Y otros, como una estrategia para el mantenimiento o la pérdida de peso. En ninguno de ellos se hace referencia explícita a beneficios respecto a la salud o una actividad lúdica de la que se disfrute. Unas concepciones que no muestran diferencias llamativas por estatus socioeconómico.

La mayoría de los adultos de hogares con obesidad infantil no practican ninguna actividad deportiva, al no disfrutar de ella, ni atribuirle demasiadas ventajas, la participación en ellas conlleva un esfuerzo de restructuración del tiempo que no compensa. Por el contrario, si han conseguido empezar entonces quieren resolverlo lo más rápido posible y con la menos dedicación. En la lista de sus prioridades ocupan un puesto muy inferior y ante leves cambios en otras prácticas es de las primeras cosas que abandonan.

En el caso de los niños con obesidad se aprecia una pérdida de interés por las actividades deportivas debido a que no se sienten útiles, ni valorados sobre todo en las actividades grupales. Eso lleva a muchos niños con obesidad a elegir un papel secundario en los deportes de grupo donde tengan que moverse poco, como ser portero en fútbol, o directamente a distanciarse de aquellos deportes colectivos. Se sienten más cómodos en deportes como el yudo o el karate donde su cuerpo les permite un mejor desempeño y una mejor valoración de los otros.

En el caso de los hogares sin obesidad infantil se observa una concepción y valoración distinta en función de la posición socioeconómica. Aquellos que ocupan una posición más baja definen el deporte poniendo acento en la activación y movimiento del cuerpo. Su concepción es la de una actividad lúdica que implica diversión y una mejora de las relaciones sociales. La consideran importante para el bienestar físico y emocional. El

resto coincide en una visión más relacionada con una obligación que se ha de mantener en beneficio de la salud que una actividad lúdica. Por ello, entienden que debe ser regular y que requiere de cierta exigencia física.

Como resultado son más los adultos, y particularmente las madres, se adhieren a alguno tipo de actividad regular. Una práctica que no se circunscribe en el caso de los menores únicamente a la semana, sino que también se introduce en los fines de semana como parte de las actividades lúdicas de todo el hogar. A pesar de que los significados que le asocian permiten más regularidad y estabilidad de la práctica, los recursos, experiencias, a cambios en las condiciones del hogar que impliquen una competición por significados, recursos o materiales pueden conllevar su abandono. Así entre las situaciones más comunes que han supuesto dejar de hacer deporte en los hogares sin obesidad se encuentran los económicos y temporales, compartidos con los hogares con obesidad infantil, y también el nacimiento del primer hijo en el caso de las mujeres o enfermedades propias o de familiares cercanos que limitan la movilidad o que requieren de una reestructuración de horarios.

Finalmente, también son importantes las percepciones, valoraciones y creencias sobre la obesidad pues afectan de forma transversal a las actuaciones en otras prácticas. Se aprecia que casi todos los hogares relacionan la obesidad con la alimentación y la actividad física. Unas ideas que suelen presentarse a través de una comparación entre la vida actual y las rutinas de tiempos pasados. Las escasas diferencias entre ambos tipos de hogares en este sentido, de nuevo refuerzan la idea de que la información difundida por las instituciones sanitarias respecto a la importancia de la alimentación y la actividad física para el control del peso ha llegado a todos los grupos y no parece ser en exclusiva un problema de información o falta de educación (Gracia-Arnáiz, 2008).

Sin embargo, una parte de los hogares sin obesidad infantil proporcionan explicaciones más extensas y críticas sobre las formas en que la alimentación y la actividad física podrían tener efectos sobre la salud. Hacen referencia al modelo de sociedad actual, a las facilidades para el acceso a alimentos de dudosa calidad nutricional favorecidas por la industria alimentaria reciente, a las dificultades para tomar elecciones basadas en certezas por el gran volumen de información que acaba volviéndose contradictoria y, sobre todo, a la aceleración de vida cotidiana en las sociedades modernas que consideran que está

arrastrando a la mayor parte de las rutinas diarias e incide en un detrimento de la forma en que son llevadas a cabo o en las que se puede participar.

Creer que todos estos cambios que se han producido en las sociedades recientemente están influyendo en un incremento de la obesidad en los últimos años (Wright et al., 2015). Alguna de las entrevistadas incluso menciona la sociedad de consumo como la base para el desarrollo y aumento de la obesidad. Todos estos aspectos parecen reflejar una actitud más crítica sobre la alimentación y la actividad física, y sobre los efectos que pueden tener sobre la salud en el largo plazo, lo que podrían hacer que se involucren en las actuaciones alimentarias viéndole mayores ventajas a su participación en ellas y haciendo mayores renunciaciones en otras prácticas que quienes no tienen esta visión tan crítica.

Otros se contraponen a esta percepción al entender que las personas obesas tienen comportamientos irresponsables respecto a su salud por la comodidad que les produce. Entienden que pudiendo cocinar y cuidar su alimentación, eligen aquellas opciones que son más cómodas aun a sabiendas de que no son sanas. Ideas que recuerdan a las defendidas por las teorías de la elección racional y su concepción de la obesidad como fruto de un mal comportamiento individual.

La interpretación que se da de la obesidad también varía considerablemente, en los hogares con obesidad infantil, en función de si se está interpretando el fenómeno en general o la situación propia. Si se refieren al fenómeno en general, sus percepciones encajan en una de las dos corrientes presentadas anteriormente, es decir, bien creen la relacionan con la alimentación y el ejercicio físico, o, con una irresponsabilidad por parte de ciertos individuos. Sin embargo, si se refieren a su propia situación la percepción es muy distinta. Suelen retrotraerse a explicaciones de tipo genético y obviar todas aquellas que tienen que ver con las rutinas o dificultades que han ido narrando con respecto a su alimentación y a la actividad física. Este aspecto también fue observado por Smith y Holm (2010). Las mujeres de su estudio creían que su problema y el de sus hijos se debía a una predisposición genética y no a cuestiones relacionadas con las rutinas (Smith y Holm, 2010).

Esta consideración del problema como genética tiene como consecuencia negativa una merma de la capacidad de acción, pues se trata de un factor externo sobre el que no se tiene ningún tipo de control. Dicho de otro modo, la percepción de su propia situación

limita su capacidad de acción, mientras que se refuerza con la repetición de sus acciones. Gran parte de esta idea proviene de múltiples intentos infructuosos de cambiar sus hábitos alimentarios o deportivos sin lograr grandes éxitos. A diferencia de los hogares sin obesidad infantil, sus intentos de cambios suelen basarse en estrategias de dietas concretas con grandes privaciones de alimentos y cambios muy bruscos que, además de generar frustración, casi nunca se construyeron en sincronía con el resto de las rutinas y situaciones particulares. Al no hacerlo, nunca llegaron a ser un hábito, sino una adaptación temporal con poco efecto en la realidad alimentaria o deportiva.

Dentro de ahí también hay quien lo interpreta como un problema estético o de precisión en los movimientos, más que como un problema relacionado con efectos negativos para la salud. No hacen mención de ello en ningún momento, ni siquiera cuando se les pide hacer una valoración sobre la salud de los miembros del hogar. Esto es particularmente visible en el caso de los niños de los que se hace referencia a problemas de asma, de alergias, pero no se suele hablar del peso. Otro grupo más minoritario directamente ni siquiera reconoce la obesidad de sus hijos en sus discursos (Warin et al., 2008). Probablemente porque siente la presión de la culpabilidad que otros le atribuyen y rehúsan entrar en el tema por si el entrevistador también lo hace (Goffmann, 1989), o quizás porque su creencia de que el peso actual desaparecerá con el crecimiento disminuye la importancia de la obesidad en etapas tempranas de la vida.

En definitiva, las percepciones, valoraciones, aspiraciones y creencias también moldean las prácticas alimentarias y deportivas de los hogares y, de nuevo, en combinación con el resto de los elementos que las componen pueden dar lugar a patrones de riesgo. Los resultados derivados del análisis de las entrevistas reflejan, por tanto, complejas relaciones de colaboración y competición entre prácticas que, junto con las experiencias personales, aprendizajes, conocimientos, recursos y significados afectan al grado de compromiso de los individuos con la alimentación y la actividad física, y dan lugar a diferentes estilos de vida. Ello convierte a los elementos de las prácticas en semillas para la estabilidad, pero también para el cambio de los patrones de actuación que tenga peores resultados para la salud (Schatzki, 2001; Warde, 2005; Shove et al., 2012).

8. CONCLUSIONES

La obesidad es considerada como uno de los principales problemas de salud pública en las sociedades modernas dado su progresivo aumento y los graves riesgos para la salud que se le asocian -cáncer, diabetes, enfermedades cardiovasculares-. A pesar del debate y las críticas sobre su medida, lo cierto es que la prevalencia de la obesidad ha aumentado en todo el mundo en las últimas décadas (Crossley, 2004). Como se mostraba en el capítulo I “*mapeando la obesidad*”, España se sitúa por encima de la media de la Unión Europea en adultos y en los puestos de cabeza con respecto a la población infantil (European Health Survey, 2014). Alrededor del 17% de los adultos y más del 10% de los niños españoles son obesos según los datos de la Encuesta Nacional de Salud de España (2017) y lo que parece aún peor, las previsiones de la OCDE señalan que en 2030 esta cifra aumentará hasta alcanzar al 23% de la población española (OCDE, 2017). Estas fueron las principales razones que llevaron a la Organización Mundial de la Salud a considera a la obesidad como una de las diez amenazas globales que amenazan el estado de salud de la población en el siglo XXI (Organización Mundial de la Salud, 2017).

Por otro lado, la constatación de su distribución de forma desigual entre la población también ha despertado la atención de los analistas de ámbito social al entender que, sobre una base biológica, la obesidad hunde sus raíces en las desigualdades sociales. Los análisis confirman que su presencia es superior en los grupos sociales más vulnerables. Otro aspecto que ha llamado la atención sobre los aspectos sociales de la obesidad son las diferencias observadas respecto a las cifras entre países. Son aquellos con menor desigualdad de ingresos y mercados más regulados los que ofrecen índices de masa corporal más bajos y mejores indicadores de salud (Wilkinson y Pickett, 2006; Offer et al., 2010; Egger et al., 2012; Pickett y Wilkinson, 2007; Pickett y Wilkinson, 2015). Una cuestión que se aprecia también en el caso de la población infantil (Cabieses et al., 2016).

Ambos aspectos han despertado el interés de los científicos sociales al entender que pueden tener relación con la forma de organización propia de estas sociedades y factores culturales ligados con los cambios acontecidos en el sistema de valores y significados que ha tenido lugar en décadas recientes en las sociedades modernas. Unos cambios que han situado el bienestar y la salud como metas centrales y, en consecuencia, todo lo relacionado con su mantenimiento y el cuidado del cuerpo, a través de las rutinas sociales,

en el foco de atención y el lugar para construir identidades y definir los estilos de vida. Prestando particular interés en la alimentación y la actividad física al entenderlos como los dos ámbitos donde las rutinas y las actuaciones pueden tener mayor repercusión sobre el cuerpo y la salud, y por extensión en el desarrollo de la obesidad. Por ello este análisis se ha centrado en ambas prácticas, aunque también ha constatado que ocupan lugares distintos en la escala de importancia de los individuos debido a sus características. Así la alimentación con su marcado carácter social y su ligadura al ámbito biológico difiere sustancialmente de la práctica deportiva pues no requiere necesariamente de sincronización y coordinación entre individuos y tampoco es básica para la supervivencia por lo que se puede abandonar fácilmente.

Los gobiernos y las instituciones se han hecho eco de las preocupaciones sobre este nuevo riesgo para la salud. En el entorno europeo se han impulsado iniciativas para analizar el aumento de las tasas de obesidad y la OCDE cada vez se muestra más preocupada por los efectos de la obesidad en la economía (OCDE, 2019). El problema está siendo tratado como una cuestión de salud pública y los estados miembros de la Unión Europea discuten nuevas iniciativas de futuro que permitan una alimentación saludable y sostenible (Butland et al 2007; Dietz, 2011; OCDE, 2010; OCDE, 2019). Sin embargo, la coexistencia de políticas que tienen como objetivo la reducción de las tasas de obesidad con un incremento continuado de casos sugiere la necesidad de entender este fenómeno desde nuevas perspectivas (Nestle y Jacobson, 2000; Gracia-Arnáiz, 2008; Delormier et al., 2009).

La obesidad ha sido principalmente estudiada desde los enfoques de la teoría de la acción racional y de los determinantes estructurales. Desde el primero se han analizado las características y comportamientos desde una visión individualista y racionalista de la acción humana (Newby et al., 2003; He et al., 2004; Dietz y Gortmaker, 1985; Viner y Cole, 2005; Gibson et al., 2004; Hills, et al., 2011; Taheri, 2014; Miller et al., 2015). Desde el segundo se han analizado las condiciones estructurales que generan desigualdades de salud con una visión determinista de la acción (Wilkinson y Marmot, 2003; Berkman et al., 2014; Marmot y Bell, 2019). Las conclusiones defendidas en unos y otros estudios presentan limitaciones -ver capítulo 2- que se derivan del estrecho marco de análisis en el que se sustentan. Sus diferentes formas de comprender la naturaleza de las acciones se contraponen presentando un escenario que polariza el debate en torno a la obesidad: ¿la obesidad es resultado de “malos comportamientos” o de “malas condiciones

sociales”? Las políticas públicas desde una u otra posición no acaban de ver sus frutos. No hay más que observar que, lejos de disminuir, la obesidad ha ido progresivamente en aumento entre la población al mismo tiempo que proliferaban las iniciativas y estrategias para hacerle frente (Gracia-Arnáiz, 2009; Gracia-Arnaiz, 2017).

Los estudios que se sustentan en estos marcos teóricos presentan hallazgos interesantes, pero fallan en sus interpretaciones al presentar una parte del problema como si fuera el todo. Unos presentando excesiva atención sobre los comportamientos individuales y los otros sobre los determinantes sociales. Sus planteamientos no entablan un diálogo que permita entender de qué manera ambos aspectos se relacionan, es decir, cómo la capacidad de acción de los individuos interactúa con las actividades que transforman el mundo y con las reglas y recursos de esa sociedad (Frochlich et al., 2001).

Partiendo de las limitaciones de los dos enfoques dominantes para explicar la acción, se han presentado las Teorías de las Prácticas Sociales y sus conceptos clave mostrando su potencial para estudiar fenómenos como la obesidad (Maller, 2015). Un marco que, por definición, huye de las categorías dicotómicas -racional/automático; consciente/inconsciente; individuo/sociedad; acción individual/estructura-, y que busca reconciliar tradiciones teóricas enfrentadas a través de su foco en la práctica a la que sitúa como nexo entre la acción individual y la estructura, y más aún, como unidad de análisis (Bourdieu, 2008; Schatzki, 1996; Reckwitz, 2002; Shove et al., 2012, Warde, 2016).

Al adoptar esta perspectiva teórica las preguntas de investigación que guían esta tesis doctoral se han situado en posiciones distintas a las planteadas por aquellos que ubican los resultados de salud en los comportamientos individuales o en los determinantes estructurales. Centrado en el objetivo de estudiar el proceso que conduce a la obesidad a través del análisis de las prácticas alimentarias y de actividad física las preguntas que emergen y a las que se da respuesta se interesan por un proceso inserto en la vida cotidiana de los hogares. Las preguntas que surgen se interesan por cuáles y cómo son las prácticas de los hogares con y sin obesidad. Cómo se relacionan estas prácticas entre sí y qué nivel de compromiso se manifiesta con las distintas prácticas. Qué elementos intervienen y cómo resultan en una alimentación más o menos saludable. Qué garantiza un compromiso con la actividad física o la alimentación o qué hace que se pierda el interés por ellas. Y, sobre todo, cómo y por qué los individuos se adhieren a ellas, las mantienen o las

abandonan. (Warde, 2005). Dicho de otro modo, más allá del qué, lo que interesa es el cómo y el porqué.

Los posicionamientos teóricos siempre entrañan compromisos metodológicos porque los objetivos que persiguen y las preguntas que se hacen requieren de distintas estrategias para ser alcanzados y respondidos. Por ello, la metodología de esta tesis doctoral ha sido cualitativa. Las técnicas empleadas se han elegido persiguiendo dos objetivos. De un lado, a través de entrevistas semiestructuradas con las que profundizar en las rutinas cotidianas y recolectar los que se “dice”. Y de otro, a través de datos complementarios como el menú semanal, los tiques de compra o la propia observación con el propósito de recolectar las huellas de lo que se “hace”. Tratando de este modo de evitar al máximo que los aspectos más rutinizados de las acciones permanezcan ocultos (Dyen et al., 2018).

El protocolo de entrevista se ha centrado en la recolección de las rutinas de todos los miembros del hogar al entender que ésta es la forma más adecuada para indagar en las prácticas sociales por dos motivos. En primer lugar, porque la familia es uno de los espacios dónde se transmiten las disposiciones que permiten instruir a los más pequeños en desarrollo de las prácticas. Y, en segundo lugar, porque se parte de la premisa de que diversas prácticas, como la alimentación, requieren de la sincronización y coordinación entre los distintos miembros del hogar, y particularmente entre los más pequeños y sus madres (Shove, 2009; Delormier et al., 2009; Abel y Frohlich, 2012).

Por otro lado, la muestra de estudio se ha dividido en dos tipos de hogares: hogares con y sin obesidad infantil de diferentes estatus socioeconómicos. A pesar de que el diseño metodológico se ha basado inicialmente en una distinción entre obesidad y no obesidad más en sintonía con los enfoques tradicionales de la obesidad, el propio devenir del análisis impulsado por la riqueza de las técnicas cualitativas ha señalado que esta división puede ser utilizada como apoyo para el análisis, pero no como explicación de la obesidad. Los factores de riesgo que se han detectado para llevar una alimentación saludable están presentes en ambos grupos, lo que varía es la estabilidad y acumulación de estos factores. Lo mismo ocurre con las subdivisiones en base a la posición socioeconómica que no ha arrojado diferencias determinantes entre hogares con clases sociales más alta, sin perjuicio de algunos aspectos que sí se dan de forma más acusada en unos grupos que en otros como, por ejemplo, los ingresos.

La primera pregunta de investigación que se planteaba era cuáles y cómo son las prácticas de los hogares con y sin obesidad infantil. El párrafo anterior ya anticipaba que los resultados aquí presentados reflejan semejanzas interesantes entre obesos y no obesos, así como también diferencias entre aquellos pertenecientes a una misma posición socioeconómica tanto en un grupo como en otro. Hay hogares sin obesidad cuyas actuaciones guardan similitudes con las de algunos hogares con obesidad. Del mismo modo, hay hogares con posiciones socioeconómicas similares que presentan patrones de acción diferentes y obtienen a su vez resultados distintos. Eso no quiere decir que no influya, por ejemplo, su situación económica, sino que hay otros elementos que intervienen en las configuraciones de las prácticas, como, por ejemplo, la pobreza temporal o las habilidades culinarias que no son exclusivos de aquellos que ocupan una posición socioeconómica más baja. Un aspecto que parece coincidir con los últimos datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS, 2017), tal y como se mostraba en el *capítulo I*, en la que las cifras señalan una disminución entre el 2014 y el 2017 entre los grupos con un nivel educativo más bajo, en contraposición al aumento en los grupos de nivel educativo más alto. Algo similar también se aprecia con respecto a la ocupación, donde las cifras con respecto de los no cualificados decrecen ligeramente, por primera vez, desde 2003 y aumentan, entre los años 2014 y 2017, entre los cualificados -directores y gerentes-. Es necesario seguir explorando estas relaciones, pues los datos tanto cualitativos como cuantitativos parecen estar apuntando, más allá de una relación entre clase social y obesidad, a una combinación de factores que la exceden.

Sus actividades diarias son bastante similares de forma contraria a lo que uno a priori pudiera pensar o esperase encontrar. Los niños van a la escuela, sus padres van al trabajo, todos ven la televisión en algún momento del día, se alimentan a diario, compran, leen libros, salen a pasear, a veces comen hamburguesas y algunos hacen deporte mientras que otros prefieren ir caminando al trabajo y hay quien opta por hacerlo en coche. Todas y cada una de estas actividades que conforman su día nos resultarán familiares. Lo interesante no ha sido detectar estas actividades, que en cierto modo eran las que se pensaba encontrar, sino profundizar en las sinergias entre unas y otras, bucear en su configuración y en las ventajas o inconvenientes que para quienes participan en ellas presentan.

Un aspecto que conduce directamente a la segunda pregunta que ha guiado esta tesis doctoral: ¿cómo y por qué los individuos adoptan, mantienen y/o cambian sus prácticas?

Las prácticas están relacionadas con otras prácticas cuyos cambios en su configuración producen a su vez cambios en las configuraciones de otras. Es así como los cambios en las actividades laborales, como la reducción del horario, suelen revertir en modificaciones con respecto a la alimentación como se ha visto en el análisis. Estos cambios pueden producirse de forma puntual, como salir un día tarde de trabajar, o de forma sostenida y repetida en el tiempo. Si se produce de la primera forma, se podrá recurrir a algún alimento de fácil preparado o incluso a comida para llevar o puede que haciendo gala de los conocimientos culinarios se decida hacer una ensalada que en 5 minutos estará lista, con la que apenas se ensucia la cocina y a la que se considera más saludable. Dicho de otro modo, los individuos se adaptarán estratégicamente ante situaciones cambiantes.

Sin embargo, si se produce de la segunda forma, lo más probable es que las alteraciones que sufra la alimentación, derivadas del cambio de horario, hallan venido para quedarse; al menos que otra práctica o circunstancia vuelva a alterarlas. Si la persona a la que afecta de forma sostenida la ampliación del horario laboral cuenta con ingresos boyantes, puede que encargue la alimentación a otra persona para evitar que esto vaya en un detrimento de esta, o, si dispone de amplias habilidades culinarias y conocimientos, puede que se encargue uno mismo a través del preparado de alimentos y su congelado durante el fin de semana para dejar todo listo y preparado durante aquellos momentos en los que le será más difícil encontrar un hueco a la alimentación.

Estos ejemplos, presentes en las entrevistas de una u otra manera, muestran cómo lo que ocurre en una práctica puede afectar a otra, del mismo modo que ofrece una visión compleja de la obesidad mostrando hasta qué punto podría estar anclada en aspectos sociales. Es por ello por lo que la alimentación es vivida por la mayoría de los hogares como una obligación que es difícil de acomodar en el día a día: no se puede abandonar, pero algunos individuos necesitan hacer ajustes casi continuamente para poder seguir participando en ellas.

En esta competición entre prácticas por los recursos y atención de los individuos no todas parecen ocupar el mismo lugar en la escala de prioridades, entre otros aspectos porque las ventajas que se obtiene de su participación no son las mismas. Del mismo, esa diferente jerarquía también explica en qué direcciones se producen los cambios y revelan un orden de prioridades en los individuos. Del análisis se muestra como gran parte de las prácticas diarias se organizan en torno a las rutinas laborales y escolares. Lo que, en algunos casos,

dadas las características de estas rutinas no genera problemas, pero en otros entra en colisión con alimentación. Es precisamente desde esta misma lógica desde la que se entiende que la actividad física y el deporte ocupan una posición jerárquica inferior para los entrevistados habiendo personas que ni siquiera la incluyen entre sus prioridades. En ello tiene mucho que ver las ventajas que es capaz de ofrecer. Si una persona considera que la actividad física es una moda o algo asociado a una determinada edad, probablemente no vea en ella ventajas que otros si considerarían como, por ejemplo, gozar de una mejor salud o descargar la cabeza de las presiones diarias.

Es posible añadir más complejidad a los ejemplos ofrecidos si tenemos en cuenta que las prácticas requieren de la sincronización y coordinación de los distintos miembros del hogar. Las rutinas de madres e hijos, y en menor medida de los padres, se interconectan. Las actividades en las que están involucrados los menores dependen en gran medida de que sus padres puedan llevarle a ellas. Por eso, algunos adultos recurren más frecuentemente a desplazarse en coche al trabajo, pues previamente suelen tener que llevar antes a sus hijos a la escuela y los horarios de ambos son casi similares. Pero no todos lo tendrán igual de complicado, aquellos adultos con flexibilidad horaria podrán adaptarse mejor e, incluso, puede que tengan tiempo suficiente para ir caminando a los dos sitios en comparación con que quien tiene un horario estricto.

Algo similar ocurre con los momentos de las comidas y cenas en las que es bastante frecuente que se espere, siempre que sea posible, a que al menos haya un adulto que pueda comer con los niños. Pero a veces esa sincronización se vuelve difícil porque supondría cenar demasiado tarde y acostar a los menores a horas intempestivas. Estas cuestiones de secuenciación y sincronización son importantes porque el tiempo como se ha ido viendo en el análisis es un elemento que las prácticas consumen, pero también un elemento que estructura y que, por tanto, puede revelar incompetencia práctica. No desayunar, o comer a las cinco de la tarde no te convierte en obeso, pero puede estar apuntando hacia una desestructuración alimentaria.

Algunas prácticas, como el deporte, demandan unos elementos mínimos para su participación en ellas. Si uno quiere hacer deporte en pleno invierno lo más probable es que tenga que pagar por un gimnasio. De este modo, tener unos ingresos limitados probablemente desincentive la adhesión a esta práctica. Algunos niños de la muestra han dejado de practicar deportes más activos porque no se sentía cómodos ni útiles en ellos,

otros ni siquiera han querido apuntarse y han preferido actividades como la cocina o la música y los terceros han optado por actividades individuales donde su cuerpo les posibilita obtener mejores rendimientos y reconocimiento social como el karate o el yugo. Es de esta forma que las desigualdades se integran también en el análisis, pero con una concepción más amplia procedente de las Teorías de las Prácticas Sociales.

Otro aspecto que también se ha detectado que genera cambios en las prácticas alimentarias y relacionadas con la actividad física son las modificaciones de las circunstancias personales o vitales como, por ejemplo, casarse, divorciarse, tener hijos o padecer una enfermedad. Este tipo de cambios ocasionan transformaciones importantes con respecto a las relaciones con otros individuos, así como también en las motivaciones, percepciones, preocupaciones y significados. Por ejemplo, el nacimiento del primer hijo se ha observado que incluso ha situado a algunas mujeres en la tesitura de tener que dejar su trabajo dado que consideraban difícil poder seguir haciéndolo y alimentar saludablemente a sus hijos. Eso les acercó, como ellas reconocen a una alimentación más saludable, pero también se observa que las distanció de la práctica deportiva. Dicho de otro modo, en este caso los niños son una motivación en pro de una alimentación saludable, pero también supone una renuncia de la carrera laboral de estas mujeres y un alto compromiso con los ideales relacionados con el mantenimiento de la salud del hogar. Una posición que estas mujeres tomaron porque su marido tenía unos ingresos estables y más altos que ellas. Lo que pone de manifiesto que las cuestiones relacionadas con la conciliación de la vida personal y laboral resultan también importantes para la alimentación en particular y para la salud en general.

Todas estas cuestiones es posible encontrarlas tanto en hogares con obesidad, como en hogares sin obesidad y los cambios que se han producidos han acercado o alejado de una alimentación saludable y de la actividad física. El matiz diferencial se halla en la acumulación de interconexiones entre elementos que dan lugar a actuaciones prolongadas en el tiempo, hechas rutinas, que, generando riesgos, se combinan con otras que también los generan. Esto lleva a dar respuesta la tercera pregunta de investigación que ha guiado el análisis: ¿Qué elementos involucrados en la configuración de las prácticas dan lugar a patrones de riesgo?

Las prácticas dependen de la interconexión entre distintos elementos -materiales, competencias y significados-, que la hacen reconocible como tal. Lo cual no significa que

haya una única actuación posible, sino más bien tantas como variaciones en configuración entre los elementos con los que los individuos se involucran en ellas. Estas son también algunas de las formas en las que las prácticas pueden cambiar y orientarse hacia patrones más saludables: a través de la sustitución de unos por otros.

En este análisis los recursos temporales y económicos se han mostrado como elementos con importancia clave en la práctica alimentaria resultante. Se ha visto como participar cada vez en más actividades repercute en la forma en la que estas se llevan a cabo porque el tiempo es un recurso escaso y el éxito en muchas preparaciones de la comida requieren de respetar unos procesos de forma, pero también de duración y secuenciación. Es así el tiempo puede favorecer una alimentación más o menos estructurada, y revelar incompetencia entre sus practicantes.

La escasez de dinero también afecta a la forma en la que se compran alimentos y se preparan, así como a la participación en actividad deportivas. Sin embargo, contrariamente a lo que se pudiera pensar, las dificultades que imprime para llevar una alimentación saludable son peores en aquellos que carecen también de tiempo y que tienen escasos conocimientos y habilidades culinarias con las que enfrentarse a ambas escaseces. Estas últimas aparecen de forma más enfrentada entre los hogares con y sin obesidad infantil. Siendo en los segundos mucho más amplias, y particularmente, con una base muy fuerte en los saberes populares que se combina con algunas recomendaciones del saber “científico” y una amplia experiencia práctica. Estos son quienes presentan un menor malestar con su alimentación, una mayor concordancia entre los significados y las actuaciones, y también una mayor estructuración alimentaria que se ha mantenido constante, incluso frente a cambios en otras prácticas, a lo largo del tiempo. Mientras que en aquellos en los que se carece de una base de conocimientos y habilidades culinarias apoyada en los saberes populares y combinada con poca experiencia en la cocina, las informaciones que integran procedentes del ámbito científico, les resultan incompatibles con una gestión de la escasez temporal y económica.

Dicho de otro modo, el riesgo parece aumentar a medida que se combinan elementos que dificultan de forma simultánea. Así, si no tienes dinero, no tienes tiempo, y tampoco habilidades culinarias para gestionarlo, es más probable que tus actuaciones se repitan conduciendo a prácticas menos saludables. Lo que quizás este reflejando un anclaje muy

fuerte entre las prácticas alimentarias y la salud mediado por una cultura alimentaria sólida.

Por último, la consideración de la obesidad propia como genética y temporal en los niños, así como una visión más estética que de salud, podría estar reduciendo la capacidad de acción. Su experiencia en el terreno de las dietas no ha obtenido los resultados positivos a pesar de los esfuerzos y eso contribuye a pensar que tiene que haber algo al margen de uno mismo que lo explique. Es necesario transformar la idea que desmotiva en la generación de cambios alimentarios: pasar de la “*estrategia de estar a dieta*” a la “*rutina de comer saludable*”.

En definitiva, los resultados muestran complejas relaciones de colaboración y competición entre prácticas que, junto con las experiencias personales, recursos, aprendizajes y conocimientos culinarios, y corresponsabilidad en las tareas domésticas afectan al grado de compromiso de los individuos con la alimentación y la actividad física. Su acumulación da lugar a diferencias en los estilos de vida. No se debe obviar que estas relaciones, además, requieren de la coordinación entre individuos, lo cual las hace más complejas.

Estos resultados ofrecen una contribución novedosa en dos sentidos: en primer lugar, respecto al marco teórico empleado que ha permitido una aproximación a incógnitas como de qué forma se relaciona la ocupación y la obesidad, así como de qué formas es posible producir cambios en las prácticas o relaciones menos lesivas gracias a su comprensión de la práctica como semilla de cambio y transformación social. Y, en segundo lugar, porque los resultados hallados permiten destacar los elementos - materiales, competencias y significados- en los que las políticas públicas podrían intervenir para establecer o romper vínculos entre prácticas o, para sustituir aquellos elementos que las inclinan hacia configuraciones menos saludables, por otros que tengan mejores resultados y las conviertan en más atractivas para los individuos o grupos.

En este sentido parece que las políticas de conciliación de la vida laboral y personal podría revertir en una alimentación saludable, por ejemplo, a partir de jornadas continuadas que permitiese una mejor organización y planificación de la alimentación, o, una mejor sincronización de los horarios laborales y escolares que fomente que los padres puedan desplazarse caminando y llegar a tiempo a los dos sitios. Estas son tanto solo algunas de

las formas en las políticas públicas podrían orientarse desde estos indicios para sembrar semillas del cambio que habrán de regar los individuos.

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.

Agras, W. S., Hammer, L. D., McNicholas, F., y Kraemer, H. C. (2004). Risk factors for childhood overweight: a prospective study from birth to 9.5 years. *The Journal of pediatrics*, 145(1), 20-25.

Alfaro González, M., Vázquez Fernández, M. E., Fierro Urturi, A., Herrero Bregón, B., Muñoz Moreno, M. F., Rodríguez Molinero, L., y la Salud, G. D. E. P. (2015). Uso y riesgos de las tecnologías de la información y comunicación en adolescentes de 13-18 años. *Acta Pediátrica Española*, 73(6), e126-e135.

Alonso, L. E. (2005). *La era del consumo*. Madrid: Siglo XXI editores.

Alonso, L. E., y Fernández- Rodríguez, C. J. (2009). Consumo y sociedad líquida en la obra de Zygmunt Bauman: una recapitulación crítica. *Estudios filosóficos*, 58(167), 9-29.

Alonso, L. E., y Fernández-Rodríguez, C.J. (2013). *Los discursos del presente: Un análisis de los imaginarios sociales contemporáneos*. Siglo XXI de España Editores.

Alonso, L. E. (2015). “La entrevista abierta como práctica social”. En García, M. Alvira, F. Alonso, L. E. and Escobar, M. (Ed.), *El análisis de la realidad social: métodos y técnicas de investigación*, Alianza Editorial, Spain.

Álvarez-Castaño, L. S., Goez-Rueda, J. D., & Carreño-Aguirre, C. (2012). Factores sociales y económicos asociados a la obesidad: los efectos de la inequidad y de la pobreza. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 11(23), 98-110.

Aranceta, J., Perez-Rodrigo, C., Ribas, L., y Serra-Majem, L. (2003). Sociodemographic and lifestyle determinants of food patterns in Spanish children and adolescents: the enKid study. *European Journal of Clinical Nutrition*, 57(1), S40-S44.

Archer, M. S. (1982). Morphogenesis versus structuration: on combining structure and action. *The British journal of sociology* 33(4): 455-483.

Atik, D., y Ozdamar Ertekin, Z. (2013). Children's perception of food and healthy eating: Dynamics behind their food preferences. *International Journal of Consumer Studies*, 37(1), 59-65.

Avila, C., Holloway, A. C., Hahn, M. K., Morrison, K. M., Restivo, M., Anglin, R., y Taylor, V. H. (2015). An overview of links between obesity and mental health. *Current obesity reports*, 4(3), 303-310.

Babajafari, S., Marks, G. C., Mamun, A. A., O'Callaghan, M. J., y Najman, J. M. (2011). Family food behaviours and adolescents' overweight status: a mother-offspring link study. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 13(11), 783.

Bauman, Z. (2006). *Vida líquida*. Barcelona: editorial Austral

- Bava, C. M., Jaeger, S. R., y Park, J. (2008). Constraints upon food provisioning practices in 'busy' women's lives: Trade-offs which demand convenience. *Appetite*, 50(2-3), 486-498.
- Beaulieu, D., Vézina-Im, L. A., Simard, D., y Boucher, D. (2018). Beliefs of adolescents on sugar-sweetened beverages abstinence: a reasoned action approach elicitation study. *Sci Nurs Health Pract*, 1(1), 2.
- Becker, G. S., y Murphy, K. M. (1988). A theory of rational addiction. *Journal of political Economy*, 96(4), 675-700.
- Berkman, L. F., Kawachi, I., y Glymour, M. M. (Eds.). (2014). *Social epidemiology*. Oxford University Press.
- Bhattacharya, J., DeLeire, T., Haider, S., & Currie, J. (2003). Heat or Eat? Cold-Weather Shocks and Nutrition in Poor American Families. *American Journal of Public Health*, 93(7), 1149–1154.
- Bissell, P., Peacock, M., Blackburn, J., y Smith, C. (2016). The discordant pleasures of everyday eating: Reflections on the social gradient in obesity under neo-liberalism. *Social Science & Medicine*, 159, 14-21.
- Bittman, M., Rice, J. M., y Wajcman, J. (2004). Appliances and their impact: the ownership of domestic technology and time spent on household work. *The British Journal of Sociology*, 55(3), 401-423.
- Black, D., Morris, J. N., Smith, C., y Townsend, P. (1980). Report of the working group on inequalities in health. London: Stationery Office.
- Blank, M. B., y Hennessy, M. (2012). A reasoned action approach to HIV prevention for persons with serious mental illness. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 640(1), 173-188.
- Blue, S., Shove, E., Carmona, C., y Kelly, M. P. (2016). Theories of practice and public health: understanding (un) healthy practices. *Critical Public Health*, 26(1), 36-50.
- Bjornsdottir, G., Arnadottir, S. A., & Halldorsdottir, S. (2012). Facilitators of and barriers to physical activity in retirement communities: experiences of older women in urban areas. *Physical therapy*, 92(4), 551-562.
- Bourdieu, P. (1977). *Outline of a Theory of Practice*. Cambridge university press. London.
- Bourdieu, P. (1988). *Cosas dichas*. Buenos Aires: Gedisa.
- Bourdieu, P. (1988). *La distinción. Criterio y bases sociales del gusto*. Madrid: Editorial Taurus, Madrid.
- Bourdieu, P. (2008). *El sentido práctico*. Siglo XXI de España Editores.
- Bowman, S. (2007). Low economic status is associated with suboptimal intakes of nutritious foods by adults in the National Health and Nutrition Examination Survey 1999-2002. *Nutrition Research*, 27(9), 515-523.

- Braddon, F. E., Rodgers, B., Wadsworth, M. E., y Davies, J. M. (1986). Onset of obesity in a 36 year birth cohort study. *Br Med J (Clin Res Ed)*, 293(6542), 299-303.
- Brennan, L., Walkley, J., Fraser, S. F., Greenway, K., y Wilks, R. (2008). Motivational interviewing and cognitive behaviour therapy in the treatment of adolescent overweight and obesity: study design and methodology. *Contemporary clinical trials*, 29(3), 359-375.
- Brown, P. J., y Konner, M. (1987). An anthropological perspective on obesity. *Annals of the New York Academy of Sciences*.
- Brown, I. (2006). Nurses' attitudes towards adult patients who are obese: literature review. *Journal of advanced nursing*, 53(2), 221-232.
- Brownell, K. D., y Stunkard, A. J. (1978). Behavioral treatment of obesity in children. *American Journal of Diseases of Children*, 132(4), 403-412.
- Brownell, K. D., Kersh, R., Ludwig, D. S., Post, R. C., Puhl, R. M., Schwartz, M. B., y Willett, W. C. (2010). Personal responsibility and obesity: a constructive approach to a controversial issue. *Health affairs*, 29(3), 379-387.
- Burns, C. (2004). A review of the literature describing the link between poverty, food insecurity and obesity with specific reference to Australia. Melbourne: VicHealth.
- Butland, B., Jebb, S., Kopelman, P., McPherson, K., Thomas, S., Mardell, J., y Parry, V. (2007). Tackling obesities: future choices-project report (Vol. 10, p. 17). London: Department of Innovation, Universities and Skills.
- Cabieses, B., Pickett, K. E., y Wilkinson, R. G. (2016). the Impact of Socioeconomic Inequality on Children's Health and Well-being (pp. 244-265). New York, NY: Oxford University Press.
- Cahnman, W. J. (1968). The stigma of obesity. *The sociological quarterly*, 9(3), 283-299.
- Castillo-Castillo, J. (1982). Los hijos de la sociedad de consumo española. *Reis*, (17), 39-51.
- Caprio, S., Daniels, S. R., Drewnowski, A., Kaufman, F. R., Palinkas, L. A., Rosenbloom, A. L., y Schwimmer, J. B. (2008). Influence of race, ethnicity, and culture on childhood obesity: implications for prevention and treatment: a consensus statement of Shaping America's Health and the Obesity Society. *Diabetes care*, 31(11), 2211-2221.
- Cawley, J., y Liu, F. (2012). Maternal employment and childhood obesity: A search for mechanisms in time use data. *Economics & Human Biology*, 10(4), 352-364.
- Celnik, D., Gillespie, L., y Lean, M. E. J. (2012). Time-scarcity, ready-meals, ill-health and the obesity epidemic. *Trends in Food Science & Technology*, 27(1), 4-11.
- Chaput, J. P., Brunet, M., y Tremblay, A. (2006). Relationship between short sleeping hours and childhood overweight/obesity: results from the 'Quebec en Forme'Project. *International journal of obesity*, 30(7), 1080-1085.

- Choi, B., Schnall, P. L., Yang, H., Dobson, M., Landsbergis, P., Israel, L., y Baker, D. (2010). Sedentary work, low physical job demand, and obesity in US workers. *American journal of industrial medicine*, 53(11), 1088-1101.
- Chou, S. Y., Rashad, I., y Grossman, M. (2008). Fast-food restaurant advertising on television and its influence on childhood obesity. *The Journal of Law and Economics*, 51(4), 599-618.
- Christensen, V. T., y Carpiano, R. M. (2014). Social class differences in BMI among Danish women: applying Cockerham's health lifestyles approach and Bourdieu's theory of lifestyle. *Social Science & Medicine*, 112, 12-21.
- Cockerham, W. C. (2005). Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. *Journal of health and social behavior*, 46(1), 51-67.
- Contento, I. R. (2007). Nutrition education: linking research, theory, and practice. Jones & Bartlett Learning.
- Contreras, J. (2005). La obesidad: una perspectiva sociocultural. *Zainak* (27):31-52.
- Contreras, J., y Gracia-Arnaiz, M. (2008). Preferencias y consumos alimentarios: entre el placer, la conveniencia y la salud. En Díaz-Méndez, C y Gómez Benito, C (2008). Alimentación, consumo y salud (pp. 153-191). Fundación" La Caixa".
- Cook, D. T. (2008). The missing child in consumption theory. *Journal of consumer culture*, 8(2), 219-243.
- Costa-Font, J. y Gil, J. (2008). "What lies behind socio-economic inequalities in obesity in Spain? A decomposition approach." *Food policy* 33.1 (2008): 61-73.
- Coveney, J. (2005). A qualitative study exploring socio-economic differences in parental lay knowledge of food and health: implications for public health nutrition. *Public Health Nutrition*, 8(3), 290-297.
- Crossley, N. (2001). *The social body: Habit, identity, and desire*. Sage.
- Crossley, N. (2004). Fat is a sociological issue: Obesity rates in late modern, 'body-conscious' societies. *Social Theory & Health*, 2(3), 222-253.
- Daniel, C. (2016). Economic constraints on taste formation and the true cost of healthy eating. *Social Science & Medicine*, 148, 34-41.
- Daponte, A., Bolívar, J., Moya, M. N., y Corpas, E. (2007). Desigualdades en la obesidad y en los factores asociados en la población adulta en Andalucía. *Inguruak*, 44, 143.
- Darmon, N., y Drewnowski, A. (2008). Does social class predict diet quality? *The American journal of clinical nutrition*, 87(5), 1107-1117.
- De Morais Sato, P., Dimitrov Ulian, M., Fernandez Unsain, R., y Baeza Scagliusi, F. (2018). Eating practices among low-income overweight/obese Brazilian mothers: a Bourdieusian approach. *Sociology of health & illness*, 40(7), 1172-1185.

- 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.
- Demir, D., y Bektas, M. (2017). The effect of childrens' eating behaviors and parental feeding style on childhood obesity. *Eating behaviors*, 26, 137-142.
- Devaux, M., Sassi, F., Church, J., Cecchini, M., y Borgonovi, F. (2011). Exploring the relationship between education and obesity. *OECD Journal: Economic Studies*, 2011(1), 1-40.
- Devine, C. M., Connors, M. M., Sobal, J., y Bisogni, C. A. (2003). Sandwiching it in: spillover of work onto food choices and family roles in low-and moderate-income urban households. *Social science & medicine*, 56(3), 617-630.
- Díaz-Méndez, C., y Callejo, J. (2014). Homogenization of eating times in the United Kingdom and Spain. *British Food Journal*.
- Díaz-Méndez, C., García-Espejo, I., Gutierrez-Palacios, R., y Novo-Vázquez, A. (2013). *Hábitos alimentarios de los españoles*. Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente.
- Dietz, W. H., y Gortmaker, S. L. (1985). Do we fatten our children at the television set? Obesity and television viewing in children and adolescents. *Pediatrics*, 75(5), 807-812.
- Dietz, W. H. (2011). Reversing the tide of obesity. *The Lancet*, 378(9793), 744-746.
- Díez-Navarro, A., Martín-Camargo, A., Solé-Llussà, A., Gnzález-Montero, M., y Marrodán, M. D. (2014). Influencia del desayuno sobre el exceso ponderal en población infantil y adolescente de Madrid. *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*, 34(2), 9-17.
- Dobson, M., Choi, B., y Schnall, P. L. (2017). Work organization, health, and obesity in urban transit operators: A qualitative study. *American Journal of Industrial Medicine*, 60(11), 991-1002.
- Dong, Y., y Branscum, P. (2019). What Motivates Individuals to Get Obesity Related Direct-To-Consumer Genetic Tests? A Reasoned Action Approach. *American Journal of Health Education*, 50(6), 356-365.
- Dowler, E. (2001). Inequalities in diet and physical activity in Europe. *Public health nutrition*, 4(2b), 701-709.
- Drewnowski, A. (2009). Obesity, diets, and social inequalities. *Nutrition reviews*, 67(suppl_1), S36-S39.
- Drewnowski, A., y Darmon, N. (2005). The economics of obesity: dietary energy density and energy cost—. *The American journal of clinical nutrition*, 82(1), 265S-273S.
- Drewnowski, A., y Specter, S. E. (2004). Poverty and obesity: the role of energy density and energy costs. *The American journal of clinical nutrition*, 79(1), 6-16.
- Durkheim, E. (1897). *Le suicide: étude de sociologie*. Alcan.

- Dyen, M., Sirieix, L., Costa, S., Depezay, L., y Castagna, E. (2018). Exploring the dynamics of food routines: a practice-based study to understand households' daily life. *European Journal of Marketing*.
- Egger, G., Swinburn, B., y Islam, F. A. (2012). Economic growth and obesity: an interesting relationship with world-wide implications. *Economics & Human Biology*, 10(2), 147-153.
- Eknoyan, G. (2006). A history of obesity, or how what was good became ugly and then bad. *Advances in chronic kidney disease*, 13(4), 421-427.
- Elliott, S., y Bowen, S. (2018). Defending motherhood: Morality, responsibility, and double binds in feeding children. *Journal of Marriage and Family*, 80(2), 499-520.
- ENS Encuesta Nacional de Salud (2003, 2006, 2011, 2014 y 2017). Datos homogeneizados. Disponible en: <https://pestadistico.inteligenciadegestion.mscbs.es/publicoSNS/S>
- Encuesta de Hábitos Deportivos en España (2015). Catálogo de Publicaciones del Ministerio. Disponible: <https://www.culturaydeporte.gob.es/servicios-al-ciudadano/estadisticas/deportes/encuesta-habitos-deportivos-en-espana.html>
- Encuesta Uso del Tiempo (2002-2009-2010). Disponible: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176815&menu=resultados&idp=1254735976608#!tabs-1254736194826
- Erermis, S., Cetin, N., Tamar, M., Bukusoglu, N., Akdeniz, F., y Goksen, D. (2004). Is obesity a risk factor for psychopathology among adolescents? *Pediatrics International*, 46(3), 296-301.
- Erickson, S. J., Robinson, T. N., Haydel, K. F., y Killen, J. D. (2000). Are overweight children unhappy?: Body mass index, depressive symptoms, and overweight concerns in elementary school children. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 154(9), 931-935.
- Escolar-Pujolar, A. (2009). Determinantes sociales frente a estilos de vida en la diabetes mellitus de tipo 2 en Andalucía: ¿la dificultad para llegar a fin de mes o la obesidad? *Gaceta Sanitaria*, 23(5), 427-432.
- Espeitx, E y Caceres, J (2011). Los comportamientos alimentarios de mujeres en precariedad económica: entre la privación y el riesgo de malnutrición. *Zainak. Cuadernos de Antropología-Etnografía*, (34), 127-146.
- Estudio ALADINO (2015). Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España 2015. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid, 2016.
- Estrategia, N. A. O. S. (2005). Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad. Agencia Española de Seguridad Alimentaria. Ministerio de Sanidad y Consumo.

- European Health Interview Survey (EHIS). Disponible: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-health-interview-survey>
- Evers, S. (1987). Economic and social factors associated with obesity in adult Canadians. *Nutrition Research*, 7(1), 3-13.
- Fiese, B. H., Hammons, A., y Grigsby-Toussaint, D. (2012). Family mealtimes: A contextual approach to understanding childhood obesity. *Economics & Human Biology*, 10(4), 365-374.
- Fischler, C. (1995). El [h] omnívoro: el gusto, la cocina y el cuerpo. Anagrama.
- Fischler, C. (2010). Gastro-nomy and gastro-anomy. The wisdom of the body and the biocultural crisis of modern eating. *Gazeta de Antropología*, 26(1), 1-19.
- Fishbein, M., y Ajzen, I. (2011). Predicting and changing behavior: The reasoned action approach. Taylor & Francis.
- Fogelholm, M., Nuutinen, O., Pasanen, M., Myöhänen, E., y Säätelä, T. (1999). Parent-child relationship of physical activity patterns and obesity. *International Journal of Obesity & Related Metabolic Disorders*, 23(12).
- Foster, G. D., Wadden, T. A., Makris, A. P., Davidson, D., Sanderson, R. S., Allison, D. B., y Kessler, A. (2003). Primary care physicians' attitudes about obesity and its treatment. *Obesity research*, 11(10), 1168-1177.
- Foulcault, M. (1999). "Verdad y poder". En: M. Foulcault. *Estrategias de poder: obras esenciales (II)*. Barcelona: Paidós, 41-55.
- Foz, M. (2004). Historia de la obesidad. Obesidad: un reto sanitario de nuestra civilización. Monografías Humanitas. Barcelona, Fundación Medicina y Humanidades Médicas, 6, 3-19.
- Friel, S., Hattersley, L., Ford, L., y O'Rourke, K. (2015). Addressing inequities in healthy eating. *Health Promotion International*, 30(suppl_2), ii77-ii88.
- Frohlich, K. L., Corin, E., y Potvin, L. (2001). A theoretical proposal for the relationship between context and disease. *Sociology of health & illness*, 23(6), 776-797.
- Galobardes, B., Morabia, A., y Bernstein, M. S. (2001). Diet and socioeconomic position: does the use of different indicators matter?. *International journal of epidemiology*, 30(2), 334-340.
- Garfinkel, H. (1967). What is ethnomethodology. *Studies in ethnomethodology*.
- Gibson, S., Lambert, J., y Neate, D. (2004). Associations between weight status, physical activity, and consumption of biscuits, cakes and confectionery among young people in Britain. *Nutrition Bulletin*, 29(4), 301-309.
- Giddens, A. (1995). Modernidad e identidad del yo. Barcelona: Ediciones Península.
- Giddens, A. (1995). La constitución de la sociedad. Bases para la Teoría de la Estructuración. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.

- Giddens, A. (1987). *Nuevas reglas del método sociológico*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.
- Glaser, B. and Strauss, A. (1967). *The discover of Grounded Theory: strategies for qualitative research*. Aldine Transaction Publishers, USA.
- Global Health Observatory data repository 1996, 2006 y 2016. Disponible: <https://www.who.int/data/gho>
- Goffman, E. (1997). *The presentation of self in everyday life*. Amorrortu editores: Buenos Aires.
- Goffman E. (1989). *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- 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.
- Goldblatt, P. B., Moore, M. E., y Stunkard, A. J. (1965). Social factors in obesity. *Jama*, 192(12), 1039-1044.
- Gómez-Pérez, D., S Ortiz, M., y L Saiz, J. (2017). Estigma de obesidad, su impacto en las víctimas y en los Equipos de Salud: una revisión de la literatura. *Revista médica de Chile*, 145(9), 1160-1164.
- Gonzalo-Almorox, E., y Urbanos-Garrido, R. M. (2016). Decomposing socio-economic inequalities in leisure-time physical inactivity: the case of Spanish children. *International journal for equity in health*, 15(1), 106.
- Gracia-Arnaiz, M. (1997). Aproximaciones para explicar el cambio alimentario. *Agricultura y sociedad*, (82), 153-182.
- Gracia-Arnaiz, M. (2007). Comer bien, comer mal: la medicalización del comportamiento alimentario. *Salud pública de México*, 49, 236-242.
- Gracia-Arnaiz, M. (2008). La obesidad como problema social: la ideación sobre su carácter crónico, plurifactorial y epidémico. En Romaní y Larrea (2008): *Antropología de la medicina: metodologías e interdisciplinariedad: de las teorías a las prácticas académicas y profesionales*, 63-78.
- Gracia-Arnaiz, M. (2009). Qué y cuánto comer: tomando medidas frente a las sociedades obesogénicas. *Salud colectiva*, 5, 363-376.
- Gracia-Arnáiz, M. (2009b). La emergencia de las sociedades obesogénicas o de la obesidad como problema social. *Revista de Nutrição*, 22(1), 5-18.
- Gracia-Arnaiz, M. (2017). Taking measures in times of crisis: The political economy of obesity prevention in Spain. *Food Policy*, 68, 65-76.
- Gracia-Arnaiz, M., Demonte, F., y Kraemer, F. B. (2020). Prevenir la obesidad en contextos de precarización: respuestas locales a estrategias globales. *Salud Colectiva*, 16, e2838-e2838.

- Gram, M. (2015). Buying food for the family: Negotiations in parent/child supermarket shopping: An observational study from Denmark and the United States. *Journal of contemporary ethnography*, 44(2), 169-195.
- Gruber, K. J., y Haldeman, L. A. (2009). Using the family to combat childhood and adult obesity. *Preventing chronic disease*, 6(3).
- Gu, J. K., Charles, L. E., Bang, K. M., Ma, C. C., Andrew, M. E., Violanti, J. M., y Burchfiel, C. M. (2014). Prevalence of obesity by occupation among US workers: the National Health Interview Survey 2004–2011. *Journal of occupational and environmental medicine/American College of Occupational and Environmental Medicine*, 56(5), 516.
- Guthman, J. (2011). *Weighing in: Obesity, food justice, and the limits of capitalism* (Vol. 32). University of California Press
- Guthold, R., Stevens, G. A., Riley, L. M., y Bull, F. C. (2020). Global trends in insufficient physical activity among adolescents: a pooled analysis of 298 population-based surveys with 1· 6 million participants. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 4(1), 23-35.
- Hare, S. W., Price, J. H., Flynn, M. G., y King, K. A. (2000). Attitudes and perceptions of fitness professionals regarding obesity. *Journal of community health*, 25(1), 5-21.
- Harjunen, H. (2016). *Neoliberal Bodies and the Gendered Fat Body: The Fat Body in Focus*. Taylor & Francis.
- Hartmann, C., Dohle, S., y Siegrist, M. (2013). Importance of cooking skills for balanced food choices. *Appetite*, 65, 125-131.
- Hawkins, S. S., Cole, T. J., y Law, C. (2008). Maternal employment and early childhood overweight: findings from the UK Millennium Cohort Study. *International journal of obesity*, 32(1), 30-38.
- He, K., Hu, F. B., Colditz, G. A., Manson, J. E., Willett, W. C., y Liu, S. (2004). Changes in intake of fruits and vegetables in relation to risk of obesity and weight gain among middle-aged women. *International journal of obesity*, 28(12), 1569-1574.
- Hernández, E; Pérez, D. y Ortiz-Hernández, L. (2013). Consecuencias alimentarias y nutricionales de la inseguridad alimentaria: la perspectiva de madres solteras. *Revista Chilena de Nutrición (versión online)*, 40, 4:1-7.
- Heshka, S., y Allison, D. B. (2001). Is obesity a disease?. *International journal of obesity*, 25(10), 1401-1404.
- Hills, A. P., Andersen, L. B., y Byrne, N. M. (2011). Physical activity and obesity in children. *British journal of sports medicine*, 45(11), 866-870.
- Hiza, H. A., Casavale, K. O., Guenther, P. M., y Davis, C. A. (2013). Diet quality of Americans differs by age, sex, race/ethnicity, income, and education level. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 113(2), 297-306.

- Horning, M. L., Fulkerson, J. A., Friend, S. E., y Story, M. (2017). Reasons parents buy prepackaged, processed meals: it is more complicated than “I Don't Have Time”. *Journal of nutrition education and behavior*, 49(1), 60-66.
- Huberman, A. M., y Miles, M. B. (1994). Data management and analysis methods.
- Jabs, J., y Devine, C. M. (2006). Time scarcity and food choices: an overview. *Appetite*, 47(2), 196-204.
- Janssen, I., Boyce, W. F., Simpson, K., y Pickett, W. (2006). Influence of individual-and area-level measures of socioeconomic status on obesity, unhealthy eating, and physical inactivity in Canadian adolescents. *The American journal of clinical nutrition*, 83(1), 139-145.
- Johnsen, N. F., Toftager, M., Melkevik, O., Holstein, B. E., y Rasmussen, M. (2017). Trends in social inequality in physical inactivity among Danish adolescents 1991–2014. *Ssm-Population Health*, 3, 534-538.
- Johns, D. J., Hartmann-Boyce, J., Jebb, S. A., Aveyard, P., y Group, B. W. M. R. (2014). Diet or exercise interventions vs combined behavioral weight management programs: a systematic review and meta-analysis of direct comparisons. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 114(10), 1557-1568.
- Kautiainen, S., Koivusilta, L., Lintonen, T., Virtanen, S. M., y Rimpelä, A. (2005). Use of information and communication technology and prevalence of overweight and obesity among adolescents. *International journal of obesity*, 29(8), 925-933.
- Keller, M., Halkier, B., y Wilska, T. A. (2016). Policy and governance for sustainable consumption at the crossroads of theories and concepts. *Environmental Policy and Governance*, 26(2), 75-88.
- Kilpeläinen, T. O., Qi, L., Brage, S., Sharp, S. J., Sonestedt, E., Demerath, E., ... y Holzapfel, C. (2011). Physical activity attenuates the influence of FTO variants on obesity risk: a meta-analysis of 218,166 adults and 19,268 children. *PLoS medicine*, 8(11), 1-14.
- Krieger, N. (2001). Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *International journal of epidemiology*, 30(4), 668-677.
- Kristensen, D. B., Askegaard, S., y Jeppesen, L. H. (2013). ‘If it makes you feel good it must be right’: embodiment strategies for healthy eating and risk management. *Journal of Consumer Behaviour*, 12(4), 243-252.
- Kristensen, S. R. T., y Holm, L. (2006). Modern meal patterns: tensions between bodily needs and the organization of time and space. *Food & Foodways*, 14(3-4), 151-173.
- Kuckartz, U. (2014). *Qualitative text analysis: a guide to methods, practice and using software*. Sage Publications. Great Britain.
- Lavelle, F., Spence, M., Hollywood, L., McGowan, L., Surgenor, D., McCloat, A., ... y Dean, M. (2016). Learning cooking skills at different ages: a cross-sectional study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 13(1), 1-11.

- Lakdawalla, D., & Philipson, T. (2006). Economics of obesity. In A. M. Jones (ed.) *The Elgar Companion to Health Economics*, 72-82. Cheltenham, UK: Edward Elgar.
- Lazzeri, G., Pammolli, A., Pilato, V., y Giacchi, M. V. (2011). Relationship between 8/9-year-old school children BMI, parents' BMI and educational level: a cross sectional survey. *Nutrition journal*, 10(1), 76.
- Lee, C., y Park, S. (2020). Examining cumulative inequality in the association between childhood socioeconomic status and body mass index from midlife to old age. *The Journals of Gerontology: Series B*, 75(6), 1264-1274.
- Levy, A. (2002). Rational eating: can it lead to overweightness or underweightness?. *Journal of health economics*, 21(5), 887-899.
- Li, J., Akaliyski, P., Schäfer, J., Kendall, G., Oddy, W. H., Stanley, F., y Strazdins, L. (2017). Non-linear relationship between maternal work hours and child body weight: Evidence from the Western Australian Pregnancy Cohort (Raine) Study. *Social Science & Medicine*, 186, 52-60.
- Li, J., Kaiser, T., Pollmann-Schult, M., y Strazdins, L. (2019). Long work hours of mothers and fathers are linked to increased risk for overweight and obesity among preschool children: longitudinal evidence from Germany. *Journal Epidemiology Community Health*, 73(8), 723-729.
- Li, J., McMurray, A., y Stanley, F. (2008). Modernity's paradox and the structural determinants of child health and well-being. *Health Sociology Review*, 17(1), 64-77.
- Liou, Y. M., Liou, T. H., y Chang, L. C. (2010). Obesity among adolescents: sedentary leisure time and sleeping as determinants. *Journal of advanced nursing*, 66(6), 1246-1256.
- Lipovetsky, G. (2008). El hiperconsumo en la era de la globalización. In *Conferencia I. Familias y globalización: Qué globalización, para que futuro*.
- Livingstone, B. (2000). Epidemiology of childhood obesity in Europe. *European journal of pediatrics*, 159(1), S14-S34.
- Livingstone, K. M., Celis-Morales, C., Papandonatos, G. D., Erar, B., Florez, J. C., Jablonski, K. A., ... y Sacks, F. M. (2016). FTO genotype and weight loss: systematic review and meta-analysis of 9563 individual participant data from eight randomised controlled trials. *BMJ*, 354: i4707.
- Logan, W. P. D. (1954). Social class variations in mortality. *British journal of preventive & social medicine*, 8(3), 128.
- Ma, Y., Bertone, E. R., Stanek III, E. J., Reed, G. W., Hebert, J. R., Cohen, N. L., ... y Ockene, I. S. (2003). Association between eating patterns and obesity in a free-living US adult population. *American journal of epidemiology*, 158(1), 85-92.
- MacDonald, S., Murphy, S., y Elliott, E. (2018). Controlling food, controlling relationships: exploring the meanings and dynamics of family food practices through the diary-interview approach. *Sociology of health & illness*, 40(5), 779-792.

- Macintyre, S. (1997). The black report and beyond what are the issues?. *Social science & medicine*, 44(6), 723-745.
- Maddox, G. L., y Liederman, V. (1969). Overweight as a social disability with medical implications. *Journal of Medical Education*, 44(3), 214-220.
- Maguire, E. R., y Monsivais, P. (2015). Socio-economic dietary inequalities in UK adults: an updated picture of key food groups and nutrients from national surveillance data. *British Journal of Nutrition*, 113(1), 181-189.
- Maher, J., Fraser, S., y Lindsay, J. (2010). Between provisioning and consuming?: Children, mothers and 'childhood obesity'. *Health Sociology Review*, 19(3), 304-316.
- Maller, C. (2012). Using social practice theory to understand everyday life in a master-planned estate: outcomes for health and wellbeing. In *The Annual Conference of the Australian Sociological Association: Emerging and Enduring Inequalities* (pp. 1-16). The University of Queensland.
- Maller, C. J. (2015). Understanding health through social practices: performance and materiality in everyday life. *Sociology of health & illness*, 37(1), 52-66.
- Mann, S. (2008). Framing obesity in economic theory and policy. *Review of Social Economy*, 66(2), 163-179.
- Marmot, M. G., Rose, G., Shipley, M., y Hamilton, P. J. (1978). Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 32(4), 244-249.
- Marmot, M. G., Stansfeld, S., Patel, C., North, F., Head, J., White, I., ... y Smith, G. D. (1991). Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *The Lancet*, 337(8754), 1387-1393.
- Marmot, M., y Bell, R. (2019). Social determinants and non-communicable diseases: time for integrated action. *BMJ*, 364: 1251.
- Martikainen, P. T., y Marmot, M. G. (1999). Socioeconomic differences in weight gain and determinants and consequences of coronary risk factors. *The American journal of clinical nutrition*, 69(4), 719-726.
- Martín-Criado, E. (2004). El valor de la buena madre. Oficio de ama de casa, alimentación y salud entre las mujeres de clases populares. *Revista Española de Sociología*, (4).
- Martín-Criado, E. (2010). Las tallas grandes 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.
- McCabe, M., y de Waal Malefyt, T. (2015). Creativity and cooking: Motherhood, agency and social change in everyday life. *Journal of Consumer Culture*, 15(1), 48-65.
- McEachan, R., Taylor, N., Harrison, R., Lawton, R., Gardner, P., y Conner, M. (2016). Meta-analysis of the reasoned action approach (RAA) to understanding health behaviors. *Annals of Behavioral Medicine*, 50(4), 592-612.

- McLaren, L. (2007). Socioeconomic status and obesity. *Epidemiologic reviews*, 29(1), 29-48.
- Mead, G. H. (1934). *Mind, self and society* (Vol. 111). University of Chicago Press.: Chicago.
- Meier, P. S., Warde, A., y Holmes, J. (2018). All drinking is not equal: how a social practice theory lens could enhance public health research on alcohol and other health behaviours. *Addiction*, 113(2), 206-213.
- Miller, A. L., Lumeng, J. C., y LeBourgeois, M. K. (2015). Sleep patterns and obesity in childhood. *Current opinion in endocrinology, diabetes, and obesity*, 22(1), 41.
- Moffat, T. (2010). The “childhood obesity epidemic”: Health crisis or social construction? *Medical anthropology quarterly*, 24(1), 1-21.
- Moore, M. E., Stunkard, A., y Srole, L. (1962). Obesity, social class, and mental illness. *Jama*, 181(11), 962-966.
- Morgenstern, A., Debras, C., Beaupoil-Hourdel, P., Le Mene, M., Caet, S. and Kremer-Sadlik, T. (2015). L’art de l’artichaut et autres rituels: transmission de pratiques sociales et alimentaires dans les diners familiaux parisiens”. *Anthropology of Food*, Vol. 9
- Morland, K., Wing, S., Roux, A. D., & Poole, C. (2002). Neighborhood characteristics associated with the location of food stores and food service places. *American journal of preventive medicine*, 22(1), 23-29.
- NCD Risk Factor Collaboration. (2019). Rising rural body-mass index is the main driver of the global obesity epidemic in adults. *Nature*, 569(7755), 260-264.
- Namie, J. (2011). Public displays of affection: Mothers, children, and requests for junk food. *Food, Culture & Society*, 14(3), 393-411.
- Nestle, M., y Jacobson, M. F. (2000). Halting the obesity epidemic: a public health policy approach. *Public health reports*, 115(1), 12.
- Nevill, A. M., Stewart, A. D., Olds, T., y Holder, R. (2006). Relationship between adiposity and body size reveals limitations of BMI. *American Journal of Physical Anthropology*, 129(1), 151-156.
- Newby, P. K., Muller, D., Hallfrisch, J., Qiao, N., Andres, R., y Tucker, K. L. (2003). Dietary patterns and changes in body mass index and waist circumference in adults. *The American journal of clinical nutrition*, 77(6), 1417-1425.
- O’Connell, R., y Brannen, J. (2014). Children’s food, power and control: Negotiations in families with younger children in England. *Childhood*, 21(1), 87-102.
- OCDE Health Data. Disponible: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9>
- OCDE (2010). *Obesity and the Economics of Prevention: Fit not Fat*, OECD Publishing, Paris. Disponible: <https://doi.org/10.1787/9789264084865-en>.
- OCDE. (2016). *Health at a glance: Europe 2016: state of health in the EU cycle*. OECD.

- OCDE (2017). Obesity updates. 2017. Disponible en: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Obesity-Update-2017.pdf>
- OCDE (2019). The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/67450d67-en>.
- Offer, A., Pechey, R., y Ulijaszek, S. (2010). Obesity under affluence varies by welfare regimes: the effect of fast food, insecurity, and inequality. *Economics & Human Biology*, 8(3), 297-308.
- Ogba, I. E., & Johnson, R. (2010). How packaging affects the product preferences of children and the buyer behaviour of their parents in the food industry. *Young Consumers*, 11(1): 77-89)
- Organización Mundial de la Salud. (2002). Informe sobre la salud en el mundo 2002: Reducir los riesgos y promover una vida sana. OMS. Disponible en: https://www.who.int/whr/2002/en/whr02_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2004). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Library Cataloguing-in-Publication data, Geneva. Disponible: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/21211/A57_9-sp.pdf;jsessionid=87C0AB4AC68FA642F6C3B23F89785500?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud (2017). Diez datos sobre obesidad. Disponible en: <https://www.who.int/features/factfiles/obesity/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2018). Nota descriptiva sobre obesidad. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Organización Mundial de la Salud (2020). Nota descriptiva sobre obesidad. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Consultado por última vez: 1 de diciembre de 2020.
- Padez, C., Mourao, I., Moreira, P., y Rosado, V. (2009). Long sleep duration and childhood overweight/obesity and body fat. *American Journal of Human Biology*, 21(3), 371-376.
- Parra-Cabrera, S., Hernández, B., Durán-Arenas, L., y López-Arellano, O. (1999). Modelos alternativos para el análisis epidemiológico de la obesidad como problema de salud pública. *Revista de saúde pública*, 33, 314-325.
- Pérez-Rodrigo, C. (2013). Current mapping of obesity. *Nutricion hospitalaria*, 28(5), 21-31.
- Peroni, A. (2005). Obesidad y sobrepeso infantil. Estudio cualitativo en las familias pobres de Peñalolén, Chile. *Nueva época/ Salud Problema*, 10: 8-24.
- Philipson, T. (2001). The world-wide growth in obesity: an economic research agenda. *Health economics*, 10(1), 1-7.
- Pickett, K. E., y Wilkinson, R. G. (2007). Child wellbeing and income inequality in rich societies: ecological cross sectional study. *BMJ*, 335(7629), 1080.

- Pickett, K. E., y Wilkinson, R. G. (2015). Income inequality and health: a causal review. *Social science & medicine*, 128, 316-326.
- Potvin, L., Gendron, S., Bilodeau, A., y Chabot, P. (2005). Integrating social theory into public health practice. *American journal of public health*, 95(4), 591-595.
- Puhl, R. M., y Brownell, K. D. (2006). Confronting and coping with weight stigma: an investigation of overweight and obese adults. *Obesity*, 14(10), 1802-1815.
- Puhl, R. M., y Heuer, C. A. (2009). The stigma of obesity: a review and update. *Obesity*, 17(5), 941.
- Qi, Q., Chu, A. Y., Kang, J. H., Jensen, M. K., Curhan, G. C., Pasquale, L. R., ... y Chasman, D. I. (2012). Sugar-sweetened beverages and genetic risk of obesity. *New England Journal of Medicine*, 367(15), 1387-1396.
- Reckwitz, A. (2002). Toward a theory of social practices: A development in culturalist theorizing. *European journal of social theory*, 5(2), 243-263.
- Reeves, S. L., Newling-Ward, E., y Gissane, C. (2004). The effect of shift-work on food intake and eating habits. *Nutrition & Food Science*.
- Reid, D. D., Hamilton, P. J. S., Keen, H., Brett, G. Z., Jarrett, R. J., y Rose, G. (1974). Cardiorespiratory disease and diabetes among middle-aged male civil servants: a study of screening and intervention. *The Lancet*, 303(7856), 469-473.
- Riessman, C. K. (1993), *Narrative analysis (Vol. 30)*, Sage Publications, USA.
- Robinson, T. N., Banda, J. A., Hale, L., Lu, A. S., Fleming-Milici, F., Calvert, S. L., y Wartella, E. (2017). Screen media exposure and obesity in children and adolescents. *Pediatrics*, 140(Supplement 2), S97-S101.
- Rosa, H. (2003). Social acceleration: ethical and political consequences of a desynchronized high-speed society. *Constellations*, 10(1), 3-33.
- Ross, C. E., y Mirowsky, J. (2010). Why education is the key to socioeconomic differentials in health. En Bird et al., (2003). *Handbook of medical sociology*, 6, 33-51.
- Sanz Porras, J. (2008). Aportaciones de la sociología al estudio de la nutrición humana: una perspectiva científica emergente en España. *Nutrición Hospitalaria*, 23(6), 531-535.
- Schatzki, Theodore R. (1996). *Social practices: A Wittgensteinian approach to human activity and the social*. Cambridge University Press.
- Schatzki, T.R. (2001). "Introduction. Practice Theory". En Knorr-Cetina, K., von Savigny, E., y Schatzki, T. R. (Eds.). (2001). *The practice turn in contemporary theory*, 10-23. Routledge.
- Schatzki, T. R. (2013). The edge of change: on emergence, persistence and dissolution of practices. En Shove, E., y Spurling, N. (Eds.). (2013). *Sustainable practices: Social theory and climate change*. London: Routledge, 31-46.
- Schmalz, D. L., y Colistra, C. M. (2016). Obesity stigma as a barrier to healthy eating behavior. *Topics in Clinical Nutrition*, 31(1), 86-94.

- Serra-Majem, L., Bartrina, J. A., Pérez-Rodrigo, C., Ribas-Barba, L., y Delgado-Rubio, A. (2006). Prevalence and determinants of obesity in Spanish children and young people. *British Journal of Nutrition*, 96(S1), S67-S72.
- Shove, E. (2009). Everyday practice and the production and consumption of time. Time, consumption and everyday life: Practice, materiality and culture, 24, 17-35.
- Shove, E. (2010). Beyond the ABC: climate change policy and theories of social change. *Environment and planning A*, 42(6), 1273-1285
- Shove, E., Pantzar, M., y Watson, M. (2012). *The dynamics of social practice: Everyday life and how it changes*. Sage.
- Smith, C., Butterfass, J., y Richards, R. (2010). Environment influences food access and resulting shopping and dietary behaviors among homeless Minnesotans living in food deserts. *Agriculture and Human Values*, 27(2), 141-161.
- 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, L. P., Ng, S. W., y Popkin, B. M. (2014). No time for the gym? Housework and other non-labor market time use patterns are associated with meeting physical activity recommendations among adults in full-time, sedentary jobs. *Social Science & Medicine*, 120, 126-134.
- Sobal, J. (2001). Commentary: globalization and the epidemiology of obesity. *International Journal of Epidemiology*, 30(5), 1136-1137.
- Sobal, J., y Stunkard, A. J. (1989). Socioeconomic status and obesity: a review of the literature. *Psychological bulletin*, 105(2), 260.
- Southerton, D. (2003). Squeezing Time' Allocating Practices, Coordinating Networks and Scheduling Society. *Time & Society*, 12(1), 5-25.
- Southerton, D., Diaz-Méndez, C., y Warde, A. (2012). Behavioural Change and the Temporal Ordering of Eating Practices: A UK-Spain Comparison. *International Journal of Sociology of Agriculture & Food*, 19(1): 19-36.
- Stunkard, A., Craighead, L. W., y O'Brien, R. (1980). Controlled trial of behaviour therapy, pharmacotherapy, and their combination in the treatment of obesity. *The Lancet*, 316(8203), 1045-1047.
- Strauss, A. L. (1987). *Qualitative analysis for social scientists*. Cambridge university press.
- Strauss, R. S. (2000). Childhood obesity and self-esteem. *Pediatrics*, 105(1).
- Suris, J. C., Michaud, P. A., Chossis, I., y Jeannin, A. (2006). Towards a sedentary society: trends in adolescent sport practice in Switzerland (1993-2002). *Journal of adolescent health*, 39(1), 132-134.

- Taheri, S. (2006). The link between short sleep duration and obesity: we should recommend more sleep to prevent obesity. *Archives of disease in childhood*, 91(11), 881-884.
- Townsend, M. S., Peerson, J., Love, B., Achterberg, C., y Murphy, S. P. (2001). Food insecurity is positively related to overweight in women. *The Journal of nutrition*, 131(6), 1738-1745.
- Travers, K. D. (1997). Nutrition education for social change: critical perspective. *Journal of Nutrition Education*, 29(2), 57-62.
- Valles, M. S. (2000). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Síntesis Editorial.
- Valles, M. S. (2002). *Entrevistas cualitativas*. Centro de Investigaciones Sociológicas, Madrid (Spain).
- Valles, M. S. (2015). “La teoría fundamentada (Grounded theory) y el análisis cualitativo asistido por ordenador”. En García, M. Alvira, F. Alonso, L. E. and Escobar, M. (Ed.). *El análisis de la realidad social: métodos y técnicas de investigación*. Alianza Editorial, Spain (pp. 617-640).
- Van Ansem, W. J., Schrijvers, C. T., Rodenburg, G., y van de Mheen, D. (2014). Maternal educational level and children’s healthy eating behaviour: role of the home food environment (cross-sectional results from the INPACT study). *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 11(1), 113.
- Van der Horst, K., Brunner, T. A., y Siegrist, M. (2011). Ready-meal consumption: associations with weight status and cooking skills. *Public health nutrition*, 14(2), 239-245.
- Veerman, J. L., Van Beeck, E. F., Barendregt, J. J., y Mackenbach, J. P. (2009). By how much would limiting TV food advertising reduce childhood obesity? *European journal of public health*, 19(4), 365-369.
- Velardo, S., y Drummond, M. (2013). Understanding parental health literacy and food related parenting practices. *Health Sociology Review*, 22(2), 137-150.
- Veltsista, A., Laitinen, J., Sovio, U., Roma, E., Järvelin, M. R., y Bakoula, C. (2010). Relationship between eating behavior, breakfast consumption, and obesity among Finnish and Greek adolescents. *Journal of nutrition education and behavior*, 42(6), 417-421.
- Venn, D., y Strazdins, L. (2017). Your money or your time? How both types of scarcity matter to physical activity and healthy eating. *Social science & medicine*, 172, 98-106.
- Vigarello, G. (2013). *The metamorphoses of fat: a history of obesity*. Columbia University Press.
- Villagrán Pérez, S., Rodríguez-Martín, A., Novalbos Ruiz, J. P., Martínez Nieto, J. M., y Lechuga Campoy, J. L. (2010). Hábitos y estilos de vida modificables en niños con sobrepeso y obesidad. *Nutrición Hospitalaria*, 25(5), 823-831.

Viner, R. M., y Cole, T. J. (2005). Television viewing in early childhood predicts adult body mass index. *The Journal of pediatrics*, 147(4), 429-435.

Vioque, J., Torres, A., y Quiles, J. (2000). Time spent watching television, sleep duration and obesity in adults living in Valencia, Spain. *International journal of obesity*, 24(12), 1683-1688.

Warde, A. (2005). Consumption and theories of practice. *Journal of consumer culture*, 5(2), 131-153.

Warde, A. (2013). What a sort of practices is eating. En Shove, E., y Spurling, N. (Eds.). (2013). *Sustainable practices: Social theory and climate change*. London: Routledge, 17-30.

Warde, A. (2014). After taste: Culture, consumption and theories of practice. *Journal of Consumer Culture*, 14(3), 279-303.

Warde, A. (2016). *The practice of eating*. John Wiley & Sons.

Warde, A., Cheng, S. L., Olsen, W., y Southerton, D. (2007). Changes in the practice of eating: a comparative analysis of time-use. *Acta sociologica*, 50(4), 363-385.

Warde, A., y Martens, L. (2000). *Eating out: Social differentiation, consumption and pleasure*. Cambridge University Press.

Wardle, J., Guthrie, C. A., Sanderson, S., y Rapoport, L. (2001). Development of the children's eating behaviour questionnaire. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42(7), 963-970.

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.

Web of Science (2020). Base de datos. Consultada: agosto de 2020. Disponible: <https://www.recursoscientificos.fecyt.es/>

Weber, M. (2009). *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*. Editorial Reus: Madrid, España.

Welch, N., McNaughton, S. A., Hunter, W., Hume, C., y Crawford, D. (2009). Is the perception of time pressure a barrier to healthy eating and physical activity among women?. *Public health nutrition*, 12(7), 888-895.

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

Wilkinson, R. G., y Pickett, K. E. (2006). Income inequality and population health: a review and explanation of the evidence. *Social science & medicine*, 62(7), 1768-1784.

Williams, G. H. (2003). The determinants of health: structure, context and agency. *Sociology of Health & Illness*, 25(3), 131-154.

Williams, S. J. (1995). Theorising class, health and lifestyles: can Bourdieu help us?. *Sociology of health & illness*, 17(5), 577-604.

White, K. (2017). *An introduction to the Sociology of Health and Illness*. Sage Publications.

Wright, J., Maher, J., y Tanner, C. (2015). Social class, anxieties and mothers' foodwork. *Sociology of health & illness*, 37(3), 422-436.

Yousefian, A., Leighton, A., Fox, K., y Hartley, D. (2011). Understanding the rural food environment perspectives of low-income parents. *Rural & Remote Health*, 11(2).

Zhang, Q., y Wang, Y. (2004). Socioeconomic inequality of obesity in the United States: do gender, age, and ethnicity matter?. *Social science & medicine*, 58(6), 1171-1180.

ANEXOS

Anexo 1. Perfil sociodemográfico de los hogares entrevistados

HOGARES SIN OBESIDAD INFANTIL						
	Entrevista	Responsable alimentación	Composición hogar	Ocupación madre (1) y padre (2)	Estudios madre (1) y padre (2)	Renta mensual
BAJO	E1_NO	Mujer	Monoparental	(1) Desempleada	(1) Primarios	500-1000€ (Salario Social)
	E2_NO	Mujer	Monoparental	(1) Dependienta	(1) Secundarios	1000-1500€
	E3_NO	Mujer	Pareja con dos hijos	(1) Ama de casa (2) Albañil	(1) Secundarios (2) Primarios	1000-1500€
	E4_NO	Mujer	Pareja con tres hijos	(1) Ama de casa (2) mantenimiento	(1) Secundarios (2) Primarios	500-1000€ (Salario Social)
	E5_NO	Mujer	Pareja con tres hijos	(1) Camarera (2) Gerente de camping	(1) Primarios (2) Primarios	1500-2000€
MEDIO-BAJO	E6_NO	Mujer	Pareja con dos hijos	(1) Ama casa (2) Jefe Parque Eólico	(1) Secundarios (2) Secundarios	1500-2000€
	E7_NO	Mujer	Pareja con dos hijos	(1) Ama de casa (2) Guardia civil	(1) Secundarios (2) Secundarios	1500-2000€
	E8_NO	Mujer	Monoparental	(1) Jubilada	(1) Primarios	-
	E9_NO	Mujer	Pareja con dos hijos	(1) Desempleada (2) Taxista	(1) Secundarios (2) Secundarios	-
	E10_NO	Mujer	Pareja con dos hijos	(1) Funcionaria de Hacienda (2) Técnico informático de IBM	(1) Secundarios (2) Secundarios	2500-3000€
MEDIO-ALTO	E11_NO	Hombre	Pareja con un hijo	(1) Dueña de tienda (2) Profesor Universitario	(1) Universitarios (2) Universitarios	3500-4000€
	E12_NO	Mujer	Pareja con un hijo	(1) Monitoria cuidadora (2) Profesor de dibujo	(1) Universitarios (2) Universitarios	2000-2500€
	E13_NO	Mujer	Pareja con dos hijos	(1) Administración y venta (2) Trabajador manual	(1) Universitarios (2) Secundarios	2500-3000€
	E14_NO	Compartida	Pareja con dos hijos	(1) Maestra (2) Profesor instituto	(1) Universitarios (2) Universitarios	3000-3500€
	E15_NO	Mujer	Pareja con dos hijos	(1) Ingeniera técnica de minas (2) Ingeniero técnico de minas	(1) Universitarios (2) Universitarios	3500-4000€

HOGARES CON OBESIDAD INFANTIL						
	Entrevista	Responsable alimentación	Composición hogar	Ocupación madre (1) y padre (2)	Estudios madre (1) y padre (2)	Renta mensual
BAJO	E1_SI	Mujer	Monoparental	(1) Desempleada	(1) Primarios	0-500€
	E2_SI	Mujer	Pareja con dos hijos	(1) Limpiadora (2) Chapista	(1) Secundarios (2) Primarios	1000-1500€
	E3_SI	Mujer	Pareja con hijo	(1) Reponedora (2) Fontanero	(1) Secundarios (2) Primarios	3000-3500€
	E4_SI	Mujer	Pareja con tres hijos	(1) (2) Desempleados	(1) Primarios (2) Primarios	500-1000€ (Salario Social)
	E5_SI	Mujer	Pareja con hijo	(1) Celadora (2) Fontanero	(1) Secundarios (2) Primarios	1000-1500€
MEDIO-BAJO	E6_SI	Mujer	Pareja con hijo	(1) Cerrajería (2) Cerrajería	(1) Secundarios (2) Secundarios	2000-2500€
	E7_SI	Mujer	Pareja con dos hijos	(1) Limpieza (2) Limpieza	(1) Primarios (2) Secundarios	500-1000€
	E8_SI	Mujer	Pareja con hijo	(1) Empresa de telefonía (2) Recepción en taller	(1) Secundarios (2) Secundarios	3000-3500€
	E9_SI	Mujer	Pareja con dos hijos	(1) Servicio doméstico (2) Empresa de alquiler de garajes	(1) Secundarios (2) Secundarios	2000-2500€
	E10_SI	Mujer	Pareja con dos hijos	(1) Dueña restaurante (2) Tostador de café	(1) Secundarios (2) Secundarios	2500-3000€
MEDIO-ALTO	E11_SI	Compartida	Pareja con un hijo	(1) Psicóloga (2) Técnico especialista de residuos	(1) Universitarios (2) Secundarios	2500-3000€
	E12_SI	Mujer	Pareja con un hijo	(1) Auxiliar enfermería (2) Programación y diseño	(1) Secundarios (2) Universitarios	2500-3000€
	E13_SI	Mujer	Pareja con un hijo	(1) Dueña Ludoteca (2) Técnico especialista	(1) Universitarios (2) Secundarios	2000-2500€
	E14_SI	Compartida	Pareja con dos hijos	(1) Técnica de Empleo (2) Técnico en Prevención de riesgos laborales	(1) Universitarios (2) Universitarios	3000-4000€
	E15_SI	Mujer	Pareja con tres hijos	(1) Veterinaria (2) Dueño explotación ganadera	(1) Universitarios (2) Primarios	2000-2500€

Anexo 2. Consentimiento informado: acuerdo para participar en el estudio

ACUERDO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO: HOJA DE INFORMACIÓN

Título de la investigación: Alimentación y estructura social. Análisis de las desigualdades alimentarias en España

Referencia proyecto: MINECO-16-CSO2015-68434-R

Investigadores principales: Isabel García Espejo (Profesora Titular del Departamento de Sociología de la Universidad de Oviedo)

Información de contacto: Isabel García Espejo, tel., 985 105 043 Email: igarcia@uniovi.es

Título de la tesis doctoral derivada del proyecto: Desigualdades alimentarias en España: la obesidad como problema social

Investigadora principal de la tesis doctoral: Sonia Otero Estévez

Información de contacto: Sonia Otero Estévez, Tel., 659730752 Email: uo221461@uniovi.es

Propósito del estudio:

Desde el Departamento de Sociología de la Universidad de Oviedo y el Grupo de Investigación en Sociología de la Alimentación, nos gustaría invitarle a participar en este estudio que forma parte del Plan Nacional de Investigación I+D+I retos orientados a la sociedad, así como a la tesis doctoral que se deriva del mismo. El objetivo del estudio es analizar cómo la posición en la estructura social determina las prácticas alimentarias y, por lo tanto, es la base de la desigualdad en el acceso a los alimentos y en el seguimiento de una dieta saludable. Asimismo, se pretende determinar si la situación de los grupos vulnerables presenta semejanzas con relación a la desigualdad que obligan a su análisis conjunto.

Procedimientos del estudio:

En el caso de que usted acceda a participar en el estudio y a firmar este documento de consentimiento informado en el que se explicita en qué consiste su participación, le concertaremos una hora conveniente para realizar una entrevista personal cuya duración es alrededor de una hora y que será grabada para su posterior análisis. Después de la realización de la entrevista se le pedirá rellenar un documento con datos sociodemográficos. Estos datos harán relación a la edad, sexo, formación, profesión, etc.... de todos los miembros del hogar. Estos datos serán confidenciales y tratados como tal.

Riesgos/beneficios:

No existen riesgos derivados de la participación en el estudio. Usted recibirá como beneficio directo por su participación una tarjeta regalo del Corte Inglés por valor de 10€ para agradecerle la colaboración en el estudio, así como el tiempo dedicado. Además, la información que usted aporte contribuirá a conocer mejor los hábitos alimentarios de los españoles y las problemáticas asociadas lo que indirectamente beneficiará a otras personas en el futuro.

Confidencialidad:

La entrevista personal será anónima y confidencial. Esto implica que no se asociará su nombre, ni el de nadie de su familia, con la entrevista o con cualquier informe, tesis o

investigación posterior. Asimismo, se eliminará cualquier dato que sea mencionado en la entrevista y que pueda relacionarse directamente con usted. Por cuestiones de facilidad para la recogida de datos en la investigación, las entrevistas serán grabadas (si así usted lo permite).

Coste/compensación por participar en el estudio:

No existe ningún coste por la participación en el estudio para usted. Recibirá como agradecimiento por su participación una tarjeta regalo por valor de 10€ para su gasto en productos alimentarios.

Alternativas a su participación:

Su participación en el estudio es voluntaria. Puede abstenerse de participar, así como abandonar el estudio cuando considere oportuno y sin dar ninguna explicación por ello.

Derecho al abandono del estudio:

Puede abandonar el estudio en cualquier momento sin aviso previo y sin dar explicaciones.

CONSENTIMIENTO INFORMADO: HOJA DE CONSENTIMIENTO

Título de la investigación: Alimentación y estructura social. Análisis de las desigualdades alimentarias en España

Investigadores principales: Isabel García Espejo (Profesora Titular del Departamento de Sociología de la Universidad de Oviedo)

Información de contacto: Isabel Garcia Espejo, tel., 985 email: igarcia@uniovi.es

Título de la tesis doctoral derivada del proyecto de investigación “Alimentación y estructura social. Análisis de las desigualdades alimentarias en España”:

Desigualdades alimentarias en España: la obesidad como problema social

Investigadores principales: Sonia Otero Estévez (investigadora principal) e Isabel García Espejo y Cecilia Díaz Méndez (directoras de la tesis doctoral y miembros del proyecto de investigación).

_____He leído y comprendido este consentimiento informado

_____La información de este consentimiento me ha sido explicada

_____Sé que puedo abandonar el estudio cuando quiera sin dar explicaciones

_____He recibido una tarjeta regalo por valor de 10€ como agradecimiento por mi participación en el estudio

Nombre del participante:

Nombre del investigador:

DNI del participante:

DNI del investigador:

Firma del participante:

Firma del investigador/a:

Fecha: _____

Anexo 3. Aprobación ética de la Comisión Ética de Investigación del Principado de Asturias (nº158/17)



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

Comité de Ética de la Investigación del
Principado de Asturias
Avda. de Roma s/n
33011-Oviedo
Tfno: 985.10.79.27/985.10.60.28
e-mail: comicr_asturias@prca.es

Área Sanitaria

Oviedo, 03 de Noviembre de 2017

El Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias, ha revisado el Proyecto de Investigación nº158/17, titulado: "ALIMENTACIÓN Y ESTRUCTURA SOCIAL. ANALISIS DE LAS DESIGUALDADES ALIMENTARIAS EN ESPAÑA". Investigadora Principal Dña Sonia Otero Estévez.

El Comité ha tomado el acuerdo de considerar que el citado proyecto reúne las condiciones éticas necesarias para poder realizarse y en consecuencia emite su autorización.

Los Consentimientos informados deberán firmarse por duplicado (para dejar constancia de ello) y una copia deberá ser archivada con la documentación del estudio.

Le recuerdo que deberá guardarse la máxima confidencialidad de los datos utilizados en este proyecto.

Fdo: Mauricio Telenti Asensio
Secretario del Comité de Ética de la Investigación
del Principado de Asturias



Anexo 4. Protocolo de entrevista (compartido con proyecto MINECO-16-CSO2015-68434-R)

Protocolo para las entrevistas proyecto MINECO-16-CSO2015-68434-R (DESALI)

Página 1 de 10



Resumen del PROTOCOLO ENTREVISTAS PROYECTO DESALI

1.- Situación sociodemográfica

2.- Rutinas de alimentación en el hogar

Rutinas organización comida diaria

Rutinas organización compra

Rutinas preparación comida

3.- Aprendizajes alimentarios

4.- Rutinas de ocio, actividad física y deporte

Ocio activo

Ocio pasivo

5.- Rutinas de trabajo/escuela

6.- Socialización alimentaria

Comidas en familia

Comidas fuera de casa

7.- Situación económica y crisis

Crisis y alimentación

Situación económica y salud

Ayudas alimentarias

8.- Salud familiar

9.- Creencias, valores, actitudes y percepciones

Creencias sobre alimentación, salud y obesidad

Creencias sobre deporte/actividad

Percepciones sobre los problemas y las soluciones de los problemas alimentarios

10.- Pasado, presente y futuro

PROTOCOLO ENTREVISTAS ÁREA HOGARES con/sin obesidad

Presentación: el objetivo de esta área es profundizar en los hábitos alimentarios de los hogares con niños obesos y sus concepciones sobre salud y alimentación. Se comparan los hogares en función del estatus socioeconómico y se diferencian dos grupos de hogares: las que tienen niños/as con obesidad y las que tienen niños/as sin obesidad. La entrevista se realiza a la persona responsable de la alimentación del hogar.

SITUACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

En este apartado se busca información sobre las características sociodemográficas del hogar entrevistado.

Este apartado permitirá ir generando un clima de confianza entre el entrevistador y el entrevistado.

Reproducir la información que define al hogar en una plantilla al final de la entrevista.

- Hacer recuerdo del último año por si ha variado la situación descrita.
- Hacer plantilla para cubrir al final de la entrevista

Cuéntanos un poco sobre ti (y sobre tu familia). Trabajo de tu marido, horarios, algo sobre tus hijos, sobre vuestras actividades....

1. Sexo
2. Edad
3. Estado civil
4. Estudios: ¿qué estudiaste? ¿Tus padres (marido, hijos) qué estudiaron (o estudian)?
5. Situación laboral: ¿En qué trabajas? Características del empleo propio y el del cónyuge o del resto de los que trabajan en el hogar
6. Profesión: ¿Cuál es? ¿A qué te dedicas? Si está parado preguntar por los últimos trabajos que ha tenido.
7. Renta, vivienda, coches, vacaciones... (del hogar)
8. Origen étnico....etc.
9. Horas de sueño, peso, talla... (de todas la familia)
10. Horarios

RECORDAR: PREGUNTAR SIEMPRE POR TODA LA FAMILIA, CON ESPECIAL ÉNFASIS EN LOS MENORES

Algunas cuestiones que se esperan poder responder con cada apartado:

En este apartado se espera que el entrevistado proporcione un panorama general de la situación de su hogar. Se trata de conocer la situación socioeconómica y sociodemográfica del hogar. Específicamente se espera que se responda a ciertas cuestiones.

Influencia de la situación económica, social y demográfica del hogar en la obesidad.

- Las decisiones alimentarias se encuentran condicionadas por el hábitat.
- Influencia del nivel educativo materno en la construcción de la obesidad infantil.
- Influencia de la situación económica del hogar en la construcción de la obesidad.

Influencia del género en la prevalencia de la obesidad.

RUTINAS DE ALIMENTACIÓN EN EL HOGAR (comidas, compra, preparación)			
<p>Rutinas de organización general de la COMIDA DIARIA</p>	<p>Hablando ya de nuestro tema.... Cuéntame la alimentación tuya y de tu familiar a lo largo de un día cualquiera. Os levantáis y...</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desayuno - Pincho (casa o fuera) - Merienda - Cena <p>¿Y los fines de semana?</p>	<p>¿Qué es para ti comer? (antes de comenzar con la rutina)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Cómo te organizaste -Dónde comes -Con quién comes - A qué horas.... -Sábados y domingos 	<p>Se espera conocer su rutina en torno a las comidas. Cómo come y cómo se organiza en un día cualquiera.</p> <p>Diferencias y similitudes en la definición de comer.</p> <p>-Cómo son las rutinas alimentarias diarias.</p> <p>-Razones que explican la desestructuración alimentaria en las sociedades modernas.</p> <p>-Razones que llevan a los hogares a tener hábitos alimentarios poco saludables.</p>
<p>Rutinas de organización de la COMPRA (diaria, semanal, mensual...)</p>	<p>Para resolver esas comidas ¿cómo te organizas con la compra?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pedir tickets del mes siguiente (recordar comida fuera de otros miembros del hogar). -Pedir registro de los menús de la semana de entrevista (ver plantilla) 	<ul style="list-style-type: none"> -Frecuencia, lugares, con quién... -Decisiones para la compra: lista diaria, apuntes... --Qué alimentos consideras imprescindibles - Cuáles compras excepcionalmente -Alimentos que nunca forman parte de la cesta y las razones. - Alimentos que se compran para otros miembros de la casa (a pesar del gusto de quien compra). -Alimentos que se compran para quien hace la compra. -Compra o no de platos precocinados -Revisar el tique de compra - ¿Te gusta ir a la compra? ¿Qué sensación te produce? 	<p>Alimentos que incorporan la cesta de la compra y razones para que esos alimentos estén entre su dieta.</p> <p>También se espera conocer qué decisiones toman a la hora de acudir a la compra y en qué se basan esas decisiones.</p> <p>Composición de la cesta de la compra.</p> <p>Factores que inciden en las elecciones alimentarias.</p> <p>Diferencias (si las hubiera) entre los hogares con obesos y los hogares sin obesos. Diferencias (si las hubiera) entre hogares con baja renta y hogares de renta alta/media.</p> <p>Desigualdades en el consumo en el hogar. Razones.</p> <p>Contradicciones entre rutinas alimentarias y creencias alimentarias.</p>

<p>Rutinas para la PREPARACIÓN de la comida diaria</p>	<p>Después de comprar los alimentos, cuéntame cómo te organizas para hacer la comida un día cualquiera....</p> <p>-Recordarle que se le pedirá el menú semanal en una plantilla.</p>	<p>-- Responsable de cocinar en el hogar</p> <p>-Si tú no cocinaras... ¿quién crees que lo haría?</p> <p>-Frecuencia con la que se cocina. Cuanto tiempo dedicas al día en la cocina.</p> <p>-Tipos de platos que se suelen preparar y las razones.</p> <p>- Elecciones sobre lo que cocinar. Factores que influyen en la decisión (precio, calidad, sabor, costumbre, dieta....</p> <p>-Platos favoritos</p> <p>-Hay alguien en el hogar para el que cocines cosas diferentes, ¿por qué? ¿Y para ti?</p> <p>-Sensaciones que produce cocinar. Preguntar acerca de si es una tarea que le gusta o no.</p> <p>Gustos de los comensales</p>	<p>Responsable de la alimentación en el hogar. Razones y diferencias (si las hubiera) por tipo de hogar (obeso/no obeso; estatus alto/estatus bajo).</p> <p>Distribución de los alimentos entre los miembros del hogar. Semejanzas y diferencias (género, edad...)</p> <p>Criterios para la elección de los platos. Factores de decisión.</p>
APRENDIZAJES ALIMENTARIOS			
<p>APRENDIZAJES CULINARIOS</p>	<p>Cuéntame cómo se comía en tu casa cuando eras pequeña....Dime si consideras que en tu casa se come parecido que como se comía en la tuya cuando eras pequeño/a.</p> <p>Y esos platos que me cuentas que cocinas... ¿cómo aprendiste a hacerlos?</p>	<p>-¿Qué es para ti comer bien?</p> <p>-Momento y forma en la que aprendió a cocinar.</p> <p>- Cambio de la cocina de su madre con respecto a la suya. Saber su impresión sobre si ha cambiado mucho, poco...</p> <p>-Cuando quieres hacer un plato nuevo... tipo de información que se utiliza para aprender (internet, libros de cocina, ninguna.)</p>	<p>Diferencias y similitudes en la definición de "comer bien".</p> <p>Transmisión de los aprendizajes culinarios. Comprobación de si sigue siendo una cuestión que se transmite de generación en generación y de mujer a mujer.</p> <p>Canales y medios para aprender a cocinar hoy en día. Diferencias por grupo social/ obeso, no obeso.</p>

RUTINAS DE OCIO, ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE (activo VS pasivo)			
<p>Rutinas para el ocio activo: ACTIVIDAD FÍSICA y el DEPORTE</p>	<p>Retomando el tema de lo que hacéis durante un día.... Cuéntame que hacéis en vuestro tiempo libre, ¿hacéis actividades en familia?</p>	<p>-Medio de desplazamiento (caminar, coche, autobús...)-. Tenerlo en cuenta para distintas actividades: colegio, trabajo, compras... Razones para los desplazamientos.</p> <p>- Participación en actividades deportivas (gimnasio, actividades extraescolares). Indagar en cuáles son, con quién se practica, a qué horas y por qué razones.</p> <p>-Indagar, en caso de que se practiquen, si las actividades se realizan en familia o no (por ejemplo, ir a andar en bicicleta los fines de semana....)</p> <p>-En tu hogar.... ¿os gusta practicar deporte? ¿Y a los niños?</p>	<p>Rutinas de ocio y razones.</p> <p>Diferencias por tipo de hogar (obeso/no obeso; estatus alto/bajo).</p> <p>Tipo de ocio infantil, particularmente el obeso.</p> <p>Importancia que se le da a la práctica deportiva.</p> <p>Influencia de las concepciones sobre el deporte, el cuerpo y la salud en las prácticas deportivas.</p> <p>Ocio por estatus socioeconómico.</p> <p>Razones para la elección del tipo de ocio que se practica.</p>
<p>Rutinas para el ocio pasivo: tv, Tablet, ordenador, videojuegos...</p>	<p>Y cuando llegáis a casa después del trabajo, del colegio...</p>	<p>-Indagar en si se practica otro tipo de ocio como jugar a videojuegos, usar el ordenador, ver la tele....</p> <p>-Tiempo que se usa</p> <p>-Momentos en los que se practica</p> <p>-Razones por las que se practica (fines de semana / entresemana)</p>	

RUTINAS DE TRABAJO/ESCUELA			
<p>Rutinas de trabajo</p> <p>(Repetir con la escuela para conocer rutina)</p>	<p>Cuéntame cómo es día normal de trabajo... tus horarios, tu forma de organizarte...</p> <p>Cuéntame cómo haces.</p> <p>En el caso de las amas de casa que cuenten su día a día en casa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Rutina. - Horarios (tiempo que se trabaja). - Costumbres. - Comidas. - Si es sentado o si es un trabajo con mayor actividad. - Cómo influye en el resto de parcelas de su vida. 	<p>Rutinas de trabajo. Diferencias por tipo de hogar.</p> <p>Influencia del trabajo en nuestros hábitos alimentarios.</p> <p>Influencia del trabajo en nuestro ocio.</p>
SOCIALIZACIÓN ALIMENTARIA			
<p>Comidas en familia</p>	<p>Me has dicho que cenáis juntos</p> <p>Cuéntame cómo es la cena en familia a diario</p> <p>Cuéntame si hacéis celebraciones en familia como aniversarios, cumpleaños, etc. Dime cómo lo celebráis, ¿qué soléis hacer? ¿Se diferencia mucho a la alimentación que tenéis cuando no celebráis nada, es decir, hacéis cosas especiales?</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Quién come más... - Dónde se come (cocina salón) -Quién sirve -Quién come más rápido - Si se come con la tele puesta.... -Preguntar por raciones y distribución de la comida (distribución de las porciones). Precisar en los motivos. -Quejas en la comida. PREGUNTAR QUÉ hace cuando alguien no quiere comer lo que se pone. 	<p>Con quién y cómo comemos</p> <p>Razones para comer solo o acompañado</p> <p>¿Sigue siendo la alimentación un motivo de reunión?</p>
<p>Comidas fuera de casa: trabajo, ocio, escuela... (redes sociales)</p>	<p>Además de las comidas en casas me decías que en alguna ocasión no coméis en casa... (como por ejemplo, los niños en el comedor o en casa de algún familiar)</p> <p>Has comentado que tus hijos/ tu marido comen en el trabajo. ¿Te cuentan lo que comen?</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Comida fuera de casa. Razones en caso de que se coma fuera de casa. -Frecuencia -Lugares - Compañía - Preferencias: comer fuera o comer en casa. 	<p>Razones para comer fuera de casa.</p> <p>Diferencias en la frecuencia y en los lugares en los que se come por tipo de hogar.</p>

SITUACIÓN ECONÓMICA Y CRISIS			
Crisis y alimentación	<p>Me has contado que para hacer la compra sueles...</p> <p>Volviendo al tema de la compra que me comentabas antes... ¿Te parece que es caro comer?</p>	<p>-Gasto en alimentación</p> <p>- ¿Crees que gastas mucha parte de tu presupuesto en comer?</p> <p>-En general, ¿te parece cara la comida?</p> <p>-¿Consideras que comer saludablemente es caro?</p> <p>-Cambios en las compras a raíz de la crisis económica.</p> <p>-Cambio de establecimiento, rutina, frecuencia, alimentos....</p> <p>-Alimentos que se dejaron de comprar</p> <p>-Alimentos que compra ahora y antes no.</p> <p>-¿Crees que la situación económica puede condicionar la alimentación?...</p>	<p>Influencia de la situación económica en los hábitos alimentarios. Diferencias por tipo de hogar (obeso/no obeso; estatus alto/estatus bajo).</p> <p>Consideración de los alimentos.</p> <p>Tipo de alimentos que se reducen/aumentan cuando la situación económica es mala.</p>
Situación económica y salud	...¿y la salud?	<p>-¿Crees que la crisis económica ha podido contribuir a un empeoramiento de la salud?</p> <p>¿En qué sentido?</p>	
<p>Ayudas alimentarias</p> <p><u>SOLO SI LAS RECIBE</u></p>	<p>Me comentó que tenía una ayuda alimentaria de... ¿Podría contarme cómo funcionan?</p>	<p>- Cómo las conoció</p> <p>-Desde cuándo la recibe</p> <p>-Cómo se solita</p> <p>-Alimentos que contiene</p> <p>-Organización de la alimentación con las ayudas alimentarias</p> <p>-Duración de la comida que les dan.</p> <p>- En su opinión, ¿qué alimentos cree que deberían tener para adaptarse a las necesidades de su hogar?</p> <p>- Indagar en si ha cambiado su situación desde que recibe ayuda alimentaria</p> <p>-Averiguar su consideración sobre las ayudas alimentarias y específicamente el efecto que creen que ha tenido sobre su alimentación (¿Cree que las ayudas alimentarias han mejorado su alimentación? ¿Por qué?)</p>	<p>Influencia de la ayuda alimentaria en la organización y gestión alimentaria. Diferencias por tipo de hogar.</p> <p>Repercusiones de la ayuda alimentaria en la alimentación.</p> <p>Cambios corporales experimentados con la ayuda alimentaria (si los hubiese)</p>

SALUD FAMILIAR			
Situación de salud familiar	<p>¿Tienes algún problema de salud?</p> <p>Preguntar por la situación de salud y dieta de hace un año.</p> <p><u>Preguntar por toda la familia, especialmente niños.</u></p>	<p>-Consideración de su estado de salud: bueno, regular, malo. Razones para esa consideración.</p> <p>- Problemas de salud que se padecen. Ansiedad, diabetes...</p> <p>-Relación entre los problemas que se padecen y la alimentación. Razones.</p> <p>-Miedo a padecer alguna enfermedad y cuál. Razones</p> <p>-¿Consideras que lleváis una alimentación saludable en vuestro hogar? ¿Por qué?</p> <p>-Relación entre la alimentación y su influencia sobre la salud.</p> <p>-¿Cuáles crees que son los alimentos que más engordan?</p> <p>-Indagar sobre si alguien en el hogar tiene una dieta especial. Razones por las que la lleva.</p> <p>-Preguntar por el control de la alimentación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cómo controla • Si hace dieta y las razones • Si se la salta y cuándo • Si le cuesta seguirla... • Cuántas veces ha hecho dieta que recuerde...Razones. <p>-En este sentido, ¿evitas algún alimento por considerar que engorda?</p>	<p>Diferencias en la consideración de estado de salud por tipo de hogar.</p> <p>Enfermedades por tipo de hogar.</p>

CREENCIAS, VALORES, ACTITUDES Y PERCEPCIONES			
Creencias alimentación, salud y obesidad	La alimentación saludable está teniendo más importancia en nuestros hábitos alimentarios....	<p>- ¿Qué es para ti una alimentación saludable?</p> <p>-Precisar de dónde proviene la idea de buena alimentación, de alimentación saludable.</p> <p>-Alimentos que considera que se deben comer para estar sano.</p> <p>-Alimentos que considera que se deben evitar para estar sano.</p> <p>-Alimentos que se consideran buenos para los menores del hogar.</p> <p>Alimentos que se consideran malos para los menores.</p> <p>-Alimentos considerados los más saludables.</p> <p>-Seguro que en alguna ocasión comes algo que no sea saludable... ¿En qué casos sucede esto? ¿Qué alimentos son?</p> <p>-Indagar en el grado de satisfacción con las rutinas alimentarias (tipo de comida, horarios....)</p> <p>-¿Crees que estar delgado es saludable? ¿Y tener exceso de peso?</p>	<p>- Diferencias/similitudes en la definición de alimentación saludable.</p> <p>-Contradicciones entre los hábitos alimentarios y las creencias. Razones y explicaciones a las contradicciones.</p>
	<p>Identidad corporal: percepción y auto percepción del cuerpo</p> <p>Considerar si la situación de obesidad ha surgido o cambiado</p>	<p>- ¿Hay alguien en tu familiar que tenga unos kilos de más?</p> <p>-¿Cómo ves a tu propia familia en ese sentido? ¿Y a ti misma? ¿Cómo consideras que es tu cuerpo?</p> <p>-Momento en que considera</p>	<p>Se indagará en la identidad corporal.</p> <p>-Percepción corporal</p> <p>-Percepción del cuerpo de los otros.</p> <p>-Diferencia y similitudes en la percepción corporal por tipo de hogar.</p>

	en el último año (biografía).	que empezó a coger peso el menor y demás miembros. -Razones que han podido desencadenar esta situación.	
Creencias sobre alimentación y actividad física	Me decías que los niños hacían deporte... ¿Qué opinión tienes sobre el ejercicio físico? ¿Por qué lo hacéis?	-¿Qué es para ti hacer deporte? -Razones por las que lo practican en su casa (gusto, tradición, salud...) - Razones por las que se considera que otros hacen deporte.	Valoración del deporte. Diferencias y similitudes en la definición de deporte por tipo de hogar. Razones.
Percepciones sobre los problemas y las soluciones de los problemas alimentarios	Se dice cada vez más que la obesidad es un problema en nuestras sociedades... En tu opinión...	Indagar en su creencia sobre el origen de la obesidad (¿Cuál crees que es el origen de la obesidad? ¿Por qué ocurre?) -Principales factores que considera que influyen en la obesidad. -¿Cómo crees que podría solucionarse o evitarse? -Papel de las instituciones desde la visión del entrevistados (¿Crees que las instituciones están haciendo bien las cosas para solucionarlo?)	Consideración de la obesidad. Principales factores que se aluden para explicar la obesidad. Diferencias por tipo de hogar. A quién se responsabiliza de la situación.
PASADO, PRESENTE Y FUTURO			
Pasado, presente y futuro del hogar	Con todo lo que hemos ido hablando y ya para finalizar.... Cuéntame cómo es la situación de tu hogar con respecto a hace 5 años.	Y... ¿cómo ves a tu familiar, a tu hogar dentro de 5 años? Perspectiva de futuro y de pasado. Cómo se ven a sí mismos. ¿Hay algo que cambiaría?	