

**MÁSTER UNIVERSITARIO EN DIVERSIDAD CULTURAL  
UN ENFOQUE MULTIDISCIPLINAR Y  
TRANSFRONTERIZO**

**TRABAJO DE FIN DE MÁSTER**



**UNIVERSIDAD  
DE GRANADA**

**ANÁLISIS DEL ESTILO DE VIDA Y  
HÁBITOS ALIMENTARIOS EN PERSONAS  
EN SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN SOCIAL  
EN UN CONTEXTO MULTICULTURAL**

Presentado por: Estefanía García Gómez

Dirigido por: Miguel Ángel Montero Alonso y Emilio González Jiménez



## DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

Melilla, a 10 de septiembre de 2018

D./D.<sup>a</sup> Estefanía García Gómez con DNI nº 45315482-P, alumno/a del *Máster Universitario en Diversidad Cultural. Un enfoque multidisciplinar y transfronterizo* garantiza, al firmar este Trabajo Fin de Máster, que este trabajo ha sido realizando respetando los derechos de otros autores a ser citados, cuando se han utilizado sus materiales, resultados o publicaciones.

EL ALUMNO

Fdo.: ESTEFANÍA GARCÍA  
GÓMEZ

## **Resumen**

La presente investigación profundiza sobre cómo las desigualdades sociales condicionan el estilo de vida y los hábitos alimentarios de las personas, siendo un tema de interés creciente en la comunidad científica por las repercusiones negativas que implican para la salud. Por ello, se ha realizado un análisis del estilo de vida y los hábitos alimentarios en personas en riesgo o situación de exclusión social para determinar, si existen alteraciones en función del nivel de renta y de la religión. La información recopilada por medio de encuestas en los Centros de Servicios Sociales de la Ciudad Autónoma de Melilla, ha podido evidenciar cómo las personas afectadas por la situación de exclusión social tendrían mayores dificultades para mantener estilos de vida y hábitos alimentarios saludables.

**Palabras clave:** desigualdades sociales, exclusión social, estilos de vida, hábitos alimentarios, nivel socioeconómico, religión.

## **Abstract**

The current research deepens on how social inequalities condition people's lifestyles and eating habits, being a subject of increasing interest in the scientific community for the negative repercussions they imply for the health. For this reason, an analysis of the lifestyle and eating habits of people at risk or situation of social exclusion has been carried out to determine if there are alterations depending on the socioeconomic level and religion. The information collected through surveys in the Social Services Centers of the Autonomous City of Melilla, has been able to show how people affected by social exclusion situation would have greater difficulties in maintaining healthy lifestyles and eating habits.

**Key words:** social inequalities, social exclusion, lifestyles, eating habits, socioeconomic level, religion.

# ÍNDICE

1. Introducción.....	1
2. Marco teórico.....	3
2.1 Contextualización de la exclusión social, factores de riesgo y grupos de riesgo ...	3
2.2 Exclusión social, salud y estilos de vida.....	6
2.3 Los hábitos alimentarios en la exclusión social.....	11
3. Problema de investigación.....	15
4. Objetivos.....	16
4.1 Objetivo general.....	16
4.2 Objetivos específicos .....	16
5. Marco metodológico.....	17
5.1 Diseño .....	17
5.2 Población y muestra.....	17
5.3 Variables del estudio.....	19
5.4 Técnica de recogida de datos .....	19
6. Resultados.....	21
6.1 Resultados para el objetivo 1 .....	21
6.2 Resultados para el objetivo 2 .....	30
7. Discusión .....	34
8. Conclusiones.....	38
Referencias bibliográficas .....	40
Anexo .....	46
Anexo I .....	46
Anexo II.....	47
Anexo III .....	48
Anexo IV. ....	49
Anexo V.....	58

## **1. Introducción**

Antes de que las sociedades nómadas pasaran a ser sedentarias reinaba el comunismo primitivo; donde la cooperación de todos los miembros en el día a día era indispensable para asegurar la supervivencia de la sociedad. Sin embargo, a partir del asentamiento y el desarrollo de las sociedades a lo largo del tiempo, éstas se iban volviendo más complejas y requerían de nuevos sistemas sociales para garantizar la distribución de los recursos y bienes, los cuales no se repartirían a la población equitativamente, produciéndose así las desigualdades sociales y aparición de las clases sociales (González, Cuartango y Bacigalupe, 2015).

A pesar de que hoy en día los sistemas políticos tratan de impulsar nuevas políticas socioeconómicas para mitigar las desigualdades sociales existentes entre la población, se observa como sigue habiendo una gran cantidad de personas que se encuentran en riesgo de pobreza o en situación de exclusión social. En ese sentido, la European Anti Poverty Network (EAPN) en su último informe recoge el porcentaje de las personas que se encuentran en esta situación mediante un indicador propuesto por la Unión Europea (UE), el indicador AROPE (At Risk Of Poverty and Exclusion), el cual cuantifica el riesgo de pobreza o exclusión social en base a una serie de criterios (Llano, 2017). Por ello, de acuerdo con este indicador, en el año 2016 un 27.9% de la población residente en España (12.989.405 personas) se encontraban en riesgo de pobreza o exclusión social, siendo numerosos los estudios que señalan la relación existente entre las desigualdades sociales y unas peores condiciones de salud (Álvarez y Luz, 2012).

Disponer de buena salud es uno de los valores sociales más importantes y apreciados por todas las personas, sin embargo, el mantenimiento y desarrollo de la misma está condicionado por los determinantes sociales de la salud, como pueden ser el nivel económico, la educación, la ocupación y el grupo racial o étnico entre otros. Ello conlleva a que la distribución de salud-enfermedad en la población en situación de exclusión social o en otros grupos socialmente o geográficamente definidos se produzca de manera desigual; debido a que muchos de estos determinantes se encuentran afectados y van a repercutir directamente en los hábitos alimentarios y en los estilos de vida, los cuales constituyen la base para disponer de un buen estado de salud. (Palomino, Grande y Abad, 2015; González, Cuartango y Bacigalupe, 2015).

Entre todos los factores que pueden influir negativamente a las personas en situación de exclusión social, el que produce un mayor impacto en la salud del individuo es el nivel económico. En la literatura se encuentran una gran cantidad de estudios que señalan la existencia de una estrecha relación entre un bajo nivel económico y el desarrollo de hábitos alimentarios y estilos de vida poco saludables, caracterizados por ingestas de alimentos de alto contenido calórico, aumento del consumo de sustancias nocivas y una disminución de la actividad física que favorece el desarrollo de sobrepeso y obesidad, y a su vez todo ello, predispone al desarrollo de enfermedades crónicas en el futuro (Espeitz y Cáceres, 2011;Corella y Ordovás, 2015).

Es por ello que en el presente trabajo se pretende analizar y comprobar que efectos produce en los hábitos alimentarios, estilos de vida y la salud el encontrarse en situación de exclusión social, ya que aunque estas variables han sido estudiadas en diferentes ámbitos, aun no se han hallado publicaciones que aborden la exclusión social dentro de un contexto multicultural. Por este motivo, se considera que Melilla podría ser una ciudad propicia para llevar a cabo una investigación de esta índole, dada la diversidad cultural existente en la ciudad.

## **2. Marco teórico**

### **2.1 Contextualización de la exclusión social, factores de riesgo y grupos de riesgo**

El concepto de exclusión social aparece por primera vez en Francia en los años sesenta para denominar de manera difusa a los pobres. En los setenta, el término evolucionó para hacer alusión a dos realidades, por un lado, a las personas con escasos ingresos económicos que no recibían ningún tipo de ayuda del estado y por otro, a las personas que por condiciones personales o grupales no podían integrarse en la sociedad de igual manera que el resto de los ciudadanos (Cernedas y Chao, 2016).

A partir de los años setenta, el concepto se sigue modificando y ampliando para poder hacer frente a un mayor número de categorías y sectores sociales derivados del desempleo post-crisis económica y al incremento de los trabajos precarios, poco remunerados y esporádicos, lo que dio lugar a la llamada nueva pobreza. Es entonces cuando empiezan a surgir las primeras políticas de inserción social, siendo pionera Francia y extendiéndose a continuación por la Unión Europea (UE), quedando recogido por primera vez el concepto de exclusión social en el año 1989 en la Carta Social Europea publicada por la UE (Padrón y Román, 2010;Cernedas y Chao, 2016).

Posteriormente, en 1991 en el Informe Anual de la Comisión Europea se reconocía que seguían habiendo dificultades para delimitar con precisión el concepto de exclusión social debido a la ambigüedad del mismo y que por ello, era necesario relacionarlo con una serie de indicadores bien definidos que lo diferenciaban del concepto de pobreza (Cernedas y Chao, 2016).

Arroyo (2016) en palabras de Pérez de Armiño (2000), define la exclusión social como “un proceso mediante el cual los individuos o grupos son total o parcialmente excluidos de una participación plena en la sociedad en la que viven”. Este proceso es determinante en las relaciones que se dan entre los grupos sociales de cada país en tanto que la exclusión social se encuentra bajo la influencia de las estructuras sociales, políticas y económicas, y que además, está sujeta a otros factores como los geográficos en materia de acceso a recursos, o discriminatorios por etnia, género o religión, todo ello entrañando desigualdad y dualismo social (Padrón y Román, 2010;Cernedas y Chao, 2016).

Otra definición muy similar es la que encontramos en el Plan Nacional de Acción para la Inclusión social del Reino de España 2013 – 2016 (PNAIN) (MSSSI, 2014) que define la exclusión social como “el proceso de pérdida de integración o participación de las personas en la sociedad y en los diferentes ámbitos económico, político y social”. Por lo tanto, podríamos concluir con que la exclusión social es un proceso estructural, dinámico, multidimensional y multicausal que genera desigualdad social e incrementa el riesgo de fragmentación de la sociedad (Padrón y Román, 2010).

Por otro lado, en lo referente al concepto de pobreza Arroyo (2016) vuelve a hacer mención a Pérez de Armiño, el cual la define como “la situación de una persona cuyo grado de privación se halla por debajo del nivel que una determinada sociedad considera mínimo para mantener la dignidad”. En ese sentido, la percepción del concepto puede variar en diferentes sociedades de acuerdo con su contexto socioeconómico y cultural.

Por lo tanto, en cuanto a la relación existente entre pobreza y exclusión social, podríamos decir que la pobreza puede ser una de las variables que afectan al proceso de exclusión social o que por el contrario, la pobreza es uno de los resultados del proceso de exclusión (Arroyo, 2016). En otras palabras, el estar excluido de una área no implica estarlo de otras y el encontrarse en situación de pobreza no implica estar excluido socialmente, aunque sí que hay que resaltar que es la variable que más repercute en la exclusión social.

De esta manera, diferentes autores llegan a una puesta en común en la que se acepta el planteamiento propuesto por Castle, quien explica que existen diversos factores que intervienen en el concepto de exclusión social como los políticos, culturales, económicos, personales, educativos, etcétera que van a llevar al individuo a que se encuentre en continuas situaciones de inclusión-exclusión, apareciendo por ello el concepto de vulnerabilidad, el cual resulta idóneo para hacer referencia a aquellas situaciones intermedias de inclusión en algunas áreas y exclusión en otras (Padrón y Román, 2010).

En base a lo anterior, Padrón y Román (2010) y Lucas y Chao (2016) explican de acuerdo con Castle que se pueden establecer tres zonas dentro del continuo integración-exclusión: la integración, la vulnerabilidad y la exclusión.



- La *integración*, entendiéndose como una zona de estabilidad o seguridad, donde las personas participan de manera activa en la sociedad y donde la estabilidad social no se encuentra amenazada por las desigualdades sociales. Aquí situaríamos a las personas con empleo y protección social y una correcta relación con la familia, la comunidad y la sociedad.
- La *vulnerabilidad*, representaría una zona de inestabilidad pero reversible, que precede a la ruptura del vínculo social. Se encontraría caracterizada por la precariedad laboral y la fragilidad de las relaciones con los soportes comunitarios, familiares y culturales, frente a los cuales el individuo ve amenazada su inserción en la sociedad.
- La *exclusión*, sería la última zona donde aparece la marginación y se produce la desafiliación. El individuo se encuentra fuera de la esfera laboral, aislado socialmente y con escasa o ninguna protección social, requiriendo ayudas externas para revertir esta situación.

A continuación, se describen los principales factores de riesgo que influyen en la exclusión social de acuerdo con Afonso y Sastre (2017) y en base al PNAIN 2013-2016 (MSSSI, 2014):

1. *El empleo/desempleo*: supone la columna vertebral de la inclusión debido a la relación que guarda con la dimensión económica y ésta a su vez con la mayoría de las esferas de la vida. Por el contrario, el desempleo es el elemento más relacionado con la ausencia de recursos económicos y por ende con la pobreza y la exclusión social.
2. *La educación*: a nivel global supone un pilar esencial para construir y desarrollar la sociedad, mientras que a nivel individual, ejerce un gran impacto sobre el bienestar personal ya que como ha sido determinado por el indicador AROPE, un mayor nivel educativo ayuda a disminuir el riesgo de pobreza y exclusión social.
3. *La vivienda*: es un aspecto indispensable para la integración social y fundamental para todas las personas y familias. Tener dificultades para

acceder a bienes, condiciones y elementos básicos de la vida implica un mayor riesgo de situación de exclusión social y ello hace que la vivienda sea un factor determinante en los procesos de inclusión.

#### *4. La salud*

El estado de salud de las personas tiende a ser un reflejo de múltiples situaciones en las que se hermanan las carencias económicas, la cultura, las desigualdades sociales y las dificultades de acceso tanto a espacios geográficos como a recursos naturales y materiales. Todo ello deriva en la imposibilidad de poder cubrir las necesidades básicas humanas y otros elementos primordiales que condicionan una peor calidad de vida y de salud.

Todas las personas pueden verse afectadas por la exclusión social, no obstante, existen grupos que por poseer determinadas características son más vulnerables y conviven con un mayor riesgo de ser apartados de la sociedad. Estos grupos de riesgo de acuerdo con el ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad (2014) son: personas sin hogar, personas con alguna discapacidad, personas mayores, personas en situación de dependencia, personas inmigrantes, mujeres víctimas de violencia de género, población gitana, víctimas de discriminación por orientación sexual, origen étnico o racial e identidad de género, personas con problemas de adicción (ludopatía, alcoholismo, drogadicción) y personas reclusas o exreclusas.

### **2.2 Exclusión social, salud y estilos de vida**

Centrándonos en la salud, son numerosos los estudios que evidencian que a peor condiciones de vida, peor son las condiciones de salud de los individuos (Carmona y Parra, 2015; Corella y Ordovás, 2015; Balzunegui y Puig, 2016). Cabría resaltar el revolucionario Informe Lalonde (1974), el cual mediante un estudio epidemiológico del proceso de salud-enfermedad de los canadienses demostró que éste no se producía solo por factores biológicos o infecciosos, sino que como ya venía advirtiendo Milton Terris, en este proceso intervendrían múltiples causas que fueron agrupadas en cuatro grandes determinantes: el componente biológico, los hábitos de vida, el medio ambiente y el sistema de atención sanitario (Villar, 2011).

A través de dicho estudio se evidenció que el determinante que más incrementaba el riesgo mortalidad era el estilo de vida. Además, reveló que se podía intervenir en muchas de las causas de enfermedad, discapacidad y muerte, por lo que hasta cierto punto, éstas causas tienen un carácter evitable y prevenible. Así mismo, también explica que se puede intervenir sobre hábitos y comportamientos debido a que son conductas aprendidas (Palomino, Grande y Linares, 2014).

De esta manera, la salud de las personas queda condicionada por los determinantes sociales, mientras que estos a su vez, pueden estar afectados por las desigualdades sociales, obteniendo como resultado las desigualdades en salud.

Podemos entender las desigualdades en salud de acuerdo con la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España (2010) como:

Aquellas diferencias en salud injustas y evitables entre grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente. Estas desigualdades son el resultado de las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, sexo, territorio o etnia, lo que se traduce en una peor salud entre los colectivos socialmente menos favorecidos. (MSSSI, 2015, p.17)

A partir del informe Lalonde, son varios los modelos que tratan de explicar estas desigualdades en salud de manera más completa. En 2005 la OMS creó la Comisión de Determinantes Sociales de Salud (CDSS) y propuso un modelo (Anexo I) a partir del modelo de Solar e Irwin, en el cual se evidencian dos tipos de determinantes (Lobato, 2010). Por un lado *los determinantes estructurales*, los cuales atenderían al contexto socioeconómico y político y como éstos contribuyen a generar y mantener la estratificación social, además de la distribución abrupta del poder y los recursos. Por otro lado estarían los *determinantes intermedios*, los cuales responderían ante los ejes de desigualdad, ya que en función de la clase social, edad, etnia, género y territorio de procedencia, se generan jerarquías de poder que van a determinar la mayor o menor posibilidad de acceso a la salud y a los recursos necesarios para mantenerla (De la Torre y Oyola, 2014).

En el contexto Español, también la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España publicó su propio modelo a partir del propuesto por la CDSS y del modelo de Navarro (Anexo II).

Por lo tanto, el encontrarse en situación o en riesgo de exclusión social supone riesgos añadidos para la salud en la medida en que esta situación afecta a los hábitos alimentarios y a los estilos de vida, siendo estos los pilares básicos para conseguir o mantener un buen nivel de salud (Belzunegui y Puig, 2016).

La OMS define el *estilo de vida* como “una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales (OMS, 1998, p.27)”. En ese sentido, los individuos pueden presentar *hábitos de vida saludables*, refiriéndose a aquellos patrones de conducta, conocimientos, acciones y creencias de las personas que les permiten mantener, mejorar o restablecer su salud, o por el contrario, pueden desarrollar conductas que son nocivas para la salud (Sánchez y De Luna, 2015).

Es necesario aclarar que en cuanto a cómo afecta la exclusión social a los hábitos y estilos de vida no se encuentra literatura al respecto; dado el carácter multifactorial de éste concepto, por ello, se relaciona la exclusión social con las desigualdades sociales y se aborda desde la perspectiva de cómo influye el estatus socioeconómico - el cual es medido mediante el nivel de renta, el nivel educativo y la profesión- en los estilos de vida, ya que existen numerosos estudios que han demostrado la relación inversa entre el estatus socioeconómico y los estilos de vida saludables (Álvarez y Luz, 2012;Corella y Ordovás, 2015;Corral y Pría, 2017).

Entre los factores que más afectan al estilo de vida y en consecuencia a la salud, encontramos: el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, la actividad física y los hábitos alimentarios (Benassar, 2012). Los hábitos alimentarios se tratarán más adelante en otro apartado debido al interés que despierta para el desarrollo de este estudio.

En primer lugar, el *tabaquismo* es considerado como la principal causa de muerte prevenible a nivel mundial dado la relación que guarda este hábito con una mayor morbi-mortalidad por diferentes enfermedades (Bardach, García y Ciaponni, 2016). El consumo de tabaco suele ser más frecuente en personas de nivel educativo

bajo y especialmente común, entre los desventajados socioeconómicamente en los países desarrollados, demostrándose una fuerte asociación entre bajos ingresos económicos y mayor prevalencia del hábito tabáquico, al mismo tiempo, que una mayor dificultad para abandonar el hábito (Nedó y Paulik, 2012; Ferreira, Baldini y Sivalli, 2014; Bardach, García y Ciaponni, 2016). Encontrarse en una situación económica o laboral desfavorable o pertenecer a una clase social baja, propicia el desarrollo o mantenimiento de este hábito y aumenta la posibilidad de desarrollar enfermedades como cáncer de pulmón, enfisema, problemas cardiovasculares... (Benassar, 2012). Así mismo, se resalta que existe una mayor prevalencia de consumo de tabaco en personas desempleadas y que la ansiedad - que es un factor que puede verse incrementando por situaciones de estrés emocional o por las dificultades actuales de vida - aumenta el riesgo del hábito tabáquico (Ferreira, Baldini y Sivalli, 2014).

En cuanto al *consumo de alcohol*, las variables se relacionan de manera muy parecida al tabaquismo. Un nivel educativo bajo o encontrarse en situación de desempleo ha sido relacionado con un mayor consumo de alcohol y con mayores conductas de riesgo y daños para la salud. Sin embargo, se observan diferencias en cuanto al nivel de renta y la frecuencia y la cantidad de consumo. Las personas de menores ingresos consumen bebidas alcohólicas con menor frecuencia pero en mayor cantidad, mientras que las personas de mayores ingresos consumen alcohol con mayor frecuencia pero en menores cantidades. También se han hallado relaciones entre una mayor mortalidad asociada al consumo de alcohol con un nivel socioeconómico bajo (Blas y Sivasankara, 2010; SIIS Centro de Documentación y Estudios, 2015).

Respecto a la *actividad física*, la evidencia científica destaca la importancia de la misma en términos de salud, de bienestar físico y mental, de relaciones sociales y de igualdad de oportunidades. Sin embargo, la práctica o no del ejercicio físico está ligada a factores socioeconómicos como la edad, el nivel educativo y de ingresos, el empleo o desempleo, pertenecer a minorías o el género, concluyendo en que la práctica de la actividad física será menor en aquellos grupos o colectivos en desventaja socioeconómica lo que repercutirá directamente en su bienestar (SIIS Centro de Documentación y Estudios, 2018).

De acuerdo con la OMS, la inactividad física constituye el cuarto factor de riesgo de mortalidad a nivel mundial debido a que acrecienta la prevalencia de

enfermedades no transmisibles (ENT) como la diabetes, enfermedades cardiovasculares o el sobrepeso entre otras, estimándose que seis de cada diez defunciones son atribuibles a ENT (OMS, 2010).

Los expertos señalan que la principal causa de exclusión en la actividad física es la precariedad económica, debido a las limitaciones que ésta impone para acceder a sitios de ocio, equipamientos, transportes o recursos para el cuidado de los hijos. Sin duda, otros aspectos como la discapacidad, el racismo, la desigualdad de género o el edadismo también van a influir en la inactividad física pero siempre va a existir un mayor riesgo cuando estos se conjuguen con la precariedad económica (Collins y Kay, 2014;Haudenhuyse, 2015). A este hecho, se le suma que los colectivos en desventaja socioeconómica sufren la desigualdad en otras áreas de su vida, haciendo que la práctica de actividad física no constituya una prioridad debido a que tienen que hacer frente a otras necesidades más urgentes (SIIS Centro de Documentación y Estudios, 2018).

Los beneficios que reporta la actividad física para la salud han sido demostrados en cuanto que reduce el riesgo de enfermedades cardiovasculares, de diabetes tipo II y algunos tipos de cáncer. Además, ayuda al bienestar psicológico reduciendo los niveles de ansiedad, estrés y depresión y también ayuda al control del peso previniendo el sobrepeso y la obesidad, donde el sedentarismo es considerado como un factor de riesgo de mortalidad equiparable al tabaquismo (OMS, 2010;SIIS Centro de Documentación y Estudios, 2018).

Por ello, la OMS (2018) en su publicación sobre recomendaciones mundiales de la actividad física para la salud, determina que los adultos de entre 18-64 años deberán realizar un mínimo de 150 minutos a la semana de actividad física aeróbica moderada en sesiones de al menos 10 minutos o en otro caso, 75 minutos semanales de actividad física vigorosa. Se pueden combinar ambas actividades y si se quieren obtener mayores beneficios se debe aumentar la actividad aeróbica moderada a 300 minutos o 150 minutos de actividad vigorosa.

En definitiva, el estilo de vida está condicionado por conductas y comportamientos que van a afectar a la salud, siendo las personas con un peor nivel en la estructura social quienes tienen menores oportunidades para conseguir estilos de vida saludables. Si se quieren transformar estas conductas es necesario que no se

responsabilice únicamente al individuo, sino también a las instituciones, ya que son principalmente las responsables de las condiciones sociales de vida actual que empujan al individuo hacia patrones de comportamiento inadecuados (Guerrero y León, 2010; Álvarez y Luz, 2012).

### **2.3 Los hábitos alimentarios en la exclusión social**

Bien es sabido que el nivel socioeconómico ha sido uno de los principales factores determinantes de la alimentación a lo largo de la historia. Las personas con menores recursos eran las que sufrían por enfermedades carenciales debido a una insuficiente alimentación o dietas poco variadas, como por ejemplo el escorbuto, asociado a una deficiencia de vitamina C por una dieta pobre en frutas y verduras, lo que derivaba en un sistema inmunitario más débil y un mayor riesgo de mortalidad por enfermedades infecciosas (Corella y Ordovás, 2015).

Sin embargo, debido a los cambios acontecidos en los últimos tiempos y gracias a las acciones de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, se ha producido una transición epidemiológica y nutricional, donde se deja atrás una mayor morbimortalidad por enfermedades infecciosas para pasar a ocupar su lugar las enfermedades crónicas. Se pasa de una situación de carestía de alimentos a un desequilibrio en su ingesta, incrementándose el consumo de grasas saturadas, alimentos procesados y de alto contenido calórico (Morrodán, Montero, Cherkaoui, 2012; Corella y Ordovás, 2015).

Por ello, en los países industrializados existe preocupación por los hábitos alimentarios que la población está adoptando dada su estrecha relación con la salud y la enfermedad (Salinas y Hernández, 2013).

La Fundación Española de la Nutrición (FEN) (2014) define los hábitos alimentarios como “aquellos comportamientos que de manera consciente, colectiva y repetitiva, conducen a las personas a seleccionar, utilizar e ingerir determinados alimentos o dietas, bajo influencias sociales y/o culturales”. Los hábitos alimentarios determinan lo que es apropiado e inapropiado para comer, cómo se debe manipular y elaborar el alimento, cómo actuar ante el desperdicio de comida y aprovisionamiento de

alimentos, así como las normas para ofrecérselos a la familia (Díaz, 2016). Todas las culturas presentan diferentes hábitos alimentarios manifestados en forma de tabúes, costumbres, rituales y tradiciones culinarias que van a condicionar desde la cantidad adecuada para ingerir; al orden de consumición de los alimentos o los animales prohibidos o que son adecuados para comer (Álvarez, 2014).

Estos hábitos alimentarios no están únicamente limitados por las preferencias individuales, sino que también existen una serie de determinantes que afectan a la elección de los alimentos, entre ellos encontramos (Dip, 2014):

- *Determinantes biológicos*: el apetito, la saciedad, aspectos sensoriales y la palatabilidad.
- *Determinantes económicos*: los ingresos y el coste de los alimentos.
- *Determinantes físicos*: el acceso a nivel geográfico y de disponibilidad, la educación, conocimientos, capacidades personales para cocinar y el tiempo disponible.
- *Determinantes sociales*: la cultura propia, la clase social, redes de apoyo familiar, el entorno y las influencias de otras culturas.
- *Determinantes psicológicos*: el estado de ánimo, el estrés, la ansiedad o la depresión.

Si bien aunque la exclusión social pueda existir en situaciones en las que las personas excluidas no se encuentren necesariamente en situación de pobreza o económicamente inseguras, de todos los determinantes mencionados, es el económico el que más repercute en la alimentación. De esta manera, el estudio de la exclusión social y los hábitos alimentarios es abordado en las publicaciones científicas desde la perspectiva económica, ya que ésta puede ser causa o efecto de la situación de exclusión social y determinante de los hábitos alimentarios. Asimismo, también se encuentran asociaciones entre clases sociales y unos malos hábitos alimentarios (King, Lee, Kivinen, Hrabovszkib y Fell, 2015).

Las dificultades económicas suponen gestionar las diferentes partidas del gasto en el hogar. La alimentación es una de las dimensiones afectadas por estas gestiones ya que aunque se considera la más importante y en la que menos se quiere recortar, unos ingresos insuficientes derivan en unos hábitos alimentarios diferentes a los deseados,



tanto a nivel individual como desde las recomendaciones nutricionales (Espeitx y Cáceres, 2011). Algunos de estos cambios en los hábitos alimentarios se traducen en ajustar lo que se compra y se consume para minimizar gastos y evitar desperdicios, también se opta por la compra de productos más baratos independientemente de su valor nutricional y por saltarse las comidas entre otras actuaciones, esto hace que la mayoría de las personas con bajos ingresos dependan en muchas ocasiones de los recursos sociales públicos y privados, para alimentarse (Gracia, 2015).

Se han encontrado asociaciones entre la precariedad económica o estatus socioeconómico bajo y el incremento del sobrepeso y la obesidad (Espeitx y Cáceres, 2011). Las personas de clase baja o con pocos ingresos tenderían a consumir menos frutas y vegetales y más alimentos ricos en grasas y azúcares con respecto a las clases sociales más altas, resultando en una pobre ingesta de nutrientes (Kin et al., 2015; Turrel y Vandevijvere, 2015; Oude, Van Lenthe, Beenackers y Kamphuis, 2017).

Aunque resulte paradójico, las personas con escasos recursos económicos tendrían una mayor tendencia hacia el sobrepeso y la obesidad ya que seleccionarían alimentos ricos en carbohidratos, grasas y azúcares debido a que no se podrían permitir una dieta más saludable y variada. Comprarían estos productos porque son más baratos y tienen un alto nivel de palatabilidad y energía, que aunque no sean los más convenientes, los saciarían. Además, la evidencia destaca que tanto en Estados Unidos, como en Europa y Australia las mujeres con un bajo nivel económico, social y educacional tienen un mayor riesgo de obesidad (Espeitx y Cáceres, 2011; Kin et al., 2015).

La obesidad se presenta como un reto a afrontar por la salud pública ya que aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares, artrosis, alteraciones metabólicas y algunos tipos de cáncer (mama, próstata y colon). Además, se constata que la obesidad reduce los niveles de salud, bienestar y calidad de vida, propiciando un mayor riesgo de muerte prematura, por lo que se vuelve a evidenciar como las desigualdades sociales son determinantes de la salud de las personas (Álvarez, Goez y Carreño, 2012).

Instaurar hábitos alimentarios saludables en la población supone una forma de promoción y protección de la salud (Álvarez, 2014). El Grupo Colaborativo de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC) (2016), ha publicado una nueva guía y pirámide de alimentación basada en la mejor evidencia disponible para prevenir

las enfermedades crónicas mediante una alimentación saludable, aumento de la actividad física y la reducción del sedentarismo. La pirámide de alimentación saludable (Anexo III) está dividida en tres niveles:

### **Base de la pirámide**

En este nivel se incluyen factores complementarios o que sustentan la alimentación saludable, como la promoción del equilibrio emocional, el balance energético, útiles y técnicas culinarias saludables y el aporte hídrico diario.

### **Segundo nivel**

En él encontramos los alimentos recomendados para consumo diario, en cantidades y proporciones variables:

- *Cereales de grano entero*: se recomienda su consumo junto con derivados integrales u otros hidratos de carbono complejos ajustando su ingesta a la actividad física realizada en el día.
- *Frutas*: se recomiendan las de temporada, maduras, con un buen lavado previo y la ingesta de tres o más raciones variadas al día.
- *Verduras y hortalizas*: se recomiendan las de temporada y como mínimos dos raciones de cada una de ellas al día.
- *Aceite de oliva*: es apropiado tanto para la elaboración de la comida como para su consumo en crudo. Se recomienda como acompañamiento de los alimentos y no en exceso.
- *Las carnes blancas*: son una buena fuente de proteínas. Hay que priorizar las que tengan poca grasa añadida y acompañarlas con ración de verduras o ensalada.
- *Los pescados y mariscos*: también son buena fuente de proteínas y vitaminas, sobre todo los ricos en ácidos grasos poliinsaturados. Se recomienda consumir dos o tres veces a la semana alternando con los productos cárnicos.
- *Las legumbres*: son una gran fuente de energía y nutrientes particular de la cocina mediterránea. Se recomiendan consumir dos o tres raciones a la semana.

- *Los frutos secos y semillas:* comunes de la dieta mediterránea tradicional. Intentar que sean naturales y poco manipuladas y preferentemente sin sal o azúcares añadidos.
- *Los huevos:* ricos en nutrientes, la frecuencia de consumo será de carácter individualizado y priorizando los huevos ecológicos o camperos.
- *Productos lácteos:* consumir de dos a cuatro veces al día, preferiblemente bajos en grasas y azúcares.

### **Tercer Nivel**

Corresponde a la parte superior de la pirámide, donde la frecuencia de consumo de estos alimentos deberá ser ocasional, moderada y opcional.

- *Carnes rojas y procesadas:* siempre deberán moderarse en una alimentación saludable, se recomiendan que los productos sean de calidad, tratados por procedimientos culinarios apropiados y acompañados por hortalizas frescas.
- *Grasas untadas:* siempre moderadas y ocasionales, se prefiere la mantequilla sin sal.
- *Azúcar y productos azucarados:* no sobrepasar el 10% de la ingesta energética diaria.
- *Sal:* no superar los 6 g de sal al día, evitar productos con sales añadidas.
- *Bollería, pastelería, bebidas azucaradas:* se prefiere la repostería casera, natural, sin aditivos añadidos.
- *Bebidas alcohólicas:* siempre se deberá evitar o moderar. En el caso de los hombres, pueden tomar hasta dos copas de vino al día y las mujeres una, siempre intentado que sean de baja graduación y de calidad.

### **3. Problema de investigación**

En la actualidad existe un gran interés general en conocer cómo afecta e influye la desigualdad social a la salud de la población, partiendo de la base de que se considera que a peores condiciones de vida peor va a ser la salud de las personas. En ese sentido, resulta interesante investigar a las personas que se hallan en situación de exclusión social, ya que se considera que presentan una mayor vulnerabilidad y riesgos de sufrir problemas de salud por no poder hacer frente a los retos de la vida diaria por

encontrarse ante una desigualdad económica, política y/o social y se van a ver obligados a recurrir a centros sociales para solicitar ayudas que les permitan cubrir las necesidades de la vida diaria.

En este contexto, llevar un buen estilo de vida y una buena alimentación son las variables indispensables para la mejora y mantenimiento del nivel de salud, sin embargo, la exclusión social se ha visto relacionada con malos hábitos de vida y de alimentación, los que incrementan el riesgo de padecer enfermedades crónicas (obesidad, diabetes mellitus tipo II, hipertensión...) y de mortalidad en este colectivo, por lo que se trata de un asunto de interés para la salud pública.

En la motivación para el desarrollo de este estudio encontramos que aunque se hayan realizado estudios que abordan la exclusión social junto con los hábitos alimentarios y los estilos de vida, no se han encontrado estudios similares que hayan sido llevados a cabo dentro de un contexto multicultural, como es en este caso la ciudad de Melilla, razón por la cual consideramos relevante esta investigación ya que nos puede brindar nuevas asociaciones en cuanto a la cultura, la exclusión social, los estilos de vida y los hábitos alimentarios y nos permite a su vez, abrir nuevas líneas de investigación para futuros estudios en otros ámbitos.

## **4. Objetivos**

### **4.1 Objetivo general**

Conocer cómo afecta el proceso de exclusión social a los hábitos alimentarios y estilos de vida de las personas en la Ciudad Autónoma de Melilla.

### **4.2 Objetivos específicos**

1. Comprobar si existe relación entre el nivel de renta y los hábitos alimentarios y estilos de vida en personas afectadas por la exclusión social.

2. Comparar los hábitos alimentarios y estilos de vida en diferentes grupos culturales en riesgo o situación de exclusión social.

## 5. Marco metodológico

### 5.1 Diseño

Estudio descriptivo, observacional de carácter transversal.

### 5.2 Población y muestra

La población objeto de estudio son todas las personas que acudan a los centros de servicios sociales de Melilla.

La técnica de muestreo empleada fue un muestreo no probabilístico por cuotas. En primer lugar, sería no probabilístico debido a que no todos los sujetos de la población tienen la misma probabilidad de ser elegidos, y por cuotas, porque la muestra se ha seleccionado considerando una serie de variables y características específicas (Callejo, Del Val y Viedma, 2009).

A pesar de que la muestra invitada abarcaba a todas las personas que accedían al Centro de Servicios Sociales, finalmente la muestra participante fue de 17 personas.

En cuanto a las características de los 17 participantes, 6 (35.3%) son hombres y 11 (64.7%) son mujeres, con una media de edad de 45.18 años lo que representa una muestra adulta (Tabla 1).

**Tabla 1.** *Distribución de los participantes por sexo*

Sexo de los participantes	Proporción
<i>Hombre</i>	35.3%
<i>Mujer</i>	64.7%

Respecto al estado civil, un 11.8% son solteros, un 76.5% casados, un 5.9% pareja de hecho y otro 5.9% divorciados. La mayoría de la muestra (35.3%) tiene 3 hijos, seguido de un 29.4% con 2 hijos, un 23.5% con 4 hijos, un 5.9% con 7 hijos y solo una persona (5.9%) sin ningún hijo, donde la media de personas que habitan en el domicilio es de 4.35 (Tabla 2).

Todos son de nacionalidad española y residentes en Melilla, habiendo nacido un 94.1% en España y un 5.9% en Marruecos. La etnia predominante es la bereber (58.8%)

seguida de la caucásica (41,2%) y respecto a la religión que practican, encontramos que un 58,8% son musulmanes y un 41.2% cristianos (Tabla 2).

En cuanto al nivel de estudios de los hombres participantes y de los maridos de las mujeres participantes, observamos que el 64.7% poseen estudios elementales o el graduado escolar, el 17.6% posee titulación de F.P, bachillerato o similar y otro 17.6% posee estudios universitarios. En el caso del análisis del nivel de estudio de las mujeres participantes y de las esposas de los hombres participantes, observamos que un 70.6% tiene estudios elementales o el graduado escolar, un 17.6% F.P, bachillerato o similar y solo un 5.9% posee estudios universitarios (Tabla 2).

Entre las profesiones que desempeñan los hombres participantes y maridos de las mujeres participantes encontramos, peón obrero (29.4%), peluquero (5.9%), funcionario (11.8%), militar (11.8%), vigilante de seguridad (5.9%), empresario (11.8%), pensionista (11.8%), conserje (5.9%) y camarero (5.9%). En el caso de las profesiones de las mujeres participantes y las esposas de los hombres participantes las profesiones son las siguientes, ama de casa (64.7%), peluquera (11.8%), cocinera (5.9%), funcionaria (5.9%) y esteticien (5.9%) (Tabla 2).

En cuanto a la situación laboral de las personas participantes, el 29.4% se definen como amas de casa, el 23.5% son trabajadores por cuenta ajena, otro 23.5% son autónomos, el 17.6% están desempleados y un 5.9% son pensionistas (Tabla 2).

Por otro lado, en lo referente a la vivienda, un 41.2% la tiene en propiedad, un 23.5% en propiedad pero con hipoteca y un 35.3% alquilada (Tabla 2).

**Tabla 2.** Resumen descriptivo de las características de los participantes

<b>Sexo</b>	Hombres: 35.3%		Mujeres: 64.7%		
<b>Estado civil</b>	Solteros: 11.8%	Pareja de hecho: 5.9%	Casados: 76.5 %	<i>Divorciado:</i> 5.9%	
<b>Nº de hijos</b>	0 Hijos: 5.9%	2 Hijos: 29.4%	3 Hijos: 35.3%	4 Hijos: 23.5%	7 Hijos: 5.9%
<b>País de nacimiento</b>	España: 94.1%		Marruecos: 5.9%		
<b>Etnia</b>	Bereber: 58.8%		Caucásica: 41.2%		
<b>Religión</b>	Musulmana: 58.8%		Cristiana: 41.2%		
<b>Nivel de estudios del marido</b>	Elementales o graduado escolar: 64.7%	F.P, Bachillerato o similares: 17.6%	Estudios universitarios: 17.6%		

<b>Nivel de estudios de la mujer</b>	Elementales o graduado escolar: 70.6%	F.P, Bachillerato o similares: 17.6%	Estudios universitarios: 5.9%
<b>Profesión hombres</b>	Peón obrero (29.4%), Peluquero (5.9%), Funcionario (11.8%), Militar (11.8%), V. De seguridad (5.9%), Empresario (11.8%), Pensionista (5.9%), Camarero (5.9%) y Conserje (5.9%).		
<b>Profesión mujeres</b>	Ama de casa (64.7%), Peluquera (11.8%), Cocinera (5.9%), Funcionaria (5.9%) y Esteticien (5.9%)		
<b>Situación laboral</b>	Desempleados (17.6%), Amas de casa (29.4%), Trabajador por cuenta ajena (23.5%), Autónomo (23.5%) y Pensionista (5.9%)		
<b>Vivienda</b>	En propiedad: 41.2%	Con hipoteca: 23.5%	Alquilada: 35.3%

### 5.3 Variables del estudio

En función de nuestros objetivos localizamos dos tipos de variables:

- *Variables independientes:* nivel de renta personal y la religión.
- *Variables dependientes:* estilos de vida (peso, actividad física, consumo de alcohol, drogas y tabaco), hábitos alimentarios (frecuencia de consumo de alimentos, número de comidas al día, composición del almuerzo y procesos culinarios).

### 5.4 Técnica de recogida de datos

Previamente a la recogida de datos se solicitó el permiso al Director General de Servicios Sociales de la C.A. de Melilla para poder llevar a cabo la técnica de la encuesta en los centros de la ciudad. Una vez obtuvimos el permiso, se procedió a realizar la encuesta utilizando como instrumento un cuestionario, ya que de acuerdo con Casas, Repullo y Dondado (2003) el cuestionario *recoge de forma organizada los indicadores de las variables implicadas en el objetivo de la encuesta* (p. 532).

Se han empleado dos cuestionarios en esta investigación. El primero de ellos recoge los datos sociodemográficos, sobre los estilos de vida y frecuencia de consumo de alimentos adaptado de los cuestionarios validados de Coromoto, Pérez, Herrera y Armenia (2011) y González et al (2012) (Anexo IV), con el que se pretende determinar y conocer los hábitos alimentarios y estilos de vida de la población en exclusión social.

Se encuentra compuesto de 4 dimensiones:

- *Datos sociodemográficos (I)*: incluye la edad, sexo, número de hijos, lugar de nacimiento de los hijos, localidad de residencia actual, país de nacimiento, número de personas que habitan en el hogar a su cargo, nacionalidad, religión, idiomas que habla y estado civil.
- *Datos sociodemográficos (II)*: incluye edad, nacionalidad y lugar de nacimiento tanto del a mujer como del marido, nivel de estudios y profesión de la mujer y el marido, personas que viven en el hogar, parentesco, situación laboral, propiedad de la vivienda y elementos de los que dispone el hogar.
- *Antecedentes y hábitos en salud*: incluye antecedentes de enfermedad crónica u hospitalización, automedicación y vacunación de los hijos.
- *Datos sobre hábitos alimentarios y estilos de vida*: incluye personas encargadas de la elaboración de la comida, hábitos en cuanto al lugar y número de platos en el almuerzo, tomas que realiza a diario, presencia de sobrepeso en la familia, consideraciones respecto al estilo de vida y peso actual, conocimientos de los riesgos derivados de una mala alimentación, consumición de tabaco, alcohol o drogas ilegales, horas de sueño, frecuencia de consumo de diferente grupos de alimentos, procesos culinarios, actividades realizadas mensualmente, interés en política y religión, nivel de renta y sobre la relación con los centros de los servicios sociales.

En segundo lugar se ha utilizado el cuestionario internacional de actividad física (IPAQ) (Anexo V), para conocer el nivel de actividad física que realizan en su vida cotidiana. Consta de 7 preguntas sobre el número de días y tiempo que dedicaron a caminatas (3,3 MET), actividad física moderada (4 MET) o vigorosa (8,8 MET). Cada una de estas actividades está representada por un indicador MET y una fórmula que incluye los minutos y los días de actividad realizados la semana, donde tras la suma de



los resultados de cada fórmula, se obtendrá una cantidad de METs que a través de una tabla de valores determinarán si el nivel de actividad es inactivo-bajo, moderado o alto.

La administración del cuestionario se llevó a cabo a lo largo del mes de mayo en diferentes días y por la mañana. Se les explicó a los participantes cual era la temática del estudio y se les informo del carácter anónimo y voluntario del mismo, pudiendo negarse a participar si fuese el caso. La duración aproximada para completar cada cuestionario fue de 15 a 20 minutos.

## 6. Resultados

Una vez obtenidos los datos, se introdujeron y analizaron mediante el software estadístico IBM SPSS Statistics ver. 23. Se realizó un análisis descriptivo e inferencial, utilizando la prueba de Chi-cuadrado de Pearson para poder medir el grado de relación entre variables.

### 6.1 Resultados para el objetivo 1

Antes de comenzar a analizar los hábitos alimentarios y estilos de vida en función del nivel de renta, es conveniente conocer el acondicionamiento del hogar y los antecedentes y hábitos en salud de las personas participantes.

El acondicionamiento de la vivienda se ha centrado en la disponibilidad y acceso a determinados bienes que están implicados en el proceso de exclusión social, entre ellos encontramos: ducha, bañera, cocina, frigorífico, microondas, lavadora, televisor, radio, teléfono móvil y fijo, ordenador personal, acceso a internet, calefacción, aire acondicionado, brasero o estufa y consola de videojuegos (Tabla 3).

**Tabla 3.** *Relación de disposición de bienes materiales en el hogar*

Bienes materiales de los que se disponen en el hogar		
Bienes	Sí	No
<i>Ducha</i>	84.4%	17.6%
<i>Bañera</i>	52.9%	47.1%
<i>Cocina</i>	100%	-
<i>Frigorífico</i>	100%	-
<i>Lavadora</i>	100%	-

<i>Televisor</i>	100%	-
<i>Móvil</i>	100%	-
<i>Microondas</i>	88.2%	11.8%
<i>Radio</i>	70.6%	29.4%
<i>Teléfono fijo</i>	58.8%	41.2%
<i>Ordenador</i>	82.4%	17.6%
<i>Internet</i>	11.8%	88.2%
<i>Calefacción</i>	58.8%	41.2%
<i>Aire acondicionado</i>	58.8%	41.2%
<i>Consola</i>	35.3%	64.70%

Como se puede observar en la tabla 3 respecto al acondicionamiento de la vivienda, el 100% de los participantes poseen cocina, frigorífico, televisor y móvil. La mayoría posee ducha (82.40%) y menor medida bañera (52.90%) frente a un 17.60% y 47.10% respectivamente que no poseen ninguno de estos elementos. El microondas y el internet también son elementos muy presentes (88.2%) no disponiendo de ellos solo el 11.8% de la muestra. El 70.60% tienen radio frente a un 29.4% que no la tienen. El teléfono fijo sería el que estaría más igualado en cuanto a presencia ausencia, disponiendo de él un 58.8% ante un 41.20% que no. Las grandes diferencias se encuentran en el aire acondicionado y en la calefacción, donde se observa que la mayoría (58.8%) en ambos casos no poseen estos elementos frente a un 41.20% que sí. Por último la consola está presente en el 64.70% de los hogares y no lo está en el 35.30%.

Siguiendo con los antecedentes y hábitos en salud, a la pregunta de si poseen alguna enfermedad crónica el 35.3% contestó que sí, siendo estas enfermedades diabetes mellitus tipo II (5.9%), enfermedad coronaria (5.9%), hiperdislipemia (11.8%), celiaquía (5.9%) e hipotiroidismo (5.9%), como se puede ver en la tabla 4.

**Tabla 4.** *Relación de enfermedades crónicas presentes en la muestra de estudio*

Presencia de enfermedades crónicas			
	No	Sí	Tipo de Enfermedad
<b>Enfermedad Crónica</b>	64.7%	35.3%	Diabetes 5.9% Enfermedad coronaria 5.9% Hiperdislipemia 11.8% Celiaquía 5.9% Hipotiroidismo 5.9%

Por otro lado, se les preguntó si habían sido hospitalizados alguna vez dando respuesta afirmativa el 70.6% de los participantes, entre los motivos encontramos:

celiaquía (5.9%), amputación dedo (5.9%), partos (41.2%), arritmias (5.9%), operación de rodilla (5.9%) y operación de hernia (5.9%). Además, el 58.8% admitió haberse automedicado y haber tomado antibióticos sin prescripción médica frente al resto que sí habían seguido las prescripciones médicas.

Adentrándonos en los hábitos alimentarios, vamos a ver quiénes son los encargados de elaborar el menú diario en el hogar y en este caso, es interesante hacer una distinción por sexos. Las mujeres afirman ser ellas en el 58.8% de los casos las que elaboran el menú para la familia, sus cónyuges no preparan el menú diario (0%) y solo hay un 5.9% de los casos en los que lo prepara una persona distinta al cónyuge. En el caso de los hombres, solo preparan el menú diario el 5.9% mientras que el 23.5% atribuye la elaboración del menú a sus mujeres y un 5.9% a otra persona distinta de ambos. En este análisis inferencial, como se puede observar en la tabla 5, se ha obtenido un *p-valor* de 0.04, por lo que hay diferencias estadísticamente significativas en la elaboración del menú diario en función del sexo, siendo las mujeres las principales encargadas.

**Tabla 5.** Persona encargada de elaborar el menú diario por sexos

La persona encarga de elaborar el menú diario en su hogar es...				
	Usted	Cónyuge	Otro	<i>p- valor</i>
Hombres	5.9%	23.5%	5.9%	
Mujeres	58.8%	0%	5.9%	0.04

A continuación, se va a comenzar a analizar las variables que hacen referencia a los hábitos alimentarios en función del nivel de renta. Dado que el nivel de renta en el cuestionario está valorado de 1 a 10 (donde 1 equivale a muy pobre y 10 a muy rico) se han obtenido 6 tipos de resultados diferentes para el nivel de renta siendo estos de 2 a 7, por ello, se ha decidido agrupar los niveles de renta para hacer más sencillo la lectura de los resultados. De esta manera, se han creado 4 grupos (A, B, C y D) donde el grupo A representaría a las personas con un nivel renta entre 1 y 2, el grupo B a aquellos con un nivel de renta entre 3 y 4, el grupo C a las personas con un nivel de renta entre 5 y 6 y el grupo D a aquellos con un nivel de renta entre 7 y 8.

La primera variable a analizar es el lugar en el que los participantes almuerzan a diario. Se encuentra que un 88.2% afirma almorzar en casa y que sólo un 11.8% manifiesta almorzar en la calle. Este 11.8% estaría conformado por el 5.9% del grupo A

y un 5.9% del grupo B, mientras que los que el 88.2% de los que almuerzan en casa corresponderían a un 35.3% del grupo B, un 41.2% del grupo C y un 11.8% del grupo D. En este caso, el *p-valor* obtenido ha sido de 0.033, por lo que se encuentran diferencias significativas entre el lugar donde se realiza la toma del almuerzo a diario (casa-calle) y el nivel de renta (Tabla 6).

**Tabla 6.** Relación lugar de toma del almuerzo a diario y nivel de renta

Lugar de toma del almuerzo a diario			
Nivel de renta	Casa	Calle	<i>p-valor</i>
Grupo A (1 - 2)	-	5.9%	0.033
Grupo B (3 - 4)	35.3%	5.9%	
Grupo C (5 - 6)	41.2%	-	
Grupo D (7 - 8)	11.8%	-	

También se les preguntó por cuántos platos estaba conformado el almuerzo diario en el hogar, dando las opciones de: primer plato (verdura, ensalada) + segundo plato (carne, pescado o guiso) + postre (fruta), plato único (carne, pescado, guiso) + Postre (lácteo) o Plato único (carne, pescado o guiso). Entre los resultados obtenidos se observa que la mayoría de ellos (58.8%) toman plato único + postre, encontrándose dentro de este porcentaje un 29.4% del grupo B y otro 29.4% del grupo C. Quienes consumen primer plato + segundo + postre serían un 11.8% del grupo B y del grupo D y un 5.9% del grupo C. Así mismo, los que tomarían plato único serían un 5.9% del grupo A y otro 5.9% del grupo C, por lo que con un *p-valor* de 0.029 existen diferencias estadísticamente significativas respecto a la composición del almuerzo a diario y el nivel de renta (Tabla 7).

**Tabla 7.** Relación composición diaria del almuerzo en el hogar y nivel de renta

La composición del almuerzo diario en el hogar consiste en...				
Nivel de renta	Primer plato + segundo plato + postre	Plato único + Postre	Plato único	<i>p-valor</i>
Grupo A (1 - 2)	-	-	5.9%	0.029
Grupo B (3 - 4)	11.8%	29.4%	-	
Grupo C (5 - 6)	5.9%	29.4%	5.9%	
Grupo D (7 - 8)	11.8%	-	-	

Por otra parte, se quería conocer cuáles de las cinco tomas de alimentos (desayuno, media mañana, comida/almuerzo, merienda y cena) realizaban los participantes a diario y de manera regular, sin embargo, al analizar esta variable con el nivel de renta no se han obtenido resultados significativos.

Ahora se va a analizar en función del nivel de renta la frecuencia de consumo semanal de determinados grupos de alimentos y se comentaran los resultados más relevantes. Los grupos de alimentos están clasificados de la siguiente manera: leche y derivados de la leche, frutas, verduras, cereales (pan, cereales en el desayuno, pasta), legumbres, carnes (pollo, pavo, cerdo, ternera, jamón serrano-york, embutidos elaborados con cerdo, embutidos halal, pescados (blanco y azul), huevos, dulces y bollería industrial (chocolatates-bombones-kitkat y derivados, croissant-donuts-biscochos y derivados, golosinas-snaks-caramelos...) aguas y bebidas carbonatadas (bebidas azucaradas, zumo de frutas natural y artificial, agua natural) y otros (alimentos precocinados y salsas industriales).

Dado que se obtuvieron diversas variables para cuantificar la frecuencia del consumo semanal de los alimentos, se decidió agruparlas para facilitar el análisis y la comprensión de los resultados. De esta manera, se establecieron los siguientes rangos de valores: nunca, menos de 5 veces a la semana, entre 5 y 10 veces a la semana y más de 10 veces a la semana.

De todos los grupos de alimentos mencionados anteriormente solo obtuvimos resultados relevantes para tres de ellos: las carnes, los pescados y los dulces y bollería industrial, razón por la cual, estos van a ser los únicos grupos que se comenten de ahora en adelante.

Dentro del grupo de las carnes solo se obtuvieron asociaciones significativas para el consumo de pollo, de jamón serrano o york y de embutidos elaborados con cerdo, por lo que solo se hablarán de los resultados de estos alimentos.

Comenzando por el análisis de la frecuencia de consumo de pollo a la semana, a nivel global el 94.1% de la muestra consume pollo frente a un 5.9% que no lo consume (Grupo A). De este 94.1%, el grupo B (41.2%), C (41.2%) y D (5.9%) lo consumen menos de 5 veces por semana, restando un 5.9% (Grupo D) que lo consumiría entre 5 y 10 veces por semana. En este caso hemos obtenido un *p-valor* de 0.000 lo que indica que existe una relación altamente significativa entre el consumo de carne de pollo a la semana y el nivel de renta (Tabla 8), siendo consumido mayormente menos de 5 veces/semana.

En cuanto al consumo de jamón serrano o york no lo consumiría el 64.7% de la muestra (35.3% grupo B y 29.4% grupo C) y solo sería ingerido por un 35.3% de los encuestados. Se observa que lo consumirían con una frecuencia de menos de 5 veces/semana, el 5.9% del grupo B, un 11.8% del grupo C y un 5.9% del grupo D. Así mismo un 5.9% tanto del grupo A como del D, lo consumirían entre 5 y 10 veces/semana. Para este análisis el *p-valor* resultante ha sido de 0.026 por lo que se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre el nivel de renta y el consumo de jamón serrano o york a la semana (Tabla 8).

Respecto al consumo de embutidos elaborados con cerdo se encuentra que el 70.6% de los participantes no los consume nunca, siendo estos un 35.3% del grupo B y del C y un 11.8% del grupo D. Por lo tanto, solo lo consumirían un 29.5% de los encuestados, de los cuales un 5.9% tanto del grupo B y como del C lo consumen menos de 5 veces/semana, otro 5.9% de los grupos C y D lo toman entre 5 y 10 veces /semana y un 5.9% del grupo A lo consume más de 10 veces/semana. En este caso, hemos obtenido un *p-valor* de 0.013 por lo que se observan diferencias significativas en la asociación de las variables frecuencia de consumo de embutidos elaborados con cerdo y el nivel de renta (Tabla 8).

**Tabla 8.** Relación frecuencia de consumo de carnes a la semana y nivel de renta

Frecuencia de consumo de pollo a la semana					
Nivel de renta	Nunca	< 5 veces/semana	5 – 10 veces/semana	> 10 veces/semana	<i>p-valor</i>
Grupo A (1 – 2)	5.9%	-	-	-	0.000
Grupo B (3 – 4)	-	41.2%	-	-	
Grupo C (5 – 6)	-	41.2%	-	-	
Grupo D (7 – 8)	-	5.9%	5.9%	-	
Frecuencia de consumo de jamón serrano o york a la semana					
Nivel de renta	Nunca	< 5 veces/semana	5 – 10 veces/semana	> 10 veces/semana	<i>p-valor</i>
Grupo A (1 – 2)	-	-	5.9%	-	0.026
Grupo B (3 – 4)	35.3%	5.9%	-	-	
Grupo C (5 – 6)	29.4%	11.8%	-	-	
Grupo D (7 – 8)	-	5.9%	5.9%	-	
Frecuencia de consumo de embutidos elaborados con carne de cerdo a la semana					
Nivel de renta	Nunca	< 5 veces/semana	5 – 10 veces/semana	> 10 veces/semana	<i>p-valor</i>
Grupo A (1 – 2)	-	-	-	5.9%	0.013
Grupo B (3 – 4)	35.3%	5.9%	-	-	
Grupo C (5 – 6)	29.4%	5.9%	5.9%	-	
Grupo D (7 – 8)	5.9%	-	5.9%	-	

Pasando al grupo de alimentos de los pescados, se ha preguntado por la frecuencia de consumo tanto del pescado blanco como del azul, consiguiendo resultados relevantes solo en el primero de los casos (Tabla 9). El pescado blanco únicamente no es consumido por un 5.9% del Grupo A, mientras que un 94.1% del resto de los grupos sí lo tomaría. Dentro de este 94.1% lo consumirían menos de 5 veces a la semana el 35.3% del grupo B, el 41.2% del grupo C y un 11,8% del grupo D. Además, un 5.9% del grupo B consumiría pescado entre 5 y 10 veces/semana. Esta vez, el *p-valor* obtenido ha sido de 0.005 por lo que existen diferencias estadísticamente significativas entre el consumo de pescado blanco a la semana y el nivel de renta.

**Tabla 9.** Relación entre el consumo de pescado blanco a la semana y el nivel de renta

Frecuencia de consumo de pescado blanco a la semana					
Nivel de renta	Nunca	< 5 veces/semana	5 – 10 veces/semana	> 10 veces/semana	p-valor
Grupo A (1 – 2)	5.9%	-	-	-	0.005
Grupo B (3 – 4)	-	35.3%	5.9%	-	
Grupo C (5 – 6)	-	41.2%	-	-	
Grupo D (7 – 8)	-	11.8%	-	-	

El último grupo de alimentos que se va a comentar es el de dulces y bollería industrial. De las tres categorías por las que está formado, solo se obtuvieron resultados importantes para la de croissants, donuts, bizcochos y derivados. Observamos que no ingerirían estos productos el 23.5% de los encuestados (5.9% de los grupos B y C y 11.8% del grupo D), ingiriéndolos por lo tanto, el 76.5% del resto de los participantes. De los consumidores de estos productos un 29.4% de los grupos B y C lo harían con una frecuencia menor a 5 veces/semana, un 5.9% también de los grupos B y C lo consumiría entre 5 y 10 veces/semana y por último, el grupo A lo consumiría más de 10 veces/semana. En esta ocasión el *p-valor* obtenido ha sido de 0.04 por lo que existe una relación significativa entre la frecuencia consumo de croissants, donuts, bizcochos y derivados y el nivel de renta, como se puede ver en la Tabla 10.

**Tabla 10.** Relación consumo de dulces y bollería industrial a la semana / nivel de renta

Frecuencia de consumo de croissants, donuts, bizcochos y derivados a la semana					
Nivel de renta	Nunca	< 5 veces/semana	5 – 10 veces/semana	> 10 veces/semana	p-valor
Grupo A (1 – 2)	-	-	-	5.9%	0.04
Grupo B (3 – 4)	5.9%	29.4%	5.9%	-	
Grupo C (5 – 6)	5.9%	29.4%	5.9%	-	
Grupo D (7 – 8)	11.80%	-	-	-	

A parte del análisis de la frecuencia de consumo de alimentos también se indagó en los procesos culinarios, es decir, en la forma en la que se prepara la comida (fritos o empanados, a la plancha, asado o al horno y cocido o al vapor). No obstante, aunque no se han conseguido resultados significativos para ser comentados, si se puede decir que los fritos o empanados son los más consumidos por los participantes (94.1%), seguidos de a la plancha, asado o al horno (76.5%) y por último cocidos o al vapor (41.2%)

Adentrándonos ahora en la segunda parte de nuestro primer objetivo, se va a analizar los estilos de vida de los participantes en función del nivel de renta.

Para comenzar se les preguntó cómo consideraban su estilo de vida, donde la mayoría creen llevar un estilo de vida saludable (52.9%) o muy saludable (17.6%) mientras que un 23.5% considerarían llevar un estilo de vida poco saludable y un 5.9% nada saludable, no arrojando resultados significativos ( $p$ -valor = 0.607).

Otra pregunta que se les hizo es si alguien de su familia tenía sobrepeso u obesidad y que como se consideraban ellos respecto a su peso actual. Como se puede ver en la Tabla 11, para la primera categoría un 47% manifestaban no tener ningún familiar con sobrepeso (5.9% del grupo A, 17.6% grupo B y 23.5% grupo C), por otro lado, el resto de ellos sí reconocía tener algún miembro de su familia en esta situación siendo éstos, madre (11.8% de los grupos B y C y un 5.9% del grupo D), padre (5.9% de los grupos B, C y D) e hijos (5.9 del grupo B%), no existiendo relación en el análisis de esta variable y el nivel de renta.

**Tabla 11.** Relación sobrepeso u obesidad en la familia y nivel de renta

¿Existe alguien de su familia en situación de sobrepeso u obesidad?					
Nivel de renta	No	Padre	Madre	Hijos	$p$ -valor
Grupo A (1 – 2)	5.9%	-	-	-	0.818
Grupo B (3 – 4)	17.6%	5.9%	11.8%	5.9%	
Grupo C (5 – 6)	23.5%	5.9%	11.8%	-	
Grupo D (7 – 8)	-	5.9%	5.9%	-	

En cuanto a cómo se consideran respecto a su peso actual, un 58.8% consideraría estar en un peso normal, un 35.3% se consideraría con sobrepeso y un 5.9% delgado. Dentro de las personas que se catalogan como peso normal se encuentra a un 23.5% del grupo B, un 29.4% del grupo C y un 5.9% del grupo D. La categoría sobrepeso estaría representada por un 17.6% del grupo B, un 11.8% del grupo C y un 5.9% del grupo D. En la categoría delgado, solo se encontraría el 5.9% del grupo A. El nivel de



significación obtenido en esta asociación ha sido de 0.008, por lo que existen diferencias estadísticamente significativas entre el peso actual y el nivel de renta (Tabla 12).

**Tabla 12.** *Relación entre el peso a actual y el nivel de renta*

¿Cómo se considera respecto a su peso actual?				
Nivel de renta	Delgado	Normal	Sobrepeso	<i>p</i> -valor
Grupo A (1 – 2)	5.9%	-	-	0.008
Grupo B (3 – 4)	-	23.5%	17.6%	
Grupo C (5 – 6)	-	29.4%	11.8%	
Grupo D (7 – 8)	-	5.9%	5.9%	

Para conocer más sobre su estilo de vida y si tenían hábitos nocivos de salud, se les preguntó por la frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas, tabaco y drogas ilegales. En el caso del consumo de drogas el 100% de los encuestados negaron ser consumidores.

Respecto al consumo de bebidas alcohólicas (Tabla 13) un 70.6% no las consume nunca correspondiendo este valor a un 5.9% del grupo A, un 35.3% del grupo B, un 23.5% del grupo C y 5.9% del grupo D. De los consumidores de alcohol lo harían solo los fines de semana un 17.6% del grupo C y esporádicamente un 5.9% tanto del grupo B como del D. Además, la edad media de inicio del consumo del alcohol fue de 17.20 años, no existiendo diferencias significativas.

**Tabla 13.** *Relación entre la frecuencia de consumo de alcohol y el nivel de renta*

Frecuencia de consumo de alcohol				
Nivel de renta	Nunca	Los fines de semana	Esporádicamente	<i>p</i> -valor
Grupo A (1 – 2)	5.9%	-	-	0.210
Grupo B (3 – 4)	35.3%	-	5.9%	
Grupo C (5 – 6)	25.5%	17.6%	-	
Grupo D (7 – 8)	5.9%	-	5.9%	

En el caso del consumo de tabaco (Tabla 14), un 58.8% no lo consumiría nunca, correspondiendo este porcentaje a un 5.9% del grupo A, un 29% del grupo B y un 23.5% del grupo C. Por otra parte, consumirían tabaco todos los días de la semana un 5.9% del grupo B, un 11.8% del grupo C y un 5.9% del grupo C, mientras que fumarían esporádicamente un 5.9% de los grupos B, C y D. Asimismo, la edad media de inicio del consumo de tabaco sería de 18.29 años, no existiendo diferencias significativas entre estas variables.

**Tabla 14.** *Relación entre la frecuencia de consumo de tabaco y el nivel de renta*

Frecuencia de consumo de tabaco				
Nivel de renta	Nunca	Todos los días de la semana	Esporádicamente	<i>p-valor</i>
<i>Grupo A (1 – 2)</i>	5.9%	-	-	0.455
<i>Grupo B (3 – 4)</i>	29.4%	5.9%	5.9%	
<i>Grupo C (5 – 6)</i>	23.5%	11.8%	5.9%	
<i>Grupo D (7 – 8)</i>	-	5.9%	5.9%	

Para valorar el nivel de actividad física que realizan en su vida cotidiana se ha empleado el cuestionario IPAC anteriormente mencionado, en el que los resultados obtenidos para el nivel de actividad han sido cruzados con el nivel de renta.

Se observa que un 47% de los encuestados tienen un nivel de actividad bajo o inactivo, englobando en este porcentaje al 5.9% del grupo A, un 23.5% del grupo B y un 17.6% del grupo C. Por otro lado, un 35.3% llevarían un nivel de actividad alto siendo este porcentaje un 17.6% del grupo B, un 11.8% del grupo C y un 5.9% del grupo D. Por último, dentro del nivel de actividad física moderado se encuentran un 11.8% del grupo C y un 5.9% del grupo D, siendo el nivel de significación resultante de 0.486 por lo que no se puede considerar esta asociación estadísticamente relevante, como se puede observar en la Tabla 15.

**Tabla 15.** *Relación entre el nivel de actividad física y el nivel de renta*

Nivel de actividad física según el cuestionario IPAC				
Nivel de renta	Bajo o inactivo	Moderado	Alto	<i>p-valor</i>
<i>Grupo A (1 – 2)</i>	5.9%	-	-	0.486
<i>Grupo B (3 – 4)</i>	23.5%	-	17.6%	
<i>Grupo C (5 – 6)</i>	17.6%	11.8%	11.8%	
<i>Grupo D (7 – 8)</i>	-	5.9%	5.9%	

## 6.2 Resultados para el objetivo 2

En este apartado se va a comparar los hábitos alimentarios y estilos de vida en diferentes grupos culturales que se encuentran en riesgo o situación de exclusión social, a través de la variable religión, para determinar si existen o no asociaciones de interés entre la religión y los hábitos alimentarios y estilos de vida.

De todos los participantes, el 58.8% son musulmanes y el 41.2% son cristianos, estableciéndose así dos categorías para la religión que practican.

Para conocer el nivel de religiosidad de los participantes se les preguntó si se consideraban religiosos (Tabla 16), donde un 29.4% de los cristianos dieron respuesta afirmativa frente a un 11.8% que no se considerarían religiosos. Sin embargo, un 52.9% de los participantes musulmanes sí se definirían como religiosos mientras solo un 5.9% no lo sería. No obstante, no se puede considerar que exista relación entre la religión y el nivel de religiosidad ( $p\text{-valor} = 0.323$ ).

Para conocer un poco más el nivel de religiosidad, se les preguntó si eran practicantes de su religión. Se observa como en el caso de los musulmanes (Tabla 16), se mantienen los mismos porcentajes que en el apartado anterior, no siendo así en el caso de los cristianos, donde se vería reducido este porcentaje a un 23.5% que se consideraría practicante y un 17.6% que no, pero no existen diferencias significativas ( $p\text{-valor} = 0.323$ ).

**Tabla 16.** Preguntas sobre el nivel de religiosidad

<b>¿Se considera usted Religioso?</b>			
<b>Religión</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b><i>p</i>-valor</b>
<i>Musulmanes</i>	52.9%	5.9%	0.323
<i>Cristianos</i>	29.4%	11.8%	
<b>¿Se considera practicante de su religión?</b>			
<b>Religión</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b><i>p</i>-valor</b>
<i>Musulmanes</i>	59.2%	5.9%	0.116
<i>Cristianos</i>	23.5%	17.6%	

Centrándonos ahora en los hábitos alimentarios, no se han encontrado asociaciones entre la religión y el lugar en el que realiza la toma del almuerzo a diario (casa o calle) o respecto al número de platos por los que está compuesto el almuerzo. A pesar de ello, en el apartado sobre las tomas de alimentos que realiza a diario y de manera regular, se han encontrado asociaciones para la variable cena.

Se observa que el 47.1% de los musulmanes y el 11.8% de los cristianos sí tomarían la cena ante un 11.8% de los musulmanes y 29.4% de los cristianos que no lo harían, por lo que existe una relación ( $p\text{-valor} = 0.034$ ) entre la toma de la cena a diario y la religión, como se puede ver en la Tabla 17.

**Tabla 17.** *Relación entre las tomas de alimentos que realizan a diario y de manera regular y la religión*

Toma de alimentos a diario y de manera regular: Cena			
Religión	Sí	No	<i>p-valor</i>
<i>Musulmanes</i>	47.1%	11.8%	0.034
<i>Cristianos</i>	11.8%	29.4%	

Por otro lado, para el análisis de la frecuencia de consumo de alimentos a la semana; solo se obtuvieron datos significativos para el grupo de las carnes y dentro del mismo, para los alimentos jamón serrano o york y embutidos halal.

Respecto al consumo de jamón serrano o york a la semana, la totalidad de los musulmanes (58.8%) no lo consumirían nunca mientras que solo un 5.9% de los cristianos tampoco lo consumiría. Del resto de los de religión cristiana, un 23.5% tomarían jamón serrano o york menos de 5 veces/semana y un 11.8% entre 5 y 10 veces/semana, por lo que existen diferencias significativas respecto al consumo de jamón serrano o york y la religión, donde los cristianos serían los únicos consumidores (Tabla 18), lo que se puede considerar normal según la religión musulmana.

**Tabla 18.** *Relación entre la frecuencia de consumo de jamón serrano o york a la semana y la religión*

Frecuencia de consumo de jamón serrano o york a la semana				
Religión	Nunca	< 5 veces a la semana	Entre 5 y 10 veces/semana	<i>p-valor</i>
<i>Musulmanes</i>	58.8%	-	-	0.001
<i>Cristianos</i>	5.9%	23.5%	11.8%	

Para la frecuencia de consumo de embutidos halal, se observa en este caso que los musulmanes siempre los consumirían. Un 17.6% los tomarían menos de 5 veces/semana, un 23.5% entre 5 y 10 veces/semana y otro 17.6% más de 10 veces a la semana. En cuanto a los cristianos, solo lo consumirían el 5.9% entre 5 y 10 veces a la semana mientras que el resto (35.3%) no lo consumiría nunca, existiendo una relación estadística significativa entre el consumo de embutidos halal y la religión musulmana (Tabla 19).

**Tabla 19.** Relación entre la frecuencia de consumo de embutidos halal a la semana y la religión

Frecuencia de consumo de embutidos halal a la semana					
Religión	Nunca	< 5 veces a la semana	Entre 5 y 10 veces/semana	> 10 veces/semana	<i>p-valor</i>
<i>Musulmanes</i>	-	17.6%	23.5%	17.6%	0.003
<i>Cristianos</i>	35.3%	-	5.9%	-	

Añadir que no se han obtenido resultados relevantes del análisis de la religión y los procesos culinarios.

A continuación, vamos a comentar los resultados obtenidos tras el estudio de los estilos de vida y la religión. Solamente se observan datos significativos para el análisis del consumo de tabaco y de alcohol.

En primer lugar, en cuanto al consumo de bebidas alcohólicas el total de los encuestados musulmanes (58.8%) no las tomaría nunca y de los participantes cristianos un 11.8% tampoco las consumiría. Del resto de ellos, un 17.6% tomaría bebidas alcohólicas los fines de semana y un 11.8% esporádicamente. En la asociación de estas variables hemos obtenido un *p-valor* de 0.006 lo que indica que existe una relación estadística significativa entre el consumo de bebidas alcohólicas y la religión, donde la religión musulmana es determinante del no consumo de alcohol (Tabla 20).

**Tabla 20.** Relación entre la frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas y la religión

Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas				
Religión	Nunca	Los fines de semana	Esporádicamente	<i>p-valor</i>
<i>Musulmanes</i>	58.8%	-	-	0.006
<i>Cristianos</i>	11.8%	17.6%	11.8%	

Por último, en cuanto a la relación entre el consumo de tabaco y la religión se observa que en el caso de los musulmanes no lo consumirían nunca el 52.9% pero sí esporádicamente el 5.9%. Así mismo, el 5.9% de los cristianos no fumaría nunca mientras que un 23.5% lo harían los fines de semana y un 11.8% esporádicamente, evidenciando una asociación estadística relevante respecto a la frecuencia de consumo de tabaco y la religión, donde podemos considerar la religión musulmana como determinante para la evitación de consumo de tabaco (Tabla 21).

**Tabla 21.** *Relación entre la frecuencia de consumo de tabaco y la religión*

Frecuencia de consumo de tabaco				
Religión	Nunca	Los fines de semana	Esporádicamente	<i>p-valor</i>
<i>Musulmanes</i>	52.9%	-	5.9%	0.005
<i>Cristianos</i>	5.9%	23.5%	11.8%	

## 7. Discusión

Los resultados obtenidos en esta investigación tratan de esclarecer qué estilos de vida y hábitos alimentarios presentan en Melilla las personas que se encuentran en riesgo o en situación de exclusión social, dada la influencia que tienen los estilos de vida y hábitos alimentarios en la salud del individuo. La finalidad era contrastar si existían diferencias entre los estilos de vida y hábitos alimentarios de las personas que viven en esta situación en función del nivel de renta y de la religión que profesaran.

En primer lugar, era necesario conocer los antecedentes de salud de los participantes, ya que son numerosos los estudios que han señalado que un menor nivel socioeconómico conlleva un mayor riesgo de adquisición de enfermedades no transmisibles y mortalidad por enfermedades cardiovasculares (Stringhini, Rousson, Viswanathan, Gedeon, Paccaud, y Bovet, 2014; Corella y Ordovás, 2015), incluso en los países donde las diferencias socioeconómicas son menores, como por ejemplo en Suiza (Bergstrom et al., 2015). En este estudio se ha evidenciado la presencia de enfermedades crónicas en un 35.3% de los participantes siendo de origen cardiovascular el 23.6%. Aunque no se hallaron asociaciones significativas con el nivel de renta, sí que resulta interesante que aun siendo la muestra pequeña se hayan obtenido estos resultados, por lo que si se ampliara a una muestra mayor, probablemente los resultados se corresponderían con los de la evidencia disponible.

En cuanto a los hábitos alimentarios, se ha observado como la gran mayoría de los participantes realizan el almuerzo en casa y no en la calle. Estos resultados se corresponderían con los de la encuesta ENHALI-2012, como menciona Díaz (2015) en su estudio sobre los hábitos alimentarios de los españoles, donde la mayoría suele almorzar en casa. Sin embargo, la diferencia entre ambos estudios radicaría en que las personas excluidas no siempre tendrían la posibilidad de almorzar fuera de casa, dado los escasos recursos económicos de los que disponen. Por ello, almorzar en casa podría

ser considerado como un factor protector de los hábitos alimentarios ya que la comida elaborada en el hogar suele ser más saludable.

En el contexto del análisis de los hábitos alimentarios, resulta imprescindible tener en cuenta el rol que desempeña la mujer. En este estudio, se han obtenido datos arrolladores de ser ellas las principales encargadas de la elaboración del menú diario. Así mismo, los datos de la encuesta ENHALI-2012 corroborarían que en España, pese a que está habiendo un aumento de hombres que participan en las tareas del hogar, siguen siendo las mujeres las que se encargan de la preparación y compra de los alimentos (Díaz, 2015). De esta manera, ellas son las que gestionan el dinero disponible, deciden que comprar y las responsables de llevar una alimentación saludable, lo que deriva en una sobrecarga del rol de la mujer y en una despreocupación en lo concerniente a la alimentación por el resto de miembros de la familia (Espeitx y Cáceres, 2011). Todo ello evidencia una dificultad para conseguir unos hábitos alimentarios saludables, ya que las mujeres no solo deberán hacer frente a las dificultades económicas sino que también deberán disponer de unos recursos materiales y unos conocimientos y competencias culinarias apropiadas, que sobre todo en la situación de exclusión social, tienden a ser escasos. La mejor estrategia para abordar esta problemática sería a través de campañas sobre educación alimentaria que concienciaran por igual a la población, minimizando así las desigualdades en salud.

A nivel general, los hábitos alimentarios de los participantes en relación con la frecuencia de consumo de determinados grupos de alimentos no eran los más adecuados, ya que en numerosas ocasiones, no cumplían con las recomendaciones de la pirámide de alimentación saludable publicada por el grupo colaborativo de la Sociedad Española de Nutrición (SENC, 2016). En ese sentido, la mayoría de investigaciones resaltan la relación existente entre un menor nivel socioeconómico y un pobre consumo de frutas y verduras y mayor consumo de azúcares, grasa animal y carnes procesadas (Nedó y Paulik, 2012; Turrel y Vandevijvere, 2015).

Respecto al consumo de verduras, la mayoría de los participantes han mostrado una ingesta relativamente baja, debido a que estos consumían plato único más postre en la comida. Las consecuencias derivadas de esta escasa inclusión de verduras y vegetales en la alimentación diaria, se suele traducir en deficiencias vitamínicas y nutricionales para el individuo.

En segundo lugar, los resultados para la ingesta de azúcares en función del nivel de renta han sido significativos en el consumo de croissantas, donuts, bizcochos y derivados, evidenciándose un consumo frecuente en la mayoría de los encuestados, lo que se correspondería con los resultados de otros estudios que han analizado las mismas variables aunque diferentes poblaciones (Sánchez, De la Cruz, Cereceda y Espinoza, 2014; Turrel y Vandevijvere, 2015). Estos productos aunque sean dañinos para salud, se consumen frecuentemente debido a su accesibilidad económica, por este motivo, una medida que podría estudiarse es el incrementar las tasas de los productos menos saludables para incentivar la disminución de su ingesta, al mismo tiempo que se financien otros alimentos más saludables como por ejemplo, frutas y verduras que contribuyan positivamente al estado de salud.

Por otro lado, respecto al consumo de embutidos elaborados con cerdo en función del nivel de renta se han obtenido resultados opuestos a los que cabría esperar, ya que la mayoría no los consumirían nunca. Sin embargo, en un estudio llevado a cabo en Estados Unidos por Mondivas, se determinó que las personas con un menor nivel socioeconómico consumirían mayor cantidad de embutidos (Corella y Ordovás, 2015). En esta ocasión, los resultados han podido verse sesgados por la variable religión, debido a que la mayoría de los participantes eran musulmanes y por norma cultural, tendrían prohibido la consumición de cerdo. Es por ello que cobra sentido que al analizar la variable religión con el consumo de jamón serrano o york y embutidos halal se hayan obtenido asociaciones significativas, donde en el primer caso, ningún musulmán lo consumiría mientras que los embutidos halal serían consumidos por todos. De esta manera queda patente como la cultura de cada persona contiene una serie de valores, creencias y tradiciones con respecto a la alimentación, que van a ser determinantes de los hábitos alimentarios. No obstante, los elementos culturales que intervienen en la selección de los alimentos a veces podrían comprometer el estado nutricional tanto a nivel individual como colectivo (Rodríguez, 2012). En ese sentido, sería necesario considerar llevar a cabo una investigación para determinar cómo afectan estos factores culturales al bienestar nutricional.

En cuanto al estilo de vida, el informe Lalonde ya puso de manifiesto que este es uno de los principales determinantes de la salud, donde unos hábitos de vida poco saludables supondrían un incremento del riesgo de mortalidad y adquisición de enfermedades no transmisibles (Palomino, Grande y Linares, 2014). Sin embargo, no



toda la población tendría las mismas posibilidades de acceder a hábitos de vida saludables, ya que los determinantes sociales –siendo el más representativo el nivel socioeconómico- los condicionan en gran medida.

Un menor nivel socioeconómico en los países desarrollados se ha visto relacionado con una mayor prevalencia de obesidad (Corella y Ordovás, 2015; Lima, Guerra y Lima, 2015), la cual se caracteriza por dietas no balanceadas; altas en calorías y un inadecuado patrón de actividad física (Nedó y Paulik, 2012). No obstante en esta investigación, no se obtuvieron asociaciones significativas respecto al nivel de renta, el peso corporal y el nivel de actividad física, dado que la mayoría de los participantes se catalogaban con peso normal y aunque el nivel de actividad física mayoritario era bajo, no existía gran diferencia en proporción con el nivel de actividad física medio y alto. Aunque se hayan obtenido resultados contrarios a la evidencia, es necesario resaltar que el peso corporal fue medido de manera cualitativa mediante la opinión de los participantes y por tanto, puede ser relativo. Por ello, sería conveniente ampliar la investigación incluyendo una medición representativa del peso mediante el Índice de Masa Corporal (IMC) para obtener resultados más significativos. Así mismo, es necesario que se profundice en cómo la desigualdad social afecta a los estilos de vida para poder establecer estrategias específicas que respondan a las necesidades de todos los grupos sociales.

Por último, en relación con los hábitos nocivos como el consumo de tabaco y alcohol, las investigaciones apuntarían a un mayor consumo en aquellas personas de menor nivel socioeconómico (Nedó y Paulik, 2012; Ferreira, Baldini y Sivalli, 2014; Bardach, García y Ciaponni, 2016). A pesar de ello, aunque los resultados de este estudio no han arrojado relación alguna para el consumo de estos productos y el nivel de renta, si se ha evidenciado una gran asociación con la variable religión.

La religión ejerce una gran influencia sobre el consumo de alcohol y tabaco. Mientras que la religión musulmana tendría prohibido el consumo de alcohol y no estaría socialmente aceptado el consumo de tabaco (aunque no prohibido), la religión cristiana no tendría prohibiciones explícitas respecto al consumo de dichas sustancias (Razvodovsky, 2004). Ello se evidencia en los resultados obtenidos, donde los participantes de religión musulmana no consumirían nunca alcohol y solo un 5.9% de todos ellos consumiría tabaco, frente a los participantes de la religión cristiana, quienes

se encontrarían más repartidos en cuanto al consumo. De esta manera, se podría considerar a la religión musulmana como un factor protector de los hábitos nocivos entre sus adeptos. Por ello, se propone abrir nuevas líneas de investigación para analizar cómo influyen las diferentes culturas y creencias religiosas en la adquisición de hábitos perjudiciales para la salud.

## **8. Conclusiones**

Las principales conclusiones que hemos podido extraer de esta investigación han sido las siguientes:

- Para conseguir o mantener un buen nivel de salud y disminuir el riesgo de contraer enfermedades no transmisibles, es necesario llevar un estilo de vida y hábitos alimentarios saludables.
- Las personas afectadas por las desigualdades sociales tendrían mayores dificultades para mantener estilos de vida y hábitos alimentarios saludables.
- La mujer sigue siendo actualmente la principal encargada de la alimentación de la familia, lo que implica una despreocupación por parte del resto de miembros del hogar y dificulta la adquisición de hábitos saludables por los mismos. Este problema podría ser abordado mediante campañas de educación alimentaria que lleguen a todos los estratos sociales.
- La ingesta de productos azucarados es frecuente por su accesibilidad económica, por lo que valorar un aumento de las tasas de estos productos y proporcionar ayudas o financiar los alimentos saludables, sería una forma de reducir su consumo y los daños para la salud.
- La cultura y las creencias religiosas imprimen una serie de valores, tradiciones y normas sobre la alimentación, que las hacen determinantes de los hábitos alimentarios.
- En cuanto a los estilos de vida, la obesidad y falta de actividad física se relacionan directamente con un bajo nivel socioeconómico en los países desarrollados. Ello sugiere que las desigualdades socioeconómicas de la población deberían ser tenidas en cuenta cuando se planeen estrategias o programas de promoción de la salud.

- La religión musulmana podría ser considerada como un factor protector para la salud, debido a que esta predica una serie de normas muy aceptadas entre sus adeptos, que alejan a los mismos de adquisición de hábitos nocivos como el consumo de alcohol y tabaco.

### **Limitaciones del estudio y futuras líneas de investigación**

Una de las limitaciones de esta investigación ha sido la contextualización de la exclusión social en el marco de los hábitos alimentarios y los estilos de vida, ya que al ser ésta de carácter multifactorial, la mayoría de las investigaciones la relacionaban con el nivel socioeconómico, cuando éste no es siempre representativo de la situación de exclusión, lo que llevó a que surgieran dudas al respecto. Así mismo, en ocasiones la búsqueda de información se ha visto dificultada por la existencia de páginas de pago que solo tenían disponible el resumen.

Otra limitación encontrada ha sido la escasa participación en la encuesta de las personas que acudían a los Centros de Servicios Sociales. Además, el cuestionario empleado era demasiado extenso, lo que dificultaba que aceptaran responder a las preguntas al ver su longitud o que se cansaran en la mitad del mismo dejándolo a medias.

Por otra parte, tras haber analizado como repercute la exclusión social en los hábitos alimentarios y estilos de vida en función de las variables nivel económico y religión, se ha observado que a veces éstas creencias pueden comprometer el estado nutricional del individuo, por lo que se sugiere una nueva línea de investigación que estudie en diferentes grupos culturales como influyen las creencias religiosas en las necesidades nutricionales.

## Referencias bibliográficas

- Alfonso, A y Sastre, S. (2017). La exclusión social en España: factores, colectivos en riesgo y el papel de los bancos de alimentos. Federación Española Banco de Alimentos (FESBAL) – Cátedra UPM. Disponible en: <https://www.fesbal.org/transparencia/catedra-bancos-alimentos-upm/>
- Álvarez, C y Luz, S. (2012). Los estilos de vida en salud: del individuo al contexto. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 30 (1), 95 – 101.
- Álvarez, L., Goetz, J y Carreño, C. (2012). Factores sociales y económicos asociados a la obesidad: los efectos de la inequidad y de la pobreza. *Rev. Gerencia y Políticas de Salud*. 11 (23), 98 – 110.
- Álvarez, L. (2014). Hábitos alimentarios saludables: el reto de una dieta personalizada. *PanoramaSocial*. 19, 115 – 125.
- Arroyo, M. (2016). Exclusión social y pobreza en la Unión Europea. *GeoGraphos*. 7(85), 104 – 131.
- Bardach, A., García, H.A., Ruano, R.A y Ciapponi, A. (2016). Niveles de ingreso y prevalencia de tabaquismo en América Latina: revisión sistemática y metaanálisis. *Rev. Panam Salud Pública*. 40(4), 263 – 271.
- Bennasar, M. (2012). *Estilos de vida y salud en estudiantes universitarios: la universidad como entorno promotor de la salud*. (Tesis Doctoral). Islas Baleares: España.
- Belzunegui, A y Puig, X. (2016). La exclusión social y sus determinantes relacionados con la salud y la discapacidad. *Rev. Int. Cien. Soc.* 36, 183 – 196.
- Bergstrom, G., Redfors, B., Angeras, O., Dworeck, C., Shao, Y., Haraldsson, I., Petursson, P., Milicic, D., Wedel, H., Albertsson, P., Ramunddal, T., Rosengren, A y Omerovic, E. (2015). Low socioeconomic status of a patient's residential area is associated with worse prognosis after acute myocardial infarction in Sweden. *Int. J. Cardiol.* 182, 141 – 147.

- Blas, E y Sivasankara, A. (ed). (2010). *Equity, social determinants and public health programmes*. Ginebra: Suiza: World Health Organization.
- Callejo, J., Del Val Cid, C., Gutiérrez, J. y Viedma, A. (2009). *Introducción a las técnicas de investigación social*. Madrid, España: Editorial Universitaria Ramón Areces.
- Carmona, Z y Parra, D. (2015). Determinantes sociales de la salud: un análisis desde el contexto colombiano. *Salud Uninorte*. 31(3), 608 – 620.
- Casas, J., Repullo, J.R y Dondado, J. (2003). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). *Aten. Primaria*. 31(8), 527 – 538
- Cernadas, A y Chao, L. (2016). Exclusión social, desigualdades e inequidades en salud y el rol de las nuevas tecnologías como instrumento al servicio de la inclusión social. En Romay, J y Valero, J.A. (ed). *El hilo de Ariadna en la sociedad del conocimiento*. 21 – 40. Segovia, España: CEASGA.
- Collins, M y Kay, T. (2014). *Sport and social exclusion*. 2<sup>nd</sup> ed. 6 – 318. London, Routledge.
- Corella, E y Ordovás, JM. (2015). Relación entre el estado socioeconómico, la educación y la alimentación saludable. *Mediterráneo Económico*. 27, 283 – 306.
- Coromoto, M., Pérez, A., Herrera, H y Armenia, R. (2011). Hábitos alimentarios, actividad física y su relación con el estado nutricional-antropométrico de preescolares. *Rev. Chil. Nutr.* 38(3), 301 – 312.
- Corral, A y Pría, M.C. (2017). Estratificación de territorios según condiciones de vida como expresión de las desigualdades sociales en salud. *Rev. Cubana. Med. Gen. Integr.* 33(3), 370 – 383.
- De la Torre, M y Oyola, A. (2014). Los determinantes sociales de salud: una propuesta de variables y marcadores/indicadores para su medición. *Rev. Peru. Epidemiol.* 18(1), 1 – 6.

- Díaz, C. (2016). Estabilidad y cambios en los hábitos alimentarios de los españoles. *Acta. Pediatr. Esp.* 74(1), 29 – 34.
- Dip, G. (2014). La alimentación: factores determinantes en su elección. *Experticia.* 1, 1-3.
- Dumont, G y Clua, R. (2015) Acercamiento socio-antropológico al concepto de estilo de vida. *Rev. Ciencias. Sociales.* 66, 83 – 99.
- Espeitx, E y Cáceres, J. (2011). Los comportamientos alimentarios de mujeres en precariedad económica: entre la privación y el riesgo de malnutrición. *Zainak.* 34, 127 – 146.
- Ferreira, E., Baldini, C y Sivalli, C.M. (2014). Contexto del inicio del consumo de tabaco en los diferentes grupos sociales. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 22(3), 379 – 385.
- Fundación Española de la Nutrición (FEN). (2014). Hábitos alimentarios a lo largo de la vida. Madrid: España. Recuperado de: <http://www.fen.org.es/blog/habitos-alimentarios/>
- González, E., Aguilar, M., García, C., García, P., Álvarez, J., Padilla, C y Ocete, E. (2012). Influence of familia enviroment of the development of obesity and overweight in a population of school children in Granada (Spain). *Nutri. Hosp.* 27 (1), 177 – 184.
- González, Y., Cuartango, I y Bacigalupe, A. (2015). Desigualdad social y salud en España: ¿Cómo influyen en la salud y el uso de los servicios sanitarios la clase social, el nivel educativo y la situación laboral?. *Praxis Sociologica.* 19, 103 – 124.
- Gracia, M. (2015). Comer en tiempos de crisis: nuevos contextos alimentarios y de salud en España. *Salud Pública Mex.* 56(6), 648 – 653.
- Grupo Colaborativo de la Sociedad Española de Nutrición (SENC). (2016). Guía alimentaria para la población Española: la nueva pirámide de alimentación saludable. *Nutri. Hosp.* 33 (8), 1 – 48.

- Guerrero, L.R y León, A.R. (2010). Estilo de vida y salud. *Educere*. 14 (48), 13 – 19.
- Haudenhuyse, R. (2015). Sport, social exclusión and the forgotten art of researching poverty. *Journal of Social Inclusion*. 3(3), 53-157.
- King, G., Lee, C., Kivinen, E., Hrabovszki, G y Fell, D. (2015). Understanding Food in the Context of Poverty, Economic Insecurity and Social Exclusion. Brook Lyndhurst for the Food Standards Agency in Northern Ireland.
- Lalonde M. (1974). A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Government of Canada.
- Lima, M., Guerra, M.D y Lima, J.S. (2015). Estilos de vida y factores asociados a la alimentación y la actividad física en adolescentes. *Nutr. Hosp*. 3(6), 2838-2837
- Llano, JC (2017). El estado de la pobreza. Seguimiento del indicador de riesgo de pobreza y exclusión social en España 2008 – 2016 (AROPE). EAPN España. Madrid. 1 – 133.
- Lobato, S. (2010). Inequidad y desigualdades sanitarias en el marco de los determinantes sociales de la salud. *Inv. y Cienc*.48, 52-55.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [MSSSI]. (2014). *Plan nacional de acción para la inclusión del reino de España (PNAIN) 2013 – 2016*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 7-21. Recuperado de: <https://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/inclusionSocial/inclusionSocialEspa/pana/PNAin/home.htm>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [MSSSI]. (2015). Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuestas de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 1 – 112. Recuperado de: [https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta\\_Politiclas\\_Reducir\\_Desigualdades.pdf](https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politiclas_Reducir_Desigualdades.pdf)

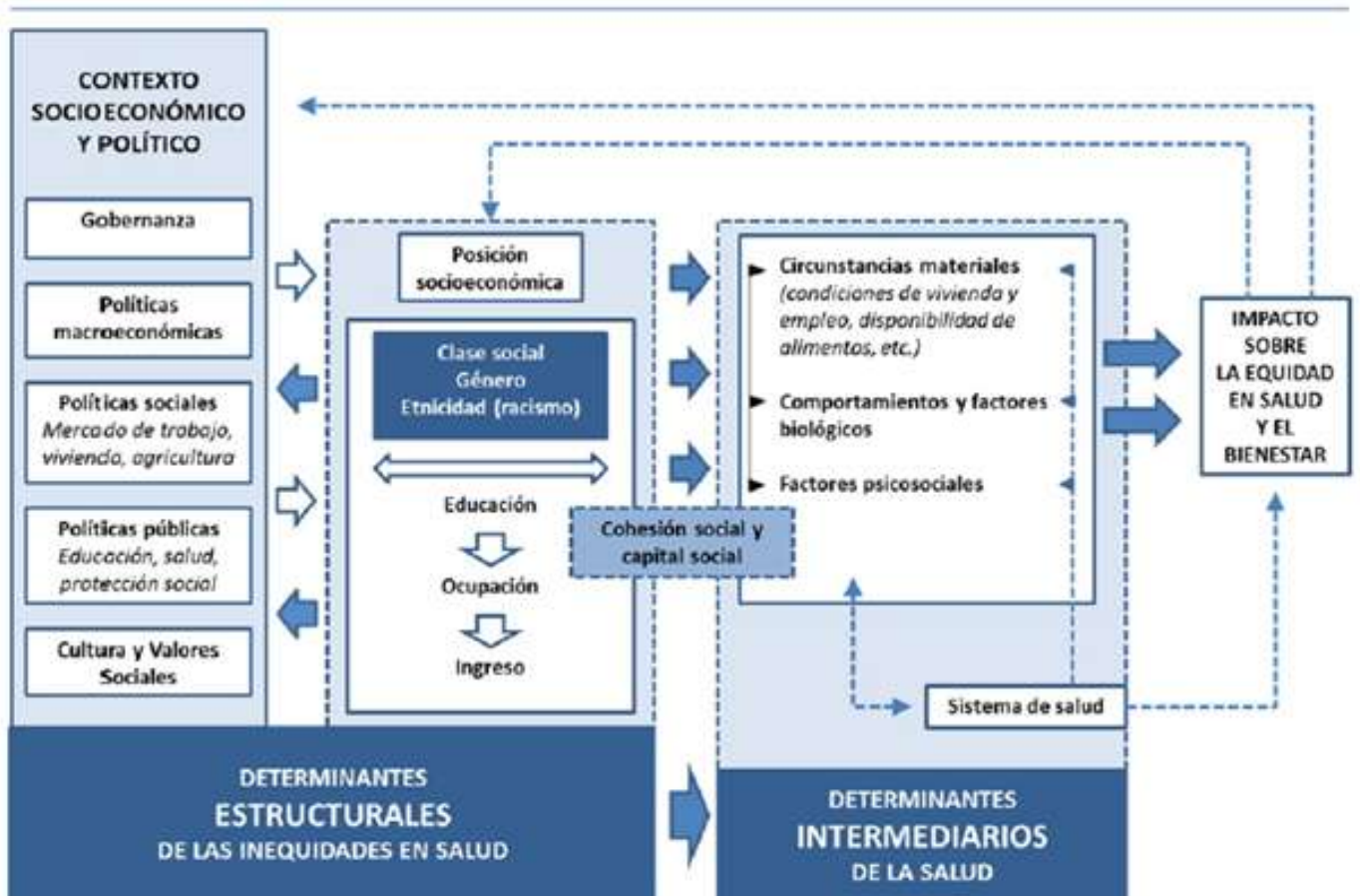
- Morrodoán, M.D., Montero, P y Cherkaoui, M. (2012). Transición nutricional en España durante la historia reciente. *Nutr. Clín. Diet. Hosp.* 32(2), 55 – 64.
- Nedó, E y Paulik, E. (2012). Association of smoking, physical activity and dietary habits with socioeconomic variables: a cross-sectional study in adults on both sides of the Hungarian-Romanian border. *BMC Public Health.* 12(60), 1 – 10.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1998). Promoción de la salud: Glosario. Ginebra: Suiza. 2 – 35. Recuperado de: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_spa.pdf;jsessionid=695DB5A60B29A5BC5D0EA18A452B505F?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=695DB5A60B29A5BC5D0EA18A452B505F?sequence=1)
- Organización Mundial de la Salud. (2010). Recomendaciones mundiales sobre prácticas de la actividad física para la salud. Ginebra: Suiza, 3 – 53. Recuperado de: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44441/9789243599977\\_spa.pdf;jsessionid=E631E162A54069E55B5B991D82555304?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44441/9789243599977_spa.pdf;jsessionid=E631E162A54069E55B5B991D82555304?sequence=1)
- Oude, J., Van Lenthe, F.J., Beenackers, M.A y KAmphius, C.B. (2017). Does social distinction contribute to socioeconomic inequalities in diet: the case of “superfoods” consumption. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity.* 14 (40), 1 -7.
- Padrón, M y Román, P. (2010). Exclusión social y exclusión en la salud: apuntes teórico-conceptuales y metodológicos para su estudio social. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado.* 120, 815 – 843.
- Palomino, P., Grande, M.L. y Linares, M. (2014). La salud y sus determinantes sociales: desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *RIS.* 72(1), 71-91.
- Razvodovsky, Y. (2004). Influencia de la cultura sobre las actitudes hacia el alcohol de los estudiantes árabes de religión musulmana. *Adicciones.* 16(1), 53-62.
- Rodríguez, L. (2012). Prácticas, hábitos y conductas vs educación y cultura alimentarias. *Rev. Esp. Nutr. Comunitaria.* 18(1), 32-38.
- Salinas, M y Hernández, E. (2013). ¿Cómo instaurar y mantener en el tiempo unos hábitos alimentarios orientados a la salud?. *Nutr. Clín. Diet. Hosp.* 33(3), 9 – 17.



- Sánchez, F., De la Cruz, F., Cereceda, M y Espinoza, S. (2014). Asociación de hábitos alimentarios y estado nutricional con el nivel socioeconómico en adultos mayores que asisten a un Programa Municipal. *An. Fac. Med.* 75(2), 107-111.
- Sánchez, M.A y De Luna, E. (2015). Hábitos de vida saludable en la población universitaria. *Nutr. Hosp.* 31(5), 1910 – 1919.
- SIIS Centro de Documentación y Estudios. (2015). Desigualdades socioeconómicas, consumo de drogas y territorio en España. Donostia-San Sebastián, Delegación del gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. 1 – 54. Recuperado de: <https://www.siiis.net/es/investigacion/ver-estudio-novedad/502199/>
- SIIS-Centro de Documentación y Estudios. (2018). Promoción del deporte en colectivos en situación de exclusión socioeconómica: principios de actuación y buenas prácticas. Donostia, San Sebastián, Diputación Foral de Gipuzkoa. 193. Recuperado de: <https://www.siiis.net/es/investigacion/ver-estudio/534/>
- Stringhini, S., Rousson, V., Viswanathan, B., Gedeon, J., Paccaud, F y Bovet, P. (2014). Association of socioeconomic status with overall and cause specific mortality in the Republic of Seychelles: Results from a cohort study in African region. *PLOS ONE*. 9(7), 1 – 8.
- Turrel, G y Vandevijvere, S. (2015). Socioeconomic inequalities in diet and body weight: evidence, causes and intervention options. *Public Health Nutrition*. 18(5), 759 – 763.
- Villar, M. (2011). Factores determinantes de la salud: importancia de la prevención. *Act. Med. Per.* 28(4), 237 – 241.

## Anexo

### Anexo I. Modelo sobre los Determinantes Sociales de la Salud elaborado por la CDSS



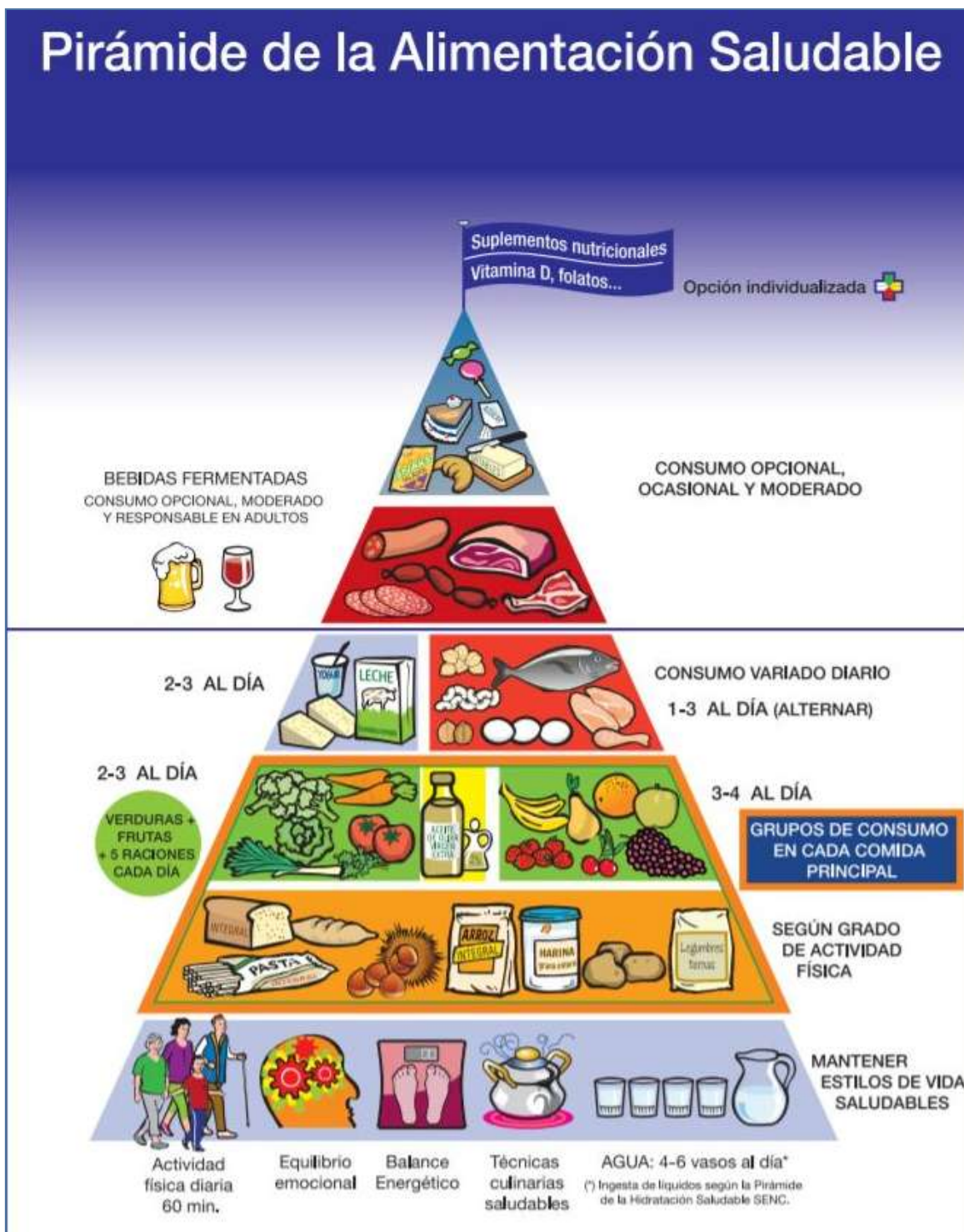
Fuente: Commission of Social Determinants of Health (CSDH). (2007). *A conceptual framework for action on the social determinants health* [Imagen].

Anexo II. Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud.  
Comisión para reducir las Desigualdades en Salud en España.



Fuente: Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en España. (2010).  
*Propuesta de intervención para reducir las desigualdades sociales en España* [Imagen].

Anexo III. Pirámide de alimentación saludable.



Fuente: Grupo colaborativo de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC). (2016). *Guía alimentaria para la población Española: la nueva pirámide de alimentación saludable* [Imagen].

## Anexo IV. Cuestionario

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, de 13 de diciembre (LOPD), se hace expresa mención de que la información proporcionada en este cuestionario será en todo momento de carácter confidencial y con fines de investigación científica.

**Datos sociodemográficos (I):**

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ N° hijos: \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento hijos: \_\_\_\_\_ Localidad de residencia (actualmente): \_\_\_\_\_

País de nacimiento: \_\_\_\_\_

N° personas que habitan en hogar familiar (a su cargo): \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Etnia: \_\_\_\_\_

Religión que practica: \_\_\_\_\_

Idiomas que habla: \_\_\_\_\_

Estado civil:

Soltero/a	
Casado/a	
Pareja de hecho	
Separado/a	
Divorciado/a	
Viudo/a	
NS/NC	

**Datos sociodemográficos (II):**

Edad marido: \_\_\_\_\_ Nacionalidad marido: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento marido: \_\_\_\_\_

Edad mujer: \_\_\_\_\_ Nacionalidad mujer: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento mujer: \_\_\_\_\_

Indique el nivel de estudios de la pareja (por favor marque con una **X** donde proceda):

*Nivel de estudios del marido:*

Elementales o Graduado escolar  FP. Bachillerato o similar  Universitarios o similar

*Nivel de estudios de la mujer:*

Elementales o Graduado escolar  FP. Bachillerato o similar  Universitarios o similar

Profesión del marido: \_\_\_\_\_ Profesión de la mujer: \_\_\_\_\_

¿Cuántas personas viven con usted? \_\_\_\_\_

¿Qué parentesco tienen? Especificar:

Parentesco (esposo/a; hijos; suegros, etc...)	

Situación laboral

Desempleado (*)	
Jubilado o pensionista	
Ama de casa	
Trabajador por cuenta ajena	
Autónomo	
Otros (no ha trabajado nunca)	
NS/NC	

(\*) En caso de ser desempleado: ¿Desde cuándo no trabaja? (3, 6, 9 meses: 1, 2 años, etc)\_\_\_\_\_

(\*\*) De las personas que viven con usted, ¿Cuántas trabajan?

---



---

¿De quién es la propiedad de la vivienda en la que vive?

En propiedad	
En propiedad, pero con hipoteca	
Alquilada	
Cedida	
Usufructo	
Otros	
NS/NC	

Su casa dispone de:

Ducha		Teléfono móvil	
Bañera		Teléfono fijo	
Cocina		Ordenador Personal	
Frigorífico		Acceso a Internet	
Microondas		Calefacción	
Lavadora		Aire acondicionado	
Televisor		Brasero o estufa	
Radio		Consola videojuegos	

**Antecedentes y hábitos en salud:**

¿Posee alguna enfermedad crónica? Sí  No  Si ha contestado “Sí”, especifique cuál: \_\_\_\_\_

¿Ha sido hospitalizado alguna vez? Sí  No  Si ha contestado “Sí”, especifique motivo: \_\_\_\_\_

¿Se ha automedicado alguna vez? Sí  No

¿Ha tomado antibióticos sin prescripción médica alguna vez? Sí  No

¿Ha vacunado a sus hijo/os cumpliendo con el calendario vacunal? Sí  No

Si ha contestado “No”, especifique el motivo: \_\_\_\_\_

**Datos sobre hábitos alimentarios y estilo de vida:**

La persona encargada de elaborar el menú diario en su hogar es: Usted  Conyugue  Otros

A diario almuerza en: En casa  En la calle  Otros

A diario, el almuerzo en el hogar familiar consiste en:

- Primer plato (verdura, ensalada) + Segundo plato (carne, pescado o guiso) + Postre (Fruta)
- Plato único (carne, pescado, guiso) + Postre (lácteo)
- Plato único (carne, pescado, guiso)

De entre las siguientes tomas de alimento cuáles realiza a diario y de forma regular:

- Desayuno
- Media mañana
- Comida/almuerzo
- Merienda
- Cena

Existe alguien en su familia en situación de sobrepeso/obesidad (por favor marque lo que proceda):

- Padre
- Madre
- Hermanos
- Hijos

¿Cómo considera que se encuentra respecto a su peso actual?

Delgado /a  Normal  Sobrepeso  Obeso /a

¿Cómo considera su estilo de vida?

Muy saludable  Saludable  Poco saludable  Nada saludable

¿Conoce los riesgos en salud derivados de una mala alimentación? Sí  No

¿Ha practicado alguna vez una dieta milagro para perder peso rápidamente? Sí  No

¿Posee miedo a ganar peso?

Nunca  Algunas veces  Siempre  Pánico a ganar peso

¿Pérdida de peso reciente en los últimos 3 meses?

Pérdida de peso > 3 kg  no lo sabe  pérdida de peso entre 1 y 3 kg  no ha habido pérdida de peso

¿Consume bebidas alcohólicas?

Nunca  Los fines de semana  Todos los días de la semana  Esporádicamente

Edad de inicio del consumo de alcohol: \_\_\_\_\_

¿Eres consumidor/a de tabaco?

Nunca  Los fines de semana  Todos los días de la semana  Esporádicamente

Edad de inicio del consumo de tabaco: \_\_\_\_\_

¿Consume algún tipo de droga ilegal?

Sí  No

Si ha marcado “Sí” en la pregunta anterior, indique por favor, que sustancia de las que a continuación se indican:

Cánnabis  Cocaína  Heroína  Otras drogas sintéticas

Indique, por favor, (en número) la frecuencia de consumo de estas sustancias:

Nº veces día: \_\_\_\_\_ Nº veces semana: \_\_\_\_\_ Nº veces mes: \_\_\_\_\_

#### Sobre sueño/descanso

Horas de sueño diarias:

< 7 horas  7-8 horas  > 8 horas



Por favor, especifique con qué frecuencia consume los alimentos que figuran en la siguiente tabla:

<b>GRUPOS DE ALIMENTOS</b>	<b>Nunca</b>	<b>Nº Veces día</b>	<b>Nº Veces semana</b>
<b>LECHE Y DERIVADOS</b>			
Leche			
Derivados de la leche (yogurt, flan, ...)			
<b>FRUTAS</b>			
Frutas (naranja, mandarina, manzana, pera, plátano,...)			
<b>VERDURAS</b>			
Verdura en general (Judías, lechuga, espinacas, tomate, zanahoria)			
<b>CEREALES</b>			
Pan (Blanco, integral, molde)			
Cereales desayuno			
Pasta (macarrones, espaguetis, ...)			
<b>LEGUMBRES</b>			
Legumbres (garbanzos, lentejas, judías,...)			
<b>CARNES</b>			
Carne de pollo			
Carne de pavo			
Carne de cerdo			
Carne de ternera			
Jamón serrano, york			
Embutidos elaborados con cerdo (salchichón, mortadela y chorizo)			
Embutidos Halal			
<b>PESCADOS</b>			
Pescado blanco (merluza, mero, ...)			
Pescado azul (sardinias, atún, salmón, ...)			
<b>HUEVOS</b>			
Huevo de gallina			
<b>DULCES Y BOLLERÍA INDUSTRIAL</b>			
(Chocolates, bombones, kit – kat, y derivados)			
(Croissant, donuts, bizcocho, y derivados)			
Golosinas, snaks, caramelos, ...			
<b>AGUA Y BEBIDAS CARBONATADAS</b>			
Bebidas azucaradas (cola, limón, naranja...)			
Zumo de Frutas (natural)			
Zumo de Frutas (artificial)			
Agua natural			
<b>OTROS</b>			
Alimentos precocinados (Lasañas, canelones, ...)			
Salsas Industriales o de paquete (mayonesa, ketchup, alioli, ...)			

**Procesos Culinarios** (expresé por favor, la frecuencia de cada uno de ellos):

	<b>Nunca</b>	<b>Veces día</b>	<b>Veces semana</b>
Fritos / empanados			
Plancha / asado / al horno			
Salsas de elaboración casera			
Cocido o al vapor			

Cuántas veces al mes realiza alguna de estas actividades:

Actividad	Veces/mes
Actividades físicas o deportivas	
Actividades sedentarias (ver TV, etc)	
Actividades de ocio (bricolaje; ganchillo, etc)	
Actividades culturales (teatro, cine, leer...)	
Actividades sociales (tomar una caña, ir al bar...)	
Hacer turismo	
Ir a actos religiosos	
Participar en actividades de voluntariado	
Usar las nuevas tecnologías	
Actividades educativas (cursos, clases...)	

(\*\*\*) No realiza actividad alguna \_\_\_\_\_

En qué medida diría usted que le interesa la política, en una escala de 1 al 10.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Me podría decir si en las últimas elecciones...

Fue a votar y votó	
Fue a votar, pero no pudo hacerlo	
No fue a votar porque no pudo	
Prefirió no votar	
No recuerda	
NS/NC	

Se considera usted religioso/a

Si  No  Ns/Nc

Se considera practicante o no practicante de su religión

Si  No  Ns/Nc

Pertenece usted a alguna asociación, ONG u organización

Si  No  Ns/Nc

Si ha contestado que si, ¿cuál? \_\_\_\_\_

Con respecto a su nivel de renta como se considera usted, teniendo en cuenta que 1 equivale a muy pobre y 10 a muy rico.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Bien, nos ha contado algunas cosas sobre usted, ahora nos gustaría conocer, con respecto a su relación con los Servicios Sociales, alguna cosa más. Por ejemplo:

¿Es la primera vez que acude al Centro de Servicios Sociales?

(1) SI (Pág. 8)

(2) NO

¿Podría decirme cuando fue la primera vez que acudió al Centro?

- Hace 6 meses (1)

- 1 año (2)

- 2 años (3)

- 3 años (4)

- 4 años (5)

- 5 años (6)

- + de 5 años (7)

- Ns/Nc \_\_\_\_\_ (8)

¿Podría decirnos cuántas veces acude al Centro de Servicios Sociales?

Número de veces \_\_\_\_\_

¿Cómo ha conocido la existencia de este Centro de Servicios Sociales?

(1) A través de familiares, amigos o vecinos

(2) A través de los servicios de la Ciudad Autónoma

(3) A través de otros servicios públicos (hospitales, policía, colegios, etc.)

(4) A través de organizaciones, asociaciones o fundaciones

(5) A través de los medios de comunicación

(6) Otras formas....  Especificar \_\_\_\_\_

¿Podría indicarme el motivo o motivos de su visita al Centro?

Motivo 1
Motivo 2
Motivo 3
Motivo 4
Motivo 5

¿El motivo de su visita o visitas al Centro se refiere a usted o a otra persona?

1.- Es para usted mismo/a \_\_\_\_\_

2.- Es para un hijo/a menor de edad \_\_\_\_\_

3.- Es para su padre/madre \_\_\_\_\_

4.- Es para otra persona de su familia \_\_\_\_\_

5.- Es para varios miembros de su familia \_\_\_\_\_


6.- Ns/Nc \_\_\_\_\_

¿Está usted o alguien de su familia disfrutando actualmente de algún tipo de ayuda, prestación, centro o servicio social de los que a continuación se especifican?

	Entrevistado	Familia	Desde cuando
Atención y seguimiento de su situación por un trabajador social			
Ayuda a domicilio			
Teleasistencia			
Ayudas económicas (comedor, escuela infantil, gastos básicos)			
Centro de día			
Renta mínima de inserción			
Otra. Cual/es _____ _____			
No es beneficiario de ninguna atención, ayuda, etc..			

MUCHAS GRACIAS.

## Anexo V. Cuestionario internacional sobre la actividad física (IPAQ)



**JUNTA DE ANDALUCÍA**  
CONSEJERÍA DE SALUD

Imprimir formulario

Enviar por correo electrónico

**PROMOCIÓN  
DE LA  
SALUD  
EN EL  
LUGAR  
DE TRABAJO**

**VERSIÓN PARA LOS USUARIOS/AS DE LA EMPRESA**

### CUESTIONARIO INTERNACIONAL DE ACTIVIDAD FÍSICA (IPAQ)

Nos interesa conocer el tipo de actividad física que usted realiza en su vida cotidiana. Las preguntas se referirán al tiempo que destinó a estar activo/a en los últimos 7 días. Le informamos que este cuestionario es totalmente anónimo.

**Muchas gracias por su colaboración**

<b>1.- Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos realizo actividades físicas intensas tales como levantar pesos pesados, cavar, ejercicios hacer aeróbicos o andar rápido en bicicleta?</b>	
Días por semana (indique el número)	
Ninguna actividad física intensa (pase a la pregunta 3)	<input type="checkbox"/>
<b>2.- Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física intensa en uno de esos días?</b>	
Indique cuántas horas por día	
Indique cuántos minutos por día	
No sabe/no está seguro	<input type="checkbox"/>
<b>3.- Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos días hizo actividades físicas moderadas tales como transportar pesos livianos, o andar en bicicleta a velocidad regular? No incluya caminar.</b>	
Días por semana (indique el número)	
Ninguna actividad física moderada (pase a la pregunta 5)	<input type="checkbox"/>
<b>4.- Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física moderada en uno de esos días?</b>	
Indique cuántas horas por día	
Indique cuántos minutos por día	
No sabe/no está seguro	<input type="checkbox"/>
<b>5.- Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos días caminó por lo menos 10 minutos seguidos?</b>	
Días por semana (indique el número)	
Ninguna caminata (pase a la pregunta 7)	<input type="checkbox"/>
<b>6.- Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a caminar en uno de esos días?</b>	
Indique cuántas horas por día	
Indique cuántos minutos por día	
No sabe/no está seguro	<input type="checkbox"/>
<b>7.- Durante los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo pasó sentado durante un día hábil?</b>	
Indique cuántas horas por día	
Indique cuántos minutos por día	
No sabe/no está seguro	<input type="checkbox"/>

**VALOR DEL TEST:**

1. Caminatas:  $3 \cdot 3 \text{ MET}^{\text{T}} \times \text{minutos de caminata} \times \text{días por semana}$  (Ej.  $3 \cdot 3 \times 30 \text{ minutos} \times 5 \text{ días} = 495 \text{ MET}$ )
2. Actividad Física Moderada:  $4 \text{ MET}^{\text{T}} \times \text{minutos} \times \text{días por semana}$
3. Actividad Física Vigorosa:  $8 \text{ MET}^{\text{T}} \times \text{minutos} \times \text{días por semana}$

A continuación sume los tres valores obtenidos:

**Total = caminata + actividad física moderada + actividad física vigorosa**

**CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN:**

- Actividad Física Moderada:
  1. 3 o más días de actividad física vigorosa por lo menos 20 minutos por día.
  2. 5 o más días de actividad física moderada y/o caminata al menos 30 minutos por día.
  3. 5 o más días de cualquiera de las combinaciones de caminata, actividad física moderada o vigorosa logrando como mínimo un total de 600 MET\*.
- Actividad Física Vigorosa:
  1. Actividad Física Vigorosa por lo menos 3 días por semana logrando un total de al menos 1500 MET\*.
  2. 7 días de cualquier combinación de caminata, con actividad física moderada y/o actividad física vigorosa, logrando un total de al menos 3000 MET\*.

\* Unidad de medida del test.

RESULTADO: NIVEL DE ACTIVIDAD ( señale el que proceda)

NIVEL ALTO	<input type="checkbox"/>
NIVEL MODERADO	<input type="checkbox"/>
NIVEL BAJO O INACTIVO	<input type="checkbox"/>

Para finalizar, le vamos a pedir que registre algunos datos de interés estadístico:

SEXO: Hombre  Mujer

EDAD: \_\_\_\_\_

EMPRESA/INSTITUCIÓN: \_\_\_\_\_

CENTRO DE TRABAJO: \_\_\_\_\_

POBLACIÓN: \_\_\_\_\_

PROFESIÓN: \_\_\_\_\_

CATEGORÍA PROFESIONAL: \_\_\_\_\_

DEPARTAMENTO EN EL QUE TRABAJA: \_\_\_\_\_

Los resultados se tratarán de forma global y se mantendrá el anonimato en las publicaciones que puedan derivarse de este cuestionario.

La transmisión de datos se hará con las medidas de seguridad adecuadas en cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal y el Real Decreto 994/99.