

Facultat de Ciències Polítiques i Sociologia

# SOM EL QUE MENGEM O MENGEM EL QUE SOM?

L'obesitat i la classe social

Judit Torrodà i Ricart  
Treball fi de grau  
Avi Astor

## ÍNDEX

<b>INTRODUCCIÓ</b> .....	<b>2</b>
Som el que mengem o mengem el que som? .....	2
<b>MARC TEÓRIC GENERAL</b> .....	<b>3</b>
La distinció social i els hàbits alimentaris .....	3
L'evolució dels hàbits alimentaris .....	4
Obesitat i classe social .....	6
<b>MARC TEÓRIC ESPECÍFIC</b> .....	<b>9</b>
Construcció de l'objecte d'estudi.....	9
<b>VALIDACIÓ EMPÍRICA</b> .....	<b>10</b>
Hipòtesis .....	10
Metodologia .....	10
Resultats .....	13
<b>CONCLUSIONS</b> .....	<b>19</b>
<b>BIBLIOGRAFIA I WEBGRAFIA</b> .....	<b>20</b>
<b>ANNEXOS</b> .....	<b>22</b>
Annex 1.....	22
Annex 2.....	28
Annex 3.....	31
Annex 4.....	36

## INTRODUCCIÓ

### *SOM EL QUE MENGEM O MENGEM EL QUE SOM?*

Diuen que som el mengem, que allò que veiem al mirall és producte de la nostra alimentació. Però, i si ho mirem a l'inrevés? I si mengem uns aliments en concret influenciats per allò que som i la manera com vivim?

Els hàbits alimentaris són una creació social i, per tant, estan subjectes a canvis i evolucions. La manera de menjar i el que es menja ha variat durant les dècades depenent del context social en el que ens trobem. Anys enrere, els individus produïen pel seu propi consum i els àpats eren una reunió familiar a la que ningú podia faltar. Avui en dia, la producció s'ha massificat i amb prou feines sabem realment el que mengem ni la seva procedència; la relació entre productor i consumidor s'ha difuminat. A més a més els ritmes de vida i estrès que porten els individus i el poc temps lliure que tenen, es tradueix en menys inversió d'hores a la cuina i menys temps per dedicar a l'exercici físic.

L'alimentació, juntament amb l'activitat física, són dos factors molt importants a tenir en compte per tal d'evitar patologies produïes pel sobrepès i l'obesitat, com per exemple malalties cardiovasculars, respiratòries o càncers, que són les principals causes de mort del primer món. I ja no només parlem de salut, sinó també d'imatge. A diferència d'èpoques anteriors, l'obesitat avui en dia està vista com un estigma negatiu, de rebuig social i de fracàs.

En els darrers anys s'ha pogut veure una major sensibilització de les classes mitges-altes, les quals cada vegada opten més per un estil de vida saludable, conscients de la importància que té per a la seva salut i prestigi social. Tot i això, no tothom és capaç de fer aquest canvi de xip, ja que les capes socials amb uns recursos econòmics més baixos no tenen el privilegi de qüestionar-se allò que mengen. No només pel difícil accés a segons quins productes, sinó també per la falta d'educació i informació.

Per a la realització d'aquest treball ens recolzarem principalment amb l'autor Pierre Bourdieu i la seva obra sobre la distinció social, relacionant-la amb les pràctiques alimentàries. Segons Bourdieu, cada individu té un habitus, és a dir, una manera pràctica de fer, i aquest habitus s'ha construït a través de les seves vivències amb el grup social amb el qual conviu. Cada grup social construeix els seus gustos -tant el gust alimentari com el gust pel físic-, i aquest fet els decanta per un tipus d'alimentació en concret. Per tant, cada context social determina una manera de fer, és a dir, una manera d'alimentar-se.

L'objectiu principal del treball és estudiar si existeix **relació entre l'obesitat i la classe social** i, en cas afirmatiu, conèixer com és aquesta relació, tot partint de la teoria de Pierre Bourdieu sobre la distinció social i els hàbits alimentaris.

## MARC TEÓRIC GENERAL

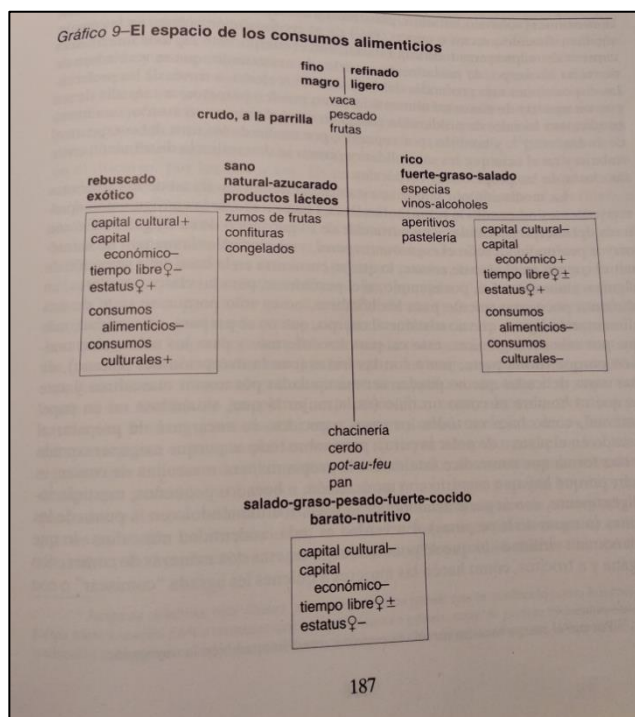
### LA DISTINCIÓ SOCIAL I ELS HÀBITS ALIMENTARIS

En l'instant que es parla de distinció, el primer que ens ve al cap és l'autor Pierre Bourdieu, en concret, la seva teoria sobre les classes socials i el gust. L'autor defensa que cada classe social té preferències cap a un gust i, per tant, cap a un consum en concret. En la seva obra "La distinció: criterios y bases sociales del gusto" es pot veure reflectit més detalladament. Bourdieu, en primer lloc, ens introdueix un concepte que ajudarà a entendre millor la seva teoria. Aquest concepte és l'*habitus*.

L'*habitus* és quelcom que l'individu interioritza i incorpora al llarg de la seva història i es manifesta fonamentalment en el sentit pràctic, és a dir, en l'aptitud per actuar i orientar-se dependent de la posició ocupada en l'espai social. L'*habitus* no és resultat d'una reflexió conscient, sinó que gràcies a les disposicions adquirides per l'individu funcionarà com un "automatisme". (Bourdieu, P., 1988).

Relacionant l'*habitus* amb el **gust**, Bourdieu ens diu que el que realment ens condiona a l'hora de prendre decisions i d'actuar, és el gust, que ve donat per l'*habitus*, i no només uns ingressos més o menys elevats. El gust de l'individu per l'apropiació d'un tipus d'objecte o pràctica ve donada a partir d'un estil de vida que ens divideix en diferents posicions de classe. Aquest sistema d'enclassement, ens diu l'autor, és el principi de les pràctiques ajustades inherents a una condició. Això ens fa reprimir-nos en segons quines decisions, prendre estratègies, canviar preferències... (Bourdieu, P., 1988).

Ara bé, podem relacionar aquest gust amb el gust a l'alimentació? L'autor afirma que no existeix cap camp en el que la distinció no hi tingui cabuda. (Bourdieu, P. 1988). En el camp de l'alimentació presentem un gràfic present en el seu llibre "La distinció" (Gràfic 9, *El espacio de los consumos alimenticios*) on apareix la distribució dels diferents tipus d'aliments, les seves qualitats i la manera com són cuinats segons el capital cultural i el capital econòmic. Per exemple, un individu amb un capital cultural i econòmic més baix optarà per uns aliments més greixosos, pesats i barats, optarà abans per la quantitat i sense atendre a maneres, en canvi, un altre amb un capital cultural i econòmic elevat es decantarà per una dieta lleugera, fina i refinada, i optarà per la qualitat i la delicadesa.



Imatge 1. El espacio de los consumos alimenticios (Bourdieu, 1988)

Per anar concloent aquest apartat, caldria fer una breu menció al concepte **estil de vida**. Totes les decisions que prenem de manera automàtica són fruit d'un estil de vida en concret, un estil de vida que avarca tots els camps. La manera com gesticulem, parlem, ens movem, ens relacionem, mengem... ve donada per un habitus i un estil de vida el qual hem interioritzat al llarg de la nostra història i l'hem après inconscientment a causa de pertànyer a una classe social determinada. De fet, Bourdieu ens diu textualment que *"no es possible autonomitzar los consumos alimenticios con respecto al conjunto del estilo de vida"*. Per posar un exemple que apareix en el llibre, el paper de la dona a l'hora de la preparació dels plats, tan pel gust com per la dedicació del temps, és una clara representació de l'economia domèstica i de la divisió del treball entre els sexes, que segons la classe social i l'estil de vida serà diferent. Plats preparats amb aliments que requereixen una major inversió econòmica i de temps i que, a més a més, busquen ser lleugers i amb baixos continguts en calories serien més comuns dins d'un habitatge de classe alta. (Bourdieu, P., 1988)

## L'EVOLUCIÓ DELS HÀBITS ALIMENTARIS

*"Los seres humanos producen socialmente sus hábitos alimenticios, los cuales, por lo tanto, como cualquier otra producción humana, están sujetos al cambio social."*  
(Entrena-Durán, F., Jiménez-Díaz, J.F., 2013)

Aquests canvis comencen a partir dels anys 90, quan l'alimentació i els seus estudis es limitaven a la producció agrària. El primer canvi que es va produir va ser la industrialització, és a dir, la manera d'obtenir els aliments passa de ser una activitat lligada a la terra i dirigida per petits propietaris, a introduir-se a un mercat agroalimentari globalitzat. Això va produir que la producció agrària s'intensifiqués i es comencés la seva exportació. Conseqüentment es va produir un canvi negatiu a la dieta dels més pobres, els quals eren qui produïen aquests aliments. (Díaz, C., García, I., 2014).

A partir de la industrialització i la globalització s'entra en una creixent complexitat de la cadena alimentària. D'una producció local i tradicional, dirigida per petits productors i adreçada a un consumidor pròxim i un productor coneixedor de l'entorn, passa a convertir-se en una nova forma d'organització productiva plenament integrada en noves formes de comercialització i que distancia a productors i consumidors i introdueix nous agents a la cadena agroalimentària. Aquests canvis patits en el països desenvolupats són conseqüència de les demandes dels consumidors i a la inversa, les formes de producció imprimeixen noves dinàmiques a les demandes dels consumidors (Díaz, C., García, I., 2014). Per tant, ens trobem amb un consumidor confús, que davant de tanta oferta de productes no sap quin escollir, preocupat per la seguretat i el risc dels aliments. La distancia entre els productors i els consumidors s'ha fet tan gran que s'ha perdut el control de les activitats productives. L'agricultor, durant el procés d'industrialització, ha anat perdent protagonisme i capacitat de decisió. A partir d'aquesta preocupació dels consumidors, han entrat al mercat nous productes de proximitat i locals (km 0), i també moltes dietes i hàbits alimentaris regits per la seva vesant saludable (vegeterianisme, veganisme, fitness...).

Ara bé, tots els sectors de la població tenen el privilegi de qüestionar-se d'on ve allò que mengen? Tots els grups socials són igual de crítics?

Un estudi publicat en l'edició digital de la revista *British Medical Journal*, que compara els preus dels aliments saludables i els patrons de la dieta enfront dels menys saludables conclou que els preus de dieta saludable (dietes riques en fruita, verdures, peix i fruita seca), costen més que les dietes no saludables (aquelles riques en aliments processats, carns i cereals refinats). De mitjana, el valor d'un dia dels patrons de la dieta més saludable és al voltant d'1'5 dòlars (aproximadament 1,1€) més per dia que els de les menys saludables. En el transcurs d'una any els costos dels aliments per a una persona pugen al voltant de 550 dòlars (uns 400€) (V.A., 2013). A més a més, la posició social és un factor altament determinant en la major o menor propensió cap a la crítica. Els estrats socials amb menors nivells educatius i econòmics acostumen a ser més acrítics en les seves opcions de consum alimentari, de manera que tendeixen a ser més fàcilment influenciats pels missatges dels mitjans de comunicació i informació, com la publicitat. En canvi, els estrats socials amb nivells econòmics i educatius superiors acostumen a ser més crítics, tal i com correspon al seu major poder adquisitiu, però també a la seva major preparació intel·lectual i al seu coneixement més profund dels requeriments per portar una vida saludable, així com majors facilitats per accedir als mitjans més especialitzats. (Entrena-Durán, F., Jiménez-Díaz, J.F., 2013).

Aquests canvis i transformacions socials també han tingut efectes en com es mostra la pobresa a nivell alimentari. Anteriorment era visible a través d'una primor extrema típica de les societats tradicionals i/o subdesenvolupades, que fins i tot podien causar la mort. Actualment podem alimentar-nos fins la sacietat, però no de la manera adequada. El fet de no menjar apropiadament acostuma a ocasionar problemes de salut i/o sobrepès, de manera que avui en dia s'estén una obesitat característica de les classes amb menors nivells educatius i socioeconòmics en els països més desenvolupats. A més a més, a això li hem de sumar els estils de vida sedentaris que porten moltes persones, ja sigui a causa de necessitats de les seves feines, estudis, o perquè estan davant d'un televisor, de l'ordinador, d'internet, de videoconsoles i altres dispositius tecnològics dels nostres temps que constitueixen una addicció i inactivitat física. A partir que les societats es desenvolupen i s'expandeixen els sectors socials mitjans, amb nivells socioeconòmics, culturals i adquisitius elevats, es pot observar tendències cap a una gradual preocupació per la qualitat dels aliments. (Entrena-Durán, F., Jiménez-Díaz, J.F., 2013). En els sectors socials amb nivells d'ingressos mitjans i alts el fet d'adquirir i consumir uns certs aliments és, sobretot, una expressió d'un estil de vida presentat com a desitjable pels mitjans de comunicació més o menys especialitzats que els serveixen de referent, com una manera de mostrar la seva interiorització del *habitus*, del bon gust i de la distinció. Un *habitus* concret implica una possessió d'un nivell sociocultural que permet un considerable grau de planificació i elecció en les conductes relatives a l'alimentació.

## *OBESITAT I CLASSE SOCIAL*

El cos és l'eina principal de presentació cap a la societat. La primera impressió que es dona de cadascun és clau per a la integració en el món modern on l'aspecte físic ocupa un espai molt important. Segons Bourdieu, el gust en matèria d'aliments també depèn de la idea que cada classe es fa del cos i els efectes de l'alimentació sobre si mateix. Per tant, cada classe construeix el seu cos i utilitza les categories que vol remarcar més (força, salut, bellesa). D'aquesta manera, les classes populars busquen productes barats i nutritius, i les classes mitges i altes preferiran productes gustosos, bons per a la salut, lleugers i que no engreixin. (Bourdieu, P., 1988). Connectant aquest fragment de Bourdieu amb l'article de Pedro Sánchez Vera sobre "Cuerpo, clase y alimentación" podríem dir que la definició social dels aliments i la seva selecció està lligada a la representació del cos percebut: sobrepès o primor. (Sánchez, P., 2007).

Al igual que els hàbits alimentaris han canviat durant els anys, la percepció del cos ideal també. El text escrit per Jesús Contreras sobre "La obesidad: una perspectiva sociocultural", ens posa de manifest que en èpoques passades, en la nostra pròpia societat, les representacions de la primor i el sobrepès eren molt diferents a les actuals. De fet, en el segle XIX i principis del segle XX, la grassor es relacionava amb la salut, la prosperitat, l'honorabilitat i fins i tot era un signe de riquesa. En canvi, la primor representava gana, malaltia i pobresa. Aquesta percepció del cos va anar canviant ben entrat el segle XX gràcies a les accions d'alguns metges, que van començar a difondre que el sobrepès era un risc per a la salut. Avui en dia, el sobrepès i l'obesitat estan molt mal vistos i porten un estigma negatiu que crea rebuig, de fet, podríem dir que la malnutrició i l'excés de grasses es relaciona amb la pobresa. Els nostres cànons de bellesa, especialment els de les dones, han patit importants canvis. La primor i l'aparença de ser sempre jove és avui en dia una característica desitjada per tothom. I no només això, sinó que és sinònim d'èxit i poder. (Contreras, J., 2002)

Segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS), l'obesitat i el sobrepès es defineixen com una acumulació anormal o excessiva de grassa que pot ser perjudicial per la salut. Una manera senzilla de mesurar l'obesitat és l'índex de massa corporal (IMC). Una persona amb un IMC igual o superior a 30 és considerada obesa, i amb un IMC igual o superior a 25 es considera sobrepès. El sobrepès i l'obesitat són factors de risc per a nombroses malalties cròniques, entre les que s'inclouen la diabetis, les malalties cardiovasculars i el càncer. (Organización Mundial de la Salud, 2017).

Hi ha diverses fonts de dades que ens indiquen que l'obesitat és un problema present a les societats modernes. A Catalunya, segons les dades de l'Enquesta de salut de Catalunya (2017), la meitat de la població de 18 a 74 anys té excés de pes, el 34,5% té sobrepès i el 14,9% obesi. (Medina, A., Schiaffino, A., 2018). De fet, no és només un problema present, sinó que anirà a pitjor amb els anys si segueix la tendència actual. Segons una notícia de la Vanguardia digital, el 80% dels homes i el 55% de les dones seran obeses a Espanya el 2030. (Agencias Barcelona, 2019). Una altra dada interessant de l'Enquesta de Salut de Catalunya és que la prevalença d'excés de pes, tant de sobrepès com d'obesitat, és més elevada entre les persones de la classe menys afavorida i les persones amb estudis primaris o sense estudis, tant en homes com en dones. (Medina, A., Schiaffino, A., 2018).

Segons diferents estudis, el perfil d'individu més propens a patir problemes de pes són les dones amb nivells socioeducatius baixos. Un d'aquests estudis que s'han tingut en compte és el següent: "Desigualdades socioeconómicas y diferencias según sexo y edad en los factores de riesgo cardiovascular". L'objectiu d'aquest treball és descriure els factors de risc cardiovascular en la població treballadora de les Illes Balears, analitzant si les diferències per classe social varien en funció de l'edat i el sexe. La conclusió a la que arriba és que les desigualtats són major entre les dones i que l'obesitat és un dels factors principals davant les malalties cardiovasculars, les quals presenten desigualtats importants per classe social en edats avançades (V.A., 2015). Un altre estudi referent a aquest tema i que a més ens introdueix el concepte "estrès" és el següent: "Socioeconomic status differences in food consumption following a laboratory-induced stressor". Aquest treball examina el consum d'aliments en resposta a un factor d'estrès induït pel laboratori. El resultat després d'introduir el fenomen d'estrès -el qual era una pel·lícula- va ser que les dones patien més estrès que els homes, i en concret les dones amb un nivell socioeducatiu més baix. Pateixen estrès sobretot amb els diners i l'economia de la família. El que també podem extreure és que davant de situacions d'estrès es consumeixen més aliments dolços amb un alt nivell de grasses (V.A., 2018). De fet, un article anomenat "Eating behaviour and stress: a pathway to obesity" ens explica en termes medicinals com l'estrès ens indueix a menjar aliments saborosos i amb un alt contingut calòric, fet que comporta forts riscos a tenir sobrepès i/o obesitat (V.A., 2014).

Tot i les evidències dels estudis en establir relació entre obesitat i condició socioeconòmica, aquesta relació és molt variable i complexa, ja que l'associació és diferent en contextos socioeconòmics distints i pot quedar dissimulada per varis factors (exercici físic, dieta, factors psicològics, herència, etc) que poden influir. Tant el nivell socioeconòmic podria condicionar la presència d'obesitat, com l'obesitat podria tenir conseqüències socials en l'individu. Les causes a tenir en compte per poder tractar la pobresa i l'obesitat com dues variables relacionades entre sí serien les següents: factors alimentaris, factors genètics d'adaptació, factors socioculturals, desnutrició intrauterina, aculturació a distància, gènere, migració i factors socioeconòmics. Entrarem en matèria d'aquells factors de major rellevància. (Figuerola, D., 2009).

**Factors alimentaris.** Les poblacions urbanes de diferents països han modificat el seu règim alimentari augmentant el consum de grasses, sucres, i la disminució en el consum de fibra. Acompanyat d'uns elevats preus en les fruites, verdures fresques i altres aliments amb un alt contingut de qualitat nutricional. Això condiona l'accés dels grups més pobres. A més a més, la indústria alimentària afavoreix aquest comportament segmentant l'oferta i comercialitzant productes massius de major contingut en grassa i sucre.

**Factors socioculturals:** es refereix a les condicions de vida que té la població pobre situada a les zones perifèriques, caracteritzades per un ambient violent, agressiu i insegur. Això dificulta portar un estil de vida saludable, la pràctica d'exercici físic i el dret a rebre informació sobre nutrició, activitat física i salut. A més a més, encara existeixen indrets al món on el sobrepès segueix sent considerat com un signe de riquesa i prestigi social. Inclús l'acumulació de grassa, sobretot en les dones, pot ser percebuda com un signe de bellesa i atractiu sexual.



**Gènere.** Les dones tenen oportunitats més limitades, cargues socials més pesades, una imatge infravalorada del seu cos i, tradicionalment, es troben subordinades socialment als homes. Tot i alguns avenços en segons quins aspectes, les dones de menor nivell socioeconòmic segueixen sent el col·lectiu més propens a patir obesitat.

**Migració.** Les migracions dels pobladors rurals cap a les perifèries urbanes i de països més pobres cap a països en millors condicions han produït canvis importants en les condicions i l'estil de vida d'aquests grups. Principalment, si tenim en compte el procés d'urbanització de la població a nivell mundial i els estils de vida que han propiciat aquest canvi (sedentarisme, globalització, pèrdua de relació amb els productors d'aliments i la seva fabricació, canvis en la dieta...) podem relacionar ambdós conceptes. I, per altra banda, molts immigrants fugen de la pobresa o van en busca de feina, i pot ser que vagin a parar a destins els quals no posseeixen les infraestructures necessàries per proporcionar condicions dignes de vida (Figuerola, D., 2009; Peña, M., Bacallao, J., 2000).

Dins dels factors socioeconòmics existeixen diferents contextos els quals expliquen la relació entre ambdues variables. Aquests contextos són l'exercici físic, el sexe i l'edat, la mobilitat social, els factors culturals, els factors psicosocials i l'herència. Alguns d'ells els hem pogut esmentar durant el transcurs del treball.

En primer lloc, l'**exercici físic** té una clara relació amb l'obesitat, ja que les persones que realitzen més exercici físic tenen un pes corporal menor. I si afegim la variable socioeconòmica s'observen clares diferències en l'activitat física, ja que els individus de més alt nivell socioeconòmic són els que realitzen més exercici físic (Figuerola, D., 2009). En relació als **factors psicosocials**, alguns estudis han mostrat que l'existència d'un bon suport social de la mare o del cuidador principal té un efecte protector en relació a l'obesitat en la infància. Quan parlem d'**herència** quasi sempre ens centrem en aspectes purament genètics i deixem de banda l'aspecte social, el qual és important en l'anàlisi de desigualtat social en la salut. La contribució relativa dels factors genètics i dels estils de vida heretats en l'obesitat romanen desconeguts. (Parsons y col., 1999). Ara bé, el component genètic en l'obesitat és ben conegut, ja que existeix una associació entre obesitat dels pares i obesitats dels fills/es. Així mateix, hi ha estudis que han demostrat que el nivell socioeconòmic dels pares està relacionat amb els dels fills/es, indicant que hi ha certa transmissió hereditària d'alguns factors (educacionals, actituds i coneixements sobre alimentació, imatge corporal, etc.) que poden condicionar el nivell socioeconòmic assolit per l'individu. (Figuerola, D., 2009). Per últim, quan es parla d'obesitat es tenen molt en compte els factors que la propicien, però es tenen en menys consideració les conseqüències. L'obesitat crea un estigma que produeix discriminació social, fent que els individus més obesos descendeixin en l'escala social, és a dir, existeix un mecanisme en el qual l'obesitat exerceix un efecte negatiu sobre la classe social. Per tant, la relació entre obesitat i la condició socioeconòmica es mostra bidireccional. És a dir, l'obesitat pot ser una causa de **mobilitat social** descendent. (Gutiérrez, J.L., 1998).

## MARC TEÓRIC ESPECÍFIC

### *CONSTRUCCIÓ DE L'OBJECTE D'ESTUDI*

El fil conductor de tota la teoria és Pierre Bourdieu i la seva obra sobre la distinció social. L'autor ens introdueix conceptes importants com l'habitus, el gust i l'estil de vida, els quals es van repetint al llarg del treball i que són claus per entendre les diferències en els hàbits alimentaris.

L'habitus són aquelles pràctiques que es duen a terme de manera inconscient i que hem après amb la nostra relació amb els demés pel fet de pertànyer al mateix grup social. Els individus tenen una manera de parlar, de menjar, de moure's, de comportar-se, d'acord amb les normes socials i allò que està ben vist dins del seu grup. Per tant, una persona d'una classe benestant amb un nivell socioeconòmic i educatiu alt no tindrà les mateixes pràctiques alimentàries que una altra de classe baixa. Cada classe social crea el seu gust i l'habitus és el que propicia la distinció entre els grups socials. Segons l'autor, tots els camps del nostre dia a dia estan condicionats per la distinció. En termes d'alimentació, per exemple, la classe alta és més propensa a cuinar menjars que impliquin més elaboració i que siguin més costosos –peix, verdures fresques, fruita, etcètera- és a dir, aliments saludables i que no engreixin. Per altra banda, la classe social baixa acostuma a consumir productes calòrics i barats.

Els hàbits alimentaris han patit evolucions al llarg de les dècades. Avui en dia ja no es té la mateixa relació que es tenia amb la terra i els seus productes. La producció era més propera, es coneixia d'on provenien els aliments que tenien al plat i sabien com havien estat tractats. Actualment, amb la globalització i la industrialització, tenir aquesta informació és pràcticament impossible. Tot i això hi ha una tendència en augment d'una major sensibilització i preocupació per allò que es menja. Uns sectors de la població han pres consciència de la importància que té per a la salut tenir uns bons hàbits alimentaris, juntament amb la pràctica de l'exercici físic. Ara bé, les capes de la societat capaces de fer aquest canvi de xip corresponen a les classes mitjanes i altes, les quals tenen els recursos econòmics i l'accés a l'educació i a la informació. I no només en termes de salut, sinó també d'estètica i prestigi social.

Un dels principals problemes de salut que existeix avui en dia a les societats desenvolupades és l'obesitat i el sobrepès. Els hàbits alimentaris poc saludables juntament amb la vida sedentària estan provocant un augment de les xifres de persones que pateixen excés de pes i, en moltes ocasions s'acaba traduint en malalties cardiovasculars i càncers, principals causes de mort del primer món.

El sector de la població amb un nivell socioeconòmic i educatiu baix són el grup més vulnerable davant la possibilitat de patir obesitat, ja que tenen menys accés a la informació i a la educació per tal de poder fer un canvi d'hàbits i, a més, tampoc disposen dels recursos per poder permetre's segons quins aliments ni estils de vida. Si a més li sumem altres factors com viure a zones perifèriques, la migració, el context familiar... Les condicions no es converteixen en les més adients per tenir uns hàbits de vida saludables.

## VALIDACIÓ EMPÍRICA

### HIPÒTESIS

- L'habitus i l'estil de vida creen les diferències entre les pràctiques alimentàries dels individus.
- Els canvis en la dieta (alimentació hipercalòrica i menys consum de vitamines i minerals), juntament amb la disminució de l'activitat física (estils de vida sedentaris), han propiciat l'augment de població amb sobrepès i/o obesitat, especialment a les capes socials amb menor nivell socioeconòmic.
- Hi ha un augment en la sensibilització i preocupació pels hàbits i estils de vida saludables a les classes mitjanes i altes.
- La relació entre obesitat i classe social és variable, bidireccional i depèn de diferents factors.

### METODOLOGIA

Per tal de poder validar les hipòtesis es durant a terme quatre entrevistes dins del sector mèdic per tal de valorar les opinions dels professionals i així tenir una visió més acurada de la realitat que es viu actualment respecte els hàbits alimentaris i l'obesitat, juntament amb l'ús de dades extretes dels informes sobre Salut als Districtes de les diferents Àrees Bàsiques de Salut (ABS).

Les entrevistes es faran, en primer lloc, a dos metges de família de dues zones extremes de la ciutat de Barcelona. Per una banda, un metge que treballa al C.A.P. de Trinitat Vella, el qual junt amb Ciutat Vella i La Mina són les zones més pobres de la ciutat. Per altra banda, parlarem amb un metge que treballa al C.A.P. Montnegre, situat al barri de Les Corts, un dels barris més rics de Barcelona.

També parlarem amb un cardiòleg que treballa a la sanitat pública a l'hospital de Sant Joan Despí i que a més té una clínica privada situada a la Diagonal, una zona benestant de la ciutat de Barcelona. La realització d'aquesta entrevista és important ja que l'obesitat és un dels principals factors de les malalties cardiovasculars.

I per últim, hem parlat amb una infermera que treballa al C.A.P. de Castelldefels. L'opinió d'aquesta professional ens donarà una visió més pròxima de la relació i el seguiment que té amb el pacient i si les seves condicions socials i econòmiques condicionen els tractaments relacionats amb la prevenció i la cura de l'obesitat i les malalties que en deriven.

La ciutat de Barcelona, a efectes de planificació sanitària, es divideix en deu sectors sanitaris que coincideixen amb la delimitació territorial dels districtes de la ciutat. Els sectors sanitaris són l'àmbit on es desenvolupen i coordinen les activitats de promoció de la salut, prevenció de la malaltia, salut pública i assistència socio sanitària en el nivell d'atenció primària i de les

especialitats mèdiques. Els sectors sanitaris estan constituïts per l'agrupació d'àrees bàsiques de salut. L'àrea bàsica de salut (ABS) és la unitat territorial elemental a través de la qual s'organitzen els serveis d'atenció primària de salut. Són unes unitats territorials formades per barris o districtes a les àrees urbanes. (Consorti sanitari de Barcelona, 2019).



Imatge 2. Àrees bàsiques de salut (ABS). Consorci sanitari de Barcelona.

Per fer-nos una idea d'on ens situem, el CAP de Trinitat Vella està a l'ABS 9F situada més a la dreta del mapa, concretament en el districte de Sant Andreu. El CAP Montnegre està situat a la zona 4A, a l'esquerra del mapa, al districte de Les Corts.

A continuació entrarem una mica més en detall amb les característiques de les dues zones.

Segons l'informe de salut als districtes de Barcelona del 2015 podem veure les diferències que existeixen entre ambdós barris en termes de nivell educatiu, socioeconòmic i de salut.

En primer lloc parlarem del barri de Trinitat Vella, situat al districte de Sant Andreu. Tot i que a partir del 2001 la població estrangera va augmentar considerablement a Barcelona, el barri de Trinitat Vella té un alt percentatge de persones immigrants, tant respecte del total del districte com del total de la ciutat. A nivell d'estudis, Sant Andreu segueix sent dels indrets amb una població amb estudis universitaris inferiors al total de la ciutat. D'altra banda, el districte és un dels que es situa amb menor nivell socioeconòmic de la ciutat (juntament amb Ciutat Vella) i, a la vegada, li correspon un dels aturs registrats més alts a Barcelona. Presenta un nivell socioeconòmic molt inferior a la resta de barris del districte, i per tant a la ciutat. En temes d'hàbits de salut, la població gran de Sant Andreu presenta valors d'obesitat superiors a la resta de la ciutat tant en homes com en dones. Les xifres de sedentarisme en el temps d'oci

són similars al districte i a la ciutat. Per últim, referent a l'ús dels serveis de salut, la població de Sant Andreu té majoritàriament cobertura sanitària exclusivament pública. (Salut als districtes, Sant Andreu. 2015).

Per altra banda, la zona de Les Corts és el districte de la ciutat amb menys població. A més, és un dels districtes on hi viu menys població estrangera. A nivell socioeconòmic Les Corts és una de les zones més afavorides. La renda familiar està per sobre del total de la ciutat i l'atur és un dels més baixos de Barcelona. De cara al nivell d'estudis, és un dels districtes on més gent té estudis secundaris i universitaris. Segons aquest informe, Les Corts és un dels districtes de Barcelona amb menys persones obeses i, d'altra banda, la seva població és de les més actives de la ciutat, és a dir, on hi ha menys sedentarisme. De cara als serveis de salut que utilitza la població, cal tenir en compte que la meitat de la població de Les Corts té doble cobertura sanitària (pública i privada) i cada any en són més. (Salut als Districtes, Les Corts. 2015).

	TRINITAT VELLA	LES CORTS
<b>Població estrangera</b>		
Homes	40'2%	14'3%
Dones	33'1%	15'3%
<b>Índex Renda Familiar</b>	45'9	125'4
<b>Atur</b>	15'7%	7'5%
<b>Sense estudis i estudis primaris</b>		
Homes	44'9%	13'8%
Dones	44'7%	19'1%
<b>Estudis universitaris</b>		
Homes	6'7%	41'8%
Dones	10'6%	38'3%
<b>Ús serveis exclusivament públics</b>		
Homes	77'3%	44'7%
Dones	75'6%	44'6%
<b>Doble cobertura sanitària</b>		
Homes	22'7%	54%
Dones	24%	54'2%

Font: Padró Municipal d'Habitants de Barcelona, Ajuntament de Barcelona

## RESULTATS

Els resultats que s'exposaran a continuació s'han extret en la seva totalitat de les quatre entrevistes realitzades, les quals estan adjuntes al final del treball en l'apartat d'Annexos, juntament amb l'ús de les dades extretes dels informes de les Àrees Bàsiques de Salut dels districtes de Sant Andreu i Les Corts. Aquests resultats serviran per poder acceptar o refutar les hipòtesis anteriorment citades.

En primer lloc, podem afirmar que l'habitus i l'estil de vida creen diferències en les pràctiques alimentàries dels individus. Segons els recursos econòmics, el nivell educatiu, el context social i familiar, les condicions del barri on es viu o el país de procedència, les pràctiques alimentàries no són les mateixes. Per exemple, la metge de família del CAP de Trinitat Vella (Annex 1), ens explica un cas d'una noia amb unes pràctiques alimentàries molt poc saludables, fins a tal punt que patia un grau de diabetis molt elevat. Aquesta noia tenia tants problemes a nivell familiar i econòmic que la seva última preocupació era la de menjar sa. Un altre exemple és el del cas del cardiòleg (Annex 3). En la seva consulta de Sant Joan Despí i en la privada de Diagonal veu dos perfils de gent molt diferent, en el primer cas és un perfil de nivell adquisitiu i d'estudis baix i amb molta immigració, els quals tenen un estil de vida i unes pràctiques alimentàries poc saludables. Per altra banda, en el segon cas el perfil que visita són gent amb un estil de vida més saludable i actiu, on les malalties que tracta són menys greus. La infermera de Castelldefels (Annex 4) ens explica com la seva feina davant d'un pacient amb obesitat és crear les dietes. S'ha trobat en varis casos que, al intentar fer una dieta a algun pacient de classe baixa li ha posat problemes ja que no té accés a segons quins productes, com per exemple el peix, o no pot permetre's menjar cada dia fruita i verdura fresca. I per últim, el metge de família del CAP Montnegre (Annex 2) ens diu que, tot i que al seu parer la classe social no té uns efectes directes al fet de patir o no obesitat, sí que hi ha uns certs aliments que són més consumits a les classes amb nivells socioeconòmics més elevats, com per exemple el marisc o el formatge manxec, tot i no ser aliments saludables.

En segon lloc, podem afirmar que l'obesitat i el sobrepès són un greu problema en l'actual societat, sobre tot a causa dels canvis en la dieta i la disminució de l'activitat física. El ritme de vida dels individus avui en dia provoca que els hàbits alimentaris s'hagin d'adaptar. Tal com diuen la majoria dels entrevistats (Annex 1, Annex 3 i Annex 4), la indústria se n'ha aprofitat i amb ella la publicitat i els mitjans de comunicació. El missatge no és positiu per canviar el nostre estil de vida cap a un de més saludable, sinó que els anuncis ens criden a que consumim brioixeria, fast food i begudes ensucrades, amb músiques i imatges atractives, responnent a uns interessos econòmics. Molts d'aquests aliments acostumen a ser de més fàcil accés i poden arribar a ser addictes, tal i com afirma el cardiòleg (Annex 3). Les llargues jornades laborals i el canvi de rol de la dona dins de la família fa que el temps invertit en la cuina sigui menor i que s'acabi optant per l'opció més ràpida i senzilla (Annex 4). Davant aquesta realitat, les capes socials més baixes són les més vulnerables a tenir uns hàbits de vida poc saludables, no només pels baixos nivells econòmics, sinó per la realitat que els envolta; menor educació i informació, problemes familiars, les condicions del barri on viuen no són les més òptimes... (Annex 1, Annex 3 i Annex 4).

En tercer lloc, podem acceptar la hipòtesis que hi ha una major conscienciació i sensibilització al fet de cuidar-se i conèixer el que mengem. Hi ha hagut un auge en el consum de dietes vegetarianes i veganes i amb l'ús dels gimnasos. El metge de família del CAP Montnegre (Annex 2), ens diu que el paper dels mitjans de comunicació i les xarxes socials han sigut claus per aquest canvi d'actitud, ja que donen un missatge positiu. La resta d'entrevistats, també veuen aquest canvi de xip, però a les capes benestants de la societat. Aquests grups socials tenen més facilitats econòmiques, més educació i més informació. La metge de família del CAP de Trinitat Vella (Annex 1) ens diu que les classes altes tenen tendència a demostrar el seu status i prestigi social i, per tant, de mostrar a les xarxes socials una falsa vitalitat respecte a uns hàbits de vida saludables. Ara bé, el fet de poder fer un canvi d'hàbits és difícil pertanyis a la classe social que pertanyis. Una persona que porta 30 o 40 anys menjant d'una manera és molt complicat poder influir per a que faci un canvi d'actitud. Tot i això, les classes benestants tenen més facilitats. El cardiòleg (Annex 3) ens indica que hi ha pacients que, el fet de patir una malaltia de cor greu, havent estat al límit entre la vida i la mort, es veuen obligats a fer un canvi d'hàbits. Tot i això, no tots els casos són iguals, la infermera de Can Bou ens indica que ha tingut algun pacient que ni patint problemes greus de salut és capaç de fer un canvi de dieta, i afirma que per a que algú aconsegueixi fer el canvi s'han "d'alienar els astres" i la persona s'ha de trobar en un estat emocional i un moment de la seva vida estable (Annex 4).

En quart lloc, podem afirmar que la relació entre obesitat i classe social depèn de diferents factors i és variable. El metge de família del CAP Montnegre (Annex 2) afirma que la classe social és un factor massa simple per ser determinant en l'aparició del sobrepès i l'obesitat, al seu parer el factor genètic i l'exercici físic tenen un paper més transcendental. L'entrevistat comenta que es troba casos de gent de classe alta que té hàbits poc saludables i que pateix obesitat. Al seu parer, tenir més diners no vol dir menjar millor, i tampoc s'atreveria a afirmar que la taxa d'obesitat és menor als barris amb nivells adquisitius més alts. Per altra banda, la resta d'entrevistats afirma que la classe social és un factor molt important i determinant, però no és l'únic, el nivell d'estudis, el context familiar i social, la genètica, elements intrínsecs que no depenen del pacient, l'estat emocional, l'exercici físic, factors culturals, la migració i la influència dels mitjans de comunicació són elements que apareixen i que s'han de tenir en consideració. Ara bé, comenten que la classe social és clau i té una relació directe amb les malalties que pateixen els seus pacients, provocades o agreujades pel fet de patir obesitat. De fet, el cardiòleg (Annex 3) afirma que habitualment en els barris on hi ha una major depressió socioeconòmica la gent és més obesa i fa menys exercici.

En les següents taules podem observar les xifres que ens proporciona l'Enquesta de Salut de Catalunya referent a l'obesitat i el sedentarisme. Segons les dades acumulades de 2011 a 2014 per a la població de Barcelona, la població gran de Sant Andreu (65 anys i més) presenta valors d'obesitat superiors a la resta de la ciutat tant en homes (22,4% vs. 16,7% a la ciutat) com en dones (29,2% vs. 20,2% a la ciutat). També podem veure que passa el mateix en el grup d'edat comprés entre els 35 i 44 anys en homes (17,3% vs. 13,9%) i en dones es pot veure en la franja d'edat que va dels 25 als 34 (17,9% vs. 9,6%). Les xifres de sedentarisme en el temps d'oci (no realització d'activitat física en el temps de lleure i excloent caminar com a activitat) són similars al districte i a la ciutat, tret de les dones de 45 anys i més, que presenten percentatges 10 punts per sobre dels de la ciutat durant el període 2011-2014.

Per altra banda, cal destacar que la prevalença d'obesitat a la població de Les Corts és baixa, essent inferior al global de Barcelona. Quasi totes les xifres presenten percentatges similars al total de la ciutat en el període comprés entre 2011 i 2014, a excepció del grup de dones entre 35 i 44 anys (28,1% vs. 8,6%). La prevalença de sedentarisme en el temps de lleure els homes mostren menor prevalença que els de Barcelona en tots els grups d'edat mentre que les dones grans mostren xifres superiors a les de la ciutat (84,8% vs. 78'8%).

Per tant, segons aquestes dades podem afirmar que l'obesitat en el districte de Les Corts és inferior al total de la ciutat i, per tant, al districte de Sant Andreu. I en línies generals, es podria afirmar el mateix dels índexs de sedentarisme, excepte en el cas dels homes de més de 65 anys de Sant Andreu que és inferior al total de la ciutat, i el cas de les dones majors de 65 del districte de les Corts, el qual és superior al total de la ciutat.

En relació al sexe, tot i que en el marc teòric han aparegut estudis els quals ens indiquen que les dones són més propenses a patir obesitat, els resultats obtinguts amb les entrevistes i les dades extretes de l'enquesta de salut mostren que no és un factor del tot determinant.



**Taula 7. Evolució dels indicadors de salut i hàbits de salut. Sant Andreu 2001-2014.**

Homes	2001	2006	2011	2011-14*	2011-14* Barcelona
<b>Mala salut percebuda</b>					
0-14 anys	2,9%	0,0%	0,0%	6,6%	3,6%
15-44 anys	3,7%	9,0%	6,5%	4,6%	6,4%
45-64 anys	21,3%	27,5%	31,5%	20,3%	16,2%
>=65 anys	37,3%	47,7%	46,0%	37,3%	39,4%
<b>Risc de patiment psicològic</b>					
15-44 anys	9,8%	12,6%	4,2%	3,9%	8,0%
45-64 anys	5,0%	11,3%	11,3%	8,1%	10,2%
>=65 anys	2,8%	20,6%	8,8%	15,2%	9,1%
<b>Obesitat</b>					
15-24 anys	2,8%	0%	0,0%	0,0%	2,7%
25-34 anys	5,3%	5,7%	11,1%	7,1%	6,7%
35-44 anys	15,4%	17,7%	9,1%	17,3%	13,9%
45-54 anys	9,7%	11,7%	21,4%	11,4%	18,1%
55-64 anys	20,0%	7,9%	23,1%	12,4%	20,9%
>=65 anys	9,3%	8,1%	5,4%	22,4%	16,7%
<b>Sedentarisme</b>					
15-44 anys	nd	52,1%	44,2%	41,6%	41,5%
45-64 anys	nd	74,2%	59,3%	66,6%	64,1%
>=65 anys	nd	79,1%	51,4%	75,7%	79,0%
<b>Consum de tabac</b>					
15-24 anys	38,7%	28,4%	29,4%	23,5%	18,0%
25-34 anys	39,5%	40,3%	29,6%	42,8%	32,4%
35-44 anys	50,8%	34,0%	21,2%	44,3%	35,8%
45-54 anys	41,9%	31,6%	14,3%	30,3%	32,3%
55-64 anys	35,6%	23,7%	11,5%	18,9%	25,8%
>=65 anys	18,3%	14,4%	0,0%	19,6%	12,1%
Dones	2001	2006	2011	2011-14*	2011-14* Barcelona
<b>Mala salut percebuda</b>					
0-14 anys	4,7%	3,4%	0,0%	0,0%	4,5%
15-44 anys	9,3%	9,7%	9,6%	11,5%	8,4%
45-64 anys	25,6%	33,9%	18,9%	23,0%	25,8%
>=65 anys	51,4%	64,8%	54,6%	56,9%	50,3%
<b>Risc de patiment psicològic</b>					
15-44 anys	13,5%	14,5%	10,0%	13,3%	12,3%
45-64 anys	16,0%	23,8%	15,1%	11,6%	16,3%
>=65 anys	12,1%	24,5%	38,1%	16,0%	17,1%
<b>Obesitat</b>					
15-24 anys	3,6%	0,0%	0,0%	0,0%	2,5%
25-34 anys	5,9%	0,0%	0,0%	17,9%	9,6%
35-44 anys	14,5%	6,3%	5,6%	0,0%	8,6%
45-54 anys	11,9%	14,4%	17,8%	12,8%	10,4%
55-64 anys	14,5%	18,3%	16,0%	0,0%	16,1%
>=65 anys	12,1%	20,8%	29,6%	29,2%	20,2%
<b>Sedentarisme</b>					
15-44 anys	nd	68,5%	54,2%	67,6%	60,8%
45-64 anys	nd	77,8%	56,6%	81,6%	70,7%
>=65 anys	nd	86,6%	79,6%	79,4%	78,8%
<b>Consum de tabac</b>					
15-24 anys	37,0%	24,6%	31,3%	0,0%	19,5%
25-34 anys	34,3%	27,7%	19,4%	34,8%	24,9%
35-44 anys	51,2%	32,8%	11,1%	29,3%	24,4%
45-54 anys	20,0%	21,9%	10,7%	37,8%	28,4%
55-64 anys	3,3%	11,8%	4,0%	38,4%	20,4%
>=65 anys	0,0%	1,4%	2,3%	3,6%	2,0%

Font: Enquesta de Salut de Barcelona, Agència de Salut Pública de Barcelona; nd: no disponible

(\*) Dades de l' Enquesta Salut de Catalunya (ESCA) agregades del 2011 al 2014

**Taula 7. Evolució dels indicadors de salut i hàbits de salut. Les Corts 2001-2014.**

Homes	2001	2006	2011	2011-14*	2011-14* Barcelona
<b>Mala salut percebuda</b>					
0-14 anys	1,5%	0,0%	4,8%	6,1%	3,6%
15-44 anys	4,4%	1,7%	4,5%	0,0%	6,4%
45-64 anys	8,9%	19,3%	21,8%	15,9%	16,2%
>=65 anys	34,2%	24,6%	23,3%	20,1%	39,4%
<b>Risc de patiment psicològic</b>					
15-44 anys	7,5%	5,2%	16,2%	7,0%	8,0%
45-64 anys	9,8%	8,9%	10,9%	10,5%	10,2%
>=65 anys	5,8%	3,2%	2,4%	2,6%	9,1%
<b>Obesitat</b>					
15-24 anys	2,8%	2,7%	0,0%	0,0%	2,7%
25-34 anys	6,0%	10,8%	0,0%	3,5%	6,7%
35-44 anys	4,8%	5,3%	11,1%	15,4%	13,9%
45-54 anys	12,3%	14,6%	16,0%	21,6%	18,1%
55-64 anys	7,8%	21,2%	10,0%	25,5%	20,9%
>=65 anys	10,5%	13,6%	16,3%	8,1%	16,7%
<b>Sedentarisme</b>					
15-44 anys	nd	35,1%	35,3%	39,8%	41,5%
45-64 anys	nd	65,5%	58,2%	55,3%	64,1%
>=65 anys	nd	75,5%	46,5%	67,4%	79,0%
<b>Consum de tabac</b>					
15-24 anys	37,3%	19,1%	17,7%	6,3%	18,0%
25-34 anys	43,3%	24,8%	33,3%	34,4%	32,4%
35-44 anys	37,3%	21,3%	29,6%	37,6%	35,8%
45-54 anys	41,1%	12,7%	16,0%	20,9%	32,3%
55-64 anys	25,5%	16,5%	16,7%	43,9%	25,8%
>=65 anys	18,8%	9,5%	11,6%	15,0%	12,1%
<b>Dones</b>					
<b>Mala salut percebuda</b>					
0-14 anys	1,5%	0,0%	0,0%	4,2%	4,5%
15-44 anys	5,3%	8,9%	12,1%	6,2%	8,4%
45-64 anys	21,7%	26,5%	22,0%	17,2%	25,8%
>=65 anys	51,9%	56,8%	42,9%	48,9%	50,3%
<b>Risc de patiment psicològic</b>					
15-44 anys	17,3%	15,3%	16,1%	12,6%	12,3%
45-64 anys	11,6%	19,2%	17,0%	20,2%	16,3%
>=65 anys	22,4%	17,8%	20,5%	15,4%	17,1%
<b>Obesitat</b>					
15-24 anys	0,7%	0,0%	0,0%	0,0%	2,5%
25-34 anys	1,3%	4,8%	3,2%	0,0%	9,6%
35-44 anys	6,3%	0,0%	0,0%	21,1%	8,6%
45-54 anys	5,4%	7,0%	0,0%	4,7%	10,4%
55-64 anys	7,3%	17,9%	3,2%	12,6%	16,1%
>=65 anys	8,3%	10,4%	10,2%	22,4%	20,2%
<b>Sedentarisme</b>					
15-44 anys	ND	54,8%	49,4%	52,0	60,8%
45-64 anys	ND	69,3%	61,0%	63,6%	70,7%
>=65 anys	ND	84,7%	63,3%	84,8%	78,8%
<b>Consum de tabac</b>					
15-24 anys	38,4%	29,6%	13,6%	37,9%	19,5%
25-34 anys	37,3%	20,4%	19,4%	13,2%	24,9%
35-44 anys	33,3%	26,4%	20,0%	34,8%	24,4%
45-54 anys	23,0%	28,9%	14,3%	28,6%	28,4%
55-64 anys	14,5%	4,3%	12,9%	6,3%	20,4%
>=65 anys	2,0%	1,6%	2,0%	0,0%	2,0%

Font: Enquesta de Salut de Barcelona, Agència de Salut Pública de Barcelona. (\*) Dades de l' Enquesta Salut de Catalunya (ESCA) agregades del 2011 al 2014. ND: no disponible

Per últim, cal remarcar que l'obesitat és un problema molt greu avui en dia, provoca que hi hagi més possibilitats de patir algun factor de risc cardiovascular, com el colesterol o la diabetis, i això pot propiciar l'aparició de malalties cardiovasculars o respiratòries i càncers, principals causes de mort en el primer món. Segons el cardiòleg (Annex 3) un malalt diabètic viu 6 anys menys que un que no ho és. Per tant, disminuir els índexs d'obesitat i sobrepès hauria de ser una prioritat per tal que la població tingui millor qualitat de vida i disminuir les morts causades per les malalties cardiovasculars i càncers.

Els quatre entrevistats conflueixen que l'educació hauria de ser la principal eina per tal de poder acabar amb aquesta problemàtica. L'educació a les escoles, des de petits, que tothom tingui la possibilitat d'interioritzar un estil de vida saludable i posar-lo en pràctica, seria la solució a llarg termini que creuen que és més eficient, a més de tenir un recolzament a nivell de promoció i difusió a través dels mitjans de comunicació que emetin missatges positius.

## CONCLUSIONS

L'obesitat és l'epidèmia del segle XXI. Quasi la meitat de la població de Catalunya pateix obesitat o sobrepès. Aquest excés de pes pot desencadenar factors de risc com la diabetis o el colesterol, les quals s'acaben traduint en la majoria de casos amb malalties cardiovasculars o càncers.

L'hàbitus i l'estil de vida creen uns gustos alimentaris que afecten a les decisions i accions dels individus que s'acaben decantant per un consum en concret. Les classes socials baixes opten per uns aliments i dietes hipercalòriques i amb poca participació de minerals i proteïnes, productes greixosos i amb alts continguts en sucre, els quals són els més vistosos als mitjans de comunicació i, a la vegada, els més assequibles econòmicament. D'altra banda, entre els grups socials benestants ha aparegut una preocupació i conscienciació davant la desconfiança i desconeixement de la procedència dels aliments i de quina manera han sigut tractats, de manera que estan fent un canvi d'actitud davant el seu estil de vida, per una banda amb l'aparició de dietes com el vegetarianisme i veganisme com amb l'activitat física amb l'augment de l'ús dels gimnasos. A més a més, l'obesitat crea un estigma negatiu de rebuig i el fet de portar un estil de vida saludable dóna prestigi social.

Les condicions de vida de les classes baixes difereixen molt de les capes mitjanes i altes, en primer lloc el seu nivell adquisitiu és menor i tenen menys accés als productes saludables, tenen un nivell educatiu menor i a més tampoc tenen el mateix accés a tota la informació per tal de poder fer un canvi d'hàbits. Això els fa més vulnerables a l'hora de patir obesitat i sobrepès.

La classe social és un factor molt important a tenir en compte a l'hora d'estudiar l'obesitat, però s'ha de tenir present que no és l'únic, hi ha un factor genètic, de context familiar i social, el nivell educatiu, la pràctica d'exercici físic, l'estat emocional, la cultura, la migració i els mitjans de comunicació que tenen una gran influència.

D'aquesta manera, la relació entre la classe social i l'obesitat existeix, però s'ha de considerar que és una relació variable i que depèn de diferents factors.

Si es garanteixen uns bons hàbits alimentaris juntament amb la promoció de l'activitat física, es podrien evitar molts casos de malalties cardiovasculars i càncers, les quals són les causes més freqüents de mort del primer món.

L'educació en els hàbits saludables és la principal eina que s'ha d'utilitzar per tal que la informació arribi a tothom i d'aquesta manera totes les capes socials tinguin la possibilitat de fer un canvi d'actitud i conscienciació a la vegada que dificultar l'accés a productes nocius i disminuir la seva visibilització.

En conclusió, podríem dir que som el que mengem a la vegada que mengem el que som, ja que els hàbits alimentaris responen a un hàbitus i estil de vida i, a la vegada, l'alimentació ens condiciona en temes físics i de salut.

## BIBLIOGRAFIA I WEBGRAFIA

- Bourdieu, P. La distinción. Criterios y bases sociales del gusto. Madrid: Taurus, 1988.
- Contreras, J., La obesidad: una perspectiva sociocultural. Grup d'estudis alimentaris, Universitat de Barcelona. Revisions, 2002.
- Díaz, C. García, I., La mirada sociológica hacia la alimentación: análisis crítico del desarrollo de la investigación en el campo alimentario. Política y Sociedad, 2014.
- Entrena-Durán, F., Jiménez-Díaz, J.F., La producción social de los hábitos alimenticios. Una aproximación desde la sociología del consumo. Revista de Ciências Sociais (Ve) [en línia] 2013, XIX (Octubre-Diciembre).
- Figueroa, D., Obesidad y pobreza: marco conceptual para su análisis en Latinoamérica: Saúde Soc. Sao Paulo, v. 18, n.1, pp. 103-117, 2009.
- Gutiérrez, J.L., Obesidad y nivel socioeconómico. Medicina Clínica: Barcelona, v. 110, n. 9, pp. 347-355, 1998.
- Medina, A., Schiaffino, A., Enquesta de Salut de Catalunya 2017. Resum executiu. Generalitat de Catalunya: Departament de Salut, 2018.
- Parsons. T.J. et al. Childhood predictors of adult obesity; a systematic review. International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders: England, v. 23, pp. S1-S107, 1999.
- Peña, M., Bacallao, J., La obesidad en la pobreza: un nuevo reto para la salud pública. Organización panamericana de la salud, n. 576, 2000.
- Pérez G, Espelt A, Orcau, A, Garcia de Olalla P. La salut als districtes 2015: Les Corts. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona, 2016.
- Salvador J, Espelt A, Orcau A, G. de Olalla P. La salut als districtes 2015: Sant Andreu. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona, 2016.
- Sánchex, P., Cuerpo, "clase" y alimentación: Sancho Panza y los españoles. Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales, 2007.
- V.A., Do healthier foods and diet paterns cost moret han less healthy options? A systematic review and meta-analysis. British Medical Journal Open, 5 December 2013.
- V.A., Eating Behaviour and stress: a pathway to obesity. Front Psychol, v. 5, n. 434, 2014.
- V.A., Desigualdades socioeconómicas y diferencias según sexo y edad en los factores de riesgo cardiovascular. Gaceta Sanitaria, v.29, n.1, p.27-36, 2015.
- V.A., Relationship between caries, body mass index and social class in Spanish children. Gaceta Sanitaria, v.31, n.6, p. 499-504, 2016.

- V.A., Socioeconomic status differences in food consumption following a laboratory-induced stressor. Health Psychol Open, v. 5, n. 2, 2018.
- Agencias Barcelona. (2019). El 80% de los Hombres y el 55% de las mujeres serán obesos en España en 2030: La Vanguardia. Recuperado de: <https://www.lavanguardia.com/vida/20190110/454062770432/obesidad-sobrepeso-espana.html>
- Consorci Sanitari de Barcelona. (2015). Ordenació territorial per sectors sanitaris. Recuperado de <http://www.csb.cat/coneix-el-csb/ordenacio-per-districtes/>
- Comunicado de Prensa (2017). La obesidad entre los niños y los adolescentes se ha multiplicado por 10 en los cuatro últimos decenios: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/detail/11-10-2017-tenfold-increase-in-childhood-and-adolescent-obesity-in-four-decades-new-study-by-imperial-college-london-and-who>

## ANNEXOS

### *ANNEX 1. Entrevista CAP Trinitat Vella*

**Hola bona tarda. Primer de tot agrair-te que hagi accedit a participar en el treball realitzant aquesta entrevista. La durada aproximada serà d'uns 30 minuts. L'entrevista és anònima i serà gravada per tal de poder procedir a la seva posterior transcripció i és per un ús estrictament acadèmic i privat.**

**L'entrevista està dividida en 4 blocs. El primer tracta sobre els hàbits alimentaris en general; el segon dels hàbits alimentaris i les malalties que se'n poden derivar; en tercer lloc parlarem sobre les classes socials i els hàbits alimentaris; i per últim, sobre el teu C.A.P. en particular, que és el de Trinitat Vella.**

**Creus que els hàbits alimentaris han anat canviar al llarg de les dècades? Quins tipus de tendències han sigut les més seguides actualment a diferència de les que es seguien anys enrere?**

Buenos jo crec que, com tot, depèn molt del context i de la situació sociopolítica del moment i com exemples... bueno jo el que m'imagino per exemple és en les últimes dècades no és el mateix l'alimentació que hi havia a la post guerra, per temes purament econòmics i de disponibilitat d'aliments que el que potser als anys 70-80 on la gent ja tenia més consciència de l'alimentació i actualment on... bueno tenim com més accés a tot tipus de productes que això no sempre és bo ja que per una banda pots triar seguir una alimentació amb un bons hàbits alimentaris amb una dieta variada i el que s'ajusta, però d'altra banda tens tota la part industrial i de màrqueting i així que et venen, que no sempre és bo i jo crec que és molt important en l'alimentació d'avui en dia.

**Molt bé, seguim amb la següent pregunta. Segons la teva opinió i experiència, creus que avui en dia hi ha més preocupació pels hàbits alimentaris? És a dir, ens fixem més en el que mengem i com ho mengem?**

Jo crec que sí, però per què actualment en el context social que vivim, vivim en un món en el que tot és molt superflu, la gent és preocupada molt de la demostració, de la seva imatge, ensenyar a les xarxes socials... El que la gent demostra...

**Que la gent no ho fa tant per a ells, sinó més aviat per mostrar-ho.**

Això mateix. Com voler donar una sensació de falsa vitalitat que realment després a la vida real no es compleix.

**Perfecte. I creus que hi ha una bona educació alimentària? Sobre dietes, estils de vida favorables...**

Jo crec que això depèn de la situació personal de cadascú i el context en el que la teva família es desenvolupa i t'ensenya des de petita a menjar. No és el mateix tenir accés a qualsevol tipus d'aliments que tu pots triar seguir una dieta variada per què tens accés a comprar qualsevol tipus de producte i triar tu si et vols gastar més diners en fer una bona dieta o una dieta per la

teva família o si simplement accedeixes a cert tipus d'aliments pel tema econòmic per exemple. Llavors, jo crec que hi ha "bona educació alimentària" en la gent que té més recursos i pot accedir a aquesta educació. Però estem una mica... en la mateixa situació que qualsevol altra educació, que la informació il·limitada però no arriba a tothom, o si arriba, no tothom té el recursos per posar-ho en pràctica.

**Vale. I quin paper tindrien en tot això els mitjans de comunicació i la publicitat? Ajuden a millorar els hàbits alimentaris de la població o al contrari?**

Jo penso que sí, que tenen molt a veure els mitjans de comunicació, la publicitat, i tots aquests mecanismes responen purament a un mercat econòmic que aquí darrere hi ha una indústria que l'únic que vol fer és vendre el producte, sigui bo o sigui dolent. Si ens fixem per exemple en els anuncis de la televisió, la majoria són, en temes alimentaris, els "donetes", les galetes... temes d'aquests que tothom sap que no són saludables. Això no vol dir que no puguis tu en un dia menjar una cosa concreta, però una cosa és l'alimentació i el que s'hauria de fer i una altra és el que et ven la indústria que és el que a ella li interessa. O sigui jo crec que sí, els mitjan de comunicació tenen molt a veure, però en aquest sentit no afavoreixen als bon hàbits.

**D'acord, seguim amb l'última pregunta del primer bloc. Com creus que afecta tota la pressió social, els cànons de bellesa, els estereotips físics, etc., dins dels hàbits alimentaris?**

Sí, jo crec que tenen un paper clau. Una mica tornant a la pregunta que hem comentat abans, actualment la gent té molta preocupació per la bellesa, per l'aparença física... I en gent més vulnerable com per exemple adolescents jo crec que aquests missatges calen molt. I en el tema de l'alimentació igual. Jo crec que en aquest cas es podria utilitzar com per "fer el bé", és a dir, si tu segueixes una bona dieta o un bon estil de vida podries arribar a tot això que vols, però moltes vegades, pel tipus de societat en el que vivim no sempre s'utilitza de la millor manera.

**Molt bé. Ara passem al següent bloc on relacionarem els hàbits alimentaris amb les malalties que se'n poden derivar. Creus que moltes malalties es podrien evitar tenint uns bons hàbits alimentaris?**

Sí. I això t'ho puc dir al 100% segur (riures). El gran problema en la societat del primer món actualment són... bueno ja ho anem sentint per la televisió el tema del colesterol, la tensió... els factors de risc cardiovascular que es diuen. Tot això sí que hi ha una part de genètica intrínseca, la qual no la pots controlar, però tota la part d'estil de vida, d'hàbits d'alimentació saludables, fer esport, evitar el sedentarisme... Aquest grup de malalties, per exemple, està clarament influït, i d'altres com els càncers també. Per tant, sí que està clarament relacionat.

**Perfecte. La següent pregunta ja me l'has respòs una mica, que seria quines malalties són les més habituals relacionades amb els hàbits alimentaris...**

Bueno el tema dels infarts, els ictus, cardiovasculars, i hi ha càncers que també s'han relacionat molt. Sí que és veritat que hi ha una part genètica amb una càrrega molt important, però modificant estils de vida i a través de l'alimentació hi ha moltes d'aquestes malalties cròniques, que són les malalties que afecten a la població en general, que es veurien reduïdes i es podrien prevenir.



**Relacionant això amb la tercera pregunta, podríem dir que l'obesitat i el sobrepès són un problema greu avui en dia, sobretot en el primer món? De fet es poden trobar molts estudis i articles que ho afirmen...**

Sí, de fet es parla molt que l'obesitat és l'epidèmia del segle XXI. Una mica pel que hem comentat abans, tenim molt accés a qualsevol tipus de menjar i normalment els aliments més barats són els pitjors, és a dir, la brioxeria i tot això que és mot més atractiu, i sobretot en gent més jove. Hi ha un alt consum d'aquests productes i el que s'està veient és que hi ha molta obesitat infantil, nens sedentaris, nens que tenen molt mals hàbits alimentaris. I un nen obès, es tradueix en un adult obès. Per tant, sí que hi ha un problema greu, i és una càrrega molt important pel sistema sanitari.

**Molt bé. I per altra banda, creus que l'anorèxia es podria considerar com una malaltia relacionada amb els hàbits alimentaris, és a dir, és l'altra cara de la moneda de l'obesitat?**

Jo crec que l'anorèxia el que es veu és el problema de l'alimentació, sobretot en el cas de noies desnudides, tothom sap el perfil d'una persona anorèxica. Però jo crec que és un tema diferent, en aquest cas no hi ha problema de mala alimentació, sinó que és un problema psiquiàtric, que no només és l'alimentació, va més enllà. Per altra banda, sí que podríem relacionar-lo amb tot allò que hem parlat del que es ven, els cànons de bellesa, l'aspecte físic... que sí que estaria relacionat amb aquesta malaltia, però l'alimentació com a tal jo crec que aquí tampoc té gaire pes.

**Anteriorment has comentat que l'obesitat infantil avui en dia es veu que està augmentant considerablement. A part d'aquest grup, quins són els més vulnerables a patir sobrepès i/o obesitat? I anorèxia?**

En primer lloc, en el cas de l'anorèxia jo crec que una mica les noies adolescents són les més propenses a patir aquesta malaltia, ja que són un sector de la població el qual la seva identitat s'està formant i són molt influenciables. I com ja hem esmentat, la societat avui en dia s'encarrega de dictar-nos que un cos prim és més bell i serà més exitós. També penso que és una malaltia més freqüent dins de les capes de les societats benestants i de classe mitja/alta. Això no vol dir que les classes de nivells socioeconòmics no pateixin anorèxia, sinó que penso que la tendència segueix més als grups socials més acomodats.

Per altra banda, com ja hem esmentat anteriorment, crec que està molt relacionats amb el tema de l'accés a l'educació sanitària i la gent que té menys accés a aquesta informació, gent amb pocs recursos, ja sigui d'informació, que avui en dia és primordial, com recursos econòmics. Jo penso que és aquesta gent la que està més en risc de patir obesitat. Bàsicament perquè constantment veiem anuncis, per exemple, d'una hamburguesa de certa cadena que per 1'5€ tens una hamburguesa de 1000 calories, que allò no t'alimenta, sinó al contrari, és tot processat, industrial... I clar, una família amb pocs recursos pensa que per menys de 10€ ha sopar tothom. I d'altra banda, penses que t'has de gastar els diners en un plat de verdura i un peix i una mica de fruita. En primer lloc et costarà més diners al mercat, i després tota la inversió de temps en preparar els plats. D'aquesta manera potser hi ha gent que no té el temps perquè està treballant o el que sigui. Òbviament hi ha de tot, però jo crec que hi ha un greuge comparatiu entre l'accés a la informació i recursos en aquest tema.

**Aleshores diries que el sobrepès i l'obesitat estan més relacionats amb els estils de vida en general i no només en els hàbits alimentaris.**

Sí, sí, i tant. No només en el tema alimentari, que és bàsic, però no només això, l'activitat física, el model social que hi ha avui en dia, és a dir, treballar moltes hores al dia i després no tinc temps de moure'm, d'anar al gimnàs, de portar una vida una mica activa, el que seria el sedentarisme. Tot això influeix clarament.

**Genial. Passem al següent bloc on parlarem més a fons sobre la classe social i els hàbits alimentaris. De fet, ja ho portem comentant al llarg de la entrevista, que la gent que té menys recursos serà més propensa a patir obesitat. Creus que la classe social és el factor més important? Quina altres s'haurien de tenir també en compte?**

Jo no sé si és el més important, perquè moltes coses que s'han de tenir en compte, no tot únicament depèn d'una cosa, sinó que la majoria de malalties o de coses de la vida no es deuen només a un factor concret, però jo crec que té molt pes. És a dir, una persona que pateix obesitat, no només és que mengi malament, que també i evidentment, però els factors genètics...

**El sexe, per exemple, creus que també s'ha de tenir en compte?**

Sí, sí. En tots aquests aspectes hi ha una part que és immodificable, la teva càrrega genètica, el teu sexe, la teva edat... que tu no ho pots canviar i després hi ha l'altra part, en la que tu decideixes i pots modificar. En el tema de l'alimentació doncs evidentment la classe social és un aspecte que és difícil canviar, si tu ets una persona en una família amb pocs recursos, és molt difícil que tu tinguis el mateix accés que una persona que tingui més recursos. Per tant, tot i que no sigui el factor l'únic factor ni potser tampoc el més important, però és un factor que s'ha de tenir molt present en la malaltia en general i en els hàbits alimentaris també.

**Llavors segons la classe social hi ha diferències entre els aliments que es mengen, per exemple com hem dit abans, un plat de verdures i peix requereix tenir accés a aquests aliments més tenir el temps per preparar-ho i potser per una família que no té temps ni recursos és molt més fàcil anar a qualsevol cadena de menjar ràpid i menjar una hamburguesa per 1'5€.** Passem a la següent pregunta és si creus que cada classe social desenvolupa uns gustos alimentaris i un gust pel tipus de físic en concret i com pot afectar això a la salut.

En el cas del tema del físic no ho sé, però... Per exemple, parlant musicalment, per què l'òpera només agrada a la classe social benestant? Doncs perquè tenen accés, tenen una formació que els hi permet interpretar aquella música. D'altra banda una persona sense formació musical amb un perfil socioeconòmic més baix no l'apreciarà, simplement perquè no hi ha tingut accés i la seva formació i tot el que l'envolta no dona peu a desenvolupar els mateixos gustos. I no només podem aplicar-ho també en l'alimentació, sinó en la vida en general.

**Perfecte. Ja hem arribat a l'últim bloc, on parlarem del teu C.A.P. en particular i de la teva experiència treballant en el C.A.P. de Trinitat Vella. Si poguessis explicar-me quin perfil de pacients són els que visiten el teu CAP? No cal que em diguis xifres ni percentatges exactes.**

El meu C.A.P. està en un barri de Sant Andreu però és un barri de la perifèria de baixa renda on hi viuen gent gran de tota la vida que s'han desenvolupat al barri i són gent treballadora de tota la vida i després hi ha una part important d'immigració pakistanesa, marroquina... que degut a les característiques del barri, al ser d'un perfil socioeconòmic més baix doncs tenen millor accés a l'habitatge. És un barri una mica més, no marginal, però més assequible en aquest sentit. Llavors hi ha aquests dos perfils de pacients, i en quant al CAP si compares els CAPs per zones és dels CAPs que avarca una població més pobre i amb menys recursos econòmics, junts amb La Mina i Ciutat Vella. Són les tres zones de renda més baixa. Aleshores el perfil de pacient correspon a un estrat socioeconòmic baix amb tots els problemes que comporta, i amb molta immigració.

**I relacionat amb els hàbits alimentaris, t'has trobat amb casos de pacients que han vingut amb malalties causades per una mala alimentació?**

Sí, sí, claríssimament. Recordo un cas concret d'una noia d'uns 20 i pocs anys amb una obesitat molt marcada, uns 120 kg i que estava desenvolupant una diabetis tipus 2, que és la típica de gent obesa, adulta, després de molts anys d'obesitat. Era una perfil de noia que darrera tenia una història familiar molt marcada- Era una noia immigrant amb molts germans, uns 5 germans si no recordo malament, amb una mare que no treballava, amb problemes familiars bastant considerables. En general era una família amb pocs recursos i aquesta obesitat evidentment d'on venia era de l'obesitat de la gent pobre, el que hem estat parlant abans, que és molt més fàcil alimentar una família amb mals hàbits perquè et surt molt més barat que no seguir un bon estil de vida.

**I quan et trobes amb aquests casos, quines solucions els hi dones? Perquè entenc que han de fer un canvi total d'estil de vida.**

Tu pots recomanar o proposar el que mèdicament és el millor, el que passa és que aquests casos van més enllà de l'aspecte mèdic. Joestic segura que a aquesta noia en concret que t'explicava abans li dius que tindrà cada dia un plat de verdura i un peix a la planxa per dinar i per sopar un bistec i cada dia menjarà bé, i tindràs accés a tota la fruita que vulguis i tot pel teu bé, jo crec que a qualsevol persona que li diguis això no ho rebutjaria. Jo crec que no s'ha de criminalitzar a aquesta gent, no tenen problemes de salut perquè ells vulguin, sinó perquè tenen una situació que jo crec que va molt més enllà del tema mèdic. Aquesta família en concret jo crec que el fet de menjar millor o pitjor és d'una prioritat tan baixa a la seva vida amb tots els problemes que tenen, familiars, econòmics, de feina... Al final és molt difícil que posin en pràctica les teves recomanacions. Tu no ho deixes mai d'intentar i buscar recursos i maneres mèdiques, socials... tot el que puguis per paliar aquestes situacions. Però realment l'estil de vida és una cosa molt arraigada i que s'ha de treballar molt i s'ha de tenir força de voluntat, ganes i recursos.

**Creus que la classe social dels teus pacients afecta a que pateixin un tipus de malaltia en concret? O que moltes de la malalties que tenen es podrien evitar si tinguessin més recursos?**

Sí, totalment. Tot el que va amb estil de vida i l'alimentació es podria evitar si tinguessin més recursos. No arribarien a aquests extrems i seria com més fàcil per tothom.

**Doncs ja hem arribat a l'última pregunta, la qual és més d'opinió personal i subjectiva. Quina creus que és la solució als problemes d'obesitat i sobrepès en els països desenvolupats?**

A nivell teòric l'educació sanitària és bàsica, però com a tot, en temes de sexualitat també has de fer educació... En tots els àmbits de la vida és l'educació, el que passa és que això teòricament és molt maco i seria ideal, però a la pràctica ens trobem amb el mateix problema, pot ser la gent que més educació necessita és la que gent que menys accés té a aquests recursos i més dificultats tenen. Tot passa per l'educació.

**I suposo que també el tema de la publicitat i els mitjans de comunicació no ajuden gaire.**

Clar. Jo crec que el que veus pel televisió i els anuncis no miren per la teva salut, sinó que miren per ells mateixos i els seus interessos, per unes quotes de màrqueting que han de complir, per un benefici a final d'any... que els hi és igual si tens problemes de salut per consumir aquell producte o no. Limitar aquest aspecte a nivell de legislació és molt difícil, com per exemple, fa relativament poc, un parell d'anys, van pujar el preu de les begudes ensucrades. Això està molt bé, però és una mesura que al final recau sobre el consumidor i sobre les grans empreses no recau res. Llavors estem en el mateix, sempre penalitzem al d'a baix, que potser al final és el que més culpa té, sense treure-li la responsabilitat que li toca, però clar al final el tema del màrqueting és un tema a part que és difícil posar-hi solució i agradar a tothom i arribar a un consens.

**Perfecte doncs ja hem arribat al final de l'entrevista. Moltes gràcies un altre cop per haver-nos dedicat el teu temps poder fer aquesta entrevista.**

Gràcies a tu.

## *ANNEX 2. Entrevista CAP Montnegre*

**Hola buenas tardes. Primero de todo agradecer que haya accedido a participar en este trabajo realizando la siguiente entrevista. La durada aproximada será de unos 20 minutos. La entrevista es totalment anónima y serà gravada para su posterior transcripción.**

**Vamos a empezar por saber un poco el perfil de pacientes que visites aquí en el C.A.P. ¿Porque este CAP es de la zona de Les Corts, no?**

Exacto, de Les Corts y una zona de Pedralbes también.

**¿Y cuál es el perfil de pacientes que vienen más a visitarse? Hablando de edad, nacionalidades...**

Aquí la población básicamente, la que requiere los Servicio de Seguridad social, hay de todas las edades. Los más frecuentadores son los pacientes de más de 60-65 años, pero vemos todas las edades a partir de los 15 años. Es verdad que la población de este barrio, de Les Corts, la inmigración es menos frecuente, es un paciente muy de barrio, de toda la vida.

**¿Y a nivel adquisitivo, la renta de los pacientes...?**

Bueno vemos rentas medias-altas en este barrio, la mayoría. Hay muchos pacientes que ya tienen mutua privada también.

**¿Esto influye también?**

Sí, sí, esto influye bastante también, evidentemente.

**¿Tienes pacientes con problemas de salud causados por unos malos hábitos alimentarios?**

Evidentemente la alimentación es una de las causas de obesidad, y la obesidad está relacionada con la diabetes y con el aumento de la tensión arterial, y todo esto se nota sobre todo en los pacientes con malos hábitos alimentarios como por ejemplo el exceso de sal y exceso de aporte calórico, pues genera una serie de problemas de salud.

**¿Y crees que este tipo de hábitos van relacionados con la clase social a la que pertenece el paciente?**

No, no tiene nada que ver. No tiene que ver con la clase social para nada. Tener más dinero no quiere decir comer mejor. No me atrevería tampoco a asegurar que la tasa de obesidad sea inferior en los barrios con más nivel adquisitivo, en absoluto.

**Entonces, ¿cuándo hablamos de obesidad o sobrepeso la clase social es un factor que no debemos tener en cuenta o simplemente es un factor más?**

Yo creo que la clase social es demasiado simple para llegar a ser un determinante.

**Vale. Pero sí que hay muchos otros factores como la genética, la edad...**

La genética es fundamental, es un factor esencial, si ha habido obesidad en la infancia por ejemplo, si hay hábitos de vida sedentarios, con poco ejercicio físico, también esto “pesa” mucho.

**Este es otro tema que también quería tratar, el tema del sedentarismo. ¿Tus pacientes que hábitos de vida en general, no solo alimentarios, tienen?**

En general la gente intenta caminar sobre todo. Y los gimnasios también hacen su papel, hay bastante gente que se apunta a los gimnasios afortunadamente. Y en cuanto a hábitos dietéticos cada vez se ven más vegetarianos y veganos, esto es cierto. Hay una cierta tendencia, favorecida también por las redes sociales y los medios de comunicación más amplios como televisión y radio que están constantemente informando sobre los daños que puede producir una mala alimentación. La tendencia es cada vez más gente vegetariana.

**Vale, es decir, tú estás viendo que hoy en día el tema de los hábitos alimentarios está evolucionando...**

Sí, sí, está evolucionando.

**¿La gente se preocupa más?**

La gente está más sensibilizada. De todas maneras, aquí lo decimos, que comer solo verduras, no quiere decir que no vayas a engordar tampoco, depende de la cantidad, la frecuencia con la que comes, el ejercicio físico... todo influye.

**Muy bien. Y los medios de comunicación también crees que tienen un fuerte impacto...**

Tienen un impacto más positivo que negativo últimamente.

**Perfecto. Cambiando de tema, a nivel así más general, ¿crees que hay un problema grave hoy en día con la obesidad y el sobrepeso en los países desarrollados?**

Yo diría que es un problema grave porque comporta muchas enfermedades asociadas sobre todo en problemas de factores de riesgo que acaban con un problema de corazón.

**Y entonces, ¿muchas enfermedades se podrían evitar teniendo unos buenos hábitos alimentarios?**

Se podrían evitar muchísimas enfermedades si se mantuviese el peso correcto y con una dieta adecuada.

**A nivel de opinión personal, ¿quiénes crees que tendrían que ser los responsables para que la población siguiera unos hábitos alimentarios? Por ejemplo la familia, las Instituciones públicas, la escuela, los medios de comunicación...**

El principal agente tendría que ser el propio paciente que fuera consciente del problema. Ha de estar informado y convencido de que esto es así, y que además sea capaz de auto responsabilizarse de su propia salud empezando por saber comer correctamente. Está claro que también tenemos un papel los médicos, pero no depende de nosotros. Nosotros damos la información y advertimos y ponemos a disposición del paciente unas dietas adecuadas para

cada tipo de enfermedad. En temas de obesidad sería una dieta hipocalórica, está claro. Pero la responsabilidad última es del paciente. Los medios de comunicación, las redes sociales, el boca a boca funcionan también, evidentemente. Tiene que haber un apoyo, una cobertura informativa externa bastante adecuada. Igual que la tendría que haber para el caso del tabaquismo y la diabetes. Y promocionar el ejercicio físico. Que no vale solo la alimentación, va acompañado de ejercicio físico.

**Pasamos a otra pregunta. ¿Cree que la clase social crea unos gustos alimenticios concretos? Por ejemplo, una persona de una renta más alta tiene tendencia a consumir preferentemente un tipo de alimentos que personas de rentas bajas no consumirían y a la inversa. Es decir, un ejemplo que pongo normalmente es el gusto por los gustos musicales, como la ópera. No todo el mundo puede ir a la ópera no solamente por el precio de las entradas, sino porque no todo el mundo ha recibido la educación necesaria para poder entender un concierto de ópera.**

Vamos a ver, yo he visto aquí gente de clase social alta muy obesa. Lo que sí es verdad es que teóricamente quizá las personas de renta más baja consumen más hidratos de carbono, los cuales son los que van más asociados a la obesidad. ¿Por qué? ¿Por qué no se pueden comprar la comida mejor? No, de hecho, hay alimentos con proteínas que sí que es verdad que son más caros, pero que podrían acceder. Estamos hablando del pollo por ejemplo, es un alimento barato, y que podría consumirse y no es perjudicial para la salud. Es verdad que las clases más altas tienen más acceso pues a algún tipo de alimentos como por ejemplo el marisco, pero es que el marisco va mal para la salud en exceso, tiene mucho colesterol, ácido "iurico". Hablo de marisco como también puedo hablar de una dieta hiperproteica que tampoco es buena, como un exceso de carne roja no es bueno. De cara a la obesidad, sí que es verdad que hay países que depende... Cuando viene un inmigrante aquí a España cambia todo el hábito alimentario que está acostumbrado. Hay países en Latinoamérica que el consumo de alimento principal es el arroz y las legumbres. Y el cerdo, el cerdo también es malo para la salud, todo lo que sea embutido, cerdo, no es bueno. Igual que no es bueno el queso manchego, muy consumido por clases altas. Hay quesos muy buenos y muy consumidos, pero no es bueno para la salud el queso, son grasas animales. No creo que la clase social sea tan determinante. Sí que es verdad que la clase social alta debería tener más información y estar más informada, y teóricamente tendría que optar más al tema de los buenos hábitos y estilos de vida. Pero hay un factor genético decisivo, más que la clase social, la cual no es determinante.

**Muy bien, perfecto. Pues esto es todo. Agradezco mucho que me haya prestado su tiempo para contestar estas preguntas.**

A ti, ha sido un placer.

### *ANNEX 3. Entrevista cardiòleg*

**Hola bon dia. Primer de tot, agrair el temps i l'interès dedicat en contestar aquestes preguntes pel meu treball de fi de grau. L'entrevista és totalment anònima i serà gravada per la seva posterior transcripció.**

**Comencem parlant una mica de la teva professió, que és la de cardiòleg, oi? I aquesta professió de quina manera està vinculada amb el tema dels hàbits alimentaris i l'obesitat o sobrepès?**

L'obesitat és una patologia que és molt freqüent, de fet deu haver-hi gaire bé un 14% d'obesitat infantil aquí a Espanya. I en els Estats Units, en els darrers 20 anys hi ha hagut un increment importantíssim de gent obesa. De manera que, poblacions que abans no ho eren tant, ens els últim 20 anys ha anat augmentant el número de gent obesa. Especialment està relacionat amb el consum de begudes ensucrades, els menjars pre cuinat, brioixeria, el fast food... I això va de la mà de varies malalties, perquè l'obesitat en si el que afavoreix és que hi hagi major risc de tenir diabetis, i la diabetis és una malaltia tremenda perquè el que fa és incrementar molt el risc de patir malaltia coronària, aterosclerosi, de dipòsit de colesterol dins de les arteries del nostre cos, que poden afectar tan a les arteries que van al cervell, com al cor, i com a les extremitats, no? I per tant hi ha molt més risc que els diabètics pateixin malalties cardiovasculars. De fet, un malalt diabètic ja viu 6 anys menys que un que no sigui diabètic. Però si a més de ser diabètic i té malaltia cardiovascular, viu 12 anys menys que un individu normal. La diabetis també es relaciona amb major risc de patir un ictus, infarts de miocardi, o insuficiència cardíaca (el cor no es capaç de bombejar correctament la sang i s'acumulen els líquids als pulmons, i això provoca més ofec, més fatiga, s'inflen les cames...). També l'obesitat es relaciona amb major risc d'hipertensió arterial i per tant, tens més possibilitats de fer events cardiovasculars com per exemple insuficiència cardíaca, infarts de miocardi o ictus. L'obesitat també pot provocar malalties respiratòries. Hi ha gent que per culpa de l'obesitat fa apnees del son, i les apnees del son és una altra marcador de risc de malaltia cardiovascular. L'obesitat va de la mà del sedentarisme, que és l'altre factor de risc que va relacionat. I clar, si no et mous i no menges bé, doncs "et poses com un cistell".

**Aleshores el que està clar és que a través d'una bona alimentació es podrien evitar moltes malalties, no?**

Claríssim. De fet, el que fem nosaltres quan atenem malalts que han tingut malalties del cor, el que intentem bàsicament és fer un canvi d'estil de vida.

**O sigui no només d'alimentació, sinó que s'engloba l'estil de vida en general, no?**

Exacte, s'ha de dir que deixin el tabac, que facin més exercici, que mengin millor, que mengin menys menjars preparats, que deixin les begudes ensucrades, les pizzes... En conclusió el que serien els mals hàbits. Que és el que costa més, eh. Quan has portat 40, 50, 60 anys fent d'una manera determinada i a partir d'un moment donat, coincidint amb un infart de miocardi, és quan li has de demanar que faci un canvi en l'estil de vida.

**Perfecte. I relacionant amb el tema amb la classe social, creus que cada classe social té estils de vida diferents?**



Segur. De fet, habitualment en els barris on hi ha una major depressió socioeconòmica la gent és més obesa i camina menys, fa menys exercici. I això està relacionat també en que tenen un impacte en pronòstic, en supervivència.

**D'acord. Creus que hi ha més factors a part de la classe social que s'han de tenir en compte a l'hora d'estudiar l'obesitat? Com per exemple, l'edat, el sexe, la genètica...**

Sí. Parlem de factors de risc de malaltia cardiovascular per què amb malalts que han tingut ja un event cardiovascular fas una història i intentes rascar quins són els factors de risc o les malalties que es relacionen amb aquesta situació d'haver tingut un infart. Aleshores quan tu analitzes dius: "ostres, veig que aquests individus que han tingut un infart tenien antecedents de obesitat, de fumar, de hipertensió, de diabetis, de sedentarisme, consum de drogues..." Tots aquests factors són situacions clíniques que es relacionen amb major probabilitat de patir una malaltia com l'infart de miocardi o l'embòlia cerebral, que són les més freqüents, la gent es mor majoritàriament d'això. La gent es mor de malaltia cardiovascular o de càncer. I actualment als països desenvolupats, la causa número u és la malaltia cardiovascular.

**Molt bé. Doncs si et sembla bé parlem una mica més en concret si hi ha algun perfil més freqüent que visitis. Com per exemple classe social, nacionalitat, edat...**

El perfil de pacients que veig a la consulta privada és diferent del que veig aquí. No té res a veure. Aquí són gent, habitualment, amb un nivell socioeconòmic molt més baix, veig més immigrants... Bàsicament això, immigrants, amb poques oportunitats econòmiques i moltes famílies molt desestructurades.

**Són gent que el context no els acompanya, no? I en canvi a la consulta privada entenc que hi va un perfil de pacient més benestant.**

És l'altra cara de la moneda. Veig patologies que no són tan greus, t'entenen molt millor, és més fàcil poder influir en que canviïn d'estil de vida, tenen més recursos, tenen uns nivells d'estudis més elevats. El perfil és diferent, però jo els tracto tots iguals.

**Sí, sí, i tant. Això no ho poso en dubte. I dels pacients que visites, la majoria tenen problemes de salut causats per uns mals hàbits alimentaris?**

O sigui, jo el tipus de pacient que visito, al ser cardiòleg, visito gent que normalment té més de 40 anys. Sí que hem tingut algun malalt més jove, de 20-30 anys, però no és el més habitual. Nosaltres ens centrem en la franja de 40 a 70, sobretot els de 60 anys.

**I a l'hora de donar-los-hi algun remei o solució a la seva malaltia, com el que hem estat parlant de fer un canvi en l'estil de vida, el seguiment o a nivell de resultats, és diferent a la consulta privada que a l'hospital?**

Canviar d'estil de vida és difícil de totes les maneres. Imagina que tens 60 anys i que peses 105kg, vol dir que has portat molts anys amb aquest entrenament, has agafat uns hàbits de menjar i d'exercici que t'han portat en aquest estat. Llavors, dir-li que a partir d'ara hem de menjar diferent, quan porto 40 o 50 anys menjant el que estic menjant i li demanes que faci més verdura, menys fregits, més planxa que no consumeixi tants hidrats de carboni, que

augmenti les proteïnes... però especialment que faci més exercici físic. Els hi diem moltes vegades “menos plato y más zapato”. Però han de ser les dues coses clar. Si jo porto 60 i pico anys i he arribat allà, això costa molt. Aleshores has “d’aprofitar” que ha tingut una malaltia greu que ells s’ha vist, que es jugava la pell perquè sinó serà molt difícil que canvi els hàbits. Si ell no s’espanta i no veu que en aquell moment ha passat un perill, li ha de servir d’oportunitat de canvi. Si el malalt no percep que l’infart agut de miocardi ha sigut una situació que podria haver-se mort en aquell instant i no aprofitem un cop ja la superat per canviar els hàbits, serà molt difícil si no aprofitem aquesta situació perquè realment canviï.

**Però el seguiment o l’obtenció dels resultats realment costa tan si ets de classe alta com de classe baixa.**

Costa més si ets de classe baixa. Menjar bé costa més diners. Anar a comprar fruita, i verdura, el peix i la carn és molt més car que menjar-se una hamburguesa o unes salsitxes de Frankfurt, o una pizza, això és baratíssim. Una pizza, vas a comprar-la per dos euros, i et quedes tip. Per quedar-te tip menjant fruita o verdura et costa molt més.

**Creus que cada classe social desenvolupa uns gustos alimentaris en concret? M’explico, per exemple a nivell musical, la classe social alta té els recursos i l’educació necessaris per entendre un concert d’òpera, en canvi algú de classe baixa, potser inclús podent comprar l’entrada no entendria l’obra o no li agradaria. A nivell de gust alimentari creus que passa el mateix?**

La indústria alimentaria ha influït molt en això. Abans no existien les coses pre cuinades i les coses no estaven en plàstic. La gent consumia els aliments en km 0 i era tot molt natural i no havies de fer res, però a mesura que la gent ha anat treballant més i necessites menjar fora de casa necessites menjar i la indústria ha vist en això una oportunitat per encolomar els seus productes. La majoria de tots aquests productes estan fabricat per que durin i que tinguin un gust que sigui atractiu, i com que necessites consumir-ho amb més temps, has d’afegir més sal, més sucre, i més greixos, perquè sinó la “palativitat”, el gust, la sensació del gust necessites donar-li... el gust el dones bàsicament per les coses greixoses, pel greix, i pel sucre. Que el sucre a més és altament addicte perquè el nostre cervell i els nostres músculs consumeixen sucre, i és una font de recurs fantàstica perquè a mesura que menges sucre, això va al cervell i directament estimula addicció. El sucre és addicte. I per això les lllaminadures, la cola-cola són summament addictes. Aquest excés de sucre provoca; primer que fidelitzes el client; segon que aquest excés de sucre el nostre cos no pot emmagatzemar-lo, el consumeix directament o sinó el transforma en greix. Per tant, quan tu menges bàsicament hidrat de carboni, el que fa el cos és utilitzar el que estàs fent, si estàs en repòs doncs no faràs res, i ràpidament tot aquell altre consum que tindràs el transformarà en greix i s’anirà acumulant. Els donuts per exemple, els donuts són bàsicament sucre i greix. El sucre va directament per fidelitzar el client i estar enganxat a aquest aliment, i el greix va directament a reserva.

**Com has anat comentant en aquesta última resposta, es podria dir que els hàbits alimentaris han anat canviant al llarg de les dècades. S’han anat modelant per encaixar amb els nous estils de vida que porta la gent, no?**

La gent no té temps per cuinar. Aleshores surten el “yatekomo” i totes aquestes històries.

**I no només això, sinó la producció també ha canviat, el qui i com es produeixen els aliments. Abans es menjava amb el que cadascú produïa pel seu consum o si més no hi havia una proximitat entre productor i consumidor que ara no hi és.**

Per exemple, les patates fregides de bossa, van per preu, per què t'interessa tenir un preu que sigui competitiu al mercat. Per tant els productes que farà servir no seran els de més alta qualitat i oli d'oliva verge extra, sinó que farà servir un oli molt fregit, d'un origen que sigui el que sigui... per tant el que busques és que aquest producte el puguis vendre, li posaràs aromes, sabors, potenciadors i tot el que calgui perquè sigui un producte amb un bon gust. Però la qualitat del producte des del punt de vista alimentari és patètica. No és gens bo.

**Ja anem arribant al final de l'entrevista. Quin creus que és el paper dels mitjans de comunicació i la publicitat? Creus que transmeten un missatge positiu en temes d'hàbits alimentaris o no?**

No clar. Si prens Coca-Cola ets el rei, amb uns anuncis "super xulos" i tal. I tots de noies guapes i nois guapos, i tot genial... Però en realitat hi ha unes diapositives molt boniques on pots veure la quantitat de sucre que tenen cada una d'aquestes begudes. Aquests productes i refrescos s'haurien d'evitar, per què tenen unes quantitats de sucre que el que fan es afavorir l'obesitat i la diabetis. Clar, quan tu prens sucre també estàs estimulant el pàncrees. El pàncrees és un òrgan que secreta la insulina i si tens una entrada molt gran de sucre, estàs exprimint aquest pàncrees perquè secreti més insulina. I això pot afavorir que hi hagi el que diem una resistència a la insulina, que cada vegada necessites enviar més insulina per introduir el sucre a dins de la musculatura, i aquest excés d'insulina que secreta el cos es relaciona directament amb l'obesitat i està relacionat amb el consum d'hidrats de carboni en altes quantitats. Per això estan posant ara la taxa a les begudes ensucrades, per què això és clarament relacionat.

Mira una cosa interessant, jo tinc tres fills, dos d'ells juguen a futbol i quan tu vas a jugar a barris de Barcelona on tenen menys recursos econòmics els nens són més grassos, mengen diferent. Aquí tu jugues contra Trinitat, per exemple, i els nostres nens són més fins de pes, i els altres estan més grassos.

**O sigui que les diferències de pes i classe es poden palpar sobretot en els infants, no? El tema de la obesitat infantil com has dit al principi.**

Sí, de fet hi ha estudis. Si et poses a la Organització Mundial de la Salut hi ha moltíssimes dades.

**I ja per concloure, a nivell d'opinió personal, quina creus que seria la solució i el remei pel tema que vivim avui en dia amb l'obesitat? Qui serien els responsables o encarregats per poder posar fi a aquest problema de salut?**

A veure, jo crec que tothom té una part de responsabilitat. Primer necessites tenir una bona informació que expliqui bé aquesta situació i que la població sigui conscient que si tens més pes això es un problema de salut. Fer campanyes per poder promoure uns hàbits saludables perquè millorin d'aquesta manera la seva salut cardiovascular. Haurien de ser campanyes de difusió a nivell poblacional, promogudes des del govern, des de les escoles; molt importants les

escoles, és fonamental. Per què els hàbits, si tu vols que els nens no fumin... clar, si els pares estan fumant seran un mal exemple per a ell evidentment, però si tu els eduques en edats primerenques, entre els 3 i els 9 anys i els canvies els hàbits i els hi expliques la importància de fer canvis d'estil de vida això podrà impactar en els seus pares. Quan vegin que el seu pare està fumants diran: "escolta papa per què fumes? Per què menges això si no és sa?". Aquí la clau és fer educació a nivell infantil, a nivell de les escoles. També campanyes de promoció, rutes cardio saludables, fer que els cuiners locals o en la televisió promoguin unes dietes més equilibrades i més saludables, la pràctica de l'exercici físic... això és important i s'està fent amb tot el tema de l'esport o de promoure rutes verdes, de caminar. Hi ha una sèrie de rutes aquí a Catalunya que ja estan establertes, es diuen "PAFES", i tu pots anar veient a cada localitat quines rutes i circuits tenen. Però sobretot la clau és educació, l'educació és fonamental. Per altra banda, si dones oportunitat que puguin haver-hi una sèrie de productes que són altament calòrics i de baixa qualitat, potser hauries d'intentar posar unes taxes o evitar que siguin de tan fàcil accés. Avui en dia menjar malament és tan fàcil i barat.

**Creus que actualment totes les capes de la societat tenen accés a aquesta educació i informació de la que estem parlant?**

No. Jo crec que hi ha falta d'informació i tampoc tenen accés. Per exemple, en segons quins entorns, a nivell familiar i de context també influeix. I clar, la quantitat de nivell d'aturats, tot això també està relacionat. El número d'aturats a les zones on la població té un nivell socioeconòmic més baix també són més elevats que no pas a les capes més altes. Si tens menys recursos doncs menjaràs el que pots menjar. Molts cops deixen de prendre les medicacions perquè no poden pagar-se-les.

**Creus que a nivell general la societat avui en dia es preocupa més per allò que menja? Aparicions de segons quines dietes o el vegetarianisme, veganisme...**

Sí, és evident que en aquests darrers anys hi ha hagut una millora i un interès. Però també crec que això és en les capes més altes. En les capes més baixes això no ha calat.

**Doncs molt bé, fins aquí l'entrevista. Moltes gràcies pel temps i l'interès.**

Moltes gràcies a tu.

#### *ANNEX 4. Entrevista CAP Can Bou*

**Hola bona tarda. Primer de tot agrair-te que hagi accedit a participar en el treball realitzant aquesta entrevista. La durada aproximada serà d'uns 30 minuts. L'entrevista és anònima i serà gravada per tal de poder procedir a la seva posterior transcripció.**

**Començarem centrant-nos amb els hàbits alimentaris en general, i després concretarem més en concret que hagi vist, que recordis...**

Vale.

**Creus que els hàbits alimentaris han anat canviant al llarg del temps? És a dir, es segueixen avui en dia algun tipus de dieta que abans no? El consum alimentari també ha anat evolucionant? Què en penses?**

Jo crec que sí, que ha canviat molt. Jo crec que els hàbits han canviat perquè hi ha més consciència de segons quins efectes pot tenir el consum d'alguns grups d'aliments, i potser abans no es tenia tant de coneixement. A més a més crec que el tema que ara hi hagi molta més informació, les xarxes socials, la informació que hi ha per internet està a l'abast de tothom i aleshores crec que la gent té més consciència de què pot menjar, què li va bé, què no li va bé. Sí que crec que hi ha hagut una evolució. A més també, per exemple a pediatria inclús, des de la infància hi ha molts canvis de... Provocat una mica per l'evidència científica, per què hi ha molta informació, hi ha molts canvis d'alimentació. Abans potser començaven uns aliments abans i ara es comencen més tard... Crec que ha evolucionat però en tots els períodes, des de la infància fins a la persona gran, adulta.

**Molt bé, llavors podríem dir que ens preocupem més pel que mengem, no?**

Jo crec que sí, segur que sí. Ens preocupem més, també cada vegada veiem que l'alimentació... Bueno, jo des del meu servei, i jo crec que la població està molt conscienciada, veu que l'alimentació és una part molt fonamental per intentar prevenir el risc o l'aparició d'algun tipus de patologia o de malaltia, i això també fa que tinguem un canvi de xip. Pot ser una persona ha menjat molt malament fins als 30 o 40 anys, de sobte pateix algun tipus de malaltia, una aparició aguda d'algun tipus de malaltia i això li fa canviar el xip i preocupar-se una miqueta més i crec que això es contagia, és una cosa que ja està com molt al nostre dia a dia.

**Quin creus que és el paper dels mitjans de comunicació? Creus que donen un missatge positiu?**

Les xarxes social crec que segons on miris, o en Internet en general, si saps on buscar crec que és molt positiu. Però els mitjans de comunicació, tipus la publicitat, la televisió, els anuncis, crec que no perquè són marques comercials i el que volen és que el client pugui consumir els seus aliments. Clar són aliments que habitualment són o brioixeria industrial, o totes aquestes coses que no s'haurien de consumir. Crec que la publicitat no ajuda. De fet, si es fes un estudi dels anuncis i la publicitat al·lucinaríem, ja que tots els productes que surten són begudes ensucrades, brioixeria, "fast food"... A més és un missatge que "cala" molt, per què clar ho veus moltes vegades, la música és enganxosa, és atractiu... I tots aquests tipus d'aliments porten un tipus de substància que poden provocar addició, com el sucre.

**Perfecte. Fins aquí el que seria el primer apartat. Seguim amb el següent. Creus que moltes malalties es podrien evitar tenint uns bons hàbits alimentaris?**

Sí, jo crec que sí. Moltes malalties i sobretot baixar molt el risc cardiovascular, és a dir, malalties derivades, tipus hipertensió, colesterol... Tot això que després pot derivar en patologies més greus, crec que es poden evitar tenint hàbits alimentaris més adequats i també tenir hàbits d'estil de vida no sedentaris.

**I creus que aquestes malalties són comunes?**

Moltíssim. Mira aquí tenim potser... no sé dades exactes, però una gran part dels pacients que nosaltres veiem, i més els que veiem a la consulta, per què clar el pacient sa no ve, però pacients crònics venen moltíssims.

**Per tant, tenint en compte que van lligats, podríem afirmar que hi ha un problema greu amb l'obesitat, no?**

Sí, amb l'obesitat i el sobrepès.

**De fet hi ha moltes notícies de la problemàtica actual amb el sobrepès i l'obesitat, els índexs van en augment si la tendència és l'actual, i sobretot en l'obesitat infantil.**

I cada vegada n'hi ha més, perquè els aliments dels nens són aliments ensucrats, la brioixeria i tot això. I cada vegada han perdut més... Jo també he estat a pediatria, jo es que he fet una mica de tot, i a pediatria veus j... També tenim un estil de vida que, per exemple, els pares han de treballar, la mare va a tope, el pare va a tope, no? És un altre tipus de família, no com fa potser 40 anys, no? Que han canviat les situacions i tot això provoca estrès, una falta de temps molt important, i la mare i el pare què fan? Tiren de l'opció més fàcil i ràpid. Clar aleshores veus molts nens que venen amb un donut, o bollycao o el que sigui, per què és l'opció ràpida, i això és un problema. Algun dia puntual no passa res, però no s'ha de convertir en un hàbit. De fet pots provocar un agut de diabetis en un nen petit. Hem arribat a veure bebès que els hi surten les dents amb càries. No es per què els hi donin de menjar segons quines coses, però hi ha coses molt... molts mites. Hi ha mares que per què el bebé no plori fiquen el xumet amb sucre o amb sacarosa.

**I creus que la classe social és un factor a l'hora de parlar d'hàbits alimentaris?**

Sí, per què clar una classe social baixa, una família amb un nivell econòmic per sota, sí que és veritat que no té la possibilitat d'anar a comprar segons quin tipus d'aliment. I tiren cap allò més barat, i més hidrats de carboni i tal. Sí que crec que encara que tinguis un nivell adquisitiu més baix pots menjar bé i saludable, però depèn. Influeix sobretot en això, en poder tenir a l'abast la possibilitat de comprar un tipus d'aliment o un altre. Però no sé què dir-te. Sí que és veritat que una classe més alta té més consciència per què té un altre tipus de context, està envoltat de... Això pot ser un prejudici, m'estan arribant exemples de gent que conec. Per què aquí a Can Bou, en aquesta zona de Castelldefels tenim molta diferència, hi ha una part molt marcada amb un nivell adquisitiu molt baix però n'hi ha d'una altra que està molt alta. Clar tinc les dues bandes i sí que és veritat que tinc pacients que són d'una classe social que podíem dir molt alta o mitja-alta i mengen molt malament, i d'altres al inrevés. Així que no ho sé, jo crec

que el problema és aquest, no tens la possibilitat de comprar segons quin aliment, aleshores doncs tires per lo més barat, o per fast food... Pot ser sí que diria això.

**Buenos jo crec que a part del tema dels recursos el que has dit la conscienciació també és molt important. El canvi de xip d'arribar a qüestionar-te el que tens al plat i si això serà bo o no per la teva salut no tothom té el privilegi de poder fer-lo.**

Sí, la classe social en això pot influir, però... Pot ser sona malament però jo crec que va molt lligat més que amb la classe social amb el nivell de coneixement. Clar una classe social més baixa o relacionem més amb un nivell intel·lectual més baix. Únicament pel seu entorn, el seu context, la seva educació, el temps que es pot dedicar a l'educació. Probablement són persones que han de començar a treballar molt d'hora, etcètera. Això ja fa que perdin aquesta possibilitat de conèixer més el tema d'hàbits saludables.

**Clar, o sigui que va tot lligat, no només la classe social sinó també el nivell educatiu, el context social...**

Sí, jo crec que sí. Aleshores clar les persones de classe mitja-alta i alta tenen uns factors molt més favorables per estar més orientats a tenir uns bons hàbits que no una classe social baixa, ja que tenen més dificultats. Si superen aquestes dificultats poden tenir hàbits molt saludables.

**I creus que hi ha altres factors que també s'han de tenir en compte? Com per exemple, sexe, genètica...?**

Crec que hi ha persona que ja naixent amb un problema, amb patologies o alteracions pel tema de les tiroïdes. O persones que genèticament tenen un tipus de metabolisme que no ajuda perquè és un tipus de metabolisme molt lent i costa molt, i aleshores això no ajuda a tenir un pes adequat i tenen sempre un sobrepès. Hi ha persones que viuen sempre amb sobrepès i amb una dieta. Aquí venen dones que sempre estan a dieta i aconseguen res. Això no ajuda, per què aquestes persones amb problemes fisiològics, amb problemes genètics de la mateixa persona es desmotiva molt, i són persones que fan com una mena de pics, no? De tant en tant mengen molt bé, es desmotiven perquè els hi costa molt perdre pes i aleshores baixen i diuen: "paso y me como esto, lo otro y no sé qué". Fan com una mica de canvis de dietes molt brutals. Són les típiques persones que entren a fer les dietes miracle que després comencen a perdre molt de pes, però perden pes perquè mengen un tipus de producte o es prenen productes que els hi fan perdre les grasses molt ràpid, i quan ho deixen fan com un efecte de io-io. O sigui, sí que crec que els temes genètics i el metabolisme influeixen bastant. No sé si és respost exactament la pregunta.

**Sí, sí, era això exactament. El que està clar és que la classe social influeix, però no és l'únic factor. El tema de l'educació ja l'hem parlat, i volia saber una mica factors relacionats amb l'edat, el sexe, el metabolisme...**

El sexe no sabia que dir-te, no sé si influeix.

**Algun estudis diuen que les dones acostumen a patir més obesitat i sobrepès.**

Clar a nivell hormonal també és diferent.

**També feien referència a les pressions socials que reben, les càrregues familiars, el estrès que pateixen... Un altre tema que podria influir seria la cultura o la migració. No sé si en aquesta consulta teniu molts pacients immigrants.**

En tenim, però no molts. Aquí el que més tenim són musulmans. També és veritat que tenen a l'abast els aliments, és a dir, jo crec que no tenen dificultats a l'hora d'accedir als aliments propis de la seva dieta, o almenys aquí a la consulta no ho manifesten. Pot ser unes altres cultures sí que tenen una mica més de dificultat i això acompanyat del que diu tu de les dificultats que es poden trobar de base com la falta de feina, trobar-se en un món i en una situació diferent, amb els essers estimats estant lluny... Això no ajuda gaire a poder tenir uns bons hàbits. Però segons la cultura crec que tenen molt integrat els seus aliments i la seva manera de cuinar, normes culinàries i hàbits, i ho mantenen. Són molt fidels amb els seus aliments. Sí que és veritat que el context no els ajuda.

**Molt bé, queda només l'últim punt, que de fet ja has anat comentant una mica els casos que t'has pogut anar trobant durant els teus anys d'experiència. En primer lloc, quines són les teves tasques com a infermera i quina relació tens amb els pacients?**

Les infermeres de tots els centres d'atenció primària fem molt el control del pacient crònic. Aleshores tots aquests pacients crònics que tenen hipertensió, diabetis, controls d'obesitat, o algun tipus de malaltia crònica estable, els controlem nosaltres, fem visites periòdiques segons la patologia cada 4 o cada 6 mesos. Som les que demanem el tema de les analítiques, aleshores valorem el nivell de colesterol, el nivell de "triglicerits", el nivell de glucosa... Et parlo de paràmetres directament relacionats amb l'alimentació. I aquesta és la nostra relació. També pacients que venen amb una patologia molt concreta segons quin tipus de dieta necessiten els hi expliquem nosaltres. Un pacient que tingui algun tipus de patologia que necessiti una dieta baixa en residus doncs li donem nosaltres les pautes, què ha de menjar, què no pot menjar, i fem nosaltres el control. I també pacients que tenen algun tipus de, per exemple una sonda "gasonàstica", o una PEG, que és una "gastroestomia" o algun tipus de via diferent, la nutrició anteral també nosaltres fem una mica les indicacions i l'educació sanitària tant al pacient com a la família.

**Vale, el que seria més el tema del control i seguiment dels pacients. I bueno, respecte al perfil dels pacients ja m'has anat donant pistes de quins són els més freqüents. A nivell de classe social veus una mica les dues vessants, gent de totes les classes. Tema nacionalitats, ja m'has explicat que en aquesta zona hi ha pocs immigrants.**

Aquí en aquesta zona hi ha pocs. És veritat que a l'altre CAP de Castelldefels d'aquí al costat n'hi ha més. Aquí en aquesta zona agafem zona de platja i hi ha cap a Sitges i aleshores n'hi ha pocs. Però els que més n'hi ha són musulmans, o hindús... Però per exemple xinesos hi ha molt pocs en aquesta zona.

**Molt bé. I dels pacients que visiteu que pateixin problemes de salut produïts per tenir uns mals hàbits alimentaris?**

O sigui que els hàbits alimentaris siguin els causants de patir la malaltia, no?

**Exacte.**



Mmmmm... Clar que aquí venen ja tenen la malaltia no venen abans. El que nosaltres veiem és que sí que és probable que l'alimentació i els hàbits que ha fet durant tota la seva vida ha estat un factor desencadenants de la seva malaltia. Però clar, hi ha altre factors, com la genètica el tabac, l'alcohol... Hi ha molts factor que poden desencadenar una malaltia, però crec que els hàbits alimentaris n'és un. Una altra cosa que sí que veiem molt és, un pacient que, imagina, amb una diabetis, amb una alimentació totalment incontrolada, aquests pacients estan molts descontrolats i tenen moltes més complicacions de la seva malaltia. Doncs poden fer més ferides del peu diabètic, o fan més episodis de "hiperglosimies", tenen més alteracions. Les complicacions de les malalties que nosaltres veiem cròniques, moltes estan molt relacionades o directament relacionades amb els hàbits incorrectes d'alimentació.

### **Vale, i el tema del sedentarisme i l'activitat física, també s'ha de tenir en compte?**

Sí, sí, això també té un pes molt gran. I a vegades està molt relacionat. És curiós però persones que són sedentàries normalment tendeixen a tenir una alimentació inadequada, i persones que es cuiden molt l'alimentació també es cuiden molt l'exercici. Això és segons la meva experiència, però sembla que va molt lligat.

### **La següent pregunta també has fet referència abans d'alguna manera. El fet de pertànyer a segons quina classe social, i en el teu cas, tens pacients de totes les classes, i tenir un accés a una educació i informació afecta...**

Sí, afecta directament a tenir una bona alimentació.

### **Vale. I relacionat amb el fet de fer el canvi de xip cap a un estil de vida saludable, vosaltres com ho feu?**

Nosaltres una persona que tingui sobrepès i necessiti una mica d'orientació i control per perdre pes, és a dir, només vol una consulta directament pel tema de l'alimentació i l'exercici, pot venir aquí i el portem nosaltres. Doncs la primera visita fem una mica d'exploració per veure com menja. Normalment intentem demanar sempre a les primeres visites fer un diari de l'alimentació, que va molt bé, per què és com una tècnica per què la pròpia persona agafi una mica de consciència de què menja, cada quan menja, la quantitat que menja. Aleshores això està molt bé. Fan el seu diari, sempre ens porten el diari, ho ha d'apuntar tot, encara que sigui només una patata ho han d'apuntar. Per fer el càlcul de les calories, segons el sexe, l'exercici, l'ofici o la professió que tinguin, fas un càlcul de les calories que necessita aquella persona al llarg del dia, l'hi expliques. És una mica de fer entendre al pacient, mira el teu "gasto diario" que tu tens durant el dia segon el que fas és aquest, aleshores no podem posar el doble calories al teu cos. Quan comences a explicar una mica les coses així va molt bé per què la persona faci aquest canvi de xip. Però clar el més important és que vulgui fer el canvi de xip. Hi ha persones que nivell emocionalment influeix molt com estigui, o sigui la situació. Persones amb una depressió o amb una situació difícil o persones amb problemes econòmics, problemes familiars, problemes de la feina... Tot això hi ha moltes persones que ho pal·lien amb menjar i menjar malament. Com per exemple fent aquests grans àpats. Aleshores clar si la persona no està en un moment concret amb les condicions idònies i amb una mentalitat molt oberta de dir sí, vull canviar, és difícil. Ho fan al principi, els primer quilos per perdre són molt fàcils, sempre perds molta aigua, molt líquid, aleshores els 3 primers és molt fàcil i ràpid i el

pacient s'anima molt. Però després canvia molt el tema de la pèrdua de pes, per què cada vegada costa més, i els pacients normalment es desanimen una mica. Tenim pacients que molt bé eh, que són molt disciplinats, que venen i tal, però n'hi ha d'altres que tiren la tovallola.

### **I creus que la classe social és un factor important a l'hora de fer aquest canvi de xip i fer un canvi d'hàbits?**

Pot ser que la classe baixa tenen més dificultats i clar potser quan venen aquí i els hi comences a dir que ha de menjar tres cops a la setmana un peix blau que té molt d'omega 3. Clar el peix és un aliment que val diners i el propi pacient ja et mira amb una cara de dir: "ya pero yo esto no me lo puedo permitir". I clar aquí és quan comences a tenir problemes de dir, vale cap on anem. Què li puc donar a aquest pacient. Ha de menjar tals verdures...

### **Clar aleshores vosaltres també adapteu una mica la dieta a cada cas.**

Normalment sempre s'adapta a les condicions econòmiques dels pacients i als gustos. Si el pacient et diu que no li agrada menjar això, ni això, ni això doncs ho traiem directament i fem una dieta més personal segons el que li agrada i el que pot permetre comprar. Però costa més, fins i tot a una persona li fa vergonya, de classe social baixa, venir i dir-te que segons quines coses no se les pot permetre. Aleshores això és com un tabú que potser et diuen que sí però després te n'adones que veus el diari i no han menjat res del que li vas dir, i clar, costa. Jo tenia una noia jove, que era italiana i m'ho deia. Que li costava molt, i el que més menjava eren hidrats de carboni i a més estava molt acostumada a la pasta, a la pizza, per què ella era italiana, però de totes maneres ella mateixa m'ho deia. Que tal cosa no la podia menjar per què tal aliment costa molt diners. Tenia molt present el tema dels diners. I sí és veritat que és un obstacle que costa molt.

### **Però tot així hi ha gent de classe social baixa que igualment bé i es preocupa?**

Sí, sí i tant que venen. Però s'han d'alienar els astres per què una persona faci el canvi de xip. Vingui i realment vulgui canviar. De vegades es penses que aquí els renyarem, per què a vegades no han fet bondat les últimes dues setmanes i venen i ha guanyat els tres quilos que havien perdut, i potser ja no venen. Fem una mica de seguiment i truquem i ens preocupem i controlem. Amb aquest fem molt "hincapié" però també amb els pacients crònics. Repetim molt el tema de l'alimentació, molt, moltíssim.

### **Clar que un pacient crònic han de fer sí o sí el canvi de xip, no?**

Hi han de fer però alguns no ho fan. Ara tinc un pacient que té una insuficiència cardíaca molt avançada i fa una retenció de líquids brutal, tan brutal que el líquid puja al pulmó i es comença a ofegar. Aquest home no pot prendre sal ni pot beure molta aigua. I aquest home fa el que vol, i m'ho va dir: "jo ho faré igual, i si em moro doncs ja em moriré, però jo no puc deixar de menjar sal, no puc". I jo li vaig dir, però ni una mica, només reduir una mica i no agafar el saler i tirar, reduir una miqueta. I em va dir que no, que no ho faria. El seu hàbit de sempre i no ho farà. Es que canviar un hàbit és molt difícil. Jo sempre els hi dic una cosa que vaig veure en un estudi que no sé si era correcte, que tu trigues 21 dies en canviar un hàbit. I jo sempre ho dic, només són 21 dies, hem d'aguantar 21 dies i tot semblarà més fàcil.

**Vale. Doncs hem arribat ja a la última pregunta. Segons el teu parer i la teva experiència, quina creus que seria la solució als problemes d'obesitat que hi ha actualment als països desenvolupats?**

Jo crec que el pilar fonamental és l'educació i la informació. Ara tenim molta informació, però molta d'aquesta informació és errònia, clar et trobes de tot. O fins i tot massa informació que satura. Però pot ser aprofitar i fer més educació a les escoles des de petits, des de que entren a primària, doncs tenir una petita estona cada setmana per fer una mica de... les propietats de tal aliment, que tothom agafi més consciència doncs de les vitamines de tal i qual i com afecta al cos. Pot ser això seria una solució a llarg termini, per què clar seria fer educació des de petits i intentar que cada vegada sigui millor. No se m'ocorre cap cosa més. Aquí fem moltes xerrades a la biblioteca per tothom, obertes i a vegades tractem els temes de les dietes. Clar però també s'ha de veure qui ve. I també t'he de dir, crec que aquesta era una de les preguntes del principi sobre l'evolució de la dieta. Ha evolucionat molt el tema de la dieta, cada vegada hi ha més persones amb dietes tipus veganes, vegetarianes... Fins i tot nens petits. Això és que des de fa un any ens hem hagut d'actualitzar molt, per què nosaltres desconeixem molt sobretot el nen petit amb les necessitats que té pel seu creixement. I cada vegada més ens hem trobat que els pares són vegetarians o vegans. Aquest tipus d'alimentació a nosaltres se'ns escapava una mica de les mans, per què que un nen no pugui menjar ni peix, ni carn, ni ou, ni llet... I dèiem, a veure què passa. Però sí és veritat que cada vegada n'hi ha més.

**Aleshores el tema clau està en l'educació, no? També és important remarcar el que has dit que aquesta educació ha de ser des de ben petits per què si ens trobem en algun cas que s'han de deixar els estudis per treballar, tal i com també has dit, hagin pogut rebre aquesta informació.**

Clar, d'aquesta manera ja hauran rebut gran part de l'educació important. Jo crec que seria la solució a llarg termini. Així no es solucionarien els problemes que tenim ara fins que aquests nens es facin més grans. I clar també s'ha de dir que si a la societat tenim uns mals hàbits és molt difícil. Encara que a l'escola es digui una cosa, si el nen quan arriba a casa veu una altra és difícil. Però bueno jo crec que els pares ara mateix, aquesta generació ha canviat molt, n'hi ha molts que han fet un canvi, i sobretot veig que quan una persona és pare o mare fa com una canvi molt gran només pel nen. Què és el millor que pot menjar el nen? Hi ha vegades va bé que una parella tingui un fill per què ells mateixos facin el canvi d'alimentació, per què s'informen més.

**El que també és cert que els estils de vida que es porten avui en dia no ajuden. Molta gent ha de menjar fora de casa, menjars pre cuinats, horaris que arribes tard i cansada i no pots ni vols posar-te a cuinar...**

De fet jo avui mateix he dinat un entrepà de pa de motlle de fuet. Però clar no m'ha donat temps a fer-me res més i he fet el que he pogut. Clar es que això també influeix molt per que tu li dius a un pacient: "miri vostè ha de fer 5 àpats al dia". I et diu: "i com ho faig?". Per què jo soc cuiner i treballo... Clar aleshores hi penses i dius: doncs té raó. Això de menjar amb la família avui en dia és inviable amb el ritme de vida que portem. O parlar una estona... es que és inviable. Jo avui he menjat en 10 minuts un entrepà. És molt difícil. S'hauria de fomentar

però no només l'hàbit alimentari, sinó també els hàbits que envolten l'alimentació, tot l'estil de vida, per què sinó és inviable tot el que estem dient. Tot i això la meva sensació des d'aquí és que anem a millor. Però bueno també és cert que passes per davant d'un McDonald's i ho veus tan a petar...

**Doncs sí tota la raó. Acabem amb un missatge més o menys positiu com a mínim [riures].  
Perfecte doncs moltes gràcies per dedicar aquest moment per respondre les preguntes.**

A tu, espero haver-te ajudat.