



ESTUDIO CUALITATIVO
SOBRE LAS PERCEPCIONES EN
ALIMENTACIÓN, ✓
PRÁCTICAS ALIMENTARIAS Y ✓
HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES ✓
EN POBLACIÓN ADOLESCENTE ✓



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE CONSUMO



agencia
española de
seguridad
alimentaria y
nutrición

ESTUDIO CUALITATIVO
SOBRE LAS PERCEPCIONES EN
ALIMENTACIÓN, ✓
PRÁCTICAS ALIMENTARIAS Y ✓
HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES ✓
EN POBLACIÓN ADOLESCENTE ✓



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE CONSUMO



agencia
española de
seguridad
alimentaria y
nutrición

Edita: © Ministerio de Consumo

Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, 2022

NIPO: 069-22-001-4

DISEÑO Y DIRECCIÓN DEL ESTUDIO

AGENCIA ESPAÑOLA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIÓN

- Rafael Escudero Alday. Presidente.
- Isabel Peña-Rey. Directora Ejecutiva.
- Almudena Rollán Gordo. Estrategia NAOS.
- Teresa Robledo de Dios. Estrategia NAOS.
- Carmen Villar Villalba. Estrategia NAOS.
- Araceli García López. Estrategia NAOS.

COORDINACIÓN TÉCNICA, PROCESO DE DATOS, TRABAJO DE CAMPO, ANÁLISIS E INFORME DE RESULTADOS. COBLOBAL

- Marcela Guerrero Gaitán.
- Miriam De La Rosa Moreno.
- Christiane Arrivillaga Almoguera.
- Andrés Falck.
- Jesús Muñoz López.

INSTITUCIONES COLABORADORAS

- Ministerio de Educación y Formación Profesional. Dirección General de Evaluación y Cooperación Territorial.
- Consejerías de Educación de las Comunidades Autónomas de Andalucía, Baleares y Madrid.
- Ayuntamientos de Cádiz, Málaga, Palma de Mallorca y Rivas Vaciamadrid.

AGRADECIMIENTO A LOS INSTITUTOS DE EDUCACIÓN SECUNDARIA PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO

- IES San Severiano de Cádiz.
- IES Campanillas de Málaga.
- IES la Ribera de Palma de Mallorca.
- IES las Lagunas de Rivas Vaciamadrid.

Cita recomendada:

Estudio cualitativo sobre las percepciones en alimentación, prácticas alimentarias y hábitos de vida saludables en población adolescente. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Consumo. Madrid, 2022.

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| Prólogo | 7 |
| 1. Introducción | 9 |
| 2. Metodología | 13 |
| 2.1. Diseño | 13 |
| 2.2. Finalidad | 13 |
| 2.3. Objetivos | 13 |
| 2.4. Muestreo | 14 |
| 2.5. Consentimiento informado | 15 |
| 2.6. Grupos de discusión | 15 |
| 2.7. Talleres deliberativos | 16 |
| 3. Análisis de los datos. Codificación | 18 |
| 4. Resultados | 20 |
| 4.1. Análisis de contenidos | 20 |
| 4.2. Resultados de las sesiones deliberativas | 35 |
| 4.3. Resultados de los registros de observación | 36 |
| 5. Conclusiones | 38 |
| 6. Recomendaciones | 42 |
| 7. Referencias bibliográficas | 44 |
| ANEXO I. Consentimiento informado. Autorización familiar | 45 |
| ANEXO II. Agenda oculta. Guía de temas y preguntas | 47 |
| ANEXO III. Registro de observación | 51 |
| ANEXO IV. Lista de códigos, frecuencia y grupos de códigos | 52 |
| ANEXO V. Lista de categorías o grupos de códigos | 60 |
| ANEXO VI. Lista de temas | 70 |

PRÓLOGO

Sin duda, pocas cosas más importantes para una sociedad que cuidar de las personas más vulnerables y desprotegidas. Cuidar, en concreto, de nuestros menores es un mandato legal, pero también ético, en cualquier país democrático.

Atendiendo a la enorme preocupación con que asistimos las cifras de obesidad infantil presentes, tanto en nuestro país como en el resto de Europa, desde hace más de dos décadas, como refleja el Estudio Aladino, no podemos menos que emplearnos a fondo y con todas las herramientas disponibles en buscar soluciones.

En 2019 los estudios nos indicaban la presencia de un 17,3 % de niños y niñas de 6 a 9 años con obesidad, un 4,2 % de los escolares con obesidad severa y un 40,6 % con exceso de peso (sobrepeso y obesidad). Por otro lado, nos señalaban que el 76,2 % de estos escolares necesitaba mejorar su dieta y en aproximadamente el 10 % de los escolares, la dieta era de muy baja calidad.

Estos datos son preocupantes en el presente, ya que afecta a la calidad de vida de los escolares por su relación con procesos de baja autoestima, con las consecuencias que esto genera en la infancia en cuanto a sentimiento de rechazo, fracaso escolar y exclusión. Pero también en el futuro: según la Organización Mundial de la Salud alrededor del 60 % de la población infantil con exceso de peso arrastrará esta circunstancia a la vida adulta.

La experiencia acumulada en años de estudios nos muestra que las causas del sobrepeso y la obesidad infantil son complejas y es casi imposible explicarlas por un solo factor. Al contrario, hemos de ser conscientes de que, aunque de forma general hablamos de que intervienen de forma prioritaria factores relacionados con la alimentación y estilo de vida, estos factores son múltiples: la dieta, la actividad física, el descanso o el entorno familiar, político y social son elementos clave que explican las cifras de obesidad/sobrepeso infantil. Incluyendo, por supuesto, el estatus socioeconómico: no podemos olvidar que son los grupos con menores recursos y menor nivel familiar educativo quienes presentan los niveles más altos de obesidad. Por tanto, la obesidad también se convierte, de esta manera, en un marcador de desigualdad social.

Precisamente es este enfoque amplio de los motivos subyacentes a la obesidad infantil los que señalan una de las vías de intervención: necesitamos conocer qué saben y qué practican en cuanto a hábitos y formas de vida saludables nuestros niños y niñas. Será así como podamos afinar las propuestas que desde las administraciones hemos de impulsar para que tengan un grado de eficacia mayor, maximizando el impacto de estas y corrigiendo errores de diseño que pudiera haber.

En este sentido, la metodología cualitativa que se recoge en este informe permite un acercamiento mucho más real a la población infantil, interpeándoles directamente y convirtiéndoles en protagonistas de las políticas de alimentación saludable. Conocer sus hábitos, experiencias y opiniones de primera mano es algo valiosísimo que difícilmente podríamos extraer en un modelo cuantitativo y que complementa de manera perfecta los estudios científicos que se vienen desarrollando, brillantemente, por parte de la AESAN.

Pero, además, no quiero dejar de señalar la importancia incluso filosófica de este estudio. La inclusión de la ciudadanía en el diseño de las políticas públicas que van a ser parte de sus vidas es una pieza clave en el fortalecimiento democrático de cualquier sociedad. Formar a las generaciones más jóvenes en la importancia y la utilidad de la participación es algo que tiene valor en sí mismo: reconociendo a los y las niñas de nuestro país como sujetos con derecho a ser escuchadas y tenidas en cuenta en la construcción de las políticas que les atañen estamos trabajando por una sociedad más justa, libre y democrática.

ALBERTO GARZÓN ESPINOSA
MINISTRO DE CONSUMO

1. INTRODUCCIÓN

Desde hace más de dos décadas en España como en el resto de Europa las cifras de la obesidad suponen un serio problema de salud y un verdadero reto de salud pública. El problema es especialmente grave en población infantil, con un 17,3 % de niños y niñas de 6 a 9 años con obesidad, un 4,2 % de los escolares con obesidad severa y un 40,6 % con exceso de peso (sobrepeso y obesidad) en 2019. Por otro lado, el 76,2 % de estos escolares necesita mejorar su dieta y aproximadamente el 10 % de los escolares tienen una dieta de muy baja calidad (1).

Ello se asocia a graves consecuencias para la salud, tanto a corto como a largo plazo, afecta a la calidad de vida de estos escolares, y se relaciona con baja autoestima, con las consecuencias que esto genera en la infancia, de rechazo, fracaso escolar y exclusión. Además, y según la Organización Mundial de la Salud alrededor del 60 % de la población infantil con exceso de peso arrastrará esta circunstancia a la vida adulta.

Según el **Estudio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)** o Estudio sobre las conductas saludables de jóvenes escolarizados dirigido a conocer tanto los estilos de vida y la salud de las y los **adolescentes escolarizados, de 11 a 18 años**, como las características más significativas de los contextos sociales en los que crecen cabe reseñar lo siguiente (2) :

- El porcentaje de adolescentes con exceso de peso es del 17,5 %, mayor en chicos (20,5 %) que en chicas (14,4 %).
- El 66,3 % de los chicos desayuna regularmente frente al 57,8 % de las chicas. Estos porcentajes descienden con la edad, especialmente en las chicas.
- Sólo el 34,7 % consume fruta a diario y un 18,2 % consumen más de una pieza al día.
- El 15,2 % de los y las adolescentes consume dulces a diario y un 15,8 % consume refrescos u otras bebidas azucaradas a diario. Este consumo es mayor en los chicos que en las chicas.
- El 19,9 % de los y las adolescentes realiza actividad física moderada a vigorosa 7 días a la semana, al menos 60 minutos diarios (El 25,8 % de los chicos frente al 14 % de las chicas) y el 33,3 % de los y las adolescentes practica actividad física vigorosa y de alta intensidad (45 % de los chicos frente al 24,5 % de las chicas).

Un aspecto relevante es que la distribución de este problema de salud presenta diferencias según el estatus socioeconómico, afectando principalmente a los **grupos más desfavorecidos**, tal y como ya se ha señalado. Además de encontrarse mayores prevalencias de exceso de peso en los grupos más vulnerables, el consumo de alimentos saludables es más frecuente en las familias con mayor nivel de ingresos, con un 67 % de menores que realizan un consumo diario de frutas, frente al 51 % de los menores en familias en el tramo de ingresos más bajo. Además, el consumo de bebidas azucaradas (tres o más veces a la semana) es de un 18,7 % en los menores que viven en familias con ingresos más bajos, frente al 3,8 % en menores que viven en familias con ingresos más altos (3).

Existe, por tanto, una **clara relación entre obesidad y desigualdad social** y estas desigualdades deben también tenerse en cuenta a la hora de hacer frente a las causas subyacentes de la obesidad. La obesidad está muy estrechamente vinculada a un nivel educativo familiar bajo y continúa siendo un marcador de desigualdad en salud.

El porcentaje de menores que cumplen las recomendaciones de **consumo diario de frutas y verduras** (400 gramos o 5 porciones de fruta y/o verduras al día) es muy bajo, con un 2,4 % según la ENS

de 2017, habiendo incluso descendido desde 2011 (prevalencia de 3,4 %), aspecto especialmente preocupante dado la importancia del consumo de frutas y verduras en el marco de una alimentación saludable (4).

Aunque aún falta información acerca del **impacto de la pandemia por coronavirus sobre la obesidad infanto-juvenil**, algunas Sociedades Científicas y expertos vienen apuntando a un incremento del peso en los menores tras el confinamiento sufrido por la pandemia. Según un estudio recientemente publicado, durante el período de confinamiento, se produjo un descenso de la actividad física y un aumento del tiempo de pantallas en escolares españoles, especialmente en entornos más vulnerables. La situación de confinamiento vivida produce cambios relevantes en nuestro estilo de vida, actividad escolar, actividad social y, con frecuencia, también produce cambios en nuestros hábitos alimentarios, impactando todo ello sobre la salud (5). Asimismo, la infraestructura del hogar parece mostrarse como un claro diferenciador que ahonda en las desigualdades sociales y el impacto que la situación excepcional de alerta sanitaria por COVID-19 tiene en los y las escolares (6).

Muchos menores crecen actualmente en un **entorno obesogénico** que favorece el aumento de peso y la obesidad. El desequilibrio energético se debe a los cambios en el tipo de alimentos y en su disponibilidad, asequibilidad y comercialización, así como al descenso en la actividad física, pues se ha incrementado el tiempo dedicado a actividades de recreo sedentarias y que suponen estar ante una pantalla. Las respuestas conductuales y biológicas de la población infantil ante un entorno obesogénico pueden estar determinadas por procesos anteriores incluso a su nacimiento.

Son varios los factores que influyen en el entorno obesogénico, en particular: factores políticos y comerciales, el entorno construido (disponibilidad de alimentos saludables, infraestructura, escuelas, y oportunidades para la actividad física en el barrio), las normas sociales (normas sobre el peso corporal y la imagen), normas culturales sobre la alimentación infantil, el nivel socioeconómico, y el entorno familiar (conocimientos y comportamiento de los progenitores con respecto a la nutrición, la economía familiar, los hábitos de alimentación de la familia, grupos de iguales, familia...).

Una de las muchas barreras, con la que nos encontramos a la hora de abordar este problema es la **percepción de la familia** de la situación ponderal de sus niños y niñas, un 88,6 % de las familias de los niños clasificados con sobrepeso y el 42,7 % de los progenitores de escolares con obesidad, piensan que sus hijos tienen una situación ponderal adecuada (1). Es necesario que todos los integrantes de la sociedad, y también los padres, madres y personas cuidadoras, reconozcan la importancia de un crecimiento adecuado y las consecuencias de la acumulación de grasa corporal excesiva para la salud y el bienestar del menor.

Las causas del sobrepeso y la obesidad infantil son, por todo lo señalado, complejas y **multifactoriales**, ocasionadas de forma principal por factores relacionados con la alimentación y estilo de vida, por tal razón las intervenciones realizadas tienen su enfoque primordial en las primeras etapas, pues es en estas cuando se aprenden y establecen los hábitos alimentarios que perduran durante toda la vida.

De manera particular, la **adolescencia** representa una **ventana de oportunidades**, pues al ser una etapa crítica para el crecimiento y desarrollo en todos los aspectos, permite corregir los hábitos inadecuados de la niñez, así como adoptar los apropiados para contribuir a la buena nutrición, salud y bienestar. Consecuentemente es necesario tener una **mirada holística de la población juvenil para comprender las concepciones generalizadas que tienen sobre alimentación, salud y nutrición**, específicamente conocer cómo perciben la alimentación saludable, junto con sus

prácticas alimentarias y de actividad física más comunes, así como los factores que las determinan en todos los espacios donde se desarrollan los mismos, que pueden llegar a afectar la conciencia en torno a su forma de consumo (7) .

Según la OMS, los comportamientos relacionados con la salud son determinantes de las principales enfermedades no transmisibles, las cuales suelen presentarse por primera vez, o verse reforzados, durante la segunda década de vida, teniendo un impacto importante en la salud y el desarrollo de los adolescentes. Asimismo, sugiere que esta etapa es una ventana adicional de oportunidades de crecimiento y desarrollo en el ciclo vital, debido a que ofrece una oportunidad única para abordar los problemas nutricionales generados durante la primera década de vida, para desarrollar hábitos alimentarios y estilos de vida saludables (7).

La adolescencia es, por tanto, una etapa crucial para la configuración de los hábitos alimentarios y estilos de vida que persistirán en etapas posteriores de la vida (7).

La **alimentación saludable es un concepto multifacético**, que no solo se relaciona con las pautas nutricionales, sino también con las diversas definiciones que los consumidores pueden asociar con el consumo de alimentos saludables, ya que las personas pueden diferir en sus opiniones personales, en su interés por una alimentación sana, y construir diferentes definiciones de alimentación saludable. Por ello, podría entenderse como **percepción de alimentación saludable**, al constructo individual resultado de las experiencias previas de vida relacionadas con el proceso de alimentación, experimentado a través de los sentidos, afianzado por los conocimientos y el nivel de desarrollo/ madurez, que define los gustos, aceptación e interés por el consumo de diversos alimentos, cantidades, preparaciones y frecuencia, y que serán el reflejo del estado de salud-nutrición en las diferentes etapas de la vida (7).

La **percepción de una alimentación saludable** viene por tanto condicionada por el nivel socio-económico, educativo, autocontrol, conocimientos, características de consumo..., siendo **múltiples las barreras percibidas**: los iguales, la familia, el estrés académico, la falta de tiempo, la disponibilidad y acceso a los alimentos en el entorno local, el bajo nivel socio-económico, la propia actitud hacia la alimentación saludable, el entorno ambiental, la concepción social... También es conocido que muchos de estos elementos pueden no ser una barrera, sino por el contrario, actuar como **elementos facilitadores** (7).

Las **prácticas alimentarias** hacen referencia a las diferentes acciones relacionadas con el proceso alimentario como por ejemplo la obtención, almacenamiento, preparación, conservación de los alimentos, que lleva a cabo un grupo social determinado, en un contexto histórico concreto, están basadas en los saberes que se tienen al respecto y abarcan elementos de índole cultural, económico, social, familiar e individual, que por medio de acciones llegan al acto de ingesta; estableciéndose en un referente social, económico, político e ideológico, y constituyéndose en un eje estructurante fundamental en procesos como la formación de los distintos tipos de identidades. Igualmente, constituyen un espacio de transmisión de normas, reglas, valores, significados y la base para establecer hábitos nutricionales (7).

En definitiva, las prácticas alimentarias y la percepción que tienen los y las adolescentes sobre alimentación saludable están relacionadas entre sí y parecen estar determinadas por factores externos (entorno alimentario, cultural, escolar y social, nivel socioeconómico), e internos (imagen corporal, conocimientos alimentarios) a los que la juventud debe enfrentarse a diario. Para profundizar en todo ello, se requiere de técnicas cualitativas de naturaleza discursiva y dialógica.

De hecho, diferentes estudios recomiendan que hace falta mayor investigación para evaluar el entorno alimentario e identificar factores contextuales potencialmente modificables que influyen en el comportamiento alimentario y en hábitos de vida saludable, así como establecer las preferencias alimentarias que son afectadas por diferencias culturales, los hábitos alimentarios fuera del hogar y la relación entre el estado ponderal, percepción corporal, calidad de dieta y conductas alimentarias saludables.

En este sentido, la **metodología cualitativa permite un acercamiento holístico a la cotidianidad de las personas participantes**, con lo que se obtiene una importante información acerca de sus intenciones, experiencias y opiniones, aspectos a los que difícilmente se puede llegar a través de metodologías cuantitativas. De ahí, su carácter de complementariedad a los estudios cuantitativos (7) (8).

Vertebrar la participación ciudadana es un desafío relevante al que nos enfrentamos. La inclusión de la ciudadanía en el proceso de las políticas públicas es, por tanto, una clave principal, y por ello, la educación para la participación en las decisiones tiene un papel esencial.

De esta manera **propiciar la participación ciudadana** en la formulación de las bases teóricas del problema, adquiriendo un papel más activo en las decisiones sobre su salud, y formando parte de las iniciativas y desarrollo de políticas públicas, se convierte en un objetivo esencial.

Por todo lo señalado, se hace necesario este estudio cualitativo, para reunir y analizar los hallazgos reportados en esta área, de manera que se aumente la comprensión del punto de vista de los adolescentes y, por consiguiente, permita establecer criterios o bases teóricas para desarrollar intervenciones eficientes que contribuyan a mejorar esta problemática.

2. METODOLOGÍA

2.1. DISEÑO

El estudio tiene un **diseño cualitativo, basado en grupos focales o de discusión**, a partir de un muestreo estructural o teórico con representación de los perfiles de alumnos de 1º y 2º de Secundaria.

El estudio se ha dirigido a favorecer y estimular una conversación socializada y permitir así identificar el sentido y la significación de los grupos de adolescentes participantes en torno a la temática. Se ha basado en la realización de diez grupos de discusión, seguidos de un proceso deliberativo con delegados y delegadas de dichos grupos quienes, sobre la base de la información recogida durante los grupos de discusión, elaboraron propuestas de líneas de actuación para ser elevadas al Ministerio.

FASES DEL ESTUDIO

Diseño del estudio y obtención de la información:

- Planteamiento del estudio: objetivo y metodología
- Muestreo en función de los perfiles característicos definidos para el estudio
- Selección de los participantes y convocatoria a través del centro educativo
- Realización de los grupos focales

Análisis de la información y elaboración de resultados y conclusiones:

- Transcripción literal de las sesiones
- Análisis del contenido
- Elaboración de resultados
- Elaboración de conclusiones y recomendaciones

Elaboración de un informe final del estudio cualitativo

Paralelamente a todo el proceso de recogida y análisis de los datos, el equipo investigador ha desarrollado un **proceso de triangulación**, discusión y contraste de los resultados, lo que incrementa la fiabilidad del estudio.

2.2. FINALIDAD

Realización de un estudio cualitativo multicéntrico, sobre las percepciones en alimentación, prácticas alimentarias y hábitos de vida saludables, en escolares de 12 a 14 años, de primero y segundo de la Educación Secundaria Obligatoria, de cuatro Institutos de Educación Secundaria (IES), distribuidos en 4 municipios diferentes.

2.3. OBJETIVOS

- Conocer las percepciones en alimentación saludable en población adolescente de 12 a 14 años (adolescencia temprana).
- Identificar y analizar los factores determinantes, barreras y elementos facilitadores que determinan las prácticas alimentarias y hábitos de vida saludable de los escolares de 12 a 14 años.

- Explorar, describir y comprender la perspectiva, la vivencia y las emociones de la población adolescente objeto de estudio, para garantizar su participación en el diseño de políticas públicas encaminadas a combatir el problema de la obesidad en este grupo.

2.4. MUESTREO

La población objeto de estudio son **adolescentes de 12 a 14 años**, alumnos de 1º y 2º de Educación Secundaria Obligatoria, de cuatro Institutos de Educación Secundaria (IES), distribuidos en 4 municipios diferentes.

Entre los criterios para la **selección de los perfiles del alumnado de 1º y 2º de la ESO**, se han tenido en cuenta las variables de edad, sexo, nivel socio-económico y estado ponderal, de cara a satisfacer criterios de representatividad de la población objeto de estudio.

La participación en el estudio se determinó a partir de un muestreo estructural con representación de los **perfiles de alumnos y alumnas de 1º y 2º de Secundaria más característicos**. Para ello, se eligieron de manera concertada con la **Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN)** y con las **Consejerías de Educación de las tres Comunidades Autónomas** participantes, **cuatro Institutos de Educación Secundaria (IES), distribuidos en 4 municipios diferentes: Cádiz, Málaga, Palma de Mallorca y Rivas Vaciamadrid**.

Dado que las prácticas alimentarias y la percepción que tienen los y las adolescentes sobre alimentación saludable parecen estar determinadas también por factores externos, como el entorno alimentario, cultural, escolar y social y el nivel socioeconómico, el objetivo ha sido la **selección de Institutos de diferentes niveles socioeconómicos. En concreto; barrio vulnerable, zona periurbana, zona de renta media baja y zona de renta media alta**.

En definitiva, los IES seleccionados incluyeron centros de 1 barrio vulnerable, 1 zona periurbana, 1 centro en una zona de renta media baja y 1 centro en una zona de renta media alta, tal que como se refleja en la siguiente tabla:

| Localidad | Centro | Perfil | Curso | Nº chicas | Nº chicos |
|-------------------|-------------------|-----------------------|-------------|-----------|-----------|
| Cádiz | IES San Severiano | Zona renta media baja | 1º y 2º ESO | 6 | 5 |
| Málaga | IES Campanillas | Zona periurbana | 1º y 2º ESO | 15 | 8 |
| Palma de Mallorca | IES La Ribera | Zona renta media alta | 1º y 2º ESO | 14 | 14 |
| Rivas Vaciamadrid | IES Las Lagunas | Barrio vulnerable | 2º ESO | 20 | 8 |

Se buscó a su vez que la composición interna de los **grupos de discusión** incorporara por un lado criterios de homogeneidad (en términos de edad; al trabajar con el alumnado de una clase de 1º o de 2º de la ESO por cada instituto y de **nivel socioeconómico (NSE)**, al trabajar con IES de determinadas zonas) y por otro lado, de heterogeneidad eligiendo, en coordinación con el profesorado, aquellas clases cuya composición ofreciera una mayor diversidad en los perfiles, teniendo en cuenta variables de sexo y estado ponderal.

Por su parte, para el **proceso deliberativo** se desarrollaron dos sesiones con delegados y delegadas de las clases participantes, que participaron de manera voluntaria.

2.5. CONSENTIMIENTO INFORMADO

A los participantes seleccionados para formar parte de los grupos de discusión, se les remite una circular en la que se informa a las familias sobre el objetivo del estudio que se lleva a cabo por la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, del Ministerio de Consumo, en colaboración con la Consejería de Educación de su Comunidad Autónoma y su Ayuntamiento y se solicita la autorización familiar para participar en el estudio, en los términos descritos en la hoja de autorización o **consentimiento informado (ANEXO I)**. Todo ello de acuerdo a las disposiciones del Reglamento General de Protección de Datos (*Reglamento (UE) 2016/679*) y de la *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales*.

2.6. GRUPOS DE DISCUSIÓN

En cada uno de los centros educativos participantes se han organizado de **uno a tres grupos focales o grupos de discusión, con 7-11 participantes en cada grupo**, para facilitar la interacción, el diálogo y la discusión del tema durante las sesiones.

Cada grupo de discusión ha realizado dos sesiones de trabajo, de unos 90 minutos de duración cada sesión. Finalmente, han sido **10 los grupos de discusión realizados**, con un total de **90 participantes (55 chicas y 35 chicos)**, de acuerdo a la siguiente distribución:

| | IES Campanillas Málaga | | | IES La Rivera Palma de Mallorca | | |
|---------|------------------------|--------|-------|---------------------------------|--------|-------|
| | Chicos | Chicas | Total | Chicos | Chicas | Total |
| Grupo 1 | 2 | 6 | 8 | 5 | 5 | 10 |
| Grupo 2 | 2 | 5 | 7 | 4 | 5 | 9 |
| Grupo 3 | 4 | 4 | 8 | 5 | 4 | 9 |
| Total | 8 | 15 | 23 | 14 | 14 | 28 |

| | IES Las Lagunas Rivas Vaciamadrid | | | IES San Severiano Cádiz | | |
|---------|-----------------------------------|--------|-------|-------------------------|--------|-------|
| | Chicos | Chicas | Total | Chicos | Chicas | Total |
| Grupo 1 | 3 | 6 | 9 | 5 | 6 | 11 |
| Grupo 2 | 3 | 6 | 9 | | | |
| Grupo 3 | 2 | 8 | 10 | | | |
| Total | 8 | 20 | 28 | 5 | 6 | 11 |

Los grupos de discusión se han orientado de cara a favorecer y estimular una conversación socializada, permitiendo identificar el sentido y el significado de los participantes en torno a la temática. Utilizan la entrevista grupal para recopilar información relevante sobre el tema, en base a una **guía de temas y preguntas o agenda oculta**, diseñada por la empresa adjudicataria, y validada

por la AESAN. Se han dirigido a establecer una conversación, en ambiente distendido y relajado para los grupos de participantes, confortable y agradable, de modo que el grupo pierda el miedo a intervenir, compartiendo ideas y comentarios. La guía de temas y preguntas o agenda oculta se adjunta en el [ANEXO II](#).

Lugar de reunión: se ha elegido en cada Instituto un espacio que resulte familiar al grupo, espacioso y con luz natural que les haga sentir cómodos/as, y en la medida de lo posible, aislada de ruidos o distracciones que puedan interrumpir el trabajo de grupo.

Tiempo y duración: Cada grupo de discusión ha participado en **2 sesiones**, de una duración aproximada de **90 minutos**, tiempo suficiente para que todos los participantes puedan dar respuesta a los interrogantes y a los nuevos que surjan en el debate, evitando la aparición de fatiga, falta de concentración y cansancio.

Registro de la información: Para el registro de las principales ideas se han utilizado las siguientes herramientas:

- **Grabaciones de audio de cada sesión** que permite transcribir los contenidos y su análisis posterior y
- **Registro de observación:** registro narrativo que contemplará los contenidos no verbales y detalles de la interacción en los grupos, que permitan enriquecer el análisis ([ANEXO II](#)).

Profesionales que intervienen:

- **Rol del moderador/a:** persona que acompaña al grupo generando un ambiente horizontal de confianza que anima a los menores a participar. Incentiva la discusión, sin interferir en su contenido, planteando la temática de manera que al grupo le apetezca discutirlo. Regula los tiempos y el desarrollo de la discusión, evitando la dispersión hacia otros temas y facilitando la participación del grupo. En caso de conflictos su actitud será neutra y de mediación, facilitando la comunicación y el diálogo entre los participantes.
- **Rol de la persona observadora:** persona encargada de rellenar un registro narrativo de observación en el que se va anotando aquellos elementos de interés para la intervención. Los elementos a observar se centran en la interacción del grupo, diferencias en el discurso entre niños y niñas, tipos de liderazgo y posicionamiento en las actitudes opuestas, tal y como se recoge en el registro de observación.

El desarrollo de los grupos de discusión y de los talleres deliberativos se ha realizado en el primer trimestre del curso escolar 2021-2022 (de octubre a diciembre de 2021).

2.7. TALLERES DELIBERATIVOS

Las sesiones deliberativas incorporan el enfoque de la participación al estudio, colocando a las personas afectadas por la temática objeto de estudio en un papel protagonista tanto en la definición de la misma, como en la construcción de propuestas para la superación de las dificultades identificadas.

La metodología empleada busca generar un espacio de reflexión y construcción colectiva entre iguales, a la vez que el conocimiento e intercambio entre diferentes actores relacionados con

la temática, en este caso los y las estudiantes participantes en el estudio, el equipo técnico de investigación, y la administración a través de representantes de AESAN que participaron a la finalización de las sesiones. El diseño metodológico de las sesiones incorpora a su vez los siguientes enfoques:

- **Ludopedagogía:** el juego es concebido como una actividad libremente elegida, como satisfactor sinérgico de necesidades humanas, que abarca la dimensión individual y colectiva, además de tener incidencia en el ámbito social, cultural y político.
- **Perspectiva de género:** se pone el foco en cómo participan los niños y las niñas, en qué espacios y de qué formas se comunican, el uso de la palabra, la toma de decisiones, la búsqueda del equilibrio en el grupo y su cohesión.
- **Observación y aplicación de una visión autocrítica:** durante todo el proceso se cuenta con un equipo de personas que observan las dinámicas intragrupalas, lo que facilita adaptaciones en el proceso en pro de un mayor impacto de este en el grupo.
- **Protagonismo del alumnado:** se evita que el protagonismo recaiga en el equipo dinamizador, poniéndose el acento en que el aprendizaje venga de manos del propio grupo.

Los contenidos de las sesiones deliberativas estuvieron orientados a que las personas participantes elaboren sus propias propuestas sobre dieta y hábitos saludables para la prevención de la obesidad infantil en función a las siguientes preguntas:

- ¿Qué podemos hacer nosotros (los y las escolares) para mejorar esta situación?
- ¿Qué se puede hacer en nuestros colegios?
- ¿Qué se puede hacer desde el gobierno?

En las sesiones deliberativas participaron voluntariamente representantes de los grupos de discusión. Se realizaron dos sesiones deliberativas, El número total de participantes en la primera sesión fue de 6 y en la segunda de 9. En estas sesiones no hubo asistencia por parte de participantes del IES las Lagunas de Rivas Vaciamadrid, lo que parece haber estado motivado por la coincidencia con actividades extraescolares.

| | IES Campanillas Málaga | | IES la Ribera Palma de Mallorca | | IES San Severiano Cádiz | | Total | | Total |
|-----------------|---------------------------|--------|------------------------------------|--------|----------------------------|--------|--------|--------|-------|
| | Chicos | Chicas | Chicos | Chicas | Chicos | Chicas | Chicos | Chicas | |
| Sesión 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 | 3 | 1 | 5 | 6 |
| Sesión 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 4 | 5 | 9 |

3. ANÁLISIS DE LOS DATOS. CODIFICACIÓN

Para analizar los hábitos y percepciones de las y los adolescentes sobre la vida saludable, se analizaron las transcripciones correspondientes a los grupos focales llevados a cabo a razón de dos sesiones por grupo. Adicionalmente, para explorar la posible influencia del género y el nivel socioeconómico de los grupos sobre la disposición para la participación, se analizaron los registros de observación de cada sesión y los principales contenidos propuestos durante las 2 sesiones deliberativas.

Se utilizó el software Atlas.ti versión 8 (Scientific Software Development GmbH) para llevar a cabo un análisis de contenido, siguiendo las recomendaciones metodológicas de Mayring (2014) (9) y Cáceres (2003) (10), cuyas fases se detallan a continuación.

Inicialmente, desde una perspectiva emic o perspectiva propia de los participantes, se estableció como objeto de análisis las percepciones de las y los adolescentes. En la fase de pre análisis, se diseñó una guía de trabajo inicial a partir de los objetivos del estudio y los bloques temáticos pautados en la guía de cada sesión de grupo focal, a saber:

- Exploración acerca de hábitos alimentarios; exploración acerca de hábitos físicos saludables; y percepciones sobre alimentación y hábitos saludables (**sesión 1**);
- Aspectos sociales, familiares y culturales; factores, barreras y facilitadores que determinan las prácticas y hábitos saludables y predisposición para la participación en políticas públicas relativas a la temática (**sesión 2**).

Esta guía de trabajo inicial permitió establecer ejes temáticos que orientaron el análisis.

En la siguiente fase, se estableció la frase como unidad de análisis, ya fueran marcadas por guiones (los cuales delimitaban la participación de personas diferentes) o por temática. Se observó que una frase podía contener información variada, por lo cual podría destinarse a más de una categoría o código. Y finalmente, se establecieron las reglas de análisis y los códigos de clasificación.

La codificación se refiere a un proceso de etiquetado en el que se agrega información al texto al abstraer las características del contenido agrupado, sintetizándolo en un solo concepto o símbolo (Cáceres, 2003). En este estudio se empleó la **técnica de codificación abierta**, la cual consiste en un proceso libre e inductivo, que comienza en los datos para definir las reglas que los clasifiquen y los códigos que se les adjudiquen. Siguiendo dicha técnica, en esta fase se instauró como regla de análisis el agrupar contenidos similares bajo el mismo código y crear códigos nuevos para contenidos disímiles. Frente a la duda de si una unidad de análisis correspondía a un código previo o nuevo, se codificó con ambos y, al finalizar la codificación, se depuró alguno de los códigos si se estimaba necesario.

En línea con la perspectiva emic, algunos de los nombres de los códigos se propusieron a partir de los vocablos expresados por las y los adolescentes, ya que se consideraban auto explicativos. Cuando éste no fue el caso, se clarificó con algún ejemplo o cita textual.

La **codificación inicial llevó a la creación de 306 códigos**. Posteriormente, se llevó a cabo una depuración de dichos códigos, eliminando 37 ya que abordaban temáticas que no se repetían a lo largo de los distintos grupos o por tener una frecuencia de uno. Además, se realizaron 41 fusiones de códigos por abordar temas similares. Este proceso llevó a retener **221 códigos**. En el **ANEXO IV** se recoge la **Lista de códigos, frecuencia y grupos, utilizada**.

En la fase siguiente se desarrollaron las categorías en las que se ordenaron y clasificaron los contenidos previamente codificados. En línea con el carácter emergente de la técnica de codificación abierta, las categorías se desarrollaron a partir del **agrupamiento de códigos** que abordaban temáticas similares, aunque reflejando posturas diferentes (p.ej. “elección comida” estuvo formado por “elección de la comida: propia” y “elección de la comida: parental”). Se crearon **49 categorías o grupos de códigos**. Para crear un grupo se estableció como mínimo que tuviera dos códigos pertinentes. El grupo que contuvo más códigos incluyó 17: “percepciones sobre vida saludable”. En el **ANEXO V** se recoge la **lista de categorías o grupos de códigos**.

En la última fase se llevó a cabo la integración final de los resultados al **conjugación de las categorías o grupos de códigos en cinco temas asociados a los objetivos del estudio**. La base de dichos temas fue la guía de trabajo inicial. Sin embargo, debido a que no se apreció una diferenciación clara entre los contenidos relativos a los bloques “aspectos sociales, familiares y culturales” y “factores, barreras y facilitadores que determinan las prácticas y hábitos saludables” de la sesión 2, se conjugaron en un mismo tema que se denominó “factores, barreras y facilitadores que inciden la alimentación y vida saludable” (ver **ANEXO VI: “Lista de temas”**).

En los resultados se presenta esta integración, haciendo referencia a las categorías y códigos correspondientes. Así mismo, se presentan algunas citas explicativas de algunos de los códigos (cuando no eran auto explicativo) y la frecuencia en la que se mencionó el contenido de cada código. Cabe aclarar que esta frecuencia no refleja el número de participantes que indican dicha percepción o hábito, sino la frecuencia con la que se mencionó dicho tema a lo largo de las sesiones ya fuera por la misma o varias personas.

4. RESULTADOS

4.1. ANÁLISIS DE CONTENIDOS

A continuación, se presentan los resultados del análisis de los contenidos abordados en los grupos focales de adolescentes acerca de las temáticas de vida y alimentación saludable, organizadas por temas asociados a los objetivos del estudio.

ANÁLISIS DE CONTENIDO. LISTA DE TEMAS

- a) Hábitos alimentarios de las y los adolescentes
- b) Hábitos físicos de las y los adolescentes
- c) Percepciones sobre alimentación y hábitos saludables
- d) Factores, barreras y facilitadores que inciden en la alimentación y vida saludable
- e) Percepciones y predisposición para participar en políticas públicas orientadas hacia una vida saludable

A) HÁBITOS ALIMENTARIOS DE LAS Y LOS ADOLESCENTES

DESAYUNO

- Destaca una mayor frecuencia en cuanto a los y las adolescentes que afirman tomar el desayuno en el instituto (24 citas) que en casa (16 citas).
- Predominan panificados o bocadillos (39 citas), seguido de frutas o verduras (23). Con menor frecuencia, también se hace alusión a dulces o una bebida azucarada (p.ej. Cola Cao, 12), agua, infusiones, té o café (8), cereales (7) o lácteos (6).
- Un porcentaje minoritario de las y los adolescentes participantes afirman no desayunar (9), no apreciándose diferencias globales según el nivel socioeconómico (NSE), pero sí en cuanto al género y NSE, siendo mayor la frecuencia de no desayuno en las adolescentes de barrio vulnerable.
- Mayoritariamente los adolescentes eligen su desayuno (23), en lugar de sus madres o padres (10).

COMIDA DEL MEDIODIA

- Habitualmente comen en casa (8), siendo las comidas fuera de casa menos frecuentes (5).
- Entre los que comen en casa, es más frecuente la comida en compañía de al menos un miembro de la familia (6), que solos/os (4), aspecto que se circunscribe a la zona periurbana.
- Los alimentos más consumidos son la pasta, patatas o panificados (17), siendo este consumo seguido en frecuencia de alguna carne o pescado (14) y verduras, legumbres y frutas (13).
- Por barrios se observa una mayor ingesta de pasta, patatas o panificados en zona vulnerable (8), seguido de zona de renta media-alta (6) y periurbana (3).
- En la zona de renta media-alta se cita con más frecuencia el consumo de carne (7).
- Finalmente, el consumo de verduras, legumbres y frutas fue más alto en la zona periurbana (6), seguido de la zona de renta media-alta (5) y más bajo en barrio vulnerable (2), barrio en el que también se hizo mayor alusión a la ingesta de productos precocinados (3).
- En cuanto a la elección de la comida, en una gran mayoría de los casos esta decisión es parental (29), mientras que en muchas menos ocasiones propia de los y las adolescentes (9).

MERIENDA

- *Los alimentos más consumidos son los panificados (25), seguidos de dulces (23) y frutas (22).*
- *En síntesis, a diferencia de lo que sucede con la comida de mediodía, no se aprecian en cuanto a la merienda diferencias significativas en función del nivel socioeconómico de los barrios de referencia, ya que en todos ellos se observó que un número similar de adolescentes ingerían estos tres tipos de alimentos durante la merienda.*
- *En menor medida se mencionó también la ingesta de lácteos (10), frutos secos (9), productos fritos (4) y cereales (2).*
- *Igualmente, algunas personas mencionaron que no suelen merendar (9).*

CENA

- *Habitualmente cenan en casa (7).*
- *La elección de la cena también suele ser mayoritariamente parental (23), aunque llama la atención un mayor porcentaje de adolescentes que eligen su propia cena (20), en relación con la comida del mediodía.*
- *Mayoritariamente se referencia el consumo de ensalada, sopa o lácteos (11), aunque también se mencionaron en menor medida otro tipo de alimentos como pasta, patatas o panificados (9).*
- *En los grupos de zona de renta media baja y de renta media alta se hace alusión con más frecuencia a la ingesta de una cena basada en ensalada, sopa o lácteos (9) frente a pasta, patatas o panificados (4), mientras que en los grupos de zona vulnerable y periurbana resulta más frecuente la alusión a esta última opción (5) que a la primera (2).*
- *El picoteo después de cenar es poco frecuente (3).*

Analizadas las posibles diferencias en función del género de los y las participantes, no se aprecian discrepancias significativas entre chicos y chicas en cuanto a la ingesta de tipos de alimentos si bien en el IES de barrio vulnerable y en el de zona periurbana, fue mayor el número de chicas que de chicos que indicaron ingerir pasta, patatas o panificados, mientras que en el IES de zona renta media alta, no se apreciaron diferencias en este aspecto.

Globalmente, las **preferencias de alimentos** expresadas por los y las adolescentes estudiados son los siguientes:

- *Pasta, panificados y patatas (34).*
 - *Fritos (12).*
 - *Legumbres y sopas (7).*
 - *Carnes (4).*
 - *Ensaladas o frutas (2).*
- *No encontrándose diferencias según el NSE, pero sí fueron más chicas que chicos quienes expresaron su preferencia por alimentos panificados, pasta y fritos, así como por las verduras, legumbres y carnes.*
 - *Hay mayor preferencia por alimentos que no son los más saludables (37), y suelen ingerirlos en ocasiones especiales o esporádicamente (40), observándose una tendencia similar en los diferentes NSE, pero más representativa en las chicas que en los chicos.*
 - *En cuanto a la ingesta de chucherías, chocolates, bollería y refrescos es mayor el número de adolescentes que afirma hacerlo de forma muy esporádica (7), aunque algunos indicaron hacerlo con mayor frecuencia (4).*

Así mismo, se recogieron algunas opiniones en torno a diferentes motivaciones para la ingesta de comida considerada no saludable, como la facilidad de preparación de la comida rápida, ya que no conlleva tiempo ni dedicación (2) y otras como creencias en torno a ciertos beneficios de determinados alimentos, o la influencia social (7). A modo de ejemplo:

*“Ese es el claro ejemplo de lo que hace el azúcar. El azúcar te da energía al momento, te da que te vuelves loco, te da un subidón.” (Refiriéndose a las bebidas energéticas)
“Si estoy estudiando me ayuda más. O un café.”*

“- Nadie en el mundo quiere fumar, pero luego estás con los amigos y para hacerte el chulo le das una calada y desde ahí no puedes parar de hacerlo. - O para relajarse también.”

Algunos otros aspectos a la hora de elegir sus propios alimentos:

- *Lo hacen principalmente por su apariencia y sabor (10):
“Que tenga buena pinta”*
- *Eligen alimentos que consideran menos saludables (9):
“Lo saludable ya lo como todos los días en mi casa”*
- *Aunque la mayoría de las veces cocinan sus madres o padres, alguna vez lo hacen ellas o ellos (7):
“Microondas y un poco también de sartén”*
- *y son conscientes de que si dependiera de ellos deberían hacer elecciones más saludables (4):
“Yo si pudiera decidir, si sería igual algo menos saludable, pero no creo que llegaría a un extremo en el que siempre comiera pizza, hamburguesa, cosas así que no se debe”.*

Finalmente, en los grupos se hizo alusión a algunos hábitos en cuanto a la alimentación en el entorno familiar. Por ejemplo:

“En mi familia como somos 5 pues mi madre y mi padre lo que intentan es que los fines de semana intentemos cocinar nosotros para aprender a cocinar y nos ponen a nosotros, entonces cada día nos enseña mi padre que hacer y cuando salimos del instituto mi padre ya ha dejado la comida de todos los días preparada y nos dice comer lo que queráis y preparároslo”

“Pues mi madre dice que por la noche se tiene que comer ligero y es que como que no ejercitamos los músculos y no lo quemamos, aunque si lo quemamos durmiendo, pero no tanto como estando aquí.”

B) HÁBITOS FÍSICOS DE LAS Y LOS ADOLESCENTES

ACTIVIDADES EXTRACURRICULARES

La fuente principal de actividad física (AF) mencionada son actividades extracurriculares y activas (89), tales como danza, fútbol, atletismo y otros deportes.

Algunas personas mencionaron otro tipo de actividades extracurriculares más bien pasivas, o que no implican tanto ejercicio físico (7), como inglés o dibujo.

En relación con lo señalado, la tendencia fue similar en IES de barrio vulnerable (22/1), periurbano (16/5) y barrio de renta media-alta (22/1). Sin embargo, en el IES del barrio de renta media-baja la tendencia fue opuesta (12/17), predominando las actividades pasivas sobre las activas.

No se observaron diferencias en función del género en cuanto a la práctica de actividades extracurriculares activas en IES de barrio vulnerable, ni en zona renta media baja, mientras que en el IES de zona periurbana más chicas que chicos indicaron realizar actividades activas, y en el IES de zona renta media alta más chicos que chicas indicaron esta preferencia.

En general se observa que la tendencia a realizar actividades extracurriculares pasivas era marcadamente femenina.

La mayoría destacó que realiza estas actividades por decisión propia (31), aunque algunas indicaron que la decisión había sido parental (17). Este aspecto se refleja en (8) a (4) en IES de barrio vulnerable; la proporción fue de (14) a (6) en IES de zona periurbana; y de (9) a (7) en zona de renta media-alta. Es decir, si bien en los tres grupos la mayoría indicó que la decisión había sido personal, la proporción varió en cada zona. De aquí que destaquen que uno de los principales factores que inciden en el desarrollo de actividad física por parte de adolescentes es el propio interés de la persona (5), pero no el único, observándose también otros factores que favorecen este tipo de decisiones como la promoción en algunos institutos del ejercicio físico al disponer, por ejemplo, de patios dinámicos (2).

“Los viernes también hay patios dinámicos y se hacen cosas o tenis o baloncesto...”.

Las actividades extracurriculares activas las realizan tanto en espacios públicos (4), como privados (3).

ACTIVIDADES EN TIEMPO LIBRE

- Se mencionan con mayor frecuencia actividades más pasivas (jugar a la consola de videojuegos, ver televisión o redes sociales, estudiar o visitar a sus familiares) (88), que activas (salir a pasear andando o en bicicleta, deporte, baile) (57).
- Al realizar una comparación según la zona de referencia, se observa una tendencia casi idéntica, habiendo una marcada preferencia por actividades pasivas sobre activas en el tiempo libre en todas las zonas (barrio vulnerable 33/17; zona periurbana 22/16; zona renta media baja 9/5; zona renta media alta 24/19).
- Muchos adolescentes especificaron que realizan estas actividades con sus amistades (18) y, en algunas ocasiones, también se comentaron hábitos en la familia en cuanto a actividad física:

“Nosotros hacíamos una rutina. Teníamos un papel todos y por la mañana nos despertábamos todos íbamos arriba y había como un mini gimnasio y ahí pues hacíamos deporte. Después bajábamos y mi hermana tenía las clases. Después comíamos, desayunábamos, yo tenía una hora en concreto que podía jugar a la Play y mi hermana otra. Y esto en la cuarentena lo hicimos así, porque si no era imposible”

“Si yo tengo un jardín en casa y allí algunas veces juego con mis primos y mis tíos al fútbol o al baloncesto. Los fines de semanas juego con mis primos y mis tíos al baloncesto, al fútbol, pero otros días, como los días del cole, a veces jugamos al fútbol y otros nos quedamos en casa”

ACTIVIDADES EN EL RECREO

- Mayoritariamente pasan el recreo haciendo actividades pasivas, como hablar, comer o ver el móvil (40). Algo más de la mitad de comentarios se refieren a actividades más activas, como pasear a lo largo del patio o practicando algún deporte (24).
- Esta tendencia fue similar en IES de zona periurbana (13/5), zona renta media baja (5/2) y zona renta media alta (21/15). En IES de barrio vulnerable hubo menos menciones al respecto, pero la tendencia fue opuesta (1/2).
- El mismo número de personas mencionaron que en su recreo ideal harían lo mismo que hacen actualmente, actividades pasivas (5), que quienes indicaron que su recreo ideal sería más activo (5).

FACTORES CAUSANTE DE ESTRÉS

- Destaca con diferencia lo referente a la comparación social (15). Este factor fue comentado especialmente en barrio vulnerable (7) y zona periurbana (8).

“Llega un momento que también te empiezas a cuestionar porque también ves a muchas chicas o chicos con unos cuerpos de haber estado trabajando mucho en el gimnasio y quieres ser como ellos, o alguien tiene una mansión y tú te empiezas a sentir mal porque no tienes una mansión, o alguien tiene un iPhone y tú también quieres un iPhone porque es la moda”.

- La segunda fuente de estrés más comentada fue el exceso de exámenes (9), seguida de la falta de tiempo para hacer deberes (5) y las exigencias familiares (5).

*“muchos exámenes no son saludables”.
 , “Y si tienes que estudiar mucho y estás estresado, al final no es bueno”.
 “No a muerte, pero sí que me dicen “[nombre]...” o un día me dice, le digo “papá...”
 ese fue un examen que... le dije “papá, no me sé bien el tema. Me lo sé regular” y me dice: “pues tienes que sacar un 10”.*

FORMA DE GESTIÓN DEL ESTRÉS

- La mayoría de los comentarios se refirieron a que hacen ejercicio o deporte para aliviar esa tensión (12).
- Algunas personas mencionaron que utilizan formas más pasivas, como escuchar música, jugar a la consola de videojuegos, leer, pintar o ver redes sociales (11).
- Además, algunas de las personas participantes comen de más (4) o dejan de comer (3) cuando están estresadas.
- Por NSE, en el IES de barrio vulnerable se observa una preferencia por utilizar el ejercicio sobre formas más pasivas para gestionar el estrés (11/6), mientras que en el IES de zona renta media alta la tendencia es opuesta (1/5).
- En relación al género se observa que más chicas que chicos discutieron sobre las formas en las que gestionan el estrés, destacando en las chicas el empleo de ejercicio, comer o dejar de comer y otras formas pasivas como escuchar música o leer.

C) PERCEPCIONES SOBRE ALIMENTACIÓN Y HÁBITOS SALUDABLES

PERCEPCIONES SOBRE LO QUE CONSIDERAN COMO HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES

- *El ejercicio es el hábito considerado con mayor frecuencia en relación a una vida saludable (46). En segundo lugar, se menciona la alimentación saludable (25).*
- *Otros hábitos señalados por su relación con una vida saludable son: controlar los excesos (23), mantener un equilibrio (20), no usar excesivamente la tecnología (18), relacionarse con otras personas (16), gozar de salud mental (14), mantener la calma y estar algún tiempo en silencio (9), dormir (8), tener tiempo libre y divertirse (7), pero también mantener una rutina y horarios (7), así como conocerse bien a sí mismo (7).*
- *En menor grado, también se mencionó el consumo verduras y frutas (5), realizarse chequeos médicos y prevenir enfermedades (4), salir de la casa (4), aprender y conocer cosas nuevas (2) y tener buena higiene (2).*
- *Por NSE se observa que tanto en zona periurbana, como en zona de renta media baja y renta media alta los aspectos más discutidos se referían a la necesidad de hacer ejercicio, alimentarse adecuadamente y mantener un equilibrio para llevar una vida saludable. Si bien estos temas también se abordaron en los grupos del barrio vulnerable, se evidenció que los aspectos que más discutieron en estos grupos referían al uso de la tecnología, el control de los excesos y la salud mental como claves para una vida saludable; expresándose, por tanto, una tendencia diferente al resto de barrios ya que las y los adolescentes trajeron como principales elementos de una vida saludable otros aspectos que no fueron mencionados por las y los participantes de otros grupos.*
- *En cuanto al género se observa que tanto en la zona periurbana como en la zona de renta media alta más chicas que chicos comentaron la importancia de tener una alimentación saludable para llevar una vida sana, mientras que en el barrio vulnerable y el nivel socioeconómico no se aprecian diferencias significativas.*
- *Asimismo, se observó que los comentarios sobre el control de excesos, realizar ejercicio, mantener una vida equilibrada, usar menos tecnología, relacionarse con otros y gozar de salud mental fueron perspectivas predominantemente femeninas. Si bien, en el IES de zona renta media alta la perspectiva de la importancia del ejercicio es predominantemente masculina.*

PERCEPCIONES SOBRE LO QUE CONSIDERAN COMO ALIMENTACIÓN SALUDABLE

- *Principalmente se pone el énfasis en la variedad de alimentos que se consuman (60). Esta fue la percepción mayoritaria en las cuatro zonas socio-económicas analizadas, y expresada por más chicas que chicos en todos los NSE, salvo en el de renta media-baja en el que no se observan diferencias significativas.*
- *También se mencionó el consumo de agua (10) (barrio vulnerable 2/20; zona periurbana 3/24; zona renta media-baja 2/16; zona renta media alta 3/20). No apreciándose diferencias en función del género.*
- *Otros aspectos mencionados por algunas personas como esenciales fueron: el control de la cantidad y las porciones de alimentos (6) y tener horarios establecidos para las comidas (4). En función del género, no se observaron diferencias entre chicos y chicas con respecto a la percepción de que los horarios deben formar parte de una vida saludable, mientras que fue predominantemente masculina la idea de que el controlar los excesos es clave. El análisis comparativo entre las cuatro zonas no refleja diferencias significativas sobre dichas percepciones según el nivel socioeconómico.*
- *Otras ideas que surgieron sobre qué es una alimentación saludable (13):*
“Yo creo que es comer frutas y verduras por lo menos 3 veces al día. Comer huevos también, espaguetis una o dos veces a la semana y carne y pescado”

Algunas de ellas asociadas a la pirámide alimenticia:
“Del imán que hay pegado en la nevera de mi abuela. Pone lo bueno y lo malo. Pues yo de ahí me lo aprendí. Las manzanas abajo, la chuchería arriba. O, al contrario”.
- *Adicionalmente, se comentó que los alimentos saludables tienen otros beneficios como dar energía y poder ser utilizados en rutinas de belleza (10); que no se puede estar sano al 100 % y que no equiparan ser saludable con ser aburrido (2).*
- *Las frutas y verduras son los alimentos que perciben con mayor frecuencia como saludables (5), seguidas de las legumbres (4) y el pescado (2).*
- *Algunas personas mencionaron que consideran que la comida casera es más saludable que la comprada (14):*
“Comer comidas caseras, no bollería industrializada y esas cosas”
Aunque también hay un porcentaje menor que prefieren las compradas a las caseras (4):
“Depende. Es que hay algunas hamburguesillas de Mc Donald’s que están buenas”
- *Por otra parte, comentaron como indicador de que los alimentos eran más saludables aspectos vinculados a la sostenibilidad, como que se utilizara menos plástico para empaquetarlos (3) y que los alimentos ecológicos eran más saludables (3).*
- *En cuanto a las comidas de cada día, las principales opiniones expresadas sobre lo que debe contemplar un desayuno saludable hacen referencia a incluir frutas, verduras y panificados (15), así como lácteos (2). Sin embargo, al preguntarles por su desayuno ideal, la mayoría comentó que éste incluiría panificados y dulces (11), huevos o proteína de origen animal (p.ej. bacón, 4), frutas o verduras (3), alimentos fritos (2) o cereales (1).*
- *Al preguntarles por la comida ideal, indicaron que ésta debía consistir en pasta, panificados, patatas o arroz (11), alguna carne (6), legumbres (4) o pescado o productos marinos (2). En cuanto a la cena ideal, la mayoría de los comentarios indicaron que se refería a una cena ligera que incluyera un sándwich, pescado o una ensalada (12), mientras que otras personas sugirieron que ésta incluiría algún tipo de carne (3), pasta, panificados, patatas o arroz (3) o alimentos fritos (1).*

PERCEPCIONES SOBRE LO QUE CONSIDERAN COMO ALIMENTOS NO SALUDABLES

- En relación con las percepciones en torno a los alimentos que consideran que no son saludables, en general indicaron el exceso de azúcar, las chucherías y los refrescos (14), no observándose diferencias globalmente según NSE, si bien más chicas que chicos mencionaron que el azúcar, las chucherías y los refrescos no son saludables en el IES de barrio vulnerable y zona periurbana.
- También se expresaron opiniones que consideran que la comida rápida, las grasas y aditivos (7) no son saludables en los grupos del IES de barrio vulnerable (5/7) y zona periurbana (2/7). Además, en esta última zona hubo 2 comentarios referidos a que el pan no era un alimento saludable.
- Es decir, con carácter mayoritario los y las adolescentes consideran no saludables determinados alimentos como chucherías, azúcar, refrescos, comida rápida, grasas, etc. y en menor medida el pan, no apreciándose diferencias entre tipologías y zonas. Por el contrario, sí se aprecia que la percepción de que la comida rápida, con aditivos o grasas no son alimentos saludables es predominantemente femenina.
- Asimismo, hay que mencionar que algunas personas participantes consideran que los productos congelados son de peor calidad que los frescos, si bien parece vinculado al pescado (4):
“Sí, por ejemplo, el pescado, cuando lo compras fresco se le ve en su exterior. - Es que no es igual, (congelado) pierde el sabor, pierde el color”.
- Por otra parte, mencionaron que percibían consecuencias negativas al tener malas prácticas alimenticias (7):
“¿Qué pasa cuando dejas de comer? - Que te quedas sin fuerzas, sin nada, no estás bien. - Te encuentras mal. - Te mareas, tienes melancolía.”.

PERCEPCIONES SOBRE SI LLEVAN O NO UNA VIDA SALUDABLE

- En cuanto a la **percepción que tienen sobre si ellas y ellos llevan una vida saludable** en una escala del 1 al 10, la mayoría indicó que pensaba que obtendría puntuaciones por encima de cinco (15). En cuanto a la alimentación propia, también la mayoría indicó que tendría puntuaciones por encima de cinco (11), aunque algunas personas indicaron que tendrían puntuaciones menores a cinco (4).
- Por otra parte, también se hizo mención al hecho de que **la salud no es equiparable a la imagen física o estética de cada persona (18)**:
“Que por ejemplo una persona puede ser así porque ha nacido así más grande, pero está sano, por ejemplo, puede haber una persona que esté súper delgada pero que no esté sano, que no está gorda, por ejemplo, pero no es sana.”.
- Sin embargo, comentaron que tener sobrepeso no es saludable (5):
“¿Y si le dices gordo a alguien, entonces le estás insultando? - ¡Claro! - En teoría no. Se podría decirle: “oye, adelgaza, que, si no, en la vida te va a ir fatal”.
- Y que la causa principal refiere a aspectos familiares, como la genética o las costumbres (2).
- Además, comentaron sobre diversas situaciones en las que se hacía alusión a su físico y sobre cómo éstas les afectaban negativamente (4):
“Este fin de semana un chiquillo se metió con mi físico y yo me quedé callada y empecé a llorar, y vino Carmen y me hizo reflexionar de que yo no me podía quedar callada entonces yo sabía dónde estaba ese niño y cogí y me enfrenté.”.

PERCEPCIONES SOBRE SI LLEVAN O NO UNA VIDA SALUDABLE

- Así mismo, indicaron tener tanto preocupación (3) como aceptación (3) por su imagen física. Adicionalmente, comentaron que perciben la pasividad como una práctica no saludable (12), la cual incluye el uso de redes sociales o ver televisión (4):

“No puedes estar viendo la serie, como hago yo, luego viendo un TikTok, luego hablando por WhatsApp y así. Pues eso no es saludable”

o el estar sentado todo el día en el instituto (3):

“Lo que yo creo que no es saludable del instituto es estar seis horas sentado”.
- Otro de los elementos que consideran que forman parte de una vida saludable es dormir. La mayoría indica que dormir bien debe consistir en ocho horas de sueño continuo o incluso más (14). Además, algunas personas señalaron que madrugar es una práctica saludable (3).
- Por otra parte, se observa una percepción común considerar que la salud mental afecta a la implementación de prácticas saludables (39):

“Si no estás bien no puedes comer bien y a la vez hacer ejercicio y luego dormirte. Si tú te ves mal te causa estrés porque estás a disgusto y dices “no tengo ganas ni de levantarme del suelo”.
- Adicionalmente, se comentó que las personas tóxicas son una barrera para llevar una vida saludable (10):

“Al final todos esos comentarios, aun cuando te rías, esos son los que llevan a problemas alimenticios, porque si estás todo el día escuchando cosas como esas o si le comento a mi madre que una prenda ya no me queda y ella me responde que adelgace unos kilos para que me vuelva a quedar bien... Eso, a mí, no me hace gracia”.
- Y la autoestima es un facilitador de ésta (4):

“claro, gustarte a ti mismo, saberte querer, que tengas gente a tu alrededor que te quiera, que sepas que a gente te apoya, no tener amigos que ten hundan y esas cosas”.
- Finalmente, las y los adolescentes comentaron algunas de sus percepciones en cuanto al **consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas**, indicando la mayoría que no lo consideraban una práctica saludable (25):

“Alcohol, tabaco y otro tipo de sustancias, no son buenos para nadie”.
- Sin embargo, algunas personas comentaron que no percibían el consumo de dichas sustancias como nocivas para la salud (14):

“Yo escuché que tomarse un par de cervezas al día, no es malo. Igual con el vino. - Un vaso de vino al día. - Porque la fabrican a partir de las uvas”.

D) FACTORES, BARRERAS Y FACILITADORES QUE INCIDEN EN LA ALIMENTACIÓN Y VIDA SALUDABLE

FACTORES FACILITADORES QUE INCIDEN EN LA ALIMENTACIÓN Y VIDA SALUDABLE

- Con respecto a los factores que inciden en el llevar una vida saludable, para las y los adolescentes el condicionante principal es **la familia** (55):

“La familia, la sabiduría que tengan, por ejemplo, las abuelas”.

No se observaron diferencias sobre esta percepción en función del NSE, aunque fue más mencionado por las y los adolescentes en la zona vulnerable (23/55) y de renta media alta (23/55). Esta percepción fue predominantemente femenina.
- En segundo lugar, se mencionó la influencia que tienen las y los **profesionales** sobre la vida saludable de las personas (21):

“Sí, a nosotros sí. Una vez, vino un entrenador que veía la dieta de los jugadores y nos empezó a explicar la dieta que debería tener un jugador de fútbol. Después de ahí yo me motivé y dejé de tomar azúcar en el té, por ejemplo y lo he ido dejando y pues, ya no tomo casi azúcar. También, antes de los partidos, nos dice el entrenador que tenemos que comer antes de dos horas”.
- Además, hubo varias menciones a que **Internet, los medios de comunicación y los libros** influyen la vida saludable (14). Esta percepción también es más marcada en los barrios de renta media baja (6/14) y media alta (7/14):

“Bueno, a ver, mis padres están comiendo sano ahora, porque ven videos en YouTube y está bien para saber”
- En algunas ocasiones se comentó que **el instituto** había sido una buena influencia para llevar una vida saludable (7), y esta percepción fue mayoritaria en los grupos de zona vulnerable (4/7) y de zona periurbana (1/7). Además, se apreció que esta valoración era predominantemente femenina en dichos grupos, mientras que en otros grupos no se apreciaron diferencias significativas en base al género de participantes:

“El año pasado traían frutas, al principio de febrero, empezaron a traer frutas. Cada día traían una fruta diferente, fresas o plátanos. Había un concurso que quien trajese más frutas de su casa, se le apuntaba un punto”.
- También se comentó que llevar una vida y alimentación saludables dependía del **interés** que tuviera:
 - **La persona** (6)

“Las ganas que lleva la persona de comer sano”
 - **Sus amistades** (6)

“Depende. Si el amigo come mal, a lo mejor vas por ese camino”,
 - **De sus gustos** (5)

“El que tengas mucha hambre y estés con antojos, puede influir mucho”
 - **Del nivel de estudios o trabajo de la familia** (4)

“Sí. Por ejemplo, si trabaja de entrenador del gimnasio será muy diferente a otro que trabaje todo el día sentado en la oficina, sin actividad física”)
 - **De la cultura** (3)

“¡Hombre, también! Hay un montón de cosas diferentes, por ejemplo, tengo una buena amiga que es extranjera, ellos desayunan un montón y cenan un montón, pero, ni comen, ni meriendan”

No se observan diferencias significativas en función del NSE. Pero si se observa que la percepción sobre la influencia del gusto personal, las amistades y el nivel de estudios o el trabajo de la familia fue principalmente femenina.

FACTORES FACILITADORES QUE INCIDEN EN LA ALIMENTACIÓN Y VIDA SALUDABLE

- Un **potencial facilitador de la alimentación saludable reside en que la oferta de la cafetería del instituto sea más saludable (22)**:
“Lo mismo, frutas. Frutos secos también y, bocatas, que no sean tanto de beicon sino de queso y tomate, lechuga, por ejemplo”
- Por otro lado, un **potencial facilitador de la actividad física en el instituto que se comentó durante las sesiones consiste en tener más tiempo, mobiliario o espacio de dispersión (5)**:
“Pues que, en el patio, era como media hora uno, sólo era uno entonces. Podías ir a las aulas a hablar o ir arriba por una cuerda y los juegos eran libres, te ponían un montón de cosas para jugar”.

A pesar de que algunas personas que consideran que se tienen todas estas facilidades y, sin embargo, no se aprovechan (3):
“Yo no hago patios dinámicos y normalmente estoy dando vueltas hablando con amigos y amigas...”
- Además, el instituto se percibe como un potencial facilitador, precisamente al ofrecer la posibilidad de los patios dinámicos (2).
- En cuanto a potenciales facilitadores de la actividad física, el más mencionado fue el **propio interés de la persona (5)**:
“Pues yo no hago patios dinámicos, pero si hiciera me gustaría que pusieran o tenis o pádel”.

BARRERAS QUE INCIDEN EN LA ALIMENTACIÓN, ACTIVIDAD FÍSICA Y VIDA SALUDABLE

- Con respecto a las barreras que encuentran para que una persona lleve una vida saludable, la mencionada con mayor frecuencia se refiere al dinero o nivel socioeconómico (41),
“También depende del dinero que tenga tu familia porque a veces comer sano tampoco es que sea muy económico”
 Siendo minoritaria la opinión de que el dinero no era un factor influyente sobre la vida saludable (10)
“Si te organizas bien el dinero, te puedes comprar esto, después lo otro y vas comiendo más equilibrado”

Al analizar con mayor detalle este aspecto según la zona, se observó que sólo en los grupos del IES de zona renta media baja, no se comentó ni a favor ni en contra. Este aspecto se discutió con mayor profundidad en los grupos de la zona periurbana, en los que se registraron 17 de las 41 menciones a favor y 8 de las 10 menciones en contra de que el nivel socioeconómico constituye una barrera para la vida saludable. Es decir, se observó que cerca del doble de los comentarios aludieron a este obstáculo. Por otra parte, en los grupos de la zona renta media alta y de la zona vulnerable, la diferencia entre ambas perspectivas es mucho más elevada. Es decir, en los grupos de discusión que se enmarcan en los extremos del nivel adquisitivo hubo coincidencia en considerar que el dinero es una barrera determinante de la posibilidad de vida saludable de una persona.

En cuanto al género, esta percepción de que el nivel socioeconómico de la persona es una limitación para llevar una vida saludable fue más expresada por chicas que por chicos, mientras que la visión opuesta, el considerar que el dinero no es una barrera, fue predominantemente masculina.
- En segundo lugar, se mencionó que la falta de tiempo podía constituir una barrera para llevar una vida saludable (10):
“La falta de tiempo de la persona que cocina en casa. A veces no da tiempo para preparar y dices, “¡Ah! pues esto!”.

BARRERAS QUE INCIDEN EN LA ALIMENTACIÓN, ACTIVIDAD FÍSICA Y VIDA SALUDABLE

- Además, se consideró que la organización de la compra también era un factor influyente (9):
“Otro factor que influye es la manera en que te organizas. Si compras un día a la semana, es distinto a que si te encargas de comprar dos o tres veces al mes”.
 Al analizar este factor según el barrio se observó que el tema fue más discutido en los IES de barrio vulnerable y periurbano. En el IES de zona renta media alta las y los adolescentes no trajeron a colación este factor como una barrera para la vida saludable. Así, la percepción de que el tiempo y la organización de la compra es un factor determinante de la vida saludable parece ser mayoritaria de las y los adolescentes que estudian en los barrios de menor nivel socioeconómico frente al barrio de renta media alta. Así mismo esta percepción fue más discutida por las chicas que por los chicos.
- Finalmente, también se hizo mención a que el interés de quienes te venden los productos influye en la posibilidad de vivir una vida saludable (7):
“Lo único malo es que te ponen el chocolate en frente de la fruta, que, si tú vas a coger algo, te entra hambre porque lo ves de frente”.
- Otra barrera percibida se refiere a la oferta de la cafetería del instituto (7):
“Mi padre es profesor, es cocinero ahí en un cole, es jefe de cocina de un colegio y las cosas que me cuentan a mí no me las han cocinado en mi vida. Es que básicamente en mi colegio la mayoría de cosas ya venían hechas y eso se nota”.
 Esta percepción se aprecia en los diferentes NSE, siendo predominantemente femenina en el IES de barrio vulnerable.
 La mayoría de las y los participantes perciben que la oferta de alimentos en dicho espacio no es saludable (32):
“Chuches, bollería industrial, aunque yo bollería industrial no...”
 Y que los alimentos más saludables que ofrecen son bocatas, agua o alguna fruta (12).
 Sin embargo, algunas personas consideran que sí pueden encontrar alimentos saludables en su instituto, aunque con ciertas excepciones (11):
En el comedor siempre nos dan una manzana, una mandarina, una pera, lo queelijamos. - Sí, pero eso es en el comedor.
 Además, en algunas ocasiones parecen entender que en el instituto no se prioriza la educación sobre alimentación saludable (5), hablando sobre si en el instituto les enseñan sobre lo que es la vida saludable:
“En el instituto no nos hablan de eso”.
- En relación con las **barreras para la realización de la Actividad Física**:
 - La primera se refiere a la disposición de tiempo para hacer ejercicio o deporte (11), además de las limitaciones debidas a las restricciones que se han impuesto por el COVID-19 (11). La noción de que el tiempo puede ser una limitante para realizar ejercicio físico se expresó con más notoriedad en el IES de zona vulnerable (6) que en el de zona de renta media-alta (3). En los otros dos NSE sólo un participante en cada grupo destacó este factor. Así, podría decirse que este aspecto es más relevante para las y los adolescentes que habitan en zonas de menor nivel socioeconómico. Por otra parte, más chicas que chicos hicieron alusión al tiempo como limitante para realizar ejercicio físico.
 - Otra limitación para realizar ejercicio se refiere al clima (5):
“Antes cuando hacía buen tiempo pues salía con la bicicleta”; “Y ya en verano hacía mucha calor con los patines”.

BARRERAS QUE INCIDEN EN LA ALIMENTACIÓN, ACTIVIDAD FÍSICA Y VIDA SALUDABLE

- Pocas personas hicieron alusión a que una barrera para disfrutar de un tiempo libre más activo podía ser el dinero (2):

“A comer sí, pero luego a cosas como los bolos y eso ya hay que planearlo un poquito más porque no hay presupuesto”.

- Algunos otros factores que son percibidos por las y los adolescentes como **barreras para llevar una vida saludable** se refieren a la influencia que ejerce la sociedad sobre la propia percepción que tienen sobre lo que son las prácticas saludables (5):
“Y desde pequeñita ya “delgada” “gorda”... siempre va a haber alguien que va a decir algo del físico. Decir si estamos gordos o si... pero siempre va a hablar del físico”.
- Además, consideran que la presión social es un limitante importante (9):
“- Señó, todos los que fuman vaper o cachimba solo lo hacen cuando están... o con los amigos porque es como ir de chulitos. Es para hacerte el chulo ahí por la escalera”.
- Este tipo de situaciones llevan a que se produzcan algunos otros obstáculos para tener una vida saludable, como las limitaciones que pone la familia a la hora de relacionarse con otras personas (2):
“- ¿Y amigos del barrio, no sé? ¿Tú, de por dónde vives? - Sí hay, pero no me dejan”.

USOS Y PERCEPCIONES SOBRE TECNOLOGÍA DIGITAL

- Se hicieron varias menciones con respecto al asumir una postura crítica frente a las redes sociales (14):
“Depende de cuál porque puede ser que te mienta, o que alguna cosa sea real pero tampoco nos podemos fiar 100 %”.
- En menor medida mencionaron a influencers que ejercen un impacto positivo en sus vidas en cuanto a salud (8), ejercicio (4) y belleza (4):
“hay una chica en tiktok que se llama Sol y que sus video aparte de ser bailes o lo que sea, hace videos tipo para subir autoestima, o comiendo, hablando contigo para que te sientas mejor. Entonces a una persona sí que le puede ayudar”.
“yo el año pasado me descargué una aplicación para hacer deporte que estaba súper bien, en un mes vaya puedes hacer de todo”.
“Yo no es que la siga, pero sí que la veo que hace mascarillas caseras para la cara y las cosas que te pueden afectar al pelo”.
- Además, mencionaron que los móviles cumplen una función positiva y necesaria en sus vidas (7):
“Sí, o sea el móvil traerlo no es obligatorio pero necesario porque te pueden mandar a buscar cualquier cosa o hacer deberes por el móvil y pues traerlo lo tendrías que traer”.

REFERENCIAS A LOS LUGARES DE COMPRA

- Otro tema que se discutió en los grupos hace referencia a los lugares en los que hacen la compra habitualmente y la información relativa a los productos que consumen. En este sentido, se mencionó que la compra de alimentos la realizan habitualmente en pequeños comercios locales (8) o en grandes cadenas de supermercados (7).
- Adicionalmente, consideran que los alimentos saludables los pueden encontrar tanto en los primeros (23), como en los segundos (22).
- Además, se comentó que creen que en los grandes supermercados es donde venden algunos de los alimentos que perciben como menos saludables, tales como aquellos modificados genéticamente o con más químicos (13).
- Finalmente, consideran que los productos que provienen del extranjero son más baratos (7), aunque alguna persona mencionó que creía que eran más caros (1):
“- Son países en los que la gente que trabaja cultivando, cobra mucho menos de lo que se cobra aquí”.
- La mayoría expresó su preferencia por productos de cercanía (15), aunque también se mencionó la preferencia por los productos de otros países (12) y el desinterés por conocer la procedencia de los productos que consumen (5).
 - Dentro de los motivos que mencionaron para preferir productos de cercanías, destacan el fortalecimiento de la economía local (4) y el considerar que el proceso de producción es mejor (2):
“¿Qué pasa si viene de muy lejos? -Pues, ha estado mucho tiempo en camiones. O sea, ha estado mucho tiempo “viajando”, digamos. -Sí. ¿Y qué pasa si ha estado mucho tiempo viajando? - Que caduca. - No es muy fresco, digamos”.

INTERÉS POR LA CALIDAD NUTRICIONAL DE LOS PRODUCTOS QUE CONSUMEN

- La mayoría expresó que no le interesaba conocer si los productos que consumen son o no saludables (49):
“No, porque si estoy contento no voy a mirar si es saludable”.
- En menor medida también comentaron que sí les interesa conocer si un producto es saludable o no, por lo que miran las etiquetas (35).
- En relación al género de participantes tampoco se aprecian diferencias con respecto a quiénes se interesan o no por la información nutricional en los grupos de barrio vulnerable y zona de renta media-baja, mientras que en los grupos del área periurbana y zona de renta media alta más chicas que chicos suelen mirar las etiquetas de los productos que consumen.
- La mayoría de los comentarios indicaron que la información sobre los alimentos saludables la reciben principalmente de sus familias (28), aunque también del instituto (17), las etiquetas de los mismos productos (14), los medios de comunicación e Internet (10) y de ideas propias (8):
“Mitad yo y mitad mi padre. La mitad la he aprendido yo solo y la mitad me lo ha enseñado mi padre”.
- Adicionalmente, varias personas comentaron que consideran que la publicidad sobre los alimentos puede ser engañosa (4) y que también las etiquetas lo son (14):
“Pone: “sin azúcares añadidos”, pero es que depende porque puede ser azúcares naturales”.
 Motivo por el cual se mencionó que las etiquetas deberían ser más fáciles de comprender (3).
- Algunas personas señalaron que miran las etiquetas para conocer la información nutricional de los productos (14):
“Yo sí lo miro, me fijo en las calorías, el azúcar lo que es más malo para nuestros cuerpos. Por ejemplo, una galleta tiene 5 gramos de azúcar”.
 Otras comentaron que las miran por alguna condición médica que padecen (8):
“Yo sí, porque yo tengo alergias y entonces lo tengo que mirar”
 Y otras indicaron que las revisan para conocer la fecha de caducidad del producto (2). Algunas personas opinaron que las etiquetas de los productos no les aportan demasiado (3).

E) PERCEPCIONES Y PREDISPOSICIÓN PARA PARTICIPAR EN POLÍTICAS PÚBLICAS ORIENTADAS HACIA UNA VIDA SALUDABLE

- *Hacia el final de los grupos focales se les preguntó a las y los adolescentes sobre la percepción que tenían en relación a que otras personas estuvieran abiertas a escucharles. Al respecto, se mencionó que tenían la idea de que el Gobierno no estaría dispuesto a escuchar sus opiniones (19), ya que en el pasado no han recibido las respuestas esperadas (4):*

“Del programa de concienciar para que comamos frutas, lo echaron a mi hermano, por no comer frutas, pero ¿Cómo lo van a echar del programa? No tiene mucho sentido. Van a concienciar a la gente que ya come frutas, a que coma frutas”.

- *Sin embargo, algunas personas indicaron que sí creían que les escucharían desde el Gobierno (8). Por otra parte, también hubo participantes que mencionaron tanto que sienten que en el instituto se les escucha (3), como que no (2), y que en sus casas tampoco se sienten escuchadas (3). Esta percepción lleva a otra idea central para muchas personas y es que sienten que los adultos no los ven como iguales (13):*

“Es que la sociedad crea una barrera según la cual, unos temas son para adultos y otros para niños, los niños no se pueden meter en temas para adultos, pero estos últimos sí que pueden meterse en temas de niños.”

- *A pesar de las percepciones asociadas a la falta de escucha, la mayoría indicó que sí estaría dispuesta a participar en la elaboración de políticas públicas orientadas a la mejora de la vida saludable (17), aunque algunas personas indicaron que no tenían dicha disposición (7), o no podrían por falta de tiempo (4)*

- *Finalmente, en numerosas oportunidades se expresó que las y los adolescentes consideran que sí pueden aportar algo a este tipo de iniciativas (14):*

“Es que ellos piensan: “ay! ¡son niños!, no saben lo que dicen”. Hay niños que somos muchísimo más listos y tenemos muchísimo más sentido común acerca de la vida y las ideas que tenemos. Tenemos mucha más capacidad para desarrollar nuestras ideas, que algunos adultos porque, somos más cultos, algunos. Obviamente, la gente más mayor, pues sí que tiene más sabiduría, algunos”.

Incluso, adelantaron algunas propuestas que consideraban interesantes como que la comida saludable fuera más económica (2) y que los lugares de comida rápida sean más sanos (2).

4.2. RESULTADOS DE LAS SESIONES DELIBERATIVAS

En las sesiones deliberativas, en las que participaron voluntariamente representantes de los grupos de discusión, como se ha mencionado anteriormente, los y las participantes elaboraron colectivamente propuestas orientadas a la mejora de la alimentación por parte de los niños y las niñas, los centros educativos y el Gobierno. Las propuestas planteadas y organizadas en orden de prioridad son las siguientes:

Bloque 1: Acciones que podemos hacer como niños y niñas

- aconsejar a compañeros y compañeras para que mantenga un peso saludable de una manera sana (comer sano y hacer deporte).
- Preocuparse por la salud: consumir cosas sanas es importante más allá del aspecto físico (ser delgado/a no tiene por qué estar relacionado con bienestar).
- Limitar el consumo de comida poco saludable.
- Hacer campañas de información y comunicarlo en nuestros barrios. Difundir en los barrios, con carteles y folletos.
- Que se compre comida de comercio justo.
- Acompañar a hacer la compra para poder aportar.
- Comer fruta, ensalada, comida variada. No comprar tanta comida basura.
- Proponer un menú en casa y establecer horarios para las comidas.
- Hacer ejercicio en casa.
- Cocinar tu propia comida.

Bloque 2: Acciones que pueden llevarse a cabo desde los centros educativos

- Llevar a personas para que hablen sobre estos temas.
- Estimular a los alumnos y alumnas para que lleven fruta al colegio.
- Hacer juegos y dinámicas sobre el tema.
- Visitas mensuales de médicos al centro educativo para dar información: nutrición, revisión anual, beneficios del deporte, etc.
- Informar: Sobre hábitos de vida saludable, sobre las creencias en torno a la estética, el peso y la salud.
- Promover deportes.
- Organizar talleres sobre estos temas.
- Poner dietas saludables.
- Ofrecer comida saludable y variada en los colegios que ayuden a generar hábitos más sanos.
- Que en los colegios se hable también de la salud mental en conjunto con la dieta saludable.
- Campañas informativas, diseñar materiales con información. Información sobre las propiedades de los alimentos.

Bloque 3: Acciones que pueden llevarse a cabo desde el Gobierno

- Promocionar por redes sociales hábitos saludables.
- Hay más kioscos que fruterías... debería haber más oferta de comida saludable. Hay más comida poco sana en los supermercados.
- Anuncios para niños y niñas más pequeños/as con información sobre alimentación saludable, para que lo puedan entender y crezcan sabiendo cómo mantener una dieta saludable.
- Actividades deportivas gratuitas.
- Crear más zonas de recreo. No todas las personas van a gimnasios y este tipo de espacios para hacer deporte. Pero sí que suelen ir a parques y otros espacios públicos.
- Promocionar fruterías y verdulerías y controlar que haya más comida saludable en los supermercados.
- Fomentar actividades deportivas en espacios públicos
- Bajar precios de comida saludable y la comida no saludable ponerla más cara.
- Promocionar tiendas de deportes más baratas.

4.3. RESULTADOS DE LOS REGISTROS DE OBSERVACIÓN

Se han analizado los registros de observación de las sesiones, tanto grupos de discusión como sesiones deliberativas, recogiendo a continuación aspectos de interés observados en relación con la interacción grupal, elementos diferenciales de la participación de participantes en relación a su género o la disposición a involucrarse en las iniciativas posteriores.

En primer lugar, cabe señalar que se observa un **elevado interés en participar** por parte de alumnos y alumnas en los grupos de discusión, especialmente en los grupos de las zonas de renta media alta y vulnerable. El grupo perteneciente a la zona de renta media baja es el que menor participación registró, no pudiéndose concluir, no obstante, un menor interés en la participación por parte de su alumnado por este hecho al concurrir otro tipo de factores que pueden haber influido, observándose a su vez una notable implicación en el debate de los y las alumnas que sí participaron. En este sentido no se observan diferencias significativas en relación a la temática y actitud participativa en base a la implicación según las zonas del estudio en cuanto a los grupos de discusión. Cabe destacar que estos grupos se desarrollaron en horario escolar.

De los diez grupos de discusión realizados, se observa una **predominancia de participación femenina** en cinco de los grupos, un involucramiento más marcado por parte del género masculino en tres grupos y una participación equilibrada en dos grupos.

En todos los grupos, menos en dos, se consideró que **el grupo respetaba las opiniones del resto** de participantes y se mantenía una actitud de escucha activa. En uno de los grupos en los que se consideró que no había respeto se indica que la dominancia del líder masculino solía llevarse a cabo por medio de comentarios que despreciaban las opiniones contrarias a la de él. Esta situación se detectó en uno de los tres grupos de zona periurbana.

Llama la atención que en varios de los grupos se hace mención a que tanto chicos como chicas utilizan **el humor y las bromas como facilitadores del debate**, aunque en ocasiones esto también constituye un elemento inhibitorio.

Un **factor inhibitorio** destacado para los chicos se refiere a los temas centrados en la **emocionalidad**, los cuales llevan a que se retraigan, eviten el contacto visual y limiten su participación. Por parte de las chicas, se resaltó como un tema sensible la relación entre la imagen corporal, la autoestima y

la alimentación, el cual parece incitar ansiedad y nerviosismo. Finalmente, el inhibidor más común parece ser la timidez que experimentan algunas personas.

Con base en todo lo expuesto, **no se considera que el género haya influido significativamente en una mayor o menor participación** o disposición a participar en las iniciativas posteriores, si bien se aprecian diferencias en cuanto a la forma de participar en los grupos de unos y otras, así como los factores que inhiben la participación.

En relación a la disposición a participar en iniciativas posteriores, resalta una baja disposición en dos de los grupos de zona de renta media alta, mientras que destaca la disposición en dos de los grupos de zona vulnerable. Sin embargo, no puede extraerse una conclusión en relación a una mayor o menor disposición a la participación en base a diferentes niveles socioeconómicos, dado que concurren otros factores a tener en cuenta, como el horario asignado para realizar los grupos de zona de renta media alta fue durante el recreo, lo cual generó malestar en el alumnado. Así mismo se aprecia desinterés en participar en al menos uno de los grupos de zona periurbana, media baja y media alta.

En cuanto a la participación en las sesiones deliberativas se observa una tendencia inversa a la descrita para los grupos de discusión, proviniendo la mayor parte de participantes de los grupos de zonas periurbana y renta media baja especialmente, y en menor medida alumnado de la zona de renta media alta. En estas sesiones no hubo asistencia por parte de participantes de grupos del centro educativo en zona vulnerable, lo que parece haber estado motivado por la coincidencia con actividades extraescolares.

Es importante destacar que, a diferencia de los grupos de discusión que tuvieron lugar en horario escolar, las **sesiones deliberativas** se llevaron a cabo **en horario extraescolar**, evidenciándose una menor disposición de los y las niñas a la hora de formar parte de este tipo de actividades en horario escolar, o incluso puede suponer su exclusión como en este caso resultó para el grupo en zona vulnerable.

La **participación** en las sesiones deliberativas fue **mayoritariamente femenina**. Este hecho apunta una mayor predisposición por parte de las chicas a participar en este tipo de actividades en horario extraescolar. Sin embargo, se observa una **mayor predisposición por parte de los chicos a tomar la palabra**. Es importante señalar a este respecto, que las personas participantes en las sesiones deliberativas procedían de las diferentes zonas y centros educativos en los que se desarrolló el estudio, por lo que la mayoría previamente no se conocían entre sí, a diferencia de lo que sucede con los grupos de discusión en los que formar parte de la misma clase o centro educativo, hace que haya un conocimiento previo, factor que influye en la confianza que sienten las personas a la hora de tomar la palabra.

Durante las sesiones deliberativas las personas participantes mostraron altas capacidades de liderazgo e iniciativa, así como una actitud muy participativa con tendencia a la escucha y el consenso, generando una dinámica fluida de trabajo en equipo, y espacios de reflexión colectiva.

5. CONCLUSIONES

Sobre los **hábitos alimentarios** se observó que **la mayoría de las comidas se preparan o ingieren en la vivienda familiar** y que éstas están **principalmente compuestas de carbohidratos simples, como pan, pasta o patatas**. Precisamente éstos son los alimentos que más gustan a los y las participantes, a pesar de que consideran que las carnes, verduras, legumbres y frutas son más saludables. Se observa, por tanto, **relación entre alimentos más consumidos en la vivienda familiar y los que más gustan a los y las adolescentes**.

El consumo de verduras, legumbres y frutas fue más alto en la zona periurbana, seguido de la zona de renta media-alta y más bajo en barrio vulnerable, barrio en el que también se hizo mayor alusión a la ingesta de productos precocinados.

Un porcentaje minoritario de las y los adolescentes participantes afirman no desayunar, observándose una **mayor la frecuencia de no desayuno en las adolescentes de los grupos de discusión de barrio vulnerable**.

En general suelen elegir sus alimentos con base en su **apariciencia y sabor**, independientemente de si los consideran saludables. Esta percepción se contrapone a la idea que tienen en relación a que, si las decisiones dependieran de ellos y ellas, piensan que deberían hacer elecciones más saludables. En función del nivel socioeconómico, no se observaron diferencias en cuanto a las preferencias alimentarias, aunque sí se observó que en los **grupos de discusión localizados en las zonas de mayor renta suelen tomar cenas más ligeras que en los de menor renta**. Además, se observó que las **chicas discutieron más el tema de los hábitos alimentarios** que los chicos.

Con respecto al **ejercicio físico**, se observó que la **fuentes principales son las actividades extracurriculares deportivas**, ya que, por el contrario, **en su tiempo libre y en el recreo suelen elegir actividades pasivas, en especial, las chicas**. Por zonas no se apreciaron diferencias en cuanto al tipo de actividades extracurriculares que realizan o cómo emplean su tiempo libre los y las participantes, pero se observó que en los grupos de zona vulnerable y en el de renta media-baja más chicas realizaban actividades activas que chicos, mientras que en el barrio periurbano y la zona de renta media-alta la tendencia fue opuesta.

Uno de los principales factores que inciden en el desarrollo de actividad física por parte de adolescentes es el propio **interés de la persona**, pero no el único, observándose también otros factores que favorecen este tipo de decisiones como **la promoción en algunos institutos del ejercicio físico** al disponer, por ejemplo, de patios dinámicos.

El análisis por nivel socioeconómico (NSE) en relación a la percepción del ejercicio físico, pone de manifiesto que suele ser considerado como un hábito saludable en los grupos de renta media-baja y media alta, mientras que es utilizado como una estrategia de afrontamiento del estrés en el barrio vulnerable y el de zona periurbana. Las chicas discutieron más sobre las estrategias que utilizan para gestionar el estrés que los chicos.

Una aportación interesante consiste en que las y los adolescentes establecieron una **conexión entre la salud mental y las prácticas saludables**. Como **factores causantes del estrés** destaca con diferencia lo referente a la **comparación social**, seguida del exceso de exámenes, la falta de tiempo para hacer deberes y las exigencias familiares. Precisamente, indicaron que **la falta de tiempo**, debida a las exigencias académicas, constituía **una de las principales barreras para hacer ejercicio**.

Con respecto a las **percepciones que tienen las y los adolescentes**, destaca la consideración de que la **base de una vida saludable** consiste en tener una **alimentación variada y controlada y realizar ejercicio físico**. El ejercicio es el hábito considerado con mayor frecuencia en relación a una vida saludable, seguido de la alimentación saludable. En función del género de los y las participantes se observó que más chicas que chicos resaltaron la variedad en los alimentos como un aspecto clave, mientras que los chicos hicieron más hincapié en el control de los excesos.

En relación con las percepciones sobre lo que consideran como alimentación saludable el **énfasis se pone en la variedad, más que en la importancia de alimentos frescos y con un alto contenido en vegetales claves en una alimentación saludable**. Prima el concepto de variedad sobre el de calidad nutricional.

En relación con las percepciones en torno a los **alimentos que consideran que no son saludables**, en general indicaron el **exceso de azúcar, las chucherías, los refrescos, la comida rápida y las grasas**.

Asimismo, también comentaron como indicador de que los alimentos eran más saludables aspectos vinculados a la **sostenibilidad**, como que se utilizara menos plástico para empaquetarlos y que los alimentos ecológicos eran más saludables.

Por otra parte, también mencionan el hecho de **que la salud no es equiparable a la imagen física o estética de cada persona**, subrayándose la barrera que constituyen las personas tóxicas, su relación con posibles trastornos del comportamiento alimentario y la necesidad de la autoestima como elemento facilitador.

Otros hábitos señalados por su relación con una vida saludable son: controlar los excesos, mantener un equilibrio, no usar excesivamente la tecnología, relacionarse con otras personas, gozar de salud mental, mantener la calma y estar algún tiempo en silencio, dormir, tener tiempo libre y divertirse, pero también mantener una rutina y horarios, así como conocerse bien a sí mismo, lo que refuerza la **importancia que conceden al bienestar emocional**.

Así mismo se observa que en los barrios de zona periurbana, renta media-baja y media-alta se consideró que la vida saludable dependía de la alimentación, el ejercicio y el equilibrio, mientras que en el barrio vulnerable se hizo mayor énfasis sobre el **uso adecuado de la tecnología, el control de los excesos y la salud mental** como aspectos claves para llevar una vida saludable (aunque también se discutieron los otros tres aspectos mencionados).

En relación **con las barreras y los factores facilitadores que inciden en una vida saludable**, mencionaron que **la familia es uno de los factores más influyentes en la vida saludable**, cuestión que fue destacada principalmente por las chicas y en la que no se apreciaron diferencias en función del nivel socioeconómico de los grupos de discusión. También señalaron como relevante la **influencia de los profesionales** (de la salud, actividad física...), sobre todo en los grupos de rentas más altas, apreciándose que más chicas lo comentaron en los barrios de menor renta. Además, más chicos en los barrios de mayor renta también destacaron la **influencia de los medios de comunicación y del instituto**.

En cuanto a aspectos que inciden en la decisión de hacer ejercicio físico, destacaron el **interés personal**, sin embargo, se observa que cuando tienen mayor posibilidad de elección, como en el recreo o el tiempo libre, la mayoría elige realizar actividades pasivas.

No se observaron diferencias por zona con respecto al interés que muestran por la **información nutricional** de los productos que consumen, aunque sí por género, ya que más

chicas consideran relevante esta influencia. Pero si expresan preferencia por **productos de cercanía**, reconociéndoles su papel en el fortalecimiento de la economía local y en la mejora de los procesos de producción. No obstante, también expresan importantes preferencias por productos de otros países.

Entre las principales barreras detectadas señalan el nivel socioeconómico, la falta de tiempo, la oferta de la cafetería del Instituto y la presión social. El **aspecto económico** fue destacado como uno de los factores más influyentes sobre la vida saludable, sin diferencias en función de la zona, si bien más chicas consideraron este aspecto como una barrera, mientras que más chicos coincidieron en que no era un factor limitante.

Otra barrera que destacaron fue la **falta de tiempo para organizar la compra y preparar la comida**, cuestión más relevante para las chicas en los barrios de zona periurbana y vulnerable.

El **instituto** fue considerado también como un factor influyente en los barrios de menor renta y la **oferta alimentaria en estos espacios** también fue considerada como una **barrera** para una alimentación saludable, principalmente por las chicas y sin distinción por zonas.

En relación con los **usos y percepciones sobre la tecnología digital**, mencionan la necesidad de asumir una postura crítica frente a las redes sociales, el impacto positivo que los influencers ejercen en sus vidas y señalan que los móviles cumplen una función positiva y necesaria en sus vidas.

Por otra parte, a pesar de la percepción que expresan muchas y muchos participantes con respecto a la falta de escucha por parte del sector adulto, **muestran disposición e interés por participar en las iniciativas dirigidas hacia la mejora de la vida saludable de la población.** Especialmente destacan actitudes de implicación en los diálogos y de liderazgo en los espacios de participación voluntaria, como las sesiones deliberativas. De hecho, la actitud participativa y la implicación de las personas participantes fue similar, independientemente de la zona de referencia. En función del género, **se registra una mayor participación de chicas que de chicos en cuanto al número de participantes por género**, tanto en las sesiones deliberativas como en los grupos de discusión. Así mismo se observan diferencias con respecto a los factores que más inhiben la participación en función del género, ya que en **los chicos se retraen más al tratarse aspectos emocionales**, mientras que **en las chicas los temas referidos a la imagen corporal suelen suscitar sentimientos negativos.**

En síntesis, se observaron ciertos discursos predominantes, referidos a la percepción de que la alimentación variada y el ejercicio son las claves para una vida saludable; que ciertos alimentos, como la comida rápida, las chucherías, el azúcar y los refrescos, a pesar de gustarles, no son saludables; el hecho de que la salud mental influye fuertemente en la práctica de hábitos saludables; la consideración de que la familia es el agente más influyente para llevar una vida saludable y la apreciación de que el aspecto económico es la barrera más importante para llevar un vida saludable.

Por otra parte, si bien con carácter general no se aprecian diferencias significativas en todos los temas analizados, se destacan las diferentes percepciones según las zonas de estudio en cuanto a la consideración de la alimentación, el ejercicio y el equilibrio como aspectos claves para una vida saludable; la actividad física como hábito saludable frente al empleo como estrategia de afrontamiento al estrés y la influencia de profesionales, medios de comunicación y el instituto como agentes claves en la conceptualización de una vida saludable.

Por otra parte, con respecto al género de los y las participantes se observó una participación más pronunciada de las chicas, reflejándose que muchas de las perspectivas predominantes con respecto a las percepciones y hábitos saludables responden a más comentarios realizados por ellas que por ellos. Además, destaca la diferencia en función del género con respecto a **la percepción de que el**

nivel socioeconómico de una persona es una de las barreras más significativas para llevar una vida saludable, cuestión que fue comentada mayoritariamente por chicas.

El hecho de que no se aprecien diferencias significativas en determinados discursos entre los grupos de las diferentes tipologías de zonas en las que se ha realizado el estudio, debe interpretarse prudentemente ya que existen otros factores que podrían afectar estos resultados.

En primer lugar, la selección de centros educativos ubicados en diferentes provincias y zonas de diferente nivel socioeconómico amplía la representatividad de la muestra y aporta al estudio una mayor diversidad de discursos, si bien no se puede determinar con certeza el nivel socioeconómico de las familias de las y los adolescentes que participaron en el estudio; por lo cual podrían haber expresado opiniones personales que no reflejan la realidad del nivel que se busca analizar.

En segundo lugar, las frecuencias de las menciones que aparecen entre paréntesis al final de cada código o categoría deben interpretarse con prudencia, en tanto reflejan comentarios sobre el tema en discusión, por lo que no se puede hablar de que la mayoría o minoría del grupo expresa determinada opinión. En este sentido, se destaca que las herramientas cualitativas empleadas se centran en las opiniones o percepciones de las personas, por lo que permiten realizar una interpretación sobre posibles percepciones generalizadas de determinados grupos. Sin embargo, esto no necesariamente conduce a pensar que no haya diferencias en los hábitos saludables en función del nivel socioeconómico.

6. RECOMENDACIONES

Con base en las conclusiones mencionadas, se plantea una **diversidad de tipología de acciones que podrían contribuir a fomentar prácticas más saludables entre las y los adolescentes, atendiendo a los diferentes tipos de factores comentados por los y las participantes en las diferentes sesiones**, y los diferentes niveles de actuación que implican. Estas recomendaciones van desde acciones o actividades más cercanas a las y los adolescentes, a otras que involucran a otras tipologías de agentes institucionales, productores, proveedores, etc.

Buena parte de las propuestas planteadas por los y las participantes tienen que ver con la **relevancia de las actividades de prevención y promoción de la salud**, lo que indica la importancia que para ellos y ellas tienen este tipo de acciones: charlas, juegos y dinámicas sobre la temática, talleres, campañas informativas sobre hábitos de vida saludable, promoción en redes sociales o promoción del deporte.

Se considera fundamental trabajar, por tanto, en la **construcción de entornos que promuevan y favorezcan opciones de consumo de alimentos saludables y sostenibles, con especial incidencia en el entorno educativo y familiar y comunitario, protegiendo a la infancia y adolescencia de la presión a consumir alimentos no saludables.**

El estudio refleja el **papel destacado que tienen las familias en las percepciones y hábitos saludables de la población adolescente**, por lo que ésta se presenta como un agente especialmente relevante en la promoción y prevención de la salud. Por ello, el impacto de la **promoción de hábitos saludables** entre personas adolescentes será mayor en la medida en la que la familia asuma, promueva y refuerce este tipo de mensajes.

La **familia es destacada igualmente en relación a la práctica de actividades físicas, así como las amistades**. Los juegos y prácticas deportivas centran varias de las propuestas planteadas en las sesiones deliberativas, así como su gratuidad, por lo que parece especialmente interesante promover acciones y eventos de actividades deportivas colectivas en espacios públicos o privados de coste accesible (p.ej. yincanas, competiciones, clases magistrales, etc.).

Otro aspecto a destacar es la existencia de **factores que dificultan la adopción de prácticas saludables**. Por ello es recomendable abordar no sólo los aspectos más directamente relacionados con la alimentación y hábitos saludables, sino también aquellos que guardan una relación más indirecta, como aquellos mencionados por las y los participantes como obstáculos o dificultades de cara a la adopción de hábitos saludables, como el **dinero o la falta de tiempo, aportando a las y los adolescentes y sus entornos familiares, información y apoyo para superar o minimizar el efecto de estas barreras**. De ahí la importancia de **trabajar conjuntamente con los diferentes actores Administración General del Estado, comunidades autónomas, entidades locales, entidades del tercer sector y asociaciones, que intervienen en el Plan Estatal de la Garantía Infantil en España, identificando barrios o entornos que presenten un mayor grado de vulnerabilidad social y económica como áreas de actuación preferente.**

Es necesario desarrollar **iniciativas que hagan que la elección más saludable sea la más fácil de elegir, promoviendo también que las alternativas saludables sean las más baratas**, facilitando el acceso de los grupos socioeconómicos más desfavorecidos a una alimentación más saludable.

El **instituto es percibido, junto con la familia, como uno de los agentes más influyentes**, por lo que otro tipo de recomendaciones pasan por localizar en centros educativos **campañas de sensibilización orientadas a la promoción de hábitos de vida saludables, a la mejora de la información sobre la composición nutricional de los alimentos y a trabajar la importancia del bienestar emocional, así**

como actuaciones dirigidas a **controlar y regular la oferta alimentaria en centros educativos de cara al fomento de una alimentación más saludable y sostenible, promoviendo la contratación pública de alimentos y bebidas con criterios de salud y sostenibilidad.**

El estudio pone de manifiesto la existencia de aspectos diferenciales en torno a percepciones, hábitos, factores de motivación e inhibición entre población adolescente masculina y femenina, por lo que es **imprescindible incorporar la perspectiva de género en las estrategias de prevención y promoción de hábitos saludables.**

En el mismo sentido, apreciándose ciertas diferencias en función de la zona de realización del estudio, es recomendable **atender las particularidades locales y de los diferentes grupos poblacionales a los que se quieran dirigir los mensajes orientados a la promoción y prevención.** A este respecto, involucrar en campañas y acciones a agentes en el territorio como centros educativos, centros de salud, comercios, academias, clubes deportivos, medios locales, entre otros, etc., pueden tener un papel especialmente relevante en la identificación de condicionantes particulares de su población, que permitan a su vez orientar las estrategias a desarrollar en base a problemáticas o dificultades sentidas como cercanas y específicas de las personas destinatarias.

La perspectiva comunitaria y participativa en los planes de promoción de la salud, buscan involucrar una diversidad de agentes en los territorios y la generación y fortalecimiento de redes, generando un efecto multiplicador dando un papel activo y protagonista a la propia población destinataria. En definitiva, **crear alianzas que promuevan entornos que favorezcan estilos de vida más saludables.**

Desde la **perspectiva participativa,** es recomendable tener en cuenta algunos de los aspectos mencionados en el estudio como favorecedores de la participación de la población infantojuvenil, como **incluir actividades en horario escolar, o tener en cuenta los liderazgos emergentes,** permitiendo a personas con estas cualidades la participación activa en la promoción como agentes de promoción de actividades orientadas a todo el colectivo.

Así mismo **destaca el interés de las y los adolescentes por ser escuchados, involucrarse y elegir opciones relativas a su bienestar,** por lo que, adoptar un enfoque de participación en el proceso de toma de decisiones, diseño e implementación de estas recomendaciones, puede tener una marcada aceptación y atracción para la población adolescente.

Por último, **destacan las redes sociales como uno de los canales más influyentes para la población adolescente,** por lo que es recomendable incorporar estos canales de comunicación en las estrategias orientadas a la promoción de prácticas saludables.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Estudio Aladino 2019. Aesan - Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición [Internet]. [citado 2 de agosto de 2021]. Disponible en: https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/detalle/aladino_2019.htm
2. Moreno C, Ramos P, Rivera F et al. Informe técnico de los resultados obtenidos por el Estudio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2018 en España. Ministerio de Sanidad, 2020. [Internet]. [citado 21 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/estudioHBSC/home.htm>
3. Obesidad infantil y desigualdad. [Internet]. Alto comisionado para la lucha contra la pobreza infantil. 2019 [citado 21 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.comisionadopobrezainfantil.gob.es/es/db013-obesidad-infantil-y-desigualdad>
4. Observatorio de la Nutrición y estudio de la Obesidad. Estrategia NAOS. Porcentaje de menores de 18 años que consumen fruta o verdura a diario [Internet]. [citado 1 de diciembre de 2021]. Disponible en: https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/observatorio/indicadores/i12b_Menores_consumen_fruta_verdura_diario.pdf
5. Changes in Health Behaviors, Mental and Physical Health among Older Adults under Severe Lockdown Restrictions during the COVID-19 Pandemic in Spain - PubMed [Internet]. [citado 21 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34281004/>
6. Tíscar-González V, Santiago-Garín J, Moreno-Casbas T, Zorrilla-Martínez I, Nonide-Robles M, Portuondo-Jiménez J. Percepciones y vivencias de escolares de 7 a 8 años del País Vasco durante la alerta sanitaria COVID-19. *Gac Sanit.* 2022;36(1):19-24.
7. Alfonso Bermúdez KA. Percepción de alimentación saludable y prácticas alimentarias en población adolescente. Revisión sistemática de literatura. 5 de diciembre de 2019 [citado 22 de febrero de 2022]; Disponible en: <http://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/46424>
8. Cerdá JCM, Carretero MJE, Rodríguez MAP, Fernández IF. La relación médico-paciente en el tratamiento de la diabetes tipo 1: Un estudio cualitativo. *Aten Primaria Publ Of Soc Esp Fam Comunitaria.* 2006;38(1):8-16.
9. Mayring P. Qualitative Content Analysis. :144.
10. Cáceres P. Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológica alcanzable. :60.

ANEXO I. CONSENTIMIENTO INFORMADO. AUTORIZACIÓN FAMILIAR

NOMBRE DEL ALUMNO/A, _____ del IES _____, que participará en el **Estudio cualitativo sobre las percepciones en alimentación, prácticas alimentarias y hábitos de vida saludables en la población adolescente**. El estudio, que se realizará en las provincias de Cádiz, Málaga, Palma de Mallorca y Rivas Vaciamadrid, permitirá abrir un espacio de reflexión y diálogo en el que los adolescentes darán a conocer cuáles son sus percepciones sobre la alimentación saludable, prácticas alimentarias y hábitos diarios.

Estimado/a padre/madre/tutor,

Este estudio se lleva a cabo por la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN) del Ministerio de Consumo, en colaboración con la Consejería de Educación de su Comunidad Autónoma y su Ayuntamiento.

Se trata de un estudio cualitativo dirigido a identificar, evaluar y analizar las percepciones de alimentación saludable, prácticas alimentarias y hábitos de vida saludables, en escolares de 12 a 14 años, de primero y segundo de Educación Secundaria Obligatoria, de cuatro Institutos de Educación Secundaria.

El aula de su hijo/a ha sido seleccionada para participar. La participación en el estudio consistirá en colaborar en dos sesiones de debate de 90 minutos de duración. Asimismo, se podrá requerir la participación del alumno/a en cuatro sesiones deliberativas en horario de tarde orientadas a la elaboración de propuestas. Tal y como se contempla en la metodología a seguir para el desarrollo de estudios cualitativos, a lo largo de las dos sesiones se podrán incluir archivos fotográficos, de vídeo y de audio con la finalidad de ser utilizadas para el desarrollo del estudio.

La Asociación Consortium Local-Global (Coglobal), en colaboración con la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN), será responsable de la ejecución de la propuesta. Si tiene alguna duda sobre este estudio puede contactar con el teléfono 951916663.

Para todo ello, **solicitamos vuestra autorización** para la participación de cada alumno o alumna en el **Estudio cualitativo sobre las percepciones en alimentación, prácticas alimentarias y hábitos saludables**, en los términos descritos.

De acuerdo a las disposiciones del Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) (Reglamento (UE) 2016/679) y de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, la Asociación Coglobal (entidad que diseña y dinamiza el proyecto) pide el consentimiento a madres, padres o tutores legales para la participación del menor a su cargo en la actividad descritas en esta hoja, incluyendo la de publicar las imágenes en las cuales aparezcan individualmente o en grupo que con carácter pedagógico, documental y de comunicación, se puedan realizar a los estudiantes del centro.

El órgano responsable de los datos es: Asociación Consortium Local-Global (Coglobal)- NIF: G93208809 Dir. Postal: Enrique Cano Ortega 3, 4ª - Málaga 29003, Teléfono: 951916663. Correo electrónico: info@coglobal.es

| | | |
|--|--|----------|
| AUTORIZACIÓN DE D./DÑA.: | | Con DNI: |
| Como representante legal del alumno/a | | |
| <p>Conoce y está conforme con las normas generales que regulan la actividad complementaria o extraescolar, ha leído y recibido información de forma confidencial, clara, comprensible y satisfactoria y autoriza al menor a participar en el Estudio cualitativo sobre las percepciones en alimentación, prácticas alimentarias y hábitos de vida saludables en la población adolescente incluyendo la toma y uso de la imagen del menor y su difusión.</p> <p>Y para que así conste firmo la presente autorización</p> <p>En _____ a _____ de _____ de 202_</p> <p style="text-align: right;">Firma</p> | | |

ENTREGAR AL PROFESOR CORRESPONDIENTE, ANTES DEL DÍA__

ANEXO II. AGENDA OCULTA. GUÍA DE TEMAS Y PREGUNTAS

La guía incluye tres elementos, a desarrollarse a lo largo de dos sesiones, que darán respuesta a los objetivos de la intervención.

- Conocer las percepciones que el alumnado tiene sobre la alimentación saludable.
- Identificar los factores, barreras, así como los elementos facilitadores que determinan las prácticas y hábitos de vida saludable.
- Explorar la predisposición del alumnado a participar en el diseño de políticas públicas encaminadas a combatir el problema de la obesidad.

Dimensiones a explorar:

- Hábitos alimentarios y de vida saludable.
- Percepciones que el alumnado tiene sobre la alimentación y la vida saludable.
- Factores, barreras, así como elementos facilitadores que determinan las prácticas y hábitos de vida.
- Predisposición del alumnado a participar en el diseño de políticas públicas encaminadas a combatir el problema de la obesidad.

Sesiones

Tiempo: 90 minutos

Lugar: Salas neutras con luz natural, temperatura agradable, ausencia de ruido, sillas cómodas y espacio suficiente como para ubicar a cada grupo en círculo.

Participantes: persona dinamizadora, observador/a, alumnado seleccionado de 1º y 2º de la ESO.

Materiales: se contará con rotuladores y papel continuo de modo que sirvan como herramienta de apoyo para sistematizar las principales ideas y reflexiones del grupo.

Registro: Las sesiones serán grabadas para el registro de los contenidos y se registrará contenidos no verbales mediante un Registro de Observación.

Primera sesión

Desarrollo de la sesión:

- **Apertura:** bienvenida, presentación del espacio, los objetivos y las dinamizadoras, consentimiento informado para la grabación de la sesión, agradecimiento al grupo y desarrollo de una pequeña dinámica de presentación que ayudará a acercar a los/as participantes, generando un ambiente más distendido. Aproximadamente 15 minutos.
- **Temas y preguntas que guían el debate:** los temas se dividirán en tres bloques: hábitos alimentarios, hábitos físicos y percepciones sobre alimentación y hábitos. Así mismo se establecen preguntas tipo y una guía para la dinamización que permita que cada dinamizador/a oriente la discusión en base a los temas objeto de estudio.
En cada temática se indica el tiempo aproximado para que desde la facilitación se tenga en cuenta en la planificación de la sesión.

A) Exploración acerca de hábitos alimentarios (30 minutos)

1. Se realizará una de las siguientes preguntas a cada grupo:

Grupo 1: ¿Dónde y qué alimentos soléis desayunar?, ¿qué alimentos os gustaría desayunar?, ¿Quién elige lo que vais a desayunar y prepara el desayuno?

Grupo 2: ¿Dónde y qué alimentos soléis almorzar?, ¿qué alimentos os gustaría almorzar? ¿Quién elige lo que vais a almorzar y prepara el almuerzo?

Grupo 3: ¿Dónde y qué alimentos soléis cenar?, ¿qué alimentos os gustaría cenar? ¿Quién elige lo que vais a cenar y prepara la cena?

Guía para dinamización:

El bloque de preguntas Nº 1 se enfoca en explorar los lugares en los que el alumnado realiza las comidas con el objetivo de identificar rutinas y tipos de alimentación (p.ej. si desayunan en casa o si van al colegio sin desayunar/qué tipo de alimentación reciben). Se pretende además explorar la preferencia de dulces snacks, refrescos azucarados y otros alimentos, sorteando la deseabilidad social al hacerse de una manera indirecta e identificar si el entorno influye en los hábitos descritos y de qué manera.

2. ¿Qué soléis merendar en el cole? ¿Durante la tarde, antes de la cena coméis algo más? ¿Y el resto del día?

Guía para dinamización:

El bloque de preguntas Nº 2 está orientado a explorar sobre los hábitos en torno al número de comidas, si existe un orden en la alimentación, si por el contrario se suele comer entre horas de manera desordenada, así como identificar el tipo de alimentación por días y horarios.

B) Exploración acerca de hábitos físicos saludables (20 minutos)

3. ¿Durante los recreos a qué soléis hacer?, ¿Y en vuestros ratos libres durante la semana y los fines de semana?
4. ¿Practicáis algún deporte?, ¿Cómo decidisteis practicar ese deporte?, ¿Con quién/es lo practicáis?, ¿quién os suele acompañar?, ¿qué espacios y/o equipo deportivo utilizáis?

Guía para dinamización:

El bloque de preguntas Nº3 se enfoca a explorar los tipos de actividad que se realiza, si se trata de actividades al aire libre o en espacios cerrados, recogiendo si el grupo emplea su tiempo en actividades físicas o por el contrario son más sedentarias.

El bloque de preguntas Nº 4 pretende ahondar en el hábito de la práctica deportiva, así como los factores sociales y familiares (desde qué núcleo -familiar o social- se promueve este hábito), así como conocer los recursos (públicos o privados) de los que el/la menor dispone.

C) Percepciones sobre la alimentación y hábitos saludables (25 minutos)

5. ¿Qué significa para vosotros/as llevar una vida saludable? y ¿alimentarnos saludablemente?
6. De los elementos que habéis comentado hasta ahora ¿cuál/es consideráis que son saludables? ¿cuáles no? ¿por qué?
7. ¿Hay otros elementos de los que no hemos hablado y que consideráis que son necesarios para llevar una vida saludable? ¿Cuáles?

Guía para dinamización:

El bloque de preguntas Nº 5 persigue explorar las percepciones y conceptos del grupo sobre *vida y alimentación saludable* deteniéndonos en si establecen algún vínculo entre un aspecto y el otro.

En bloque de preguntas Nº 6 se pretende ampliar la exploración acerca de las percepciones al vincularlas a sus propias vivencias.

El bloque de preguntas Nº 7 pretende dar la oportunidad de abrir la reflexión para que los/as menores puedan aportar algo nuevo que hasta el momento, por el ritmo del debate, no haya sido abordado.

Segunda sesión:

Desarrollo de la sesión:

Apertura: al arrancar se realizará un breve recordatorio sobre los objetivos del estudio, así como se devolverá al grupo las principales ideas que se registraron en la primera sesión- 10 minutos.

Temas y preguntas que guiarán el debate: en esta segunda parte se abordarán las temáticas relacionadas con: aspectos sociales, familiares y culturales; factores, barreras, así como elementos facilitadores que determinan las prácticas y hábitos de vida saludable y predisposición de alumnado a participar en el diseño de políticas públicas encaminadas a combatir la obesidad.

A) Aspectos sociales, familiares y culturales (15 minutos)

1. En la sesión pasada relacionabais “vida” y “alimentación saludable”. ¿Dónde aprendisteis o escuchasteis qué es saludable y qué no?, ¿Cómo y a través de qué medio o personas os llegó esa información?

Guía para dinamización:

EL bloque de preguntas Nº 1 explora cuáles son los medios de comunicación y/o personas de referencia a través de las cuales reciben la información y los mensajes e ideas que extraen de ellos.

B) Factores, barreras, así como elementos facilitadores que determinan las prácticas y hábitos de vida saludable (35 minutos)

2. ¿Dónde podéis encontrar alimentos saludables?, ¿Encontráis alimentos saludables en vuestro colegio o las tiendas cercas de casa?
3. ¿Cómo podemos saber si lo que comemos es saludable?, ¿vosotros/as y vuestras familias, os informáis sobre el alimento antes de comprarlo?; ¿de dónde viene, qué ingredientes lleva, los azúcares, calorías, vitaminas que tiene, etc.?
4. ¿De qué pensáis que depende el que una familia coma bien o mal, qué factores pueden influir?

Guía para dinamización:

El bloque de preguntas Nº 2 se centra en conocer si los alimentos saludables son accesibles en el colegio y en los lugares donde suelen adquirirlos y si sus espacios más cercanos (colegio, tiendas de barrio, etc.) son zonas de referencia para fomentar un consumo saludable.

En el bloque de preguntas Nº 3 se guiará el debate observando el grado de interés del menor y sus familias por conocer el valor nutricional de los productos, así como las posibles dificultades que podrían tener para acceder a la información. Se observará también si el grupo está concienciado con el consumo de productos de cercanía (KM 0) o si por el contrario son elementos que no tienen en cuenta.

Por último, el bloque 4 se centra en conocer la percepción del alumnado sobre las variables socio económica, haciéndoles reflexionar sobre si creen que existe alguna relación entre nivel adquisitivo/ estudios/ tipo de alimentación.

Predisposición del alumnado a participar en el diseño de políticas públicas encaminadas a combatir el problema de la obesidad- 30´

5. ¿Estarías dispuesto a implicarte al menos una vez a la semana en alguna actividad propuesta por el Ministerio de Consumo que promueva hábitos de alimentación más sanos?; ¿Crees que tus opiniones se tomarían en cuenta?; ¿por qué?

Guía para dinamización:

El bloque de preguntas Nº 5 explora la percepción del grupo de ser escuchados por su entorno adulto; su interés o predisposición a participar en actividades organizadas por el Ministerio, así como su capacidad de poder influir en la toma de decisiones del gobierno.

ANEXO III. REGISTRO DE OBSERVACIÓN

| | |
|--|------------|
| Observador/a: | |
| Sesión N°: | |
| Municipio: | |
| Centro educativo y clase: | |
| Fecha: | |
| N° chicas: | N° chicos: |
| Incidencias en el desarrollo de la sesión | |
| Indicadores de participación en la sesión | |
| ¿Qué observas con respecto a la participación en esta sesión? (ej.: inhibidores, facilitadores, género, personas inhibidas, líderes/as, excluidas, relación con otros adultos presentes como docentes, etc.) | |
| Calidad de la deliberación/cultura democrática | |
| ¿Qué observas en cuanto a la calidad de la deliberación? Hacer énfasis en aspectos como el respeto, la escucha, la solidaridad o empatía, la asertividad, la capacidad de argumentación y la aceptación/respeto a opiniones distintas. | |
| Relaciones intragrupalas | |
| En cuanto a las relaciones internas del grupo, ¿se relacionan de forma espontánea con otros compañeros/as distintos a los que habitualmente son sus amigos? | |
| ¿Qué otros aspectos observas con respecto a las relaciones del grupo? (ej.: relaciones entre chicos y chicas, relaciones con personas de colectivos minoritarios (distinta etnia, nacionalidad, discapacidad, etc.)) | |
| Enfoque de género | |
| ¿Qué podrías decir de la participación de las chicas en la sesión? (ej.: roles que asumen, frecuencia y estilos de participación, influencia de sus opiniones en el grupo, etc.). | |
| ¿Cuántos chicos y cuántas chicas participaron?, ¿Qué roles asumen y cuando lo hacen? | |
| ¿Observas la incorporación de un lenguaje inclusivo en los discursos del grupo? | |
| Indicadores de satisfacción con el proceso | |
| ¿Observas comportamientos que den cuenta de su satisfacción o insatisfacción con el espacio? (ej.: atención/dispersión, nivel de participación, opiniones favorables/desfavorables, etc.) | |
| Indica los momentos que han tenido un significado especial a lo largo de la sesión, así como cualquier otra cuestión que quieras comentar: | |

ANEXO IV – LISTA DE CÓDIGOS, FRECUENCIA Y GRUPOS DE CÓDIGOS

| CÓDIGO | FRECUENCIA | GRUPOS DE CÓDIGOS |
|--|------------|---|
| aceptación imagen corporal | 3 | Ideas sobre la imagen física |
| actividad física con amistades | 18 | Tiempo libre |
| actividad física o extracurricular: decisión parental | 17 | Actividades extracurriculares |
| actividad física o extracurricular: decisión propia | 31 | Actividades extracurriculares |
| actividades extracurriculares: activas | 60 | Actividades extracurriculares |
| actividades extracurriculares: pasivas | 7 | Actividades extracurriculares |
| alcohol, tabaco y otras sustancias no están tan mal | 14 | Alcohol, tabaco y otras sustancias |
| alcohol, tabaco y otras sustancias no son saludables | 25 | Alcohol, tabaco y otras sustancias |
| alimentación saludable depende: plástico, envase | 3 | Percepciones sobre alimentos saludables |
| alimentación saludable: horarios | 4 | Alimentación saludable |
| alimentación saludable: porciones, control cantidad | 6 | Alimentación saludable |
| alimentación saludable: variedad | 60 | Alimentación saludable |
| alimentos no saludables (modificación genética, químicos): supermercados | 13 | Percepciones sobre adquisición de alimentos |
| alimentos no saludables: comida rápida, grasas, aditivos | 7 | Alimentos no saludables |
| alimentos no saludables: pan | 2 | Alimentos no saludables |
| alimentos que más me gustan: carne | 4 | Alimentos que más me gustan |
| alimentos que más me gustan: ensalada, frutas | 2 | Alimentos que más me gustan |
| alimentos que más me gustan: fritos | 12 | Alimentos que más me gustan |
| alimentos que más me gustan: legumbres, sopa | 7 | Alimentos que más me gustan |
| alimentos que más me gustan: patatas, pasta, panificados | 34 | Alimentos que más me gustan |
| alimentos saludables que ayudan (energía, belleza) | 10 | Ideas sobre alimentación saludable |
| alimentos saludables: campo | 13 | Percepciones sobre adquisición de alimentos |
| alimentos saludables: ecológicos | 3 | Percepciones sobre alimentos saludables |
| alimentos saludables: legumbres, verduras | 4 | Percepciones sobre alimentos saludables |

| CÓDIGO | FRECUENCIA | GRUPOS DE CÓDIGOS |
|---|------------|---|
| alimentos saludables: pescado | 2 | Percepciones sobre alimentos saludables |
| alimentos saludables: puestos locales | 23 | Percepciones sobre adquisición de alimentos |
| alimentos saludables: supermercados | 22 | Percepciones sobre adquisición de alimentos |
| alimentos saludables: verduras, frutas | 5 | Percepciones sobre alimentos saludables |
| barrera actividad física instituto: no se aprovechan los recursos | 3 | Barreras actividad física Factores asociados a vida saludable: instituto |
| barrera actividad física: clima | 5 | Barreras actividad física |
| barrera actividad física: COVID | 11 | Barreras actividad física |
| barrera actividad física: dinero | 2 | Barreras actividad física |
| barrera actividad física: falta de tiempo | 11 | Barreras actividad física |
| barrera alimentación saludable: dinero | 41 | Barreras alimentación saludable |
| barrera alimentación saludable: interés vendedores | 7 | Barreras alimentación saludable |
| barrera alimentación saludable: oferta instituto | 7 | Barreras alimentación saludable Factores asociados a vida saludable: instituto |
| barrera alimentación saludable: tiempo | 10 | Barreras alimentación saludable |
| barrera prácticas saludables: presión social | 9 | Otras barreras vida saludable |
| barrera relacionarse: familia no deja | 2 | Otras barreras vida saludable |
| barrera vida saludable: personas tóxicas | 10 | Percepciones sobre salud mental Otras barreras vida saludable |
| buen uso del móvil: instituto, seguridad | 7 | Uso y percepción sobre la tecnología digital |
| casa no me escuchan | 3 | Percepción de escucha |
| causas sobrepeso: familia | 2 | Ideas sobre la imagen física |
| cena en casa | 7 | Cena habitual |
| cena habitual: ligera, ensalada, lácteos, sopa | 11 | Cena habitual |
| cena habitual: pasta, panificados, patatas | 9 | Cena habitual |
| cena ideal: fritos | 1 | Cena ideal |
| cena ideal: hamburguesa, carne | 3 | Cena ideal |
| cena ideal: ligera, sándwich, pescado, ensalada | 12 | Cena ideal |
| cena ideal: pasta, panificados, patatas, arroz | 3 | Cena ideal |
| comida con familia | 6 | Comida habitual |
| comida en casa | 8 | Comida habitual |
| comida habitual: carnes o pescado | 14 | Comida habitual |

| CÓDIGO | FRECUENCIA | GRUPOS DE CÓDIGOS |
|--|------------|--|
| comida habitual: pasta, patatas, panificados | 17 | Comida habitual |
| comida habitual: precocinados | 3 | Comida habitual |
| comida habitual: vegetales, legumbres, fruta | 13 | Comida habitual |
| comida ideal: carne | 6 | Comida ideal |
| comida ideal: legumbres | 4 | Comida ideal |
| comida ideal: pasta, panificados, patatas, arroz | 11 | Comida ideal |
| comida ideal: pescado, marinos | 2 | Comida ideal |
| comida rápida: facilidades | 2 | Lo que más me gusta no es saludable, por eso es para una ocasión puntual |
| comida solos/as | 4 | Comida habitual |
| comidas fuera de casa poco frecuente | 5 | Comida habitual |
| compra extranjera: más barato | 7 | Percepciones sobre adquisición de alimentos |
| compra extranjera: más cara | 1 | Percepciones sobre adquisición de alimentos |
| compra habitual: comercio pequeño | 8 | Compra habitual |
| compra habitual: supermercados cadena (Mercadona, Aldi, Día) | 7 | Compra habitual |
| consecuencias negativas alimentación no saludable | 7 | Alimentos no saludables |
| desayuno en casa | 16 | Desayuno habitual |
| desayuno en instituto | 24 | Desayuno habitual |
| desayuno habitual: agua, infusión, té, café | 8 | Desayuno habitual |
| desayuno habitual: cereales | 7 | Desayuno habitual |
| desayuno habitual: dulces o bebida dulce | 12 | Desayuno habitual |
| desayuno habitual: fruta o verdura | 23 | Desayuno habitual |
| desayuno habitual: lácteos | 6 | Desayuno habitual |
| desayuno habitual: panificados | 39 | Desayuno habitual |
| desayuno ideal: cereales | 1 | Desayuno ideal |
| desayuno ideal: fritos | 2 | Desayuno ideal |
| desayuno ideal: fruta, verduras | 3 | Desayuno ideal |
| desayuno ideal: huevos, proteína animal | 4 | Desayuno ideal |
| desayuno ideal: panificados, dulces | 11 | Desayuno ideal |
| desayuno saludable: fruta, verdura, panificado. | 15 | Desayuno saludable |
| desayuno saludable: lácteos | 2 | Desayuno saludable |
| descansar bien: dormir ocho horas o más | 14 | Percepciones sobre el sueño |

| CÓDIGO | FRECUENCIA | GRUPOS DE CÓDIGOS |
|---|-------------------|---|
| diferencias entre productos frescos y procesados/congelados | 4 | Alimentos no saludables |
| dinero no es barrera alimentación saludable | 10 | Barreras alimentación saludable |
| disposición a participar | 17 | Disposición para participar |
| elección alimentación por apariencia y sabor | 10 | Elección propia de alimentos |
| elección cena: parental | 23 | Elección cena |
| elección cena: propia | 20 | Elección cena |
| elección comida: parental | 29 | Elección comida |
| elección comida: propia | 9 | Elección comida |
| elección desayuno: parental | 10 | Elección desayuno |
| elección desayuno: propia | 23 | Elección desayuno |
| elección merienda: parental | 1 | Elección merienda |
| elección merienda: propia | 2 | Elección merienda |
| elección propia alimentos menos saludables | 9 | Elección propia de alimentos |
| ellos preparan la comida a veces | 7 | Elección propia de alimentos |
| en el pasado gobierno no ha dado buena respuesta | 4 | Percepción de escucha |
| espacios actividad física privados | 3 | Espacios actividad física Facilitadores actividad física |
| espacios actividad física públicos | 4 | Espacios actividad física Facilitadores actividad física |
| estrés: comparación social | 15 | Generadores de estrés |
| estrés: exceso exámenes | 9 | Generadores de estrés |
| estrés: exigencias familiares | 5 | Generadores de estrés |
| estrés: falta de tiempo para deberes | 5 | Generadores de estrés |
| etiquetas deberían ser más fáciles de entender | 3 | Uso y percepciones de etiquetas de alimentos |
| etiquetas no aportan demasiado | 3 | Uso y percepciones de etiquetas de alimentos |
| etiquetas son engañosas | 14 | Uso y percepciones de etiquetas de alimentos |
| facilitador actividad física: instituto | 2 | Facilitadores actividad física |
| facilitador actividad física: interés | 5 | Facilitadores actividad física |
| facilitador vida saludable: autoestima | 4 | Percepciones sobre salud mental |
| factor determinante alimentación saludable: organización compra | 9 | Barreras alimentación saludable |

| CÓDIGO | FRECUENCIA | GRUPOS DE CÓDIGOS |
|--|------------|--|
| falta interés en origen productos | 5 | Percepciones sobre procedencia alimentos |
| gobierno no nos escucharía | 19 | Percepción de escucha |
| gobierno sí nos escucharía | 8 | Percepción de escucha |
| hábitos saludables en familia: ejercicio, alimentación | 14 | |
| ideas sobre alimentación saludable | 13 | Ideas sobre alimentación saludable |
| importa información producto saludable (miran etiquetas) | 35 | Información sobre los alimentos |
| influencer positivo: belleza | 4 | Uso y percepción sobre la tecnología digital |
| influencer positivo: deporte | 4 | Uso y percepción sobre la tecnología digital |
| influencer positivo: salud | 8 | Uso y percepción sobre la tecnología digital |
| influencia vida saludable: profesionales | 21 | Factores que condicionan la vida saludable |
| información alimentación: etiquetas | 14 | Información sobre los alimentos |
| información alimentación: familia | 28 | Información sobre los alimentos |
| información alimentación: instituto | 17 | Información sobre los alimentos |
| información alimentación: medios de comunicación, Internet | 10 | Información sobre los alimentos |
| información alimentación: propia | 8 | Información sobre los alimentos |
| ingesta esporádica chuches, refrescos | 7 | Ingesta chucherías |
| ingesta más frecuente chucherías, bollería, chocolates, dulces | 4 | Ingesta chucherías |
| instituto no escuchan | 2 | Percepción de escucha |
| instituto no prioriza vida saludable | 5 | Factores asociados a vida saludable: instituto |
| instituto oferta saludable | 11 | Factores asociados a vida saludable: instituto |
| instituto sí me escuchan | 3 | Percepción de escucha |
| instituto: pasividad, estar sentado | 3 | Pasividad no saludable |
| la comida casera es saludable | 14 | Casero vs. comprado |
| lo que más me gusta no es saludable | 37 | Lo que más me gusta no es saludable, por eso es para una ocasión puntual |
| los adultos no nos ven como iguales | 13 | Percepción de escucha |
| los alimentos menos saludables como gusto | 40 | Lo que más me gusta no es saludable, por eso es para una ocasión puntual |
| malas costumbres que ayudan (comida chatarra, fumar) | 7 | Lo que más me gusta no es saludable, por eso es para una ocasión puntual |
| manejo estrés: comer | 4 | Manejo estrés |
| manejo estrés: dejar de comer | 3 | Manejo estrés |
| manejo estrés: ejercicio | 12 | Manejo estrés |

| CÓDIGO | FRECUENCIA | GRUPOS DE CÓDIGOS |
|--|------------|---|
| manejo estrés: pasivo (música, leer, pintar, play, redes sociales) | 11 | Manejo estrés |
| merienda habitual: cereales | 2 | Merienda habitual |
| merienda habitual: dulces | 23 | Merienda habitual |
| merienda habitual: fritos | 4 | Merienda habitual |
| merienda habitual: fruta | 22 | Merienda habitual |
| merienda habitual: frutos secos | 9 | Merienda habitual |
| merienda habitual: lácteos | 10 | Merienda habitual |
| merienda habitual: panificado, tortilla patatas | 25 | Merienda habitual |
| no desayuna | 9 | Desayuno habitual |
| no disposición a participar | 7 | Disposición para participar |
| no es saludable ser gordo/a | 5 | Ideas sobre la imagen física |
| no importa información producto saludable | 49 | Información sobre los alimentos |
| no merienda | 9 | Merienda habitual |
| no participar: falta de tiempo | 4 | Disposición para participar |
| no se puede ser sano al 100 % | 3 | Ideas sobre alimentación saludable |
| oferta de alimentos más saludable en instituto: bocadillos, agua, alguna fruta | 12 | Factores asociados a vida saludable: instituto |
| oferta de alimentos menos saludable en el instituto | 32 | Factores asociados a vida saludable: instituto |
| percepción alimentación saludable propia: más de 5 | 11 | Percepciones sobre alimentación y vida saludable propia |
| percepción alimentación saludable propia: menos de 5 | 4 | Percepciones sobre alimentación y vida saludable propia |
| percepción propia vida saludable: más de 5 | 15 | Percepciones sobre alimentación y vida saludable propia |
| picar algo después de cenar | 3 | Cena habitual |
| potencial facilitador alimentación saludable: oferta más amplia en instituto | 22 | Factores asociados a vida saludable: instituto |
| potencial facilitador de actividad física en instituto | 5 | Barreras actividad física Factores asociados a vida saludable: instituto |
| práctica saludable: madrugar | 3 | Percepciones sobre el sueño |
| prácticas alimentación saludable: beber agua | 10 | Alimentación saludable |
| prácticas no saludables: excesos (azúcar, chuches, refrescos) | 14 | Alimentos no saludables |
| prácticas no saludables: pasividad | 12 | Pasividad no saludable |

| CÓDIGO | FRECUENCIA | GRUPOS DE CÓDIGOS |
|---|------------|--|
| preferencia por productos comprados que caseros | 4 | Casero vs. comprado |
| preferencia por productos de cercanías | 15 | Percepciones sobre procedencia alimentos |
| preferencia producto cercanía por fortalecer economía | 4 | Percepciones sobre procedencia alimentos |
| preferencia producto cercanía por mejor producción | 2 | Percepciones sobre procedencia alimentos |
| preocupación imagen corporal | 3 | Ideas sobre la imagen física |
| productos de lejos | 12 | Percepciones sobre procedencia alimentos |
| propuesta alimentación saludable: comida saludable más económica | 2 | Propuestas mejora vida saludable |
| propuesta alimentación saludable: lugares de comida rápida sean más sanos | 2 | Propuestas mejora vida saludable |
| publicidad es engañosa | 4 | Información sobre los alimentos |
| recreo activo: pasear, jugar deporte | 24 | Recreo |
| recreo ideal: igual pasivo | 5 | Recreo |
| recreo ideal: más activo | 5 | Recreo |
| recreo pasivo: hablar, sentarse, comer | 40 | Recreo |
| redes sociales o TV: pasividad | 4 | Pasividad no saludable Uso y percepción sobre la tecnología digital |
| redes sociales: postura crítica | 14 | Uso y percepción sobre la tecnología digital |
| salud es diferente a imagen física | 18 | Ideas sobre la imagen física |
| salud mental afecta prácticas saludables | 39 | Percepciones sobre salud mental |
| saludable no es aburrido | 2 | Ideas sobre alimentación saludable |
| sé que debo elegir comida saludable | 4 | Elección propia de alimentos |
| sí podemos aportar | 14 | Propuestas mejora vida saludable |
| situaciones asociadas al aspecto físico | 4 | Ideas sobre la imagen física |
| sociedad influye en percepción de prácticas saludables | 5 | Otras barreras vida saludable |
| tiempo libre activo: pasear, bicicleta, baile | 57 | Tiempo libre |
| tiempo libre pasivo: Play, estudiar, leer, visitar a otros | 88 | Tiempo libre |
| ver etiqueta por fecha de caducidad | 2 | Uso y percepciones de etiquetas de alimentos |
| ver etiqueta por información nutricional (grasa, azúcar) | 14 | Uso y percepciones de etiquetas de alimentos |
| ver etiquetas por condición médica | 8 | Uso y percepciones de etiquetas de alimentos |

| CÓDIGO | FRECUENCIA | GRUPOS DE CÓDIGOS |
|---|-------------------|---|
| vida saludable depende: amistades | 6 | Factores que condicionan la vida saludable |
| vida saludable depende: cultura | 3 | Factores que condicionan la vida saludable |
| vida saludable depende: estudios/trabajo familia | 4 | Factores que condicionan la vida saludable |
| vida saludable depende: familia | 55 | Factores que condicionan la vida saludable |
| vida saludable depende: gustos | 5 | Factores que condicionan la vida saludable |
| vida saludable depende: instituto | 7 | Factores que condicionan la vida saludable |
| vida saludable depende: interés | 6 | Factores que condicionan la vida saludable |
| vida saludable depende: medios de comunicación, Internet, libros | 14 | Factores que condicionan la vida saludable |
| vida saludable: alimentación saludable | 25 | Percepciones sobre vida saludable |
| vida saludable: aprender, conocer | 2 | Percepciones sobre vida saludable |
| vida saludable: autoconocimiento | 7 | Percepciones sobre vida saludable Percepciones sobre salud mental |
| vida saludable: calma, silencio | 9 | Percepciones sobre vida saludable |
| vida saludable: chequeos médicos, prevención | 4 | Percepciones sobre vida saludable |
| vida saludable: controlar excesos | 23 | Percepciones sobre vida saludable |
| vida saludable: dormir | 8 | Percepciones sobre el sueño Percepciones sobre vida saludable |
| vida saludable: ejercicio | 46 | Percepciones sobre vida saludable |
| vida saludable: equilibrio | 20 | Percepciones sobre vida saludable |
| vida saludable: frutas, verduras | 5 | Percepciones sobre vida saludable |
| vida saludable: higiene | 2 | Percepciones sobre vida saludable |
| vida saludable: no usar excesivamente tecnología | 18 | Uso y percepción sobre la tecnología digital Percepciones sobre vida saludable |
| vida saludable: relacionarse | 16 | Percepciones sobre vida saludable |
| vida saludable: rutina, horarios | 7 | Percepciones sobre vida saludable |
| vida saludable: salir de casa | 4 | Percepciones sobre vida saludable |
| vida saludable: salud mental | 14 | Percepciones sobre vida saludable Percepciones sobre salud mental |
| vida saludable: tiempo libre, divertirse | 7 | Percepciones sobre vida saludable |

ANEXO V. LISTA DE CATEGORÍAS O GRUPOS DE CÓDIGOS

| Grupo de documentos | Códigos | Códigos |
|------------------------------------|---------|--|
| Alimentos que más me gustan | 5 | alimentos que más me gustan: carne alimentos que más me gustan: ensalada, frutas alimentos que más me gustan: fritos alimentos que más me gustan: legumbres, sopa alimentos que más me gustan: patatas, pasta, panificados |
| Cena habitual | 4 | cena en casa cena habitual: ligera, ensalada, lácteos, sopa cena habitual: pasta, panificados, patatas picar algo después de cenar |
| Comida habitual | 8 | comida con familia comida en casa comida habitual: carnes o pescado comida habitual: pasta, patatas, panificados comida habitual: precocinados comida habitual: vegetales, legumbres, fruta comida solos/as comidas fuera de casa poco frecuente |
| Desayuno habitual | 9 | desayuno en casa desayuno en instituto desayuno habitual: agua, infusión, té, café desayuno habitual: cereales desayuno habitual: dulces o bebida dulce desayuno habitual: fruta o verdura desayuno habitual: lácteos desayuno habitual: panificados no desayuna |

| Grupo de documentos | Códigos | Códigos |
|---|---------|--|
| Elección cena | 2 | elección cena: parental elección cena: propia |
| Elección comida | 2 | elección comida: parental elección comida: propia |
| Elección desayuno | 2 | elección desayuno: parental elección desayuno: propia |
| Elección merienda | 2 | elección merienda: parental elección merienda: propia |
| Ingesta chucherías | 2 | ingesta esporádica chuches, refrescos ingesta más frecuente chucherías, bollería, chocolates, dulces |
| Lo que más me gusta no es saludable, por eso es para una ocasión puntual | 4 | comida rápida: facilidades lo que más me gusta no es saludable los alimentos menos saludables como gusto malas costumbres que ayudan (comida chatarra, fumar) |
| Merienda habitual | 8 | merienda habitual: cereales merienda habitual: dulces merienda habitual: fritos merienda habitual: fruta merienda habitual: frutos secos merienda habitual: lácteos merienda habitual: panificado, tortilla patatas no merienda |
| Elección propia de alimentos | 4 | elección alimentación por apariencia y sabor elección propia alimentos menos saludables ellos preparan la comida a veces sé que debo elegir comida saludable |
| Actividades extracurriculares | 4 | actividad física o extracurricular: decisión parental actividad física o extracurricular: decisión propia actividades extracurriculares: activas actividades extracurriculares: pasivas |

| Grupo de documentos | Códigos | Códigos |
|---|---------|---|
| Alcohol, tabaco y otras sustancias | 2 | alcohol, tabaco y otras sustancias no están tan mal alcohol, tabaco y otras sustancias no son saludables |
| Espacios actividad física | 2 | espacios actividad física privados espacios actividad física públicos |
| Manejo estrés | 4 | manejo estrés: comer manejo estrés: dejar de comer manejo estrés: ejercicio manejo estrés: pasivo (música, leer, pintar, Play, redes sociales) |
| Casero vs. comprado | 2 | la comida casera es saludable preferencia por productos comprados que caseros |
| Recreo | 4 | recreo activo: pasear, jugar deporte recreo ideal: igual pasivo recreo ideal: más activo recreo pasivo: hablar, sentarse, comer |
| Tiempo libre | 3 | actividad física con amistades tiempo libre activo: pasear, bicicleta, baile tiempo libre pasivo: Play, estudiar, leer, visitar a otros |
| Ideas sobre la imagen física | 6 | aceptación imagen corporal causas sobrepeso: familia no es saludable ser gordo/a preocupación imagen corporal salud es diferente a imagen física situaciones asociadas al aspecto físico |
| Alimentación saludable | 4 | alimentación saludable: horarios alimentación saludable: porciones, control cantidad alimentación saludable: variedad prácticas alimentación saludable: beber agua |

| Grupo de documentos | Códigos | Códigos |
|--|---------|---|
| Alimentos no saludables | 5 | alimentos no saludables: comida rápida, grasas, aditivos alimentos no saludables: pan consecuencias negativas alimentación no saludable diferencias entre productos frescos y procesados/ congelados prácticas no saludables: excesos (azúcar, chuches, refrescos) |
| Percepciones sobre alimentos saludables | 5 | alimentación saludable depende: plástico, envase alimentos saludables: ecológicos alimentos saludables: legumbres, verduras alimentos saludables: pescado alimentos saludables: verduras, frutas |
| Cena ideal | 4 | cena ideal: fritos cena ideal: hamburguesa, carne cena ideal: ligera, sandwich, pescado, ensalada cena ideal: pasta, panificados, patatas, arroz |
| Comida ideal | 4 | comida ideal: carne comida ideal: legumbres comida ideal: pasta, panificados, patatas, arroz comida ideal: pescado, marinos |
| Desayuno ideal | 5 | desayuno ideal: cereales desayuno ideal: fritos desayuno ideal: fruta, verduras desayuno ideal: huevos, proteína animal desayuno ideal: panificados, dulces |
| Desayuno saludable | 2 | desayuno saludable: fruta, verdura, panificado. desayuno saludable: lácteos |

| Grupo de documentos | Códigos | Códigos |
|--|---------|---|
| Generadores de estrés | 4 | estrés: comparación social estrés: exceso exámenes estrés: exigencias familiares estrés: falta de tiempo para deberes |
| Percepciones sobre alimentación y vida saludable propia | 3 | percepción alimentación saludable propia: más de 5 percepción alimentación saludable propia: menos de 5 percepción propia vida saludable: más de 5 |
| Percepciones sobre el sueño | 3 | descansar bien: dormir ocho horas o más práctica saludable: madrugar vida saludable: dormir |
| Pasividad no saludable | 3 | instituto: pasividad, estar sentado prácticas no saludables: pasividad redes sociales o TV: pasividad |
| Uso y percepción sobre la tecnología digital | 7 | buen uso del móvil: instituto, seguridad influencer positivo: belleza influencer positivo: deporte influencer positivo: salud redes sociales o TV: pasividad redes sociales: postura crítica vida saludable: no usar excesivamente tecnología |

| Grupo de documentos | Códigos | Códigos |
|---|---------|--|
| Percepciones sobre vida saludable | 17 | vida saludable: alimentación saludable vida saludable: aprender, conocer vida saludable: autoconocimiento vida saludable: calma, silencio vida saludable: chequeos médicos, prevención vida saludable: controlar excesos vida saludable: dormir vida saludable: ejercicio vida saludable: equilibrio vida saludable: frutas, verduras vida saludable: higiene vida saludable: no usar excesivamente tecnología vida saludable: relacionarse vida saludable: rutina, horarios Vida saludable: salir de casa vida saludable: salud mental vida saludable: tiempo libre, divertirse |
| Ideas sobre alimentación saludable | 4 | alimentos saludables que ayudan (energía, belleza) ideas sobre alimentación saludable no se puede ser sano al 100 % saludable no es aburrido |
| Percepciones sobre salud mental | 5 | barrera vida saludable: personas tóxicas facilitador vida saludable: autoestima salud mental afecta prácticas saludables vida saludable: autoconocimiento vida saludable: salud mental |

| Grupo de documentos | Códigos | Códigos |
|---|---------|--|
| Información sobre los alimentos | 8 | importa información producto saludable (miran etiquetas) información alimentación: etiquetas información alimentación: familia información alimentación: instituto información alimentación: medios de comunicación, Internet información alimentación: propia no importa información producto saludable publicidad es engañosa |
| Uso y percepciones de etiquetas de alimentos | 6 | etiquetas deberían ser más fáciles de entender etiquetas no aportan demasiado etiquetas son engañosas ver etiqueta por fecha de caducidad ver etiqueta por información nutricional (grasa, azúcar) ver etiquetas por condición médica |
| Percepciones sobre adquisición de alimentos | 6 | alimentos no saludables (modificación genética, químicos): supermercados alimentos saludables: campo alimentos saludables: puestos locales alimentos saludables: supermercados compra extranjera: más barato compra extranjera: más cara |

| Grupo de documentos | Códigos | Códigos |
|---|---------|--|
| Factores que condicionan la vida saludable | 9 | <p>influencia vida saludable: profesionales</p> <p>vida saludable depende: amistades</p> <p>vida saludable depende: cultura</p> <p>vida saludable depende: estudios/trabajo familia</p> <p>vida saludable depende: familia</p> <p>vida saludable depende: gustos</p> <p>vida saludable depende: instituto</p> <p>vida saludable depende: interés</p> <p>vida saludable depende: medios de comunicación, Internet, libros</p> |
| Percepciones sobre procedencia alimentos | 5 | <p>falta interés en origen productos</p> <p>preferencia por productos de cercanías</p> <p>preferencia producto cercanía por fortalecer economía</p> <p>preferencia producto cercanía por mejor producción</p> <p>productos de lejos</p> |
| Barreras actividad física | 6 | <p>barrera actividad física instituto: no se aprovechan los recursos</p> <p>barrera actividad física: clima</p> <p>barrera actividad física: COVID</p> <p>barrera actividad física: dinero</p> <p>barrera actividad física: falta de tiempo</p> <p>potencial facilitador de actividad física en instituto</p> |
| Barreras alimentación saludable | 6 | <p>barrera alimentación saludable: dinero</p> <p>barrera alimentación saludable: interés vendedores</p> <p>barrera alimentación saludable: oferta instituto</p> <p>barrera alimentación saludable: tiempo</p> <p>dinero no es barrera alimentación saludable</p> <p>factor determinante alimentación saludable: organización compra</p> |

| Grupo de documentos | Códigos | Códigos |
|--|---------|--|
| Otras barreras vida saludable | 4 | barrera prácticas saludables: presión social barrera relacionarse: familia no deja barrera vida saludable: personas tóxicas sociedad influye en percepción de prácticas saludables |
| Compra habitual | 2 | compra habitual: comercio pequeño compra habitual: supermercados cadena (Mercadona, Aldi, Día) |
| Facilitadores actividad física | 4 | espacios actividad física privados espacios actividad física públicos facilitador actividad física: instituto facilitador actividad física: interés |
| Factores asociados a vida saludable: instituto | 8 | barrera actividad física instituto: no se aprovechan los recursos barrera alimentación saludable: oferta instituto instituto no prioriza vida saludable instituto oferta saludable oferta de alimentos más saludable en instituto: bocadillos, agua, alguna fruta oferta de alimentos menos saludable en el instituto potencial facilitador alimentación saludable: oferta más amplia en instituto potencial facilitador de actividad física en instituto |
| Propuestas mejora vida saludable | 3 | propuesta alimentación saludable: comida saludable más económica propuesta alimentación saludable: lugares de comida rápida sean más sanos sí podemos aportar |

| Grupo de documentos | Códigos | Códigos |
|------------------------------------|---------|---|
| Percepción de escucha | 7 | casa no me escuchan en el pasado gobierno no ha dado buena respuesta gobierno no nos escucharía gobierno sí nos escucharía instituto no escuchan instituto sí me escuchan los adultos no nos ven como iguales |
| Disposición para participar | 3 | disposición a participar no disposición a participar no participar: falta de tiempo |

ANEXO VI. LISTA DE TEMAS

| Temas | Grupos de códigos |
|---|--|
| Hábitos alimentarios de las y los adolescentes | Alimentos que más me gustan |
| | Cena habitual |
| | Comida habitual |
| | Desayuno habitual |
| | Elección cena |
| | Elección comida |
| | Elección desayuno |
| | Elección merienda |
| | Ingesta chucherías |
| | Lo que más me gusta no es saludable, por eso es para una ocasión puntual |
| | Merienda habitual |
| | Elección propia de alimentos |
| Hábitos físicos de las y los adolescentes | Actividades extracurriculares |
| | Alcohol, tabaco y otras sustancias |
| | Espacios actividad física |
| | Manejo estrés |
| | Generadores de estrés |
| | Recreo |
| | Tiempo libre |
| Percepciones sobre alimentación y hábitos saludables | Ideas sobre la imagen física |
| | Alimentación saludable |
| | Alimentos no saludables |
| | Percepciones sobre alimentos saludables |
| | Cena ideal |
| | Comida ideal |
| | Desayuno ideal |
| | Desayuno saludable |
| | Casero vs. comprado |
| | Percepciones sobre alimentación y vida saludable propia |
| | Percepciones sobre el sueño |
| | Pasividad no saludable |
| | Percepciones sobre vida saludable |
| | Ideas sobre alimentación saludable |
| Percepciones sobre salud mental | |

| Temas | Grupos de códigos |
|--|--|
| Factores, barreras y facilitadores que inciden en la alimentación y vida saludables | Uso y percepción sobre la tecnología digital |
| | Información sobre los alimentos |
| | Uso y percepciones de etiquetas de alimentos |
| | Percepciones sobre adquisición de alimentos |
| | Factores que condicionan la vida saludable |
| | Percepciones sobre procedencia alimentos |
| | Barreras actividad física |
| | Barreras alimentación saludable |
| | Otras barreras vida saludable |
| | Compra habitual |
| | Facilitadores actividad física |
| | Factores asociados a vida saludable: instituto |
| Percepciones y predisposición para participar en políticas públicas orientadas hacia una vida saludable | Propuestas mejora vida saludable |
| | Percepción de escucha |
| | Disposición para participar |

