

**ORIGINAL**

Recibido: 22/2/2023

Aceptado: 1/4/2023

Publicado: 9/5/2023

e202305037

el-e18

*Qualitative study on food perceptions, dietary practices and healthy lifestyles in the adolescent population*

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses

**CORRESPONDENCIA**

**Teresa Robledo de Dios**

Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN).  
 Ministerio de Consumo.

C/ Alcalá, 56. CP 28071. Madrid, España.  
[estrategianaos@aesan.gob.es](mailto:estrategianaos@aesan.gob.es)

**CITA SUGERIDA**

Robledo de Dios T, Rollán Gordo A, Peña Rey I. Estudio cualitativo sobre las percepciones en alimentación, prácticas alimentarias y hábitos de vida saludables en población adolescente. Rev Esp Salud Pública. 2023; 97: 9 de mayo e202305037.

# Estudio cualitativo sobre las percepciones en alimentación, prácticas alimentarias y hábitos de vida saludables en población adolescente

**AUTORES**

Teresa Robledo de Dios (1)

Almudena Rollán Gordo (1)

Isabel Peña Rey (2)

**FILIACIONES**

(1) Subdirección General de Nutrición, Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN), Ministerio de Consumo. Madrid, España.

(2) Dirección Ejecutiva, Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, Ministerio de Consumo. Madrid, España.

**RESUMEN**

**FUNDAMENTOS //** La obesidad infanto-juvenil supone un verdadero reto de Salud Pública. La adolescencia es una etapa crítica para el crecimiento y el desarrollo. El objetivo del estudio fue explorar y comprender las percepciones de la población adolescente sobre alimentación y hábitos de vida saludables, así como la identificación de barreras y elementos facilitadores.

**MÉTODOS //** Se realizó un estudio cualitativo multicéntrico, en escolares de doce a catorce años, de cuatro Institutos de Educación Secundaria, distribuidos en cuatro municipios. Durante el primer trimestre del curso escolar 2021-2022 se realizaron diez grupos de discusión, con siete-once participantes por grupo, y dos sesiones de trabajo de noventa minutos de duración, por grupo. Fueron seguidos de dos sesiones deliberativas. Para el análisis del contenido de los datos se utilizó el software Atlas.ti versión 8, siguiendo las recomendaciones metodológicas de Mayring y Cáceres, y se empleó la técnica de codificación abierta.

**RESULTADOS //** Se observó una relación entre los alimentos más consumidos en la vivienda familiar y los que más les gustaban, destacó la actividad extracurricular deportiva como la principal fuente de actividad física y la conexión entre la salud mental y las prácticas saludables, así como el énfasis que pusieron en la variedad de alimentos, la importancia concedida a la sostenibilidad y la relación de una alimentación no saludable con el exceso de azúcar, chucherías, refrescos, comida rápida y grasas. La familia se presentó como uno de los factores más influyentes, seguido de los profesionales, los medios de comunicación y el instituto. Entre las barreras percibidas destacaron: nivel socioeconómico, falta de tiempo, oferta de la cafetería del instituto y presión social.

**CONCLUSIONES //** Se identifican las principales barreras y elementos facilitadores vinculados al entorno alimentario, nivel socioeconómico, imagen corporal y bienestar emocional. Los adolescentes expresan interés en participar en políticas públicas.

**PALABRAS CLAVE //** Adolescencia; Hábitos alimentarios; Percepciones; Barreras; Motivaciones; Hábitos saludables.

**ABSTRACT**

**BACKGROUND //** Child and adolescent obesity is a biggest public health challenge. Adolescence is a critical stage for growth and development. The objective of the research was to explore and understand the perceptions of the adolescent population about eating and healthy lifestyle habits, and the identification of barriers and facilitators.

**METHODS //** A multicenter qualitative research was made, in schoolchildren from twelve to fourteen years old, from four Secondary Schools, distributed in four municipalities. During the first quarter of the 2021-2022 school year, ten Discussion Groups were conducted, with 7-11 participants per group, and two ninety-minute work sessions per group. The proceedings were followed by two deliberative sessions. The Atlas.ti version 8 software was used for data content analysis, following the methodological recommendations of Mayring and Cáceres, and the open coding technique was used.

**RESULTS //** A relationship was observed between the foods most consumed in the family home and the ones that teenagers liked most. Also the extracurricular sports activity was highlighted as the main source of physical activity as well as the connection between mental health and healthy practices, and the emphasis about the variety of foods, the importance given to sustainability and the relationship of an unhealthy diet with excess intake of sugar, sweets, soft drinks, fast food and fats. The family was revealed as one of the most influential factors, followed by professionals, the media and high schools. Among the perceived barriers were the socioeconomic level, lack of time, food supply in canteens and social pressure.

**CONCLUSIONS //** The main barriers and motivations linked to the food environment, socioeconomic level, body image and emotional well-being are identified. Adolescents express interest in participating in public policies.

**KEYWORDS //** Adolescent; Eating habits; Perceptions; Barriers; Motivations; Healthy habits.

## INTRODUCCIÓN

DESDE HACE MÁS DE DOS DÉCADAS, LAS cifras de la obesidad suponen en España un serio problema de salud y un verdadero reto de Salud Pública, como en el resto de Europa. El problema es especialmente preocupante en población infantil, con un 17,3% de niños y niñas de entre seis y nueve años con obesidad (15% de niñas y 19,4% de niños) y un 40,6% con exceso de peso (sobrepeso y obesidad; 39,7% de niñas y 41,3% de niños), en 2019. Por otro lado, el 76,2% de estos escolares necesita mejorar su dieta y aproximadamente el 10% de ellos tienen una dieta de muy baja calidad (1).

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/ los adolescentes escolarizados de entre once y dieciocho años, cabe reseñar que: el porcentaje de adolescentes con exceso de peso es del 17,5%, siendo 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; sólo el 34,7% consume fruta a diario y un 18,2% consume más de una pieza al día; el 15,2% de los adolescentes consume dulces a diario y un 15,8% consume refrescos u otras bebidas azucaradas a diario; el 19,9% de los adolescentes realiza actividad física de moderada a vigorosa siete días a la semana, durante al menos sesenta minutos diarios (el 25,8% de los chicos frente al 14% de las chicas) y el 33,3% de los adolescentes practica actividad física vigorosa y de alta intensidad (45% de los chicos frente al 24,5% de las chicas) (2).

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 (3). 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 (4).

El porcentaje de menores que cinco porciones de fruta y/o verduras al día es muy bajo, un 2,4% según la ENS de 2017, habiendo incluso descendido desde 2011 (prevalencia del 3,4%), aspecto especialmente preocupante dada la importancia del consumo de frutas y verduras en el marco de una alimentación saludable (5).

Muchos menores crecen actualmente en un entorno obesogénico y son varios los factores que influyen en dicho entorno, en particular: factores comerciales; el entorno construido (disponibilidad de alimentos saludables, infraestructura, escuelas y oportunidades para la actividad física en el barrio); normas sociales (normas sobre el peso corporal y la imagen); normas culturales; nivel socioeconómico; y el entorno familiar. De hecho, una de las muchas barreras con la que nos encontramos a la hora de abordar este problema es la percepción de la familia sobre la situación ponderal (acerca del peso) 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).

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 pueden, por tanto, construir diferentes definiciones de alimentación saludable. Por ello, podría entenderse

Estudio cualitativo sobre las percepciones en alimentación, prácticas alimentarias y hábitos de vida saludables en población adolescente

TERESA ROBLEDO DE DIOS et al.

como percepción de alimentación saludable al constructo 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. La percepción de una alimentación saludable viene por tanto condicionada por el nivel socioeconómico, educativo, el autocontrol, los conocimientos, las características de consumo, etc., 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, etc. También es conocido que muchos de estos elementos pueden no ser una barrera sino, por el contrario, actuar como elementos facilitadores (6,7).

Por otro lado, las prácticas alimentarias hacen referencia a las diferentes acciones relacionadas con el proceso alimentario como, por ejemplo: la obtención, almacenamiento, preparación y 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. Se establecen en un referente social, económico, e ideológico, y se constituyen 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).

La adolescencia es una etapa crítica para el crecimiento y desarrollo en todos estos aspectos,

por lo que es importante tener una mirada holística de la población juvenil para comprender las concepciones generalizadas que tienen sobre alimentación, salud y nutrición (8). Las prácticas alimentarias y de actividad física y la percepción que tienen los adolescentes sobre estos aspectos, 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 (7,9,10). De hecho, tal y como reconoce el *Plan Estratégico Nacional para la reducción de la Obesidad Infantil* (11), esta no sólo se encuentra relacionada con la alimentación y la actividad física, sino también con el bienestar emocional (ansiedad, depresión, baja autoestima, aislamiento social), tanto de manera directa como a través de su influencia sobre hábitos de vida, por lo que resulta también de interés conocer cómo estos factores afectan a la alimentación y al nivel de actividad física de los adolescentes (11). Para profundizar en todo ello se requiere de técnicas cualitativas de naturaleza discursiva y dialógica (12).

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 (13). De ahí su carácter de complementariedad a los estudios cuantitativos (14). 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 (7,15).

Los objetivos del estudio fueron: conocer las percepciones en alimentación saludable en población adolescente de doce a catorce años (adolescencia temprana); identificar y analizar los factores determinantes, barreras

Estudio cualitativo sobre las percepciones en alimentación, prácticas alimentarias y hábitos de vida saludables en población adolescente

TERESA ROBLEDO DE DIOS et al.

Rev Esp Salud Pública  
Volumen 97  
9/5/2023  
e202305037

y elementos facilitadores que determinaban sus prácticas alimentarias y hábitos de vida saludable; y 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.

## SUJETOS Y MÉTODOS

SE PRESENTA UN ESTUDIO PARTICIPATIVO multicéntrico sobre las percepciones en alimentación, prácticas alimentarias y hábitos de vida saludables en escolares de doce a catorce años, de primero y segundo de la Educación Secundaria Obligatoria, de cuatro Institutos de Educación Secundaria (IES), distribuidos en cuatro municipios diferentes (Cádiz, Málaga, Palma de Mallorca y Rivas Vaciamadrid) (16).

El estudio se dirigió 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 investigada (17). Las fases de dicho estudio se recogen en la **TABLA 1 (15,18,19,20-22)**.

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 (14,15,21). 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 cuatro municipios diferentes: Cádiz y Málaga (Andalucía), Palma de Mallorca (Baleares) y Rivas Vaciamadrid (Madrid).

Entre los criterios para la selección de los perfiles del alumnado de 1º y 2º de la ESO, se tuvieron en cuenta las variables de edad, sexo y nivel socioeconómico del barrio/sección censal donde se ubicaba el centro educativo (NSE). Dado que las prácticas alimentarias

Tabla 1  
Fases del estudio.

### 1. 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

### 2. 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

### 3. Elaboración de un informe final del estudio cualitativo

y la percepción que tenían los adolescentes sobre alimentación saludable parecían estar determinadas también por factores externos, como el entorno alimentario, cultural, escolar y social, así como por el nivel socioeconómico, el objetivo fue la selección de institutos ubicados en áreas de diferentes niveles socioeconómicos. En concreto, en barrio vulnerable, en zona periurbana, en zona de renta media baja y en zona de renta media alta. En definitiva, los Institutos de Educación Secundaria (IES) seleccionados incluyeron un centro educativo situado en un barrio vulnerable, un centro de zona periurbana, un centro en una zona de renta media baja y un centro en una zona de renta media alta.

La selección de los participantes y la convocatoria se realizó en colaboración con el centro educativo. En cada uno de los IES participantes en el estudio, y en colaboración con el profesorado, se seleccionaron las aulas de 1º y 2º de la ESO a participar en el estudio. En coordinación con el profesorado del IES se eligieron aquellas clases cuya composición ofreciera una mayor diversidad en los perfiles. Una vez seleccionados los participantes que formarían parte de los grupos de discusión, se solicitó el consentimiento informado a las familias, a través de una circular en la que se informaba sobre los objetivos de la intervención, solicitando su consentimiento para la grabación de los encuentros.

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, teniendo en cuenta variables de sexo y estado ponderal (21).

Como ya se ha señalado, a los participantes seleccionados se les remitió una circular en la que se informaba a las familias sobre los objetivos del estudio y se solicitaba la autorización familiar para participar en el mismo, en los términos descritos en la hoja de autorización o consentimiento informado que debía devolverse debidamente firmada, 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 (23,24)*.

Tanto el número de participantes en cada grupo como el rango de edades se correspondieron con los objetivos marcados, registrándose una amplia participación en general, llegando a sobrepasar el número máximo de participantes en los IES de Rivas Vaciamadrid y Palma de Mallorca. Como contrapunto, en el IES de Cádiz se registró una baja participación por parte del alumnado en los grupos debido, según informó el centro educativo, a la negativa de última hora por parte de padres y madres de la mayoría del alumnado a autorizar su participación en los grupos de discusión. Como consecuencia de este hecho, se agrupó el alumnado, pudiendo desarrollarse un sólo grupo de discusión en dicho instituto [TABLA 2]. Si bien, debe señalarse que se observó una singular implicación de dicho grupo en el debate, aportando puntos de vista de especial interés.

Se constituyeron diez grupos de discusión, seguidos de dos sesiones deliberativas con representantes de dichos grupos quienes, sobre la base de la información recogida durante los mismos, elaboraron propuestas de líneas de actuación para ser elevadas al Ministerio de Consumo.

En cada uno de los centros educativos participantes se organizaron de uno a tres grupos focales o grupos de discusión, con siete-once

Estudio cualitativo sobre las percepciones en alimentación, prácticas alimentarias y hábitos de vida saludables en población adolescente

TERESA ROBLEDO DE DIOS et al.

Rev Esp Salud Pública  
Volumen 97  
9/5/2023  
e202305037

Grupos	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

  

Grupos	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

participantes en cada grupo, para facilitar la interacción, el diálogo y la discusión del tema durante las sesiones (18). Cada grupo de discusión realizó dos sesiones de trabajo, de unos noventa minutos de duración por sesión. Finalmente, fueron diez los grupos de discusión realizados, con un total de noventa participantes (cincuenta y cinco chicas y treinta y cinco chicos) [TABLA 2].

Los diez grupos de discusión, con dos sesiones de trabajo de noventa minutos de duración por grupo, tuvieron lugar en horario escolar. Se agendaron dichas reuniones por la mañana. Las dos sesiones deliberativas se realizaron en horario extraescolar.

Paralelamente a todo el proceso de reco-gida y análisis de los datos, el equipo inves-tigador desarrolló un proceso de triangu-lación, discusión y contraste de los resul-tados, lo que incrementa la fiabilidad del estudio (15,25,26).

La discusión grupal se articuló en base a una guía de temas y preguntas, también lla-mada agenda oculta (10,15), que se presenta en la TABLA 3. Intervinieron un moderador/a y un observador/a (18).

Para el registro de las principales ideas se realizaron grabaciones de audio de cada sesión que permitieron transcribir los con-tenidos y su análisis posterior, así como un registro de observación (registro narrativo que contempla los contenidos no verbales y deta-lles de la interacción en los grupos) que per-mitiera enriquecer el análisis, y en el que se iban anotando aquellos elementos de inte-rés para la intervención, principalmente en lo referente a la interacción del grupo, las dife-rencias en el discurso entre niños y niñas, los tipos de liderazgo y el posicionamiento en actitudes opuestas (27). De las grabaciones se informó tanto en el momento de solicitar el consentimiento informado como en la aper-tura de las sesiones realizadas.

### Primera sesión

- **Apertura:** bienvenida, presentación del espacio, objetivos y dinamizadoras, consentimiento informado, 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.

#### 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?

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

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

3) ¿Durante los recreos 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?

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

5) ¿Qué significa para vosotros/as llevar una vida saludable? ¿Y alimentaros 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?

### Segunda 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 guían el debate:** en esta segunda parte se abordarán las temáticas relacionadas con: aspectos sociales, familiares y culturales; factores, barreras, así como elementos facilitadores 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 relacionábais "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?

#### 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?

#### C. Predisposición del alumnado a participar en el diseño de políticas públicas encaminadas a combatir el problema de la obesidad (30 minutos)

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

En las sesiones deliberativas realizadas con posterioridad a los grupos de discusión participaron voluntariamente representantes de dichos grupos. Se realizaron dos sesiones deliberativas. En estas sesiones no hubo asistencia por parte de participantes del IES Las Lagunas de Rivas Vaciamadrid, lo que pareció haber estado motivado por la coincidencia con actividades extraescolares en esas dos tardes. Los contenidos de las sesiones deliberativas estuvieron orientados a que los participantes elaboraran 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/las escolares) para mejorar esta situación?*; *¿Qué se puede hacer en nuestros colegios?*; *¿Qué se puede hacer desde el gobierno?*

Para el análisis y codificación de los datos se revisaron las transcripciones. 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 dos 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 (28) y Cáceres (16-29).

## RESULTADOS

LOS RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE LOS contenidos se presentan agrupados por las temáticas asociadas al estudio:

### a) Hábitos alimentarios de las/los adolescentes.

La mayoría de las comidas realizadas por el alumnado de estos Institutos se consumían en la vivienda familiar y estaban principalmente compuestas de carbohidratos complejos, como pan, pasta o patatas. Estos eran los alimentos que más gustaban, a pesar de que con-

sideraban que las carnes, verduras, legumbres y frutas eran más saludables. Se observó una relación entre alimentos más consumidos en la vivienda familiar y los que más gustaban a los adolescentes [TABLA 4].

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 afirmaron no desayunar, observándose una mayor frecuencia de no desayuno en las adolescentes de los grupos de discusión de barrio vulnerable.

En general, solían elegir sus alimentos en base a su apariencia y sabor, independientemente de si los consideraban saludables. Esta percepción se contraponen a la idea que tenían en relación a que, si las decisiones dependieran de ellos y ellas, pensaban que deberían hacer elecciones más saludables. Se observó que las chicas discutieron más el tema de los hábitos alimentarios que los chicos.

En función del nivel socioeconómico (NSE), 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 solían tomar cenas más ligeras que en los de menor renta.

### b) Hábitos físicos de las/los adolescentes.

La fuente principal eran las actividades extracurriculares deportivas. En tiempo libre y en el recreo solían elegir actividades pasivas, en especial, las chicas. Por NSE no se apreciaron diferencias en cuanto al tipo de actividades extracurriculares que realizaban o cómo empleaban su tiempo libre, 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.



**Tabla 4**  
Selección de citas en relación con hábitos y percepciones.

**a) Hábitos alimentarios.**

- "Lo saludable ya lo como todos los días en mi casa"
- "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"
- "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"
- "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"
- "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"
- "No, porque si estoy contento no voy a mirar si es saludable"

**b) Hábitos físicos.**

- "Los viernes también hay patios dinámicos y se hacen cosas o tenis o baloncesto..."
- "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"
- "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"
- "Muchos exámenes no son saludables"
- "Y si tienes que estudiar mucho y estás estresado, al final no es bueno"

**c) Percepciones.**

- "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"
- "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"
- "Comer comidas caseras, no bollería industrializada y esas cosas"
- "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"
- "¿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' "
- "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"
- "No puedes estar viendo la serie, como hago yo, luego viendo un TikTok, luego hablando por WhatsApp y así. Pues eso no es saludable"
- "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"
- "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 kilitos para que me vuelva a quedar bien... Eso, a mí, no me hace gracia"
- "Alcohol, tabaco y otro tipo de sustancias, no son buenos para nadie"
- "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"
- "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"

Principales factores que incidieron: el propio interés de la persona y la promoción en algunos institutos del ejercicio físico al disponer, por ejemplo, de patios dinámicos. Por NSE, en relación a la percepción del ejercicio físico, se puso de manifiesto que solía ser considerado como un hábito saludable en los grupos de renta media-baja y media-alta, mientras que fue utilizado como una estrategia de afrontamiento del estrés en el barrio vulnerable y el de zona periurbana.

Los adolescentes establecieron una conexión entre la salud mental y las prácticas saludables. Como factores causantes del estrés destacaron con diferencia los referente a la comparación social, seguida del exceso de exámenes, la falta de tiempo para hacer deberes y las exigencias familiares. La falta de tiempo, debida a las exigencias académicas, constituía para los participantes una de las principales barreras para hacer ejercicio **[TABLA 4]**.

**c) Percepciones sobre alimentación y hábitos saludables.**

El ejercicio fue el hábito de vida saludable más considerado, seguido de la alimentación saludable. En relación con las percepciones sobre lo que consideraban como alimentación saludable el énfasis, se puso en la variedad, más que en la importancia de alimentos frescos y con un alto contenido en vegetales, que son claves en una alimentación saludable. Es decir, primó el concepto de variedad sobre el de calidad nutricional.

En relación con las percepciones en torno a los alimentos que consideraban que no eran saludables, en general indicaron el exceso de azúcar, las chucherías, los refrescos, la comida rápida y las grasas. También lo vincularon a aspectos de sostenibilidad, como que se utilizara menos plástico para empaquetarlos, o la percepción de que los alimentos ecológicos eran más saludables.

Se mencionó que la salud no era equiparable a la imagen física o estética de cada persona, subrayándose la barrera que constituían las personas tóxicas, su relación con posibles trastornos del comportamiento alimentario (TCA) y la necesidad de la autoestima como elemento facilitador **[TABLA 4]**.

Otros hábitos también señalados como relevantes fueron: 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; mantener una rutina y horarios; así como conocerse bien a sí mismo, lo que refuerza la importancia que concedían al bienestar emocional.

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.

**d) Factores, barreras y facilitadores que incidían en la alimentación y vida saludable.**

La familia fue uno de los factores más influyentes, principalmente mencionado por las chicas, seguida de la influencia que concedían a los profesionales (de la salud, actividad física, etc.), sobre todo, en los grupos de rentas más altas. La influencia de los medios de comunicación y del instituto fue más destacada por los chicos en los barrios de mayor renta, si bien 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 **[TABLA 5]**.

Tabla 5  
Selección de citas en relación con los factores determinantes.

**d) Factores facilitadores.**

- "La familia, la sabiduría que tengan, por ejemplo, las abuelas"
- "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"
- "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"
- "Lo mismo, frutas. Frutos secos también y, bocatas, que no sean tanto de beicon sino de queso y tomate, lechuga, por ejemplo"
- "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"
- "Yo no hago patios dinámicos y normalmente estoy dando vueltas hablando con amigos y amigas..."

**e) Barreras.**

- "También depende del dinero que tenga tu familia porque a veces comer sano tampoco es que sea muy económico"
- "La falta de tiempo de la persona que cocina en casa. A veces no da tiempo para preparar y dices, "¡Ah! pues esto"
- "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"
- "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"
- "En el comedor siempre nos dan una manzana, una mandarina, una pera, lo queelijamos. - Sí, pero eso es en el comedor"
- "En el instituto no nos hablan de eso"
- "Y desde pequeña 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"
- "Señor, 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"

En cuanto a aspectos que incidían en la decisión de hacer ejercicio físico, destacaron el interés personal; sin embargo, se observó que cuando tenían mayor posibilidad de elección, como en el recreo o el tiempo libre, la mayoría elegía realizar actividades pasivas.

Expresaron preferencia por consumir productos de cercanía, reconociéndoles su papel en el fortalecimiento de la economía local y en la mejora de los procesos de producción, y entre las principales barreras destacaron: el NSE; la falta de tiempo; la oferta de la cafetería del instituto; y la presión social.

En relación con los usos y percepciones sobre la tecnología digital, destacó la importancia concedida a la necesidad de asumir una postura crítica frente a las redes sociales, el impacto positivo que los *influencers* ejercían en sus vidas y la consideración de que los teléfonos móviles cumplían una función positiva y necesaria en sus vidas.

**e) Percepciones y predisposición para participar en políticas públicas orientadas hacia una vida saludable.**

A pesar de la percepción que expresaron con respecto a la falta de escucha por parte del sec-

tor adulto, la mayoría indicó que sí estarían dispuestos a participar en la elaboración de políticas públicas orientadas a la mejora de la vida saludable, aunque algunas personas indicaron que no tenían dicha disposición, o no podrían por falta de tiempo. Si bien, en numerosas ocasiones los adolescentes consideraron que sí podían aportar algo a este tipo de iniciativas.

## Resultados de las sesiones deliberativas.

Los participantes elaboraron colectivamente propuestas orientadas a la mejora de la alimentación por parte de los adolescentes, los centros educativos y el gobierno. Las propuestas planteadas y organizadas en orden de prioridad se recogen en la **TABLA 6**.

Tabla 6  
Resultados de las sesiones deliberativas.

### 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.

## DISCUSIÓN



EN SÍNTESIS, SE OBSERVAN 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 una vida saludable, si bien esta cuestión es comentada mayoritariamente por chicas.

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 participantes se observa 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. De los diez grupos de discusión realizados, se observa una predominancia de participación femenina en cinco de los grupos, una mayor involucración por parte del género masculino en tres grupos y una participación equilibrada en dos grupos.

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 ocasio-

nes, esto también constituye un elemento inhibitor. Un factor inhibitor 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 resalta como un tema sensible la relación entre la imagen corporal, la autoestima y la alimentación, el cual parece incitar ansiedad y nerviosismo. Finalmente, el inhibitor más común parece ser la timidez que experimentan algunas personas.

La participación en las sesiones deliberativas (que tuvieron lugar en horario extraescolar) es mayoritariamente femenina. Este hecho apunta a 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 proceden de las diferentes zonas y centros educativos en los que se desarrolló el estudio, por lo que la mayoría previamente no se conocen 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 provoca 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 muestran 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.

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 realizó el estudio debe interpretarse prudentemente, ya que existen otros factores que podrían afectar a 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 los adolescentes que participan 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, aunque se recogen las opiniones más frecuentes mencionadas en el estudio, ello debe 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 conduce a pensar necesariamente que no haya diferencias en los hábitos saludables en función del nivel socioeconómico.

Buena parte de las propuestas planteadas por los 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, familiar y comunitario, protegiendo a la infancia y adolescencia de la presión de 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, coincidiendo con otros estudios que concluyen en su importancia (10,30,31). La familia es destacada, igualmente, en relación a la práctica de actividad física, así como a 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.

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 los hábitos saludables, sino también aquellos que guardan una relación más indirecta, como el dinero o la falta de tiempo, aportando a los adolescentes y sus entornos familiares información y apoyo para superar o minimizar el efecto de estas barreras, aspectos estos detectados también en otros estudios (10,32,33).

Todo ello corrobora 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* (34), 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, y facilitando igualmente el acceso de los grupos socioeconómicos más desfavorecidos

a una alimentación más saludable y a la práctica de la actividad física.

El instituto es percibido, junto con la familia, como uno de los agentes más influyentes, por lo que otro tipo de recomendaciones pasan por focalizar 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 realizar actuaciones dirigidas a controlar y regular la oferta alimentaria en los centros educativos de cara al fomento de una alimentación más saludable y sostenible, promoviendo la contratación pública de alimentos y bebidas con criterios nutricionales y de sostenibilidad.

El estudio pone de manifiesto la existencia de aspectos diferenciales entre la 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, se aprecian ciertas diferencias en función de la zona de realización del estudio, de ahí que sean claves la perspectiva comunitaria y participativa, la importancia de crear alianzas que promuevan entornos más saludables, el incluir actividades en horario escolar, o tomar en consideración los liderazgos emergentes.

Las redes sociales se destacan 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, coincidiendo con lo encontrado en otros estudios (35,36).

Finalmente, destaca el interés de 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, en el diseño e implementación de estas recomendaciones puede tener una marcada aceptación y atracción para la población adolescente.

Una limitación importante en este tipo de estudios es su reproducibilidad, dadas las restricciones éticas intrínsecas a facilitar de forma abierta los datos primarios y la codificación de los estudios. No obstante, debe mencionarse que la lista de códigos, frecuencia y grupos utilizada para el análisis del discurso se recoge en el informe institucional del estudio referenciado previamente.

## AGRADECIMIENTOS

AGRADECIMIENTOS  
 Agradecemos el trabajo realizado por la empresa COGLOBAL y la colaboración de la Dirección General de Evaluación y Cooperación Territorial del Ministerio de Educación y Formación Profesional, de las consejerías de Educación de las comunidades autónomas de Andalucía, Baleares y Madrid, de los Ayuntamientos de Cádiz, Málaga, Palma de Mallorca y Rivas Vaciamadrid y de los IES San Severiano de Cádiz, Campanillas de Málaga, La Ribera de Palma de Mallorca y Las Lagunas de Rivas Vaciamadrid. ©

Estudio cualitativo sobre las percepciones en alimentación, prácticas alimentarias y hábitos de vida saludables en población adolescente

TERESA ROBLEDO DE DIOS et al.



1. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Consumo. *Estudio ALADINO 2019: Estudio sobre Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España 2019*. Madrid, 2020. [Internet]. Disponible en: [https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/detalle/aladino\\_2019.htm](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]. [Consultado 21 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/estudioHBSC/home.htm>

3. *Obesidad y Pobreza Infantil: Radiografía de una doble desigualdad. Estudio del rol de los factores socioeconómicos en la obesidad de los escolares en España. Informe breve*. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Consumo. Alto Comisionado contra la Pobreza Infantil. Presidencia de Gobierno. [Internet]. 2022 [consultado 4 de enero de 2023]. Disponible en: [https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/observatorio/Obesidad\\_Pobreza.pdf](https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/observatorio/Obesidad_Pobreza.pdf)

4. Alto comisionado para la lucha contra la pobreza infantil. *Obesidad infantil y desigualdad*. [Internet]. 2019 [consultado 21 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.comisionadopobrezainfantil.gob.es/es/db013-obesidad-infantil-y-desigualdad>

5. 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]. [Consultado 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](https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/observatorio/indicadores/I12b_Menores_consumen_fruta_verdura_diario.pdf)

6. Espinosa AM. *Prácticas sociales, sobrepeso y obesidad infantil en una primaria pública de Tijuana en 2012*. (Tesis doctoral). Disponible en: <https://www.colef.mx/posgrado/tesis/2010894/>

7. Alfonso Bermúdez KA. *Percepción de alimentación saludable y prácticas alimentarias en población adolescente. Revisión sistemática de literatura* (Trabajo de grado). Bogotá, 2019. [Consultado 22 de febrero de 2022]; Disponible en: <http://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/46424>

8. Benítez JR. *Hábitos y estilos de vida en la adolescencia y convivencia familiar*. 58.

9. Savona N, Macauley T, Aguiar A, Banik A, Boberska M, Brock J *et al*. *Identifying the views of adolescents in five European countries on the drivers of obesity using group model building*. Eur J Public Health. 1 de abril de 2021;31(2):391-396.

10. Fernández-Prieto I, Giné-Garriga M, Canet Vélez O, Fernández-Prieto I, Giné-Garriga M, Canet Vélez O. *Barreras y motivaciones percibidas por adolescentes en relación con la actividad física. Estudio cualitativo a través de grupos de discusión*. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2019 [consultado 10 de enero de 2023];93. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1135-57272019000100049&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272019000100049&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

11. Alto Comisionado para la Pobreza Infantil. *Plan Estratégico Nacional para la reducción de la Obesidad Infantil*. [Internet]. [Consultado 21 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.lamoncloa.gob.es/presidente/actividades/Documents/2022/100622-plan-estrategico-nacional-reduccion-obesidad-infantil-en-plan-bien.pdf>

12. Gil Nebot MÁ, Estrada Ballesteros C, Pires Alcalde ML, Aguirre Martín-Gil R. *La investigación cualitativa y la promoción de la salud en la Comunidad de Madrid*. Rev Esp Salud Pública. octubre de 2002;76(5):451-459.

13. Cáceres P. *Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológica alcanzable*. Psicoperspectivas Individuo Soc. 20 de octubre de 2008;2(1):53-82.

14. Sanchez E. *Capítulo 10: La investigación cualitativa en la investigación en salud. Fundamentos y rigor científico*. Semergen-Med Fam. 1 de febrero de 2008;34:75-79.

15. Cerdá JCM, Carretero MJE, Rodríguez MAP, Fernández IF. *La relación médico-paciente en el tratamiento de*

Estudio cualitativo sobre las percepciones en alimentación, prácticas alimentarias y hábitos de vida saludables en población adolescente

TERESA ROBLEDO DE DIOS *et al*.



la diabetes tipo 1: Un estudio cualitativo. Aten Primaria Publ Of Soc Esp Fam Comunitaria. 2006;38(1):8-16.

16. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Consumo. *Estudio cualitativo sobre las percepciones en alimentación, prácticas alimentarias y hábitos de vida saludables en población adolescente*. [Internet]. 2022 [consultado 4 de enero de 2023]. Disponible en: [https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/noticias/2022/estudio\\_cualitativo\\_adolescentes.pdf](https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/noticias/2022/estudio_cualitativo_adolescentes.pdf)

17. Callejo Gallego J. *Observación, entrevista y grupo de discusión: el silencio de tres prácticas de investigación*. Rev Esp Salud Pública. octubre de 2002;76(5):409-422.

18. Guix J. *Analizando los “porqués”: los grupos focales*. Rev Calid Asist. 31 de diciembre de 2003;18:598-602.

19. Ballestas IP, Vargas RB. *La aproximación cualitativa en salud: una alternativa de investigación clínica de las enfermedades reumáticas*. Reumatol Clínica. 2005;13 (sep-oct):166-174.

20. Martín S, Gallardo E, Almaraz-Gómez A, Made-ruelo J. *Percepciones y expectativas sobre la atención primaria de salud: una nueva forma de identificar mejoras en el sistema de atención*. Atención Primaria-ATEN PRIM. 1 de octubre de 2005;36:358-364.

21. Prieto Rodríguez MA, March Cerdá JC. *Paso a paso en el diseño de un estudio mediante grupos focales*. Aten Primaria. 15 de abril de 2002;29(6):366-373.

22. Herrera Rodríguez JI, Guevara Fernández GE, Munster de la Rosa H. *Los diseños y estrategias para los estudios cualitativos. Un acercamiento teórico-metodológico*. Gac Médica Espirituana. agosto de 2015;17(2):120-134.

23. *Reglamento (UE) 2016/ 679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/ CE (Reglamento general de protección de datos)*.

24. Jefatura del Estado. *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales* [Internet]. Sec. 1, Ley Orgánica 3/2018 dic 6, 2018 p. 119788-857. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2018/12/05/3>

25. Casanueva-Mateos L, Ruiz-López P, Ignacio Sánchez-Díaz J, Ramos-Casado V, Belda-Holfheinz S, Llorente-de la Fuente A et al. *Cuidados al final de la vida en la unidad de cuidados intensivos pediátricos. Empleo de técnicas de investigación cualitativa para el análisis del afrontamiento de la muerte y situaciones críticas*. Rev Calid Asist. 1 de enero de 2007;22(1):36-43.

26. Amezcua M. *La entrevista en grupo. Características, tipos y utilidades en investigación cualitativa*. Enferm Clínica. 1 de enero de 2003;13(2):112-117.

27. Sayago S. *El análisis del discurso como técnica de investigación cualitativa y cuantitativa en las ciencias sociales*. Cinta Moebio. 2014;(49):1-10.

28. Mayring P. *Qualitative content analysis: theoretical foundation, basic procedures and software solution*. Klagenfurt. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ss0ar-395173>. Nutzungsbedingungen: Dieser. 144.

29. Cáceres P. *Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológica alcanzable*. 60.

30. Niermann CYN, Kremers SPJ, Renner B, Woll A. *Family Health Climate and Adolescents' Physical Activity and Healthy Eating: A Cross-Sectional Study with Mother-Father-Adolescent Triads*. PLOS ONE. 25 de noviembre de 2015;10(11):e0143599.

31. Wäsche H, Niermann C, Bezold J, Woll A. *Family health climate: a qualitative exploration of everyday family life and health*. BMC Public Health. 29 de junio de 2021;21(1):1261.

32. Eime RM, Casey MM, Harvey JT, Sawyer NA, Symons CM, Payne WR. *Socioecological factors potentially associated with participation in physical activity and sport: A longitudinal study of adolescent girls*. J Sci Med Sport. noviembre de 2015;18(6):684-690.

33. Güler D. *The Relationship between Eating Habits, Physical Activity and Socio-Economic Level in Children* [Internet]. 2018 [consultado 10 de enero de 2023] p. 81-90. Disponible en: <https://eric.ed.gov/?id=ED586121>

34. Ministerio de derechos Sociales y Agenda 2030. *Plan de Acción Estatal para la Implementación de la Garantía Infantil Europea (2022-2030)* [Internet]. [Consultado 28 de marzo de 2023]. Disponible en: [https://www.comisionadopobrezainfantil.gob.es/sites/default/files/PlanAccion\\_MAS\\_220706\\_104155.pdf](https://www.comisionadopobrezainfantil.gob.es/sites/default/files/PlanAccion_MAS_220706_104155.pdf)

35. Tiggemann M, Slater A. *Facebook and body image concern in adolescent girls: A prospective study*. Int J Eat Disord [Internet]. 18 de octubre de 2016 [consultado 10 de enero de 2023];50(1). Disponible en: <https://uwe-repository.worktribe.com/output/900964/facebook-and-body-image-concern-in-adolescent-girls-a-prospective-study>

36. O'Reilly M. *Social media and adolescent mental health: the good, the bad and the ugly*. J Ment Health Abingdon Engl. abril de 2020;29(2):200-206.

Estudio  
cualitativo sobre  
las percepciones  
en alimentación,  
prácticas  
alimentarias  
y hábitos de  
vida saludables  
en población  
adolescente

TERESA  
ROBLEDO  
DE DIOS  
*et al.*