



# IDENTIFICACIÓN DEL PERFIL SOCIO-ECOLÓGICO LIGADO A LA

## NUTRICIÓN Y SALUD DEL BARRIO DE SAN CRISTÓBAL DE LOS ÁNGELES



© Susana Vera para Acción contra el Hambre

**POR LA ALIMENTACIÓN  
POR EL AGUA.  
POR LA SALUD.  
POR LA NUTRICIÓN.  
POR EL CONOCIMIENTO.  
POR LA INFANCIA.  
POR LOS PUEBLOS.  
POR TODOS.  
POR SIEMPRE.  
POR LA ACCIÓN.  
CONTRA EL HAMBRE.**

# ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	4
<b>2. OBJETIVOS</b>	11
<b>3. MATERIALES Y MÉTODOS</b>	12
<b>4. RESULTADOS</b>	20
<b>5. CONCLUSIONES</b>	40
<b>6. RECOMENDACIONES</b>	43
<b>ANEXOS</b>	
• <b>ANEXO I: CARTA DE PRESENTACIÓN Y ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA</b>	44
• <b>ANEXO II: ESTABLECIMIENTOS DE ALIMENTACIÓN</b>	50
• <b>ANEXO III: PROGRAMACIÓN DE TALLERES DE ALIMENTACIÓN. FICHAS DE DOCENCIA.</b>	52
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	56

# 1. INTRODUCCIÓN



Los barrios son el principal espacio de convivencia y de relaciones de la mayoría de las personas dentro de las ciudades. El distrito de Villaverde (fig. 1), ubicado en el extremo sur de Madrid, está conformado por cinco barrios: San Andrés (recientemente denominado Villaverde Alto Centro Histórico de Villaverde), San Cristóbal de los Ángeles, Butarque, Los Rosales y Los Ángeles.

Concretamente, este estudio se ha llevado a cabo en el barrio de San Cristóbal de los Ángeles, comúnmente llamado San Cristóbal. Aquí, la Organización No Gubernamental Acción contra el Hambre y la Fundación Montemadrid como socio financiador, llevan a cabo desde el año 2015 el proyecto VIVES EMPLEA-DESPEGA SAN CRISTÓBAL, enmarcado dentro de la iniciativa de Acción contra el Hambre, Vives Emplea, destinada a aumentar las oportunidades de encontrar un empleo a través del autoconocimiento, la motivación y la mejora de las competencias y habilidades.

(<https://www.vivesemplea.org/>).

Dentro de este convenio de colaboración, Acción contra el Hambre y la Fundación Montemadrid trabajan en conjunto para favorecer la dinamización en la inserción laboral de los vecinos y vecinas que se encuentran en situación de desempleo en el madrileño barrio de San Cristóbal. Asimismo, el proyecto VIVES EMPLEA-DESPEGA SAN CRISTÓBAL, está desarrollando otras actividades complementarias como la elaboración de un diagnóstico relacionado con la nutrición, la actividad física y la empleabilidad en el barrio. Para la consecución de este objetivo ha contado con la

colaboración del grupo de investigación EPINUT (acreditado nº920325), adscrito a la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid y vinculado a la Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación (SEDCA), y que se denomina oficialmente "Valoración de la condición nutricional en las poblaciones humanas: aplicaciones clínicas, epidemiológicas y de promoción de la salud". Esta palabra resume la principal línea de trabajo del grupo -epidemiología nutricional- no obstante, los temas que trata son muy variados.

Por ello, en el marco de esta colaboración entre Acción contra el Hambre y EPINUT, bajo un convenio de acuerdo existente entre ambas instituciones y con la financiación de la Fundación Montemadrid, este estudio se propone conocer la situación ambiental del barrio de San Cristóbal mediante la caracterización bio-socio-demográfica de la población y del entorno; el estudio de la oferta del territorio desde el punto de vista nutricional y de la actividad física; y la identificación de barreras y facilitadores que permitan optimizar el estudio y aumentar el conocimiento sobre aspectos nutricionales y de la actividad física en la población. Este estudio permitirá crear un perfil socio-ecológico ligado a la nutrición y salud del barrio donde viven la mayoría de las personas participantes del programa y así identificar itinerarios formativos que complementen los ya desarrollados dentro del programa de empleabilidad, para mejorar el impacto de los proyectos desde el punto de vista nutricional y de salud.

## 1.1 EL DISTRITO DE VILLAVERDE Y EL BARRIO DE SAN CRISTÓBAL:

El distrito de Villaverde, tal y como lo conocemos en la actualidad se configuró a partir de 1988 (Sastre, 2017) y linda al sur con el término municipal de Getafe, al norte con el Distrito de Usera, al este con el Distrito de Villa de Vallecas, y al oeste con el término municipal de Leganés. Su estructura consta de cinco barrios: Los Ángeles, San Andrés, Los Rosales, San Cristóbal y Butarque.

Para la configuración de cada barrio la localización y la red de comunicaciones han sido un factor determinante, puesto que ambos parámetros han funcionado como barrera entre los distintos barrios, otorgando a cada uno su identidad propia (Díez de Baldeón, 1986).

Tradicionalmente, Villaverde había desempeñado actividad agrícola, de elaboración de pan y de fabricación de tejas, sin embargo, en 1848 con la inauguración en el distrito la estación de tren de la línea Madrid-Aranjuez surgió la actividad de los talleres ferroviarios y actividades afines y se atrajo la atención de promotores industriales (Sastre, 2017). Tras la Guerra Civil se fundaría, en 1941, el Instituto Nacional de Industria (INI) al que se encomendó instalar en Madrid y alrededores factorías importantes, de las cuales un notable conglomerado se instaló en Villaverde (Valenzuela 2010), algunos ejemplos son la fábrica de Cerámicas La Norah, que se encontraba en San Cristóbal, Barreiros que se transformará en Chrysler y posteriormente Centro de Madrid de PSA Peugeot Citroën (Sastre, 2017). Muchas personas emigraron desde las zonas rurales para trabajar en las fábricas, generándose de este modo una importante necesidad de viviendas populares.

Entre 1955 y 1970 el número de habitantes creció de manera importante, sin embargo, la dotación de servicios y equipamientos no fluía con tanta rapidez, por lo que el distrito alcanzó altos grados de deficiencias de todas clases (Valenzuela, 2010). En las décadas posteriores, los propietarios de algunas fábricas de Villaverde construyeron Colonias próximas para sus empleados y de esta forma surgieron las colonias de Boetticher, Marconi, etc., (Sastre, 2017). Entre otros factores, éstas son algunas de las características que han ido conformando los barrios de este distrito.

Cabe destacar que en la actualidad los indicadores socio-económicos y de salud de Villaverde son de los más bajos respecto a la media de la ciudad de Madrid.

FIG 1. DISTRITO DE VILLAVERDE (WWW.MADRID.ES)



El barrio de San Cristóbal se conforma como consecuencia de una actuación de vivienda social en un polígono donde se situaba La Norah ([www.transparencia.madrid.es](http://www.transparencia.madrid.es)). Se trata de uno de los barrios más humildes de Madrid ya que según los datos que proporciona el Ayuntamiento, se trata del barrio con la tasa de paro más alta de la capital. Además, el distrito al que pertenece es el que menor renta per cápita tiene de todos los que conforman Madrid. De sus habitantes,

el 51,08% de los hombres y el 48,64% de las mujeres tienen edades comprendidas entre los 25 y 44 años y el 28,36% de los hombres y el 30,50% de las mujeres tienen edades entre 45 y 54 años. El grupo de parados más numeroso es el de las personas de 50 a 54 años (15,47% en hombres y 12,98% en mujeres) seguido del grupo de entre 45 y 49 años (14,68% y 12,14% en mujeres), colectivos que, por lo general tienen más difícil el acceso al empleo. También, San Cristóbal posee una proporción relevante de ciudadanos con estudios de nivel primario y alrededor de un 5% de los residentes tiene titulaciones de grado superior. Asimismo, San Cristóbal es uno de los barrios más diversos de la capital, teniendo el 28,5% de los habitantes nacionalidad extranjera, y la proporción de inmigrantes (extranjeros menos UE y resto países de OCDE / Población total) se sitúa en torno al 25,0%.

## 1.2 SALUD, DESEMPLEO Y OTROS FACTORES SOCIOECONÓMICOS:

San Cristóbal posee una proporción relevante de ciudadanos con estudios de nivel primario y alrededor de un 5% de los residentes tiene titulaciones de grado superior. Asimismo, San Cristóbal es uno de los barrios más diversos de la capital, teniendo el 28,5% de los habitantes nacionalidad extranjera, y la proporción de inmigrantes (extranjeros menos UE y resto países de OCDE / Población total) se sitúa en torno al 25,0%.

Salud y trabajo van unidos y se influyen mutuamente, por lo que el impacto que tiene el desempleo sobre la salud de quienes lo sufren y su entorno familiar y social es grande (Bambra, 2010). Diversos estudios han abordado la importancia del empleo como una parte integradora de la identidad del individuo proporcionándole distintos beneficios como el bienestar físico y mental, la autoestima, e integración social, entre otros (Ferrie, 2000 y Ferrie et al. 2003).

Por ejemplo, el aumento del desempleo derivado del período de recesión que comenzó en torno al 2007, permite constatar que la falta de trabajo involuntario puede conllevar una merma de las condiciones de salud de quienes lo sufren. Investigadores han observado que en las consultas de atención primaria españolas se ha producido un incremento en la frecuencia de los desórdenes relacionados con la salud mental y un mayor abuso de alcohol, especialmente entre aquellas familias con miembros en desempleo y que afrontaban situaciones financieras complicadas (Gili et al., 2012). Resultados similares encontraron Urbanos-Garrido y López Valcárcel en 2015, donde patologías como el estrés y la ansiedad asociada al desempleo, particularmente de larga duración, habrían tenido importantes consecuencias negativas tanto en la salud auto referida por los sujetos del estudio como en los datos de salud mental. Ambos parámetros, se agravarían en períodos de crisis económica. En otros países de la Unión Europea como Italia (Bacci et al., 2017) y Grecia (Drydakis, 2014) se han observado efectos análogos. Además, en este último trabajo, las mujeres se vieron más afectadas negativamente por el desempleo en relación a la salud.

Las situaciones económicas desfavorables y el desempleo pueden estar también asociadas con una pérdida en la calidad de la alimentación. El acceso a una nutrición saludable y adecuada contribuye en la mejora de los problemas de pobreza, salud, educación, diferencias entre sexos y empleo ([www.accioncontraelhambre.org](http://www.accioncontraelhambre.org)). Actualmente, y como consecuencia de la transición epidemiológica y la globalización, se tiende a un patrón dietético común en el que predominan los alimentos de origen animal y los productos procesados ricos en calorías, pero pobres en fibra, carbohidratos complejos o proteínas (Popkin, 2012). Estos nuevos estilos de vida tienen lugar, principalmente, en sociedades con economías emergentes y desarrolladas, donde se imponen nuevos hábitos de alimentación y se fomenta el sedentarismo. Las desigualdades sociales junto con los distintos patrones de alimentación tienen importantes consecuencias en los grupos humanos, observándose, entre otras, el aumento del sobrepeso y la obesidad y de las alteraciones metabólicas asociadas (Leonard, 2014; Ulijaszek y Lofink, 2006) como la hipertensión, la hipercolesterolemia, la hipertrigliceridemia y la hiperglucemia. El acceso inadecuado a alimentos saludables contribuye a la subalimentación y también al exceso ponderal, particularmente en los países de ingresos medianos altos y altos ([www.fao.org](http://www.fao.org)). En este sentido, en 2017, la Organización Mundial de la Salud (OMS), anunciaba que, a nivel mundial, el 39% de los adultos tienen sobrepeso y el 13% obesidad y se estima que cada año mueren por esta causa 2,8 millones de personas (OMS, 2017). Además, el exceso ponderal ha sido asociado con distintas enfermedades crónicas entre las cuales, predominan las cardiovasculares, la diabetes, distintos tipos de cáncer y patologías respiratorias. También, la obesidad se relaciona con sarcopenia, osteoartritis y pérdida general de movilidad. Todo ello, puede mermar tanto la calidad como la esperanza de vida (Stenholm et al., 2017; Ponce-García et al., 2015; Ishii et al., 2014).

Sin embargo, no únicamente los patrones alimentarios y el sedentarismo son la causa de fenómenos como el sobrepeso y la obesidad. También, existen otros factores socioeconómicos. Entre estos, la educación juega un papel fundamental puesto que puede ser el punto de partida que determine la adhesión o el rechazo a ciertos hábitos de vida. Los individuos con mayor educación tienen mayores posibilidades de cambiar ciertos patrones en la toma de decisiones para restringir ciertos riesgos adoptando prácticas de salud más seguras que dilaten la aparición de enfermedades crónicas (Smith et al., 2015). En el artículo presentado por la Dra Hoffman de la universidad de Rotterdam y colaboradores (2017) analizaron la tendencia en las desigualdades en obesidad según el nivel educativo en 15 países de Europa durante dos décadas, entre 1990 y 2010. Los resultados obtenidos muestran que la tasa de prevalencia de obesidad para los distintos niveles educativos aumentó tanto en hombres como en mujeres a lo largo de los años, siendo las tasas de obesidad mayores entre aquellas personas con menor nivel educativo (excepto entre los hombres en países como Hungría, Irlanda y Polonia). También, el aumento en la prevalencia de obesidad fue, por lo general, mayor entre las mujeres con niveles educativos bajos respecto a aquellas con estudios superiores. En el marco del estudio ANIBES, realizado en población española, López-Sobaler et al., (2016) analizaron los efectos de la actividad física, el tabaquismo y otros factores socioeconómicos como el nivel educativo sobre la prevalencia de obesidad general y abdominal. En la muestra, formada por 1.655 individuos, entre los 18 y los 65 años de edad, se puso de relieve que, entre los factores

anteriormente mencionados, el nivel educativo estuvo indirectamente relacionado con la obesidad y la obesidad abdominal. También, la actividad física vigorosa y dormir más de 7 horas diarias estuvo asociado con un menor riesgo de obesidad general y abdominal. Igualmente, el nivel educativo ha sido relacionado con resultados de salud deficientes y mortalidad para numerosas enfermedades de carácter crónico (Smith et al., 2015).

Dado que el estado de salud no depende únicamente de factores biológicos y de hábitos, sino de múltiples parámetros sociales, en el año 2008 la OMS publicó un informe derivado de una comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud en el que se concluía que las inequidades en salud podían ser reducidas tomando medidas sobre los determinantes sociales incluyendo, las experiencias de vida temprana, la seguridad alimentaria, los servicios de atención médica, el empleo, la educación o la equidad de género entre otros factores. Para poner en marcha estas medidas, la comisión, propone tres acciones principales: (1) mejorar las condiciones de vida, (2) disminuir la desigual distribución del poder y de los recursos, (3) medir y entender el problema. Respecto a esta última se hace hincapié en la necesidad de la educación para la salud y la concienciación, tanto entre los profesionales como entre el público general, que permitan reducir las inequidades en la salud entre los grupos poblacionales.

Aunque anteriormente se ha mencionado la nutrición y otros factores socioeconómicos, la inactividad física supone en la actualidad uno de los problemas de salud pública de mayor envergadura (Blair, 2009). Además, existe una gran cantidad de evidencia científica relacionada con el sedentarismo y el riesgo de padecer distintos tipos de enfermedades. Por ejemplo, en el estudio PURE (Lear et al., 2017) se incluyeron datos de 17 países con diferentes niveles socioeconómicos para observar si había algún tipo de diferencia entre las poblaciones sobre el efecto de la actividad física y la enfermedad cardiovascular. La muestra, contemplaba individuos tanto de áreas urbanas, rurales como de periferia. Entre los resultados, encontraron una disminución del riesgo de mortalidad proporcional a la actividad física realizada y concluyeron que tanto la actividad física recreativa como no recreativa presentó beneficios en la disminución de eventos cardiovasculares. Actualmente, la OMS recomienda, en población adulta entre 18 y 64 años, la práctica mínima de 150 minutos semanales (30 min al día) de actividad física aeróbica, de intensidad moderada o 75 minutos de actividad vigorosa por semana o una combinación de ambos tipos de actividades ([www.who.int](http://www.who.int)). Sin embargo, y aunque una gran parte de los estudios son realizados por científicos de la salud pública y del comportamiento, en muchas ocasiones únicamente se evalúa la duración de la actividad física durante el tiempo libre, siendo vital establecer modelos que fomenten un estilo de vida activo y para el que es esencial implementar intervenciones a distintos niveles que estén basadas en modelos ecológicos y por tanto estén focalizadas tanto en los individuos como en los entornos físicos, sociales y las políticas de intervención para poder fomentar el cambio en las poblaciones (Sallis et al., 2006). Los modelos ecológicos son particularmente aplicables a la actividad física porque ésta suele realizarse en entornos físicos específicos (Sallis et al., 1998). La situación ambiental determina la calidad y el estilo de vida en los barrios. El entorno físico y el entorno social en que se desenvuelven las personas son aspectos clave a tener en cuenta ya que condicionan

directamente los comportamientos de los sujetos a la hora de tomar decisiones respecto de su alimentación y de llevar estilos de vida más activos o inactivos. Además, de los factores biológicos poblacionales existen factores individuales socioculturales, económicos propios del microentorno del sujeto que van a condicionar las pautas de alimentación y de ejercicio físico de los habitantes de una localidad. Por ejemplo, en investigaciones realizadas en Estados Unidos se ha podido constatar que el acceso a los parques y a otras instalaciones deportivas es más bajo en aquellas comunidades más empobrecidas (Gordon-Larsen et al. 2006). También, se ha observado en algunos barrios con ingresos bajos que, aunque contaban con infraestructuras adecuadas para el tránsito, la seguridad, el mantenimiento y la estética era menor y por tanto estos factores interferían en la disponibilidad y la capacidad de las personas de utilizar estos espacios (Zhu y Lee, 2008).

Asimismo, la calidad de la dieta, que depende de decisiones conscientes a la hora de elegir los alimentos que la componen, se ve influenciada por el entorno, social, cultural y económico en el que se toman dichas decisiones y que limitan o favorecen el acceso y la disponibilidad. Vivir en un entorno socioeconómico con alta tasas de desempleo y por tanto con economía deprimida puede influir en los comportamientos dietéticos de muchas maneras, por ejemplo, limitando el acceso a los supermercados (a través de un menor servicio de estas zonas comerciales o de menor acceso al transporte). También, favoreciendo el acceso a las “tiendas de la esquina” por su cercanía e independientemente del tipo de comercio del que se trate (Morland et al., 2006), o directamente imposibilitando el acceso a alimentos caros a algunos grupos poblacionales. Por ejemplo, el papel del entorno en la salud de las vecinas y vecinos de distintos barrios de Nueva York fue estudiado por Gordon et al, (2011), mediante la exploración de la disponibilidad y el acceso a los alimentos de vecindarios de bajos ingresos y de altos ingresos. Entre los interesantes resultados que obtuvieron, encontraron que la proporción de tiendas “pequeñas de la esquina” que vendían más productos saludables eran más abundantes en los barrios con altos ingresos, mientras que su proporción era menor a medida que los barrios estaban más empobrecidos. La tendencia contraria se encontró en los restaurantes de comida rápida, siendo estos más abundantes en los vecindarios de bajos ingresos.

Por tanto, a la hora de evaluar los hábitos de vida relacionados con la nutrición y con la actividad física resulta imprescindible abordar el tema desde un enfoque socio-ecológico, y desde este punto de vista se han planteado los objetivos para este estudio en el barrio de San Cristóbal.

## 2. OBJETIVOS



El objetivo principal de la investigación es analizar la situación ambiental del barrio de San Cristóbal que condiciona la situación nutricional y de salud de los participantes del programa de empleabilidad y al resto de residentes de este municipio donde Acción Contra el Hambre desarrolla junto con la Fundación Montemadrid un programa de empleabilidad.

La información de este estudio permitirá crear un perfil socio-ecológico ligado a la nutrición y salud del barrio donde viven la mayoría de las personas participantes del programa y así identificar itinerarios formativos que complementen los ya desarrollados dentro del programa de empleabilidad, para mejorar el impacto de los proyectos desde el punto de vista nutricional y de salud.

### 2.2 LOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS SON:

Caracterizar bio-socio-demográficamente la población y el entorno del barrio de San Cristóbal de los Ángeles.

Conocer la oferta del territorio desde el punto de vista nutricional, de la actividad física y de la calidad de vida.

## 3. MATERIALES Y MÉTODOS



Para llevar a cabo el estudio socio-ecológico se combinaron dos técnicas de análisis: la cuantitativa y la cualitativa como ha sido realizado en numerosas investigaciones en el campo de la salud (Morse, 1991). El propósito de la aplicación de ambos métodos es utilizar los puntos fuertes de uno de ellos para poder mejorar el rendimiento del otro (Morgan, 1998).

En este caso, el método aplicado consistió en realizar en primer lugar una exploración de datos de carácter cuantitativo para determinar los puntos clave a tratar y los actores a los que se dirigiría la entrevista semiestructurada (ANEXO I). A través de la entrevista, como herramienta de análisis de tipo cualitativo es posible profundizar con los individuos entrevistados en los temas seleccionados para obtener un mayor conocimiento de los mismos y de las situaciones y conductas que los atañen (Troncoso-Pantoja y Placencia, 2017).

Los datos cuantitativos se recopilaron a dos niveles: distrito y de barrios. A continuación, se detallan los datos seleccionados.

### 3.1 DATOS CUANTITATIVOS A NIVEL DE DISTRITO:

En primer lugar, se recopilaron los datos referentes a distintos indicadores por distritos de Madrid. La base de datos fue obtenida en el portal de datos abiertos del Ayuntamiento de Madrid. El fichero corresponde al Panel de indicadores de distritos y barrios de Madrid. Estudio Sociodemográfico 2017 ([www.datos.madrid.es](http://www.datos.madrid.es)). Los datos relativos a los indicadores de salud que están publicados corresponden al Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid (Díaz-Olalla JM y Benítez-Robredo, 2015) que a su vez tienen sus fuentes en la Encuesta de Salud de Madrid 2013. Los datos, en el estudio mencionado, fueron clasificados en cuatro agrupaciones según los distritos. Los criterios de clasificación que siguieron para realizar el análisis de conglomerados se basaron en tres variables: el índice de renta bruta disponible per cápita, porcentaje de habitantes con un nivel de estudios superiores o secundarios y esperanza media de vida al nacer. Así, los distritos quedaron agrupados como se detalla a continuación: (1) Usera, Puente de Vallecas, Villaverde y Carabanchel; (2) Latina, Villa de Vallecas, Vicálvaro, Moratalaz, Tetuán, San Blas, Ciudad Lineal y Centro; (3) Hortaleza, Fuencarral-El Pardo, Arganzuela y Moncloa-Aravaca. (4) Barajas, Chamberí, Retiro, Chamartín y Salamanca.

Para la comparación de las variables seleccionadas entre los distritos se escogió un distrito de cada uno de los grupos, y se compararon con los datos totales de la ciudad de Madrid. Los distritos estudiados fueron: Villaverde, Villa de Vallecas, Arganzuela y Retiro.

A continuación, se detallan los indicadores y cada una de las variables analizadas ([www.madrid.es](http://www.madrid.es)):

#### Características generales de los distritos seleccionados:

- Superficie (Ha)
- Densidad (hab/Ha)
- Edad media de la población.

#### Estructura de los hogares:

- Número total de hogares
- Tamaño medio del hogar

#### Indicadores económicos:

- Renta media anual de los hogares (Urban Audit) (2014): Este indicador es facilitado por el Instituto Nacional de Estadística al Ayuntamiento de Madrid. Se calcula mediante el cociente entre la renta neta media anual y el número de hogares. Para más información sobre la estimación de este indicador consultar: ([www.madrid.es](http://www.madrid.es))
- Crecimiento/decrecimiento Renta Bruta Per Cápita 2014 – 2008.

#### Indicadores de desempleo:

- Tasa absoluta de paro registrado (agosto 2017)
- Parados que sí reciben prestación.
- Parados que no reciben prestación.

**Educación:**

- Nivel de estudios de la población > 25 años: Este indicador viene dividido en las siguientes categorías: No sabe leer ni escribir o sin estudios; primaria incompleta; bachiller elemental, graduado escolar, ESO, formación profesional 1º grado; Formación profesional 2º grado, bachiller Superior o BUP; titulados medios, diplomados, arquitecto o ingeniero técnico; y estudios superiores, licenciado, arquitecto o ingeniero superior, estudios superiores no universitarios, doctorado, estudios postgraduados.

**Salud:**

- Hábitos y estilos de vida (Estudio Madrid Salud, 2014). Las variables que se incluyeron fueron: práctica de ejercicio físico diario y sedentarismo.
- Nivel de salud (Estudio Madrid Salud, 2014): autopercepción de buen estado de salud (% de respuesta muy buen y buena); calidad de vida relacionada con la salud (este indicador se midió a través del cuestionario COOP/WONCA que puntúa entre 1 y 5 siendo las mayores puntuaciones el reflejo de una peor calidad de vida autopercebida); presencia de alguna enfermedad crónica (como por ejemplo, alergias, artritis o hipercolesterolemia); hipertensión arterial; diabetes mellitus; proporción de personas con obesidad (Índice de masa corporal, IMC  $\geq$  30 kg/m<sup>2</sup>); y prevalencia de obesidad en la población infantil (Estudio Madrid Salud. UCM, 2017) (Díaz-Olalla et al., 2017).

**Calidad de vida (Estudio >16 años, 2016).**

- Calidad de vida y agenda pública (indicador sintético 0-100). Las variables recogidas fueron: satisfacción de vivir en su barrio; calidad de vida actual en su barrio; convivencia vecinal.
- Satisfacción con los servicios públicos (escala del indicador de 0-10): espacios verdes; parques infantiles; instalaciones deportivas.
- Deportes: centros deportivos Municipales; superficie deportiva en m<sup>2</sup>; instalaciones deportivas básicas; acceso libre; campos de fútbol; piscinas de verano; piscinas cubiertas.
- Zonas verdes (2016): zonas verdes (Ha); relación de zona verde (m<sup>2</sup>)/habitante (deseables 15 m<sup>2</sup>/hab; mínimo 10 m<sup>2</sup>/hab).

## 3.2 DATOS CUANTITATIVOS A NIVEL DE BARRIO:

También, se realizó una exploración de los datos cuantitativos por barrios, estableciendo comparaciones de cada uno de los indicadores dos a dos entre San Cristóbal y el resto de los barrios del distrito de Villaverde. Se seleccionaron variables descriptivas de tipo general, y otras relacionadas con empleo y el desempleo de los vecinos y vecinas de San Cristóbal, estableciendo categorías dicotómicas que se muestran a continuación. Los datos tomados fueron diferenciados por sexos para poder hacer una descripción más precisa de la dinámica del empleo.

Los indicadores mostrados son los siguientes ([www.madrid.es](http://www.madrid.es)):

**Características generales:**

- Población total.
- Densidad de habitantes
- Superficie en hectáreas
- Edad promedio

**Hogares clasificados por su tamaño y composición (tipo y nacionalidad):**

- Número de personas por vivienda.
- Nacionalidad en los hogares.

**Afiliados residentes en Madrid por barrio**

- Edad afiliados a la Seguridad Social
- Nacionalidad afiliados a la Seguridad Social
- Tipo de contrato afiliados a la Seguridad Social
- Tipo de jornada afiliados a la Seguridad Social
- Edad de las afiliadas a la Seguridad Social
- Nacionalidad de las afiliadas a la Seguridad Social
- Tipo de contrato afiliadas a la Seguridad Social
- Tipo de jornada afiliadas a la Seguridad Social

**Características del paro registrado:**

- Total de desempleados
- Nivel de estudios desempleados
- Nacionalidad desempleados
- Perceptores de prestación por desempleo
- Tiempo de los desempleados
- Total de desempleadas
- Nivel de estudios desempleadas
- Nacionalidad de las desempleadas
- Perceptoras de prestación por desempleo
- Tiempo desempleadas

Para realizar el análisis estadístico de los datos se llevaron a cabo pruebas de contraste entre los barrios de Los Ángeles, Los Rosales, San Andrés y Butarque, respecto al barrio de San Cristóbal. El procesamiento estadístico de la distribución de probabilidad se realizó aplicando test de Chi/ ji-cuadrado y utilizando software MSEXcel2010.



### 3.3 ANÁLISIS CUALITATIVO: ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA:

Se estableció contacto vía correo electrónico con los agentes sociales colaboradores de Acción Contra el Hambre en el programa Vives Emplea-Despega San Cristóbal de los Ángeles, y mediante una carta de presentación se solicitó la colaboración en el proyecto (ANEXO I) a personal de distintas instituciones públicas y privadas que estuvieran en contacto con colectivos del barrio. Se fijaron citas con educadores, trabajadores sociales, dinamizadores, directores y profesores de enseñanza secundaria de niños y adultos, madres de alumnos y alumnas, profesionales de la salud, profesionales de la inserción laboral y líderes vecinales, que se tomaron como actores clave concededores de las necesidades de los colectivos de adultos y menores del barrio.

Los profesionales entrevistados pertenecieron a instituciones de servicios de búsqueda de empleo y formación (Oficina de Empleo de Villaverde, Acción contra el Hambre), a centros socioculturales (Casa San Cristóbal), a espacios de intervención comunitaria (Espacio de Igualdad Clara Campoamor), a instituciones de educación de menores y adultos (Instituto de Enseñanza Secundaria Ciudad de Los Ángeles y Centro de Educación Para Adultos Villaverde), a la AMPAs de un centro de enseñanza primaria (CEIP Azorín), a instituciones de rehabilitación psicosocial (CRPS Centro de Rehabilitación Psicosocial Villaverde Intress), a instituciones de salud pública (CMS Villaverde), a empresas de emprendimiento (Colectivo MARES) y a la federación regional de asociaciones vecinales de Madrid (AAVV La Unidad de San Cristóbal). Se realizó una entrevista por cada una de las instituciones, con un total de 12 entrevistas completadas (Tabla 1).

TABLA 1. ENTIDADES PARTICIPANTES EN LAS ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS.

ENTIDADES PARTICIPANTES	
Servicios de búsqueda de empleo	Oficina de empleo de Villaverde
Centros Socio Culturales	CASA SAN CRISTÓBAL.
Intervención Comunitaria	Espacio de igualdad Clara Campoamor.
Educación	Ampa Azorín. CEPA Villaverde Instituto Ciudad de los Ángeles
Salud	Madrid Salud Villaverde (CMS) Centro de Salud San Cristóbal
Discapacidad	CRPS Centro de Rehabilitación Psicosocial Villaverde Intress.
Empresas o Emprendimiento	MARES Madrid
Asociaciones	Asociación Vecinal La Unidad de San Cristóbal. Acción Contra el Hambre

Las entrevistas semiestructuradas fueron realizadas en los lugares de trabajo de las personas entrevistadas, en un ambiente tranquilo. Se trató de buscar un momento en el que ellos y ellas pudieran atendernos de manera relajada para poder realizar la entrevista. Al comienzo de la entrevista, cada investigador se presentaba y explicaba de nuevo los objetivos del proyecto. La entrevista constaba de tres partes. En una primera parte se recopilaba información sobre el perfil del entrevistado como su edad, lugar de procedencia o nivel de estudios. En la parte central de la entrevista se abordaban los temas identificados como más relevantes para tratar en el proyecto, por ejemplo, sobre el interés o la preocupación de los vecinos y vecinas en relación a una alimentación saludable o la práctica de ejercicio físico. También, se abordaban temas socioeconómicos como el efecto del desempleo o el acceso a recursos para poder llevar hábitos de vida saludable. En la tercera y última parte se hacía un balance a modo de resumen sobre las barreras y facilitadores que los entrevistados/as encontraban para que en el barrio la población llevara hábitos de vida saludable. La decisión de consultar con los profesionales y no con los vecinos mismos se debió a dos causas: la breve temporalización del estudio y la predisposición de estos actores clave a colaborar con el proyecto.

El análisis de la entrevista se llevó a cabo siguiendo la metodología descrita en Marí et al., (2010) en la que, como resultado del diálogo mantenido y posterior lectura en profundidad de las entrevistas se identifican unidades de significado generales que agrupan aspectos relativos al tema investigado como otros que no están tan directamente relacionados. Posteriormente, se determinan y verifican las unidades de significado que son más relevantes para los temas que se investigan tales como aquellas asociadas con la alimentación y la actividad física. Cuando se observa que los temas esenciales se van repitiendo nos acercamos a una mejora en la comprensión del fenómeno que se estudia. Finalmente, las conclusiones extraídas de las entrevistas fueron reorganizadas en un análisis de debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades (DAFO) (Tabla 2) ya que esta técnica ha resultado una herramienta beneficiosa en otros estudios orientados a la promoción de salud (Skinner et al., 2012). Como resultado se pudieron esclarecer las prioridades a tener en cuenta en las posteriores acciones de intervención, como los talleres formativos propuestos.

TABLA 2. ANÁLISIS DAFO.

DISTRITO DE VILLAVERDE – BARRIO SAN CRISTÓBAL		
DAFO	Puntos débiles	Puntos fuertes
Origen interno	DEBILIDADES	FORTALEZAS
Origen externo	AMENAZAS	OPORTUNIDADES

## 3.4 CARACTERIZACIÓN DEL ENTORNO

Se realizó un listado de establecimientos, comercios y mercadillos dedicados a la alimentación partiendo de la información que facilita el Ayto. de Madrid en su Censo de Locales ([www.madrid.es](http://www.madrid.es)) y se comprobó in situ si dichos establecimientos se encontraban en activo.

Se analizó la oferta alimentaria a nivel “macro” observando la abundancia y diversidad de locales y clasificando los diferentes establecimientos en función del tipo de negocio alimentario, descartando los establecimientos dedicados a la hostelería.

Se analizó la oferta alimentaria a nivel “micro” observando la abundancia y diversidad de los tipos de producto presentes en cada establecimiento en la medida en que la visita al establecimiento lo permitió.

## 3.5 PROPUESTA FORMATIVA

Con objeto de retornar la información práctica obtenida durante el proceso, partiendo del análisis DAFO generado, se generaron 3 sesiones de Talleres sobre Nutrición y Hábitos de Vida adaptado al entorno y, concretamente al programa Vives Emplea-Despega San Cristóbal, cuya metodología se detalla a continuación. Las fichas de docencia pueden consultarse en el ANEXO III.

### PROGRAMACIÓN DE TALLERES DE NUTRICIÓN Y HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE:

La justificación de esta necesidad formativa se relaciona con el vínculo bidireccional existente entre la salud y el empleo. Como comprobó el Dr. Valentín Fuster, con amplia experiencia en programas de intervención nutricional en niños y adultos, “Si se capacita en conocimientos, habilidades y actitudes sobre un estilo de vida saludable, entre iguales, mejoraran sus hábitos de salud cardiovascular y el autocontrol de los factores de riesgo”.

En esta programación se ha buscado por tanto desarrollar actividades para el apoyo entre compañeros y compañeras en el cambio de hábitos no saludables y prevención del abandono de nuevos hábitos adquiridos. Esta es una propuesta que se conecta con la programación de los talleres de empleo y las necesidades sociales de las personas participantes, por lo que es necesario establecer colaboración constante entre unas personas coordinadoras y otras para que de este modo pueda ofrecerse una atención integral.

El objetivo general del programa se centra en mejorar los procesos éxito en la búsqueda activa de empleo. En los Talleres de Alimentación se plantean los siguientes objetivos específicos:

1. Ampliar el aprendizaje sobre la influencia de la alimentación y la actividad física en el estado de ánimo a la hora de buscar empleo. Desarrollar habilidades sociales que mejoren la autonomía para controlar la salud personal.
2. Desarrollar competencias de gestión de la economía doméstica; organización y planificación de la cesta de la compra; y nuevos usos y gestión del dinero a la hora de alimentarnos.
3. Desarrollar la actitud positiva ante la cocina saludable, cuidar la higiene del espacio y el cuidado del material. Seguimiento de recomendaciones nutricionales básicas. Uso de la agenda de planificación de la dieta.

La metodología se basará en la estrategia de grupo de pares o peer-group, ya aplicada en programas de mejora de hábitos saludables por la Agencia Española de Consumo Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN) y la Fundación SHE (Foundation for Science, Health and Education) en su Estandarización Del Programa Fifty-Fifty como “Buena Práctica”, donde pone de manifiesto que la intervención de apoyo entre iguales ayuda a mejorar los comportamientos saludables (AECOSAN, 2015).

La intervención a través de los talleres se realizará a través de dinámicas, y por tanto mantiene características propias de un proceso de formación no reglado:

- Es participativa, abierta y flexible posibilita a las personas participantes ser los protagonistas de sus propios cambios y desarrollar sus potencialidades personales.
  - Es integradora y motivadora a través de aprendizaje significativo.
- Estas pautas se trabajarán a nivel de grupo y se aplicarán métodos de aprendizaje colectivos que favorezcan la reflexión, el análisis conjunto y la búsqueda común de soluciones.

La estructura orientativa general de una sesión de talleres informativos es:

- Dinámica de presentación
- Información del tema a través de diapositivas Power Point
- Breve descanso
- Taller práctico de repaso de contenidos informados
- Compromiso grupal de objetivo saludable y diseño de seguimiento. Trabajo en grupo.

El material dispuesto para las actividades ha sido seleccionado con el fin de que se cubran las necesidades del alumnado a la vez que consigan objetivos acordes a su nivel de competencia. Algunos materiales son:

Materiales fungibles (folios, cartulinas, etc.)

Material de antropometría

Equipo informático (ordenador y proyector disponible en el aula)

En el ANEXO III, se muestran las fichas del profesorado para programar las sesiones.

# 4. RESULTADOS



## 4.1 CARACTERIZACIÓN BIO-SOCIO-DEMOGRÁFICA POR DISTRITOS.

Algunas de las características generales, así como de la población de los distritos estudiados, como la superficie o la densidad poblacional se reflejan en la Tabla 3. En relación a la edad promedio de los habitantes, cabe destacar que Villaverde (42,16 años) y Villa de Vallecas (38,44 años) presentan valores inferiores a la media de la ciudad, así como a los demás distritos seleccionados, siendo Retiro aquel con un mayor promedio para la edad (46,93 años). Estos datos concuerdan con la proporción de juventud (Población de 0-15 años/Población total) y la proporción envejecida (Población > 65 años/Población total) en cada uno de los distritos, siendo la primera variable mayor en Villaverde y Villa de Vallecas respecto a Arganzuela y Retiro y al contrario en relación a la envejecida. Asimismo, se destacan algunos datos respecto a la estructura de los hogares, siendo en el tamaño medio del hogar mayor en Villaverde respecto a Villa de Vallecas, Arganzuela y Retiro (Tabla 4).

TABLA 3. CARACTERÍSTICAS GENERALES POR DISTRITO

CARACTERÍSTICAS GENERALES	CIUDAD	VILLAVERDE	V. DE VALLECAS	ARGANZUELA	RETIRO
Superficie (Ha)	60.445,51	2.018,76	5.146,72	646,22	546,62
Densidad (hab/Ha)	52,65	70,64	20,29	235,16	216,82
Edad promedio	44,07	42,16	38,44	44,25	38,44

TABLA 4. ESTRUCTURA DE LOS HOGARES POR DISTRITO

ESTRUCTURA DE LOS HOGARES	CIUDAD	VILLAVERDE	V. DE VALLECAS	ARGANZUELA	RETIRO
Total de hogares	1.266.198	51.968	40.364	64.160	48.253
Tamaño medio	2,51	2,74	2,59	2,37	2,46

Los indicadores socio-económicos de Villaverde son de los más bajos respecto a la ciudad de Madrid. Como se destaca en la Tabla 5, de los indicadores económicos la renta media anual de los hogares en Villaverde representa el 62% de la media en toda en la ciudad de Madrid, mientras que el distrito Retiro, uno de los más favorecidos socioeconómicamente, es del 134%. Igualmente, mientras que la renta bruta per cápita de Arganzuela y Retiro se encuentran en crecimiento, en Villaverde se observa un decrecimiento destacado, al igual que decrece en Villa de Vallecas.

TABLA 5. INDICADORES ECONÓMICOS POR DISTRITO.

INDICADORES ECONÓMICOS	CIUDAD	VILLAVERDE	V. DE VALLECAS	ARGANZUELA	RETIRO
Renta media anual de los hogares (%)	40.440,1€	51.968	40.364	64.160	48.253
Crecimiento / Decrecimiento Renta Bruta Per Cápita (%)	-0,2	-4,4	-0,9	3,6	2,5

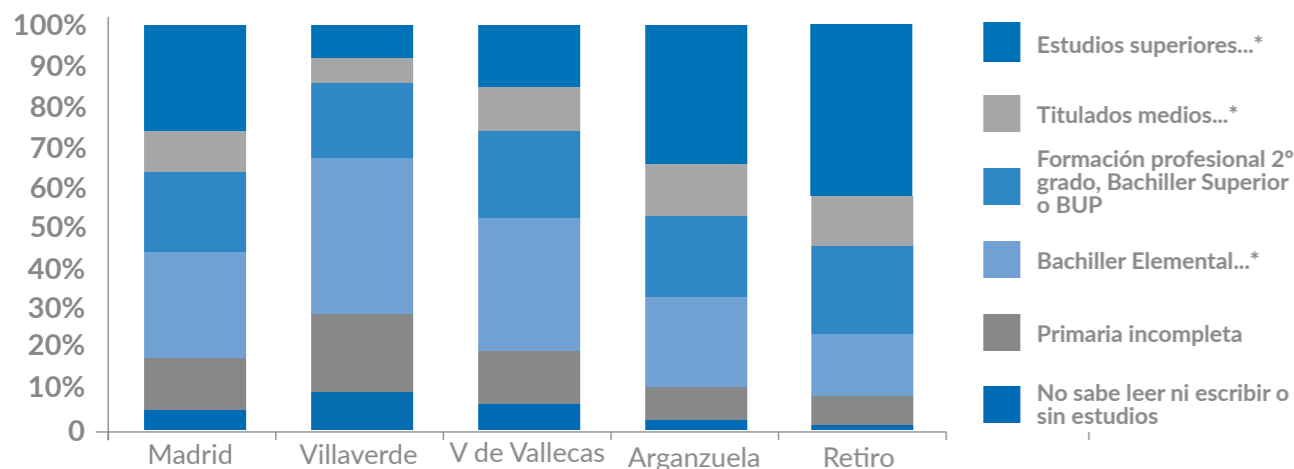
Con la finalidad de estudiar la posible relación entre el desempleo, el nivel de estudios y el estado de salud de la población, especialmente, los aspectos relacionados con la nutrición y la actividad física en Villaverde, se analizaron diversas variables para cada uno de estos indicadores. En relación al desempleo (Tabla 6), la tasa absoluta de paro, muestra diferencias significativas según el distrito ( $p < 0,001$ ). Además, esta proporción se encuentra más de cuatro puntos por encima de la tasa registrada para toda la ciudad. La cantidad de parados de larga duración también fue mayor tanto en Villaverde como en Villa de Vallecas respecto a Arganzuela y Retiro.

TABLA 6. INDICADORES DE DESEMPLEO POR DISTRITO

INDICADORES DE DESEMPLEO (%)	CIUDAD	VILLAVERDE	V. DE VALLECAS	ARGANZUELA	RETIRO
Tasa absoluta paro	8,7	12,1	10,6	7,4	6,1
Parados larga duración	41,4	43,0	43,4	38,2	40,0
Parados con prestación	38,9	34,0	36,6	41,0	42,6
Parados sin prestación	61,1	66,0	63,4	59,0	57,4

En cuanto al nivel de estudios (Figura 2) se observan diferencias importantes entre los distritos y la proporción de individuos que no tienen estudios, poseen estudios primarios o estudios secundarios y universitarios. Llamativamente, la tasa de individuos en Villaverde que no posee ningún estudio es del 10,30 % respecto al 2,20% en Retiro. Por el contrario, la diferencia entre la proporción de individuos con estudios superiores es mucho mayor en Retiro (41,5%) y Arganzuela (34,40%) que en Villaverde (8,70%) y Villa de Vallecas (16,10%). El valor global para la ciudad de Madrid respecto a esta última variable es del 26,30%.

IMAGES MENA PALESTINE- DIVISION OF HOUSEHOLD LABOR



A continuación, se presentan los indicadores relacionados con el nivel de salud. Tanto, Villaverde como Villa de Vallecas presentan las prevalencias más bajas, observándose un aumento en la tasa de auto percepción de la salud a medida que los distritos tienen una mayor renta per cápita y mejores cifras de empleo (Figura 3). Además, Villaverde y Villa de Vallecas son en los que mayor presencia de enfermedad crónica hay entre sus habitantes registran (Villa de Vallecas, 72,70% y Villaverde, 71%) (Figura 4). En relación a la calidad de vida relacionada con la salud (Figura 5) los vecinos y vecinas de Villaverde son aquellos que presentan una mayor puntuación (21,6) y por tanto una peor calidad de vida autopercibida. En el Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid, 2014, observaron que aquellos individuos que vivían en distritos de mayor desarrollo presentaban más del doble de posibilidades (OR= 2,26;  $p < 0,001$ ) de declarar buena salud y en los más favorecidos casi el doble (OR= 1,88;  $p < 0,001$ ) respecto a aquellas personas que viven en distritos más empobrecidos.

FIGURA 3. AUTOPERCEPCIÓN DE BUEN ESTADO DE SALUD POR DISTRITOS.

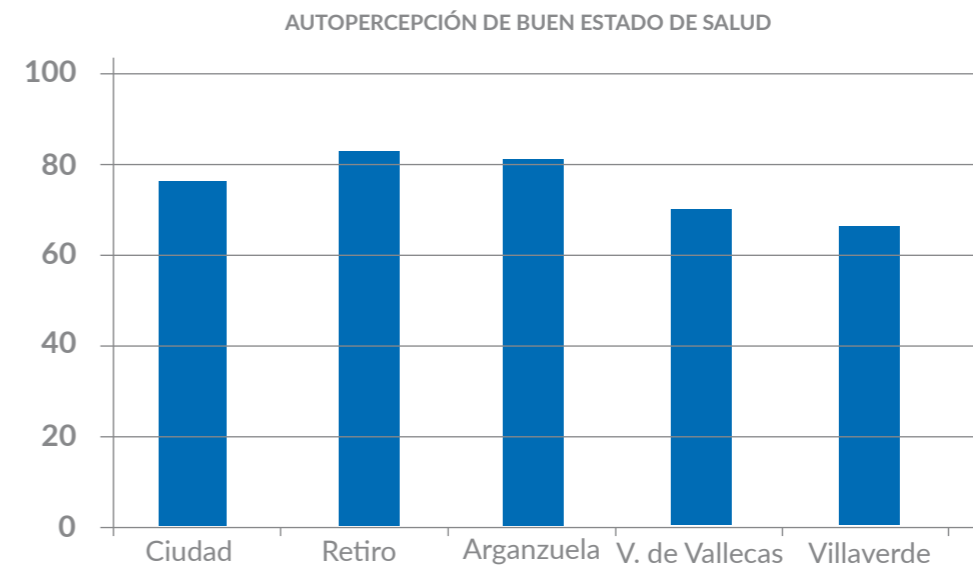


FIGURA 4. PRESENCIA DE ENFERMEDAD CRÓNICA POR DISTRITOS.

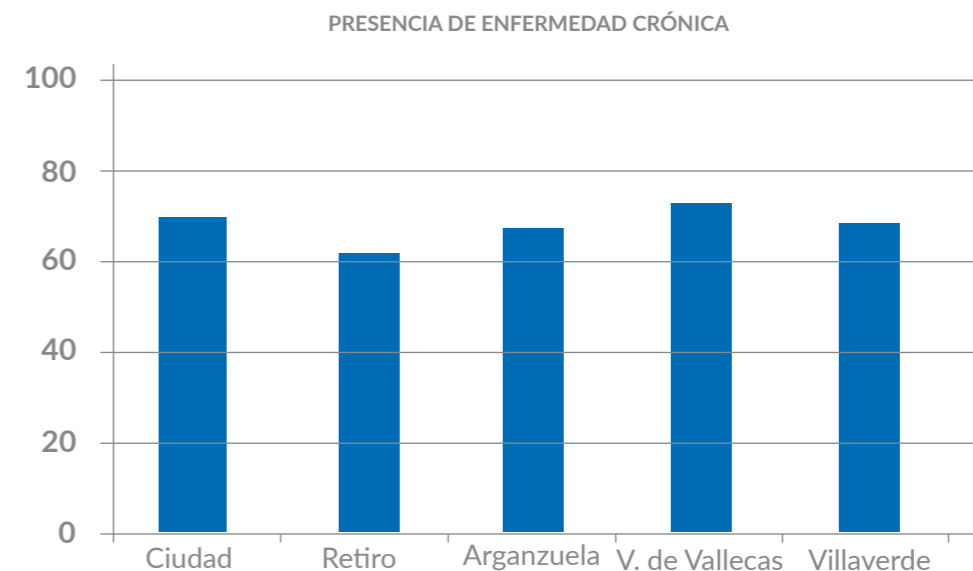
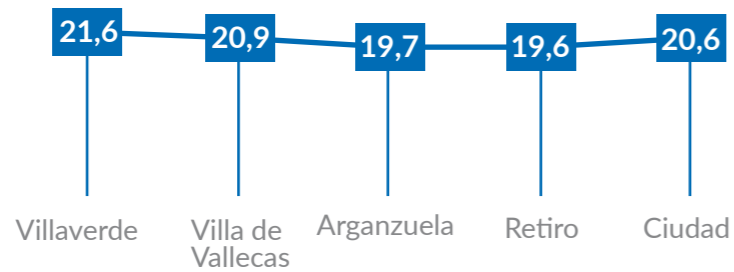


FIGURA 5. CALIDAD DE VIDA EN RELACIÓN A LA SALUD POR DISTRITOS.  
CALIDAD DE VIDA EN RELACIÓN A LA SALUD



De especial relevancia para este estudio son los datos del Ayuntamiento de Madrid relacionados con la obesidad en la población. La prevalencia de obesidad en adultos está íntimamente asociado a los hábitos de vida y como se ha mencionado anteriormente las las condiciones socioeconómicas desfavorables y el desempleo pueden estar ligadas a una pérdida en la calidad de alimentación, que en algunos casos y principalmente en los países enriquecidos, supone un incremento del acúmulo de tejido graso y por tanto del sobrepeso y la obesidad. Como se detalla en la Figura 6, entre los adultos la tasa de obesidad en Villaverde es del 14,5%, mientras que el valor total para Madrid es del 10,60%, siendo las diferencias significativas entre los distritos ( $p < 0,001$ ). También, se observan diferencias alarmantes en la proporción de obesidad en población infantil (Figura 6) entre los distritos, siendo del 21% en Villaverde y del 17,10% en Villa de Vallecas, sin embargo las cifras en el distrito de Retiro y Arganzuela son del 10,5% y el 11,5% respectivamente. Es importante destacar que entre los datos consultados no hay registro sobre aquellos sujetos con sobrepeso ( $IMC \geq 25$  y  $\leq 30$  kg/m<sup>2</sup>), por lo que no se está teniendo en cuenta a un porcentaje extenso de la población cuyo exceso ponderal puede estar asociado con pérdida de salud o con hábitos de vida no saludables en la actualidad o en el futuro. Igualmente, las prevalencias recogidas en los individuos con diabetes mellitus (Figura 7) es mayor entre aquellos que se encuentran en el distrito de Villaverde (9,70%). Esto podría, estar asociado con los datos de obesidad anteriormente expuestos ya que la hiperglucemia y la obesidad mantienen una estrecha relación. Sin embargo, se observa que los datos relativos a la hipertensión arterial (Figura 7) son similares entre todos los distritos y respecto al dato general de Madrid, encontrándose la prevalencia más elevada en Retiro (20,40%).

FIGURA 6. OBESIDAD EN LA POBLACIÓN ADULTA Y OBESIDAD EN POBLACIÓN INFANTIL POR DISTRITOS.

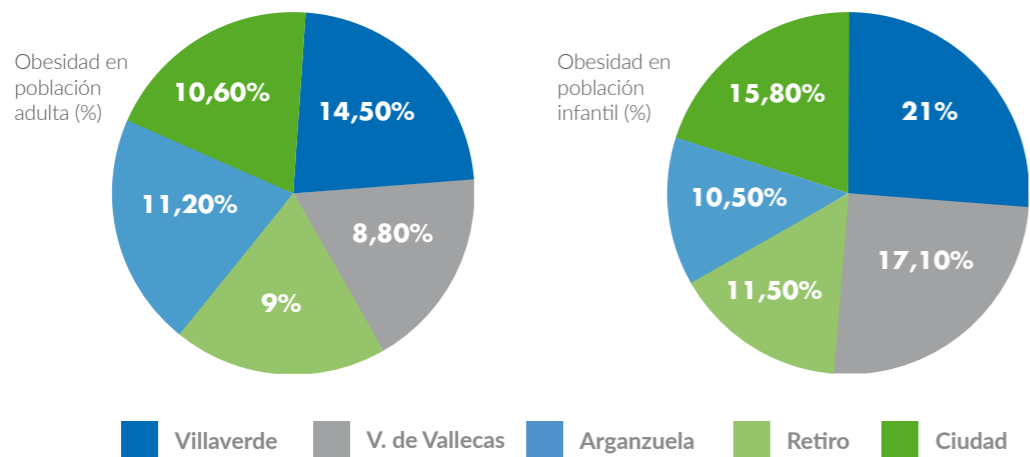
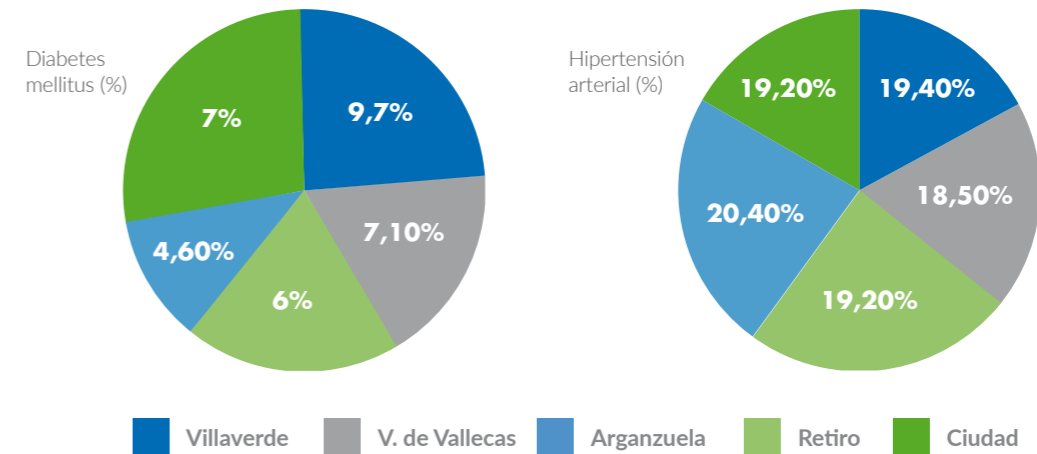
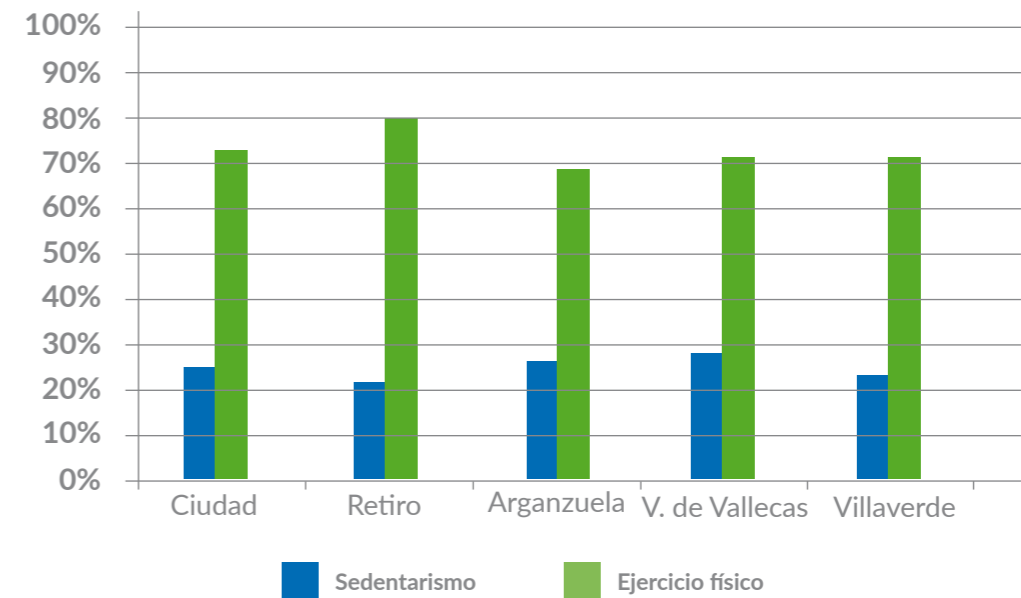


FIGURA 7. DIABETES MELLITUS E HIPERTENSIÓN ARTERIAL POR DISTRITOS.



Por otra parte, los indicadores de salud relativos a la practica de actividad física diaria así como la proporción de sedentarismo (Figura 8) ponen de manifiesto que el ejercicio físico sería practicado de manera diaria por el 70,40% de la población tanto en Villaverde como en Villa de Vallecas. En Retiro (78,90%) se registra la proporción más elevada, lo que puede ser en parte debido, a que se encuentra el parque de El Retiro, que contiene unas 125 Ha de extensión y que tendría unas buenas condiciones para la practica de ejercicio físico. Igualmente, se observan los niveles de sedentarismo más bajos (19,70%). Para esta variable, en Villaverde (23,70%) hay un menor índice de personas sedentarias que en Arganzuela (24%) y Villa de Vallecas que presenta la mayor tasa (27,60%).

FIGURA 8. PRÁCTICA DE EJERCICIO FÍSICO Y SEDENTARISMO POR DISTRITOS.  
PRÁCTICA DE EJERCICIO FÍSICO Y SEDENTARISMO



## 4.2 CARACTERIZACIÓN BIO-SOCIO-DEMOGRÁFICA POR BARRIOS.

Tras un primer análisis de las características de Villaverde, en comparación con otros distritos y de los datos generales de Madrid, se ahondó en algunos de los indicadores a nivel de barrio, como la estructura de los hogares, el desempleo, o las características de los afiliados/as. Todas las variables se compararon dos a dos entre San Cristóbal y el resto de los barrios de Villaverde. Las características generales por barrio pueden consultarse en la Tabla 7. Es interesante mencionar que la edad promedio de San Cristóbal es inferior (39,17 años) a la referida anteriormente para el conjunto del distrito (42,16 años). El barrio de Butarque presenta la edad promedio más baja con 35,48 años.

TABLA 7. CARACTERÍSTICAS GENERALES POR BARRIO.

BARRIO	POBLACIÓN TOTAL	DENSIDAD DE HABITANTES	SUPERFICIE EN HECTÁREAS	RETIRO
San Cristóbal	15.498	140,30	108,25	39,17
San Andrés	44.299	46,95	925,36	42,21
Butarque	18.628	27,05	637,55	35,48
Los Rosales	36.975	236,34	154,07	41,82
Los Ángeles	30.483	156,31	193,53	47,50

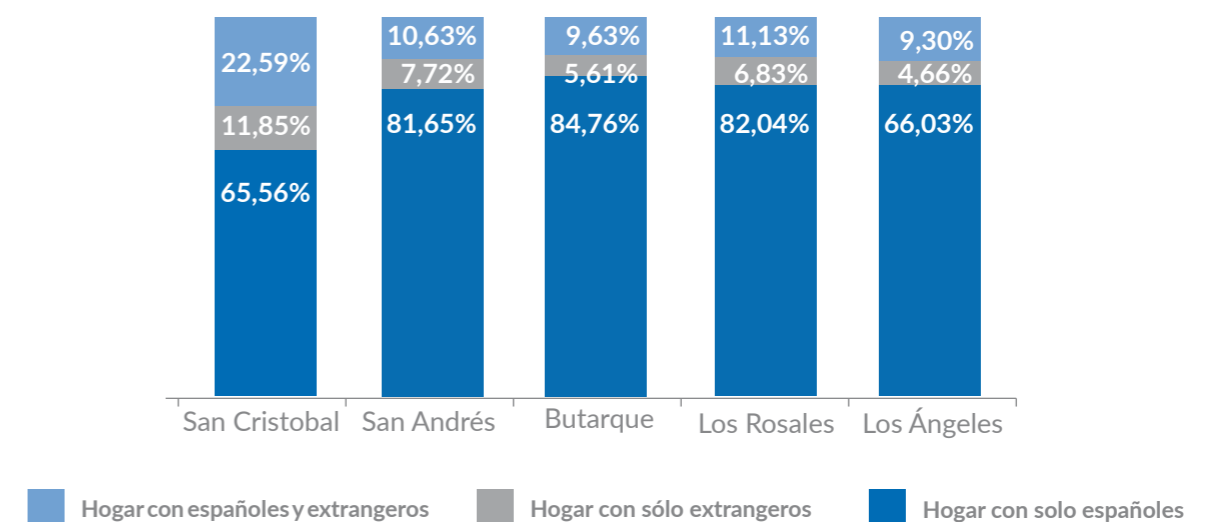
En cuanto a la estructura de los hogares, existieron diferencias significativas entre San Cristóbal y el resto de los barrios tanto para el número de personas por vivienda como para la nacionalidad en los hogares.

TABLA 7. CARACTERÍSTICAS GENERALES POR BARRIO.

Comparaciones entre el barrio San Cristóbal (SC) y otros barrios de Villaverde sin diferenciar por sexos		San Cristóbal	Los Ángeles		Los Rosales		San Andrés		Butarque	
Variable	Categorías dicotómicas	N	N	p-valor	N	p-valor	N	p-valor	N	p-valor
1. Número de personas por vivienda	hasta 5	4.486	11.323	<0,001	12.340	<0,001	15.183	<0,001	5.921	<0,001
	de 6 a 15	525	491		670		833		196	
2. Nacionalidad en los hogares	sólo españoles	3.285	10.164	<0,001	10.673	<0,001	13.077	<0,001	5.185	<0,001
	al menos dos nacionalidades	1.726	1.650		2.337		2.939		932	

Atendiendo a los datos descriptivos, sin separar por sexos, en San Cristóbal se puede advertir una tendencia a la diversidad de origen en los hogares, con un 22,59% de hogares en los que habitan españoles y extranjeros, como se refleja en la Figura 9.

FIGURA 9. COMPOSICIÓN DE LOS HOGARES (NACIONALIDAD POR BARRIOS).  
IMAGES MENA PALESTINE- DIVISION OF HOUSEHOLD LABOR



Al diferenciar por sexos, en los hombres (Tabla 9), se encontraron diferencias significativas entre San Cristóbal y el resto de los barrios del distrito para la edad de los afiliados a la seguridad social, la nacionalidad de los mismos y para el tipo de contrato y jornada de trabajo. Asimismo, para el nivel educativo de los desempleados también se detectaron diferencias entre los distritos. Cabe recalcar, que San Cristóbal es el barrio de Villaverde donde se encuentra una mayor proporción de individuos que no tienen ningún tipo de estudio, 13,1%, frente al 6,1% de Butarque. La proporción de individuos que cuentan con estudios de bachiller elemental, graduado escolar, ESO o formación profesional 1º grado, representan el 43,5% de la población, mientras que aquellos con estudios superiores tipo, licenciado, arquitecto o ingeniero superior, estudios superiores no universitarios, doctorado o con estudios postgraduados constituyen el 4,4%. Sin embargo, no se encontraron diferencias entre los barrios para el número total de desempleados, el número de perceptores entre los barrios y el tiempo que llevaban desempleados.

En el grupo de las mujeres (Tabla 10) se apreciaron diferencias significativas entre San Cristóbal y el resto de los barrios para la edad de las afiliadas a la seguridad social. Para el resto de variables se detectó cierta homogeneidad entre San Cristóbal y algunos de los barrios, por ejemplo, en contraste con Los Rosales no se encontraron diferencias para el tipo de contrato de las afiliadas a la seguridad social, el tipo de jornada o el tiempo que las mujeres llevaban desempleadas. Esta última variable tampoco fue significativa al comparar dos a dos San Cristóbal con San Andrés, Los Ángeles y Butarque. No obstante, en el caso de Los Rosales y Butarque existieron diferencias en cuanto al número de perceptoras de prestación por desempleo.

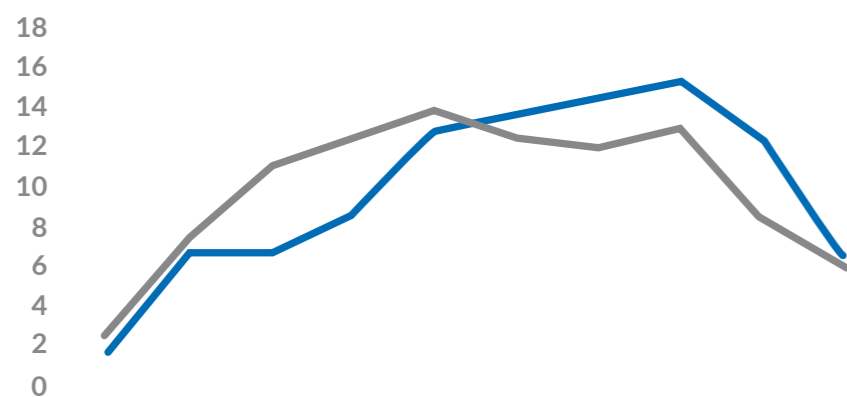
TABLA 7. CARACTERÍSTICAS GENERALES POR BARRIO.

Comparaciones entre el barrio San Cristóbal (SC) y otros barrios de Villaverde, mujeres.		SC		SC-San Andrés		SC-Los Rosales		SC-Los Ángeles		SC-Butarque	
Variable	Categorías dicotómicas	N	N	p-valor	N	p-valor	N	p-valor	N	p-valor	
3. Edad afiliadas a la Seguridad Social	hasta 45 años	136	9.037	<0,001	1.656	<0,001	1.130	<0,001	519	<0,001	
	45 años	108	4.130		1.258		717		227		
4. Nacionalidad afiliadas a la Seguridad Social	Españolas	190	12.234	<0,001	2.527	<0,001	1.571	NS	625	NS	
	Otra nacionalidad	54	933		387		276		121		
5. Tipo de contrato afiliadas a la Seguridad Social	Temporal	68	2.366	<0,001	1.021	NS	341	<0,001	135	<0,001	
	Indefinido	107	10.235		1.601		1.139		469		

Comparaciones entre el barrio San Cristóbal (SC) y otros barrios de Villaverde, mujeres.		SC		SC-San Andrés		SC-Los Rosales		SC-Los Ángeles		SC-Butarque	
Variable	Categorías dicotómicas	N	N	p-valor	N	p-valor	N	p-valor	N	p-valor	
6. Tipo de jornada afiliadas a la Seguridad Social	Parcial	78	3.649	<0,001	898	NS	473	<0,001	200	NS	
	Completa	97	8.882		1.715		999		397		
7. Total desempleadas	Hasta 45	496	1.172	NS	763	<0,001	558	<0,001	425	NS	
	Mayores de 45	328	938		758		585		238		
8. Nivel de estudios desempleadas	Sin estudios y estudios primarios	345	582	<0,001	508	<0,001	258	NS	143	<0,001	
	Estudios secundarios o más	479	1.526		1.112		882		519		
9. Nacionalidad desempleadas	Española	578	1.726	<0,001	1.262	<0,001	966	NS	567	<0,001	
	Otras	246	364		259		177		96		
10. Perceptoras de prestación por desempleo	Perceptora	626	1.506	NS	1.033	<0,001	757	NS	414	<0,001	
	No perceptora	198	604		488		386		249		
11. Tiempo desempleadas	Desempleado reciente	441	1.123	NS	803	NS	588	<0,001	352	NS	
	Desempleado de larga duración	383	987		718		555		311		
12. Nacionalidad sobre total mujeres	Española	5.720	18.948	<0,001	15.884	<0,001	13.994	<0,001	7.696	<0,001	
	Extranjera	2.040	3.726		3.023		2.169		1.103		

Observando los datos de los censos del Ayuntamiento de Madrid podemos ilustrar otra de las características del paro de San Cristóbal: dentro del barrio la tendencia es hacia un mayor desempleo femenino hasta la edad de 39 años que se revierte a partir de este punto, como se muestra en la Figura 10.

FIGURA 10. DESEMPLEO POR EDAD Y SEXO (H; HOMBRES / M; MUJERES) EXPRESADO EN PORCENTAJE EN EL BARRIO DE SAN CRISTÓBAL, DISTRITO DE VILLAVERDE (WWW.MADRID.ES).



	Parados 16 a 19	Parados 20 a 24	Parados 25 a 29	Parados 30 a 34	Parados 35 a 39	Parados 40 a 44	Parados 45 a 49	Parados 50 a 54	Parados 55 a 59	Parados 60 y más
— San Cristóbal H	1,79	6,72	6,83	8,63	13	13,78	14,68	15,47	12,44	6,61
— San Cristóbal M	2,43	7,52	11,04	12,62	13,96	12,62	12,14	12,98	8,49	6,19

## 4.3 CARACTERIZACIÓN DEL ENTORNO:

### LA OFERTA ALIMENTARIA

Se partió del censo de locales comerciales del Ayto. de Madrid. Se seleccionaron aquellos comercios con venta de alimentos a través de una búsqueda pormenorizada en Internet con la ayuda de la aplicación Google Street View y, con esa información, se elaboró una lista de establecimientos con venta de alimentos (oferta macro) de los que posteriormente se cotejó su vigencia in situ. Puede verse la tabla resultante del muestreo en el barrio en el ANEXO II.

Se pudo comprobar de visu que los establecimientos predominantes en el barrio llevan el rótulo de "Alimentación". Con respecto a la diversidad de la oferta de cada establecimiento (oferta micro) en algunas ocasiones, pudo verse comprometida por las evasivas o el desánimo de los comerciantes a que se investigara su género y también por la falta de tiempo de muestreo, si bien se pudieron detectar tendencias generales.

Se detectó que los establecimientos con el rótulo "Alimentación" ofrecen aperitivos, bebidas, lácteos, dulces, conservas, cereales, y, en ocasiones otros grupos de alimentos como frutas,

verduras, carnes o pescados y otros productos del mar. Estos establecimientos contienen neveras mixtas en que se mezclan alimentos precocinados y ultra-procesados de consumo inmediato.

Por otra parte, se encontró que sí existe oferta de frutas, verduras, carnes o pescados y otros productos del mar y que en los barrios colindantes se pueden encontrar otros supermercados con precios estándar.

### CALIDAD DE VIDA Y ACTIVIDAD FÍSICA:

A continuación, se detallan los datos obtenidos de las bases de registro del Ayuntamiento de Madrid para distintos indicadores relacionados con la calidad, de vida, la satisfacción de los servicios y los espacios destinados a la práctica deportivas y las zonas verdes. Puesto que no se tienen datos a nivel de barrio, se han mantenido los mismos distritos que han sido analizados anteriormente para establecer las comparaciones. En la Tabla 11, se advierte que la puntuación respecto a la satisfacción de vivir en su barrio (55), la calidad de vida actual en el barrio (55,2) y para la convivencia vecinal (60,8), los habitantes de Villaverde son los que más baja puntuación otorgan, situándose muy por debajo de los datos de referencia de la ciudad. Los individuos que mayor satisfacción muestran por vivir en su barrio son los del distrito Retiro (82,5), seguido de Arganzuela (73,7) y Villa de Vallecas (71,8). También, para el distrito de Villaverde, hay una menor satisfacción en cuanto a los espacios verdes (5,5), parques infantiles (5,1) e instalaciones deportivas (5,8), en relación al resto de los distritos (Tabla 12).

TABLA 11. CALIDAD DE VIDA POR DISTRITOS

CALIDAD DE VIDA (0-100)	CIUDAD	VILLAVERDE	V. DE VALLECAS	ARGANZUELA	RETIRO
Satisfacción de vivir en su barrio	70,8	55,0	71,8	73,7	82,5
Calidad de vida actual en su barrio	69,5	55,2	66,8	75,1	77,9
Convivencia vecinal	69,0	60,8	69,6	71,1	71,7

TABLA 12. SATISFACCIÓN DE LOS SERVICIOS POR DISTRITO

SATISFACCIÓN DE LOS SERVICIOS (0-10)	CIUDAD	VILLAVERDE	V. DE VALLECAS	ARGANZUELA	RETIRO
Espacios verdes	6,3	5,5	6,3	6,9	7,1
Parques infantiles	5,8	5,1	5,5	6,4	6,2
Instalaciones deportivas	6,4	5,8	6,2	6,7	6,9



FIGURA 11. ESPACIOS PARA LA ACTIVIDAD FÍSICA POR DISTRITOS.  
ESPACIOS PARA LA ACTIVIDAD FÍSICA

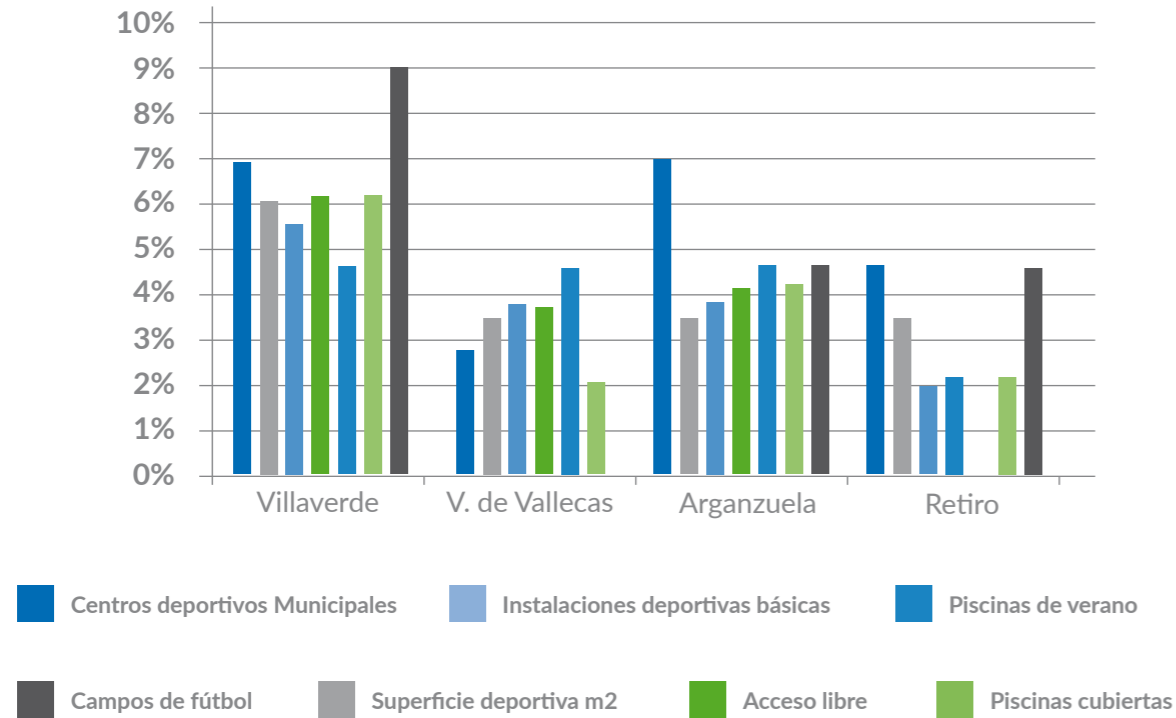


FIGURA 12. ZONAS VERDES (HA) POR DISTRITOS.  
ZONAS VERDES (HA) 6.219,15

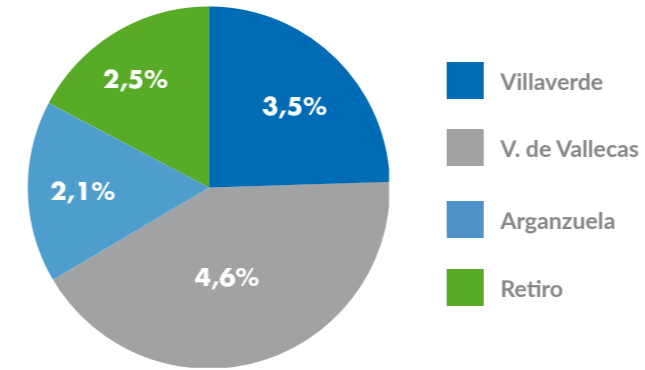


FIGURA 13. DISTRIBUCIÓN ESPACIAL DE OFERTA DEPORTIVA.



Aunque la satisfacción con los espacios deportivos en Villaverde es baja, la proporción de espacios destinados a la actividad física es mayor o igual que en el resto de los distritos. Los centros deportivos municipales representan el 6,9% del total de la ciudad, al igual que en Arganzuela. Respecto a este parámetro, Villa de Vallecas es el distrito que presenta un valor más bajo (2,8%). También, se observa esta tendencia para el resto de variables en este distrito. Otros parámetros, como la superficie deportiva total, constituye alrededor del 3,5% para Arganzuela, Retiro y Villa de Vallecas, sin embargo, en Villaverde es del 6,1%. La proporción de hectáreas de espacios verdes puede consultarse en la Figura 12. Es importante, mencionar que tanto Villaverde como Villa de Vallecas presentan las mayores extensiones catalogadas como espacios verdes, sin embargo, hay que recordar que la satisfacción de los vecinos y vecinas respecto a estos lugares es inferior a la de otros distritos como Retiro o Arganzuela, y los datos de globales para Madrid.

A continuación, se muestra un mapa con los espacios posibles para la práctica deportiva en el barrio de San Cristóbal. En verde se destaca la superficie disponible para la práctica deportiva al aire libre con disponibilidad de carril bici y algunos equipamientos destinados a la actividad física para mayores. Además, del Polideportivo Raúl González, se cuenta con el Centro Deportivo Municipal San Cristóbal, en Plaza Pinazo 9. Pueden observarse la distribución espacial de los recursos en la Figura 13.

## 4.4 ANÁLISIS DE LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA.

A continuación, se muestran las unidades de significado generales detectadas en las entrevistas. Estas unidades hacen referencia a los aspectos más frecuentemente mencionados en el discurso de los sujetos. En ellas, se agrupan aspectos relativos al tema investigado (unidades generales principales) como otros que no están tan directamente relacionados. Las unidades fueron divididas en distintas temáticas:

**Alimentación:** dinámicas en la alimentación, dificultades para el acceso a una nutrición de calidad y Promoción de hábitos saludables relacionados con la alimentación.

**Actividad física:** dificultades para el acceso a la realización de actividad, promoción de la actividad física en el barrio.

**Otras unidades detectadas** muy repetidas en los discursos que influyen en las unidades principales: empleo, falta de seguridad, limpieza, vivienda, tejido asociativo, factores emocionales.

Asimismo, en cada una de las unidades de significado se muestran expresiones o palabras resaltadas. Esa información es la que conformará las unidades de significado relevante que sintetizadas se agruparan en un análisis de debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades, DAFO.

En este análisis también se han incluido algunas frases literales de los entrevistados y entrevistadas que completan la información aportada por cada una de las unidades generales de significado.

### ALIMENTACIÓN:

Dinámicas en la alimentación.

Predomina el sobrepeso y la obesidad abdominal. Sobrepeso en población infantil y juvenil. **No hay preocupación por el peso.** Adolescentes y adultos: mayor preocupación entre las mujeres. Hay inquietud **por el sobrepeso**, sobre todo entre las mujeres. **Sí se observa mucho sobrepeso.** También hay **mucho sobrepeso en población infantil y juvenil.** También se ve **exceso de perímetro umbilical** porque no se hace ejercicio. **Consumo elevado de alimentos ricos en grasas y prefabricados** (poca fruta). Menores: consumo elevado de bollería industrial, snaks, bebidas energéticas. Consumo elevado de bebidas gaseosas. **Cada vez se consume más la comida preparada...** También cada vez más las personas mayores. Antes se guisaba más pero ahora no. Sí porque la gente no tiene tiempo de cocinar y todo es precocinado. Hay una **dinámica de mala alimentación general** que tiene consecuencias sobre la salud. Además, desayunan poco y cenar mucho, no hay preocupación por los hábitos de alimentación.

*“Han incrementado el consumo de productos procesados, bebidas azucaradas, comida rápida, dulces y bollería industrial; lo ves en la calle, alrededor de las papeleras”.*

Sentirse poco útiles, poco valorados. Los costes emocionales muchas veces conlleva una mala alimentación. Falta de ánimo, pesimismo.

Se detectan trastornos del sueño que se asocia con un mayor consumo de azúcar. **Veo mucha bollería industrial, bolsas de patatas, bocatas enormes, bebidas energéticas... estas son consumidas por causa de malos hábitos de sueño.** Se quedan con el móvil hasta las tres y luego están cansados, tienen falta de atención e intentan remontar...

Dificultades para el acceso a una nutrición de calidad.

**Nivel de conocimiento bajo en relación a la salud nutricional.** No se transmite a los hijos. Se ha puesto la etiqueta de que comer sano es caro. **Desconocimiento** a la hora de cocinar algunos tipos de alimentos de la cesta básica. **Falta de orientación de desayunos saludables.** Dinámicas de alimentación inadecuadas (desayunar poco, cenar mucho, comer cualquier cosa por el camino). Es importante que no se vea que la alimentación saludable es un lujo. Es una imagen que no corresponde a lo que ellos ven, por eso ven que no sea algo alcanzable. No lo identifican con su realidad.

*“Sabes lo que es sano para comer, pero le ponen la etiqueta de que son alimentos caros (pero beber ciertas bebidas gaseosas es más caro que beber agua). Cuando le das la opción de quitar el mito de que es caro puede que se hayan modificado sus hábitos. Le pones la etiqueta de que es inalcanzable”*

Aunque **también se puede comer bien más barato.** Hoy en día no sabemos cocinar, ni aprovechar los alimentos, por la dependencia de los hidratos. Frutas y verduras nada. **Si hubiera más información para comer sano.** También tenemos menos tiempo. Muchas casas no tienen luz. La cuestión emocional también influye. También hay mucho alcoholismo. Lo que detecta de **malas prácticas entorno a la comida tiene que ver con la ignorancia** y con la pobreza, no hay las mismas oportunidades para todos. Faltan iniciativas de alimentación saludable.

*“Se puede comer bien y más barato de lo que la gente cree aprendiendo a cocinar, incluyendo frutas y verduras, aprovechando bien los alimentos y no abusando tanto de los hidratos”.*

**No hay oferta nutricional adecuada. El comercio de cercanía está en decadencia. Cierre de negocios** tradicionales. **Cambio del tipo de negocio** de alimentación lo que provoca un mayor aislamiento. **Elevado precio** de productos de calidad y de temporada. **Elevado precio** de carnes y pescados. **Falta de diversidad de oferta alimentaria** de calidad y asequible. **Locales con falta de luz, ventilación, limpieza...** Comida rápida muy accesible. La comida rápida está demasiado a mano, está muy barata, y es muy seductora.

*“Cuando tienes pocos ingresos desciende la calidad de tu alimentación, no consumes producto fresco y eso tiene impacto sobre la nutrición y por tanto sobre el empleo”.*

*“Es un problema no tener empleo, y también no gestionar bien los recursos, hacer compras no adecuadas que dejan necesidades fundamentales sin cubrir”*

No se consume el aceite de oliva por el **precio**. Elevado consumo de otros aceites vegetales como el de cacahuete (Aunque **hay conocimiento** de que el aceite de oliva es más saludable). No cuidan la alimentación por el tema de la baja **renta per cápita**. Hay preocupación, pero **no oferta**. **Se espera respuesta institucional en cuanto emprendimiento, falta tejido asociativo en este sentido. Si no hay renta mínima para acceder a ciertos tipos de alimentos no se consumen.**

*“Pero el comercio de cercanía en el distrito está de capa caída, son negocios familiares que aguantan por no tener opción laboral hasta jubilarse. Estos comercios no garantizan cercanías ni calidad necesariamente...sin embargo son las opciones más saludables y se están muriendo”.*

Se antepone **otros problemas** como la vivienda, situación legal etc **aunque son conscientes** de que no comen de manera adecuada.

**Influencia negativa por parte de la publicidad.** Fundamentalmente por el tiempo disponible. Productos ultra procesados tienen una elevada palatabilidad (más grasos y sabrosos).

Consumo elevado de sustancias como alcohol y marihuana.

*“La causa de no comer bien va asociada a no saber cocinar aprovechando los alimentos, también a la falta de tiempo, a la pobreza energética de algunos hogares y a hábitos de consumo de tóxicos como el alcohol”.*

Promoción de hábitos saludables relacionados con la alimentación:

**Centro de salud** de San Cristóbal: actividades relacionadas con la salud nutricional. **Concienciación para el consumo de ciertos tipos de alimentos** dependiendo del perfil (paciente, nivel económico). Talleres de alimentación en grupo **organizados por el CMS**, aunque desde San Cristóbal vienen poco a los talleres por el límite físico (2 paradas de metro). En los **institutos se potencian conocimientos sobre una buena alimentación**. AMPA del Colegio Azorín funcionan como referentes de padres y madres de diferentes culturas: Iniciativa “desayuno saludable”. Recetario intercultural de Villaverde de La Rueda. (se comparten recetas y buenas prácticas de alimentación). **Otras asociaciones que intervienen en temas de nutrición** como Cáritas, Cruz Roja, Federación de Mujeres. **Hay interés entre algunos colectivos** en estar bien alimentados y cuidados. Los más pendientes de su alimentación, sobre todo, los de mayor edad. **Los huertos** promovidos desde la Asociación Vecinal San Cristóbal y la Fundación Montemadrid constituyen un elemento valorado. Frutas y verduras: la compra de estos productos en **el mercadillo resulta fácil y tiene mucha aceptación**.

## ACTIVIDAD FÍSICA:

Dificultades para el acceso a la realización de actividad física

**Falta de interés** entre algunos grupos, sobre todo entre adultos 30-60 años. Entre algunos colectivos más jóvenes tampoco, sobre todo en mujeres. Menores: choque cultural, **diferencias en el ocio**. **La preocupación no está en esos temas** (relacionados con la actividad física). Sí pero **no es preocupación prioritaria**: una parte de la población (los que tienen cubiertas las necesidades fundamentales) participan más, el resto están en otras.

*“En los grupos se generan sinergias que ayudan a sus componentes. Cuando las estrategias de intervención en empleo son grupales funcionan mejor”.*

**Mala iluminación.** El parque es **muy inseguro**. Hay mucho espacio peatonal y la Dehesa está muy bien pero **por la noche da miedo**. Sí son zonas adecuadas para practicar deporte en la calle, pero **deberían estar mejor iluminadas**. En la zona del puente tampoco es un paseo muy amable. **Poco seguro, poco iluminado;** callejones. Las mujeres no van a pasear y menos en invierno. La zona de las canchas por la noche no te puedes meter. Urbanísticamente, está bien diseñado para el ejercicio físico. Zonas **de baja visibilidad que provoca inseguridad**. Si, influye el diseño urbanístico.

Promoción de la actividad física en el barrio

**Preocupación entre algunos colectivos** de gente joven (como Street Work Out, y Calistenia) También, entre las personas con situación económica y familiar estable. En términos generales es una **demanda del barrio**. Buena dinamización del polideportivo Raúl González. Ciertos colectivos: SK Bars.

*“También hay grupos de paseo para personas con problemas de salud. Estos paseos saludables se están empezando a promocionar desde el centro de salud en San Cristóbal. Hay que dar las cosas muy sencillas, simplificadas, porque cualquier esfuerzo adicional cuando tienes muchas cosas es muy complicado. Además, hay mucha sensación de inseguridad”*

**Grupos participativos/Adhesión** a los programas o talleres formativos relacionados a los hábitos de vida saludable como la alimentación y la actividad física. Ejemplos: Programa ALAS (Convenio con el polideportivo); RISKKA; “Walking San Cristóbal”. Casa de la Cultura San Cristóbal tiene programas para mayores. **Acceso a instalaciones deportivas y algunos espacios para una vida saludable**. **Movilización vecinal** para hacer los **espacios abiertos más seguros**. Hay ciertos **recursos para la actividad física al aire libre** (parque de los Pinos, campo de fútbol en remodelación, skate park, SK Bars). Sí hay práctica deportiva, canchas. **Existencia de recursos gratuitos** que favorecen la actividad al aire libre, como el skate park.

*“Las actividades en grupo tienen muy buena aceptación, por ejemplo hay un grupo de mujeres que se organizan por whatsapp para salir a andar juntas. Y andan juntas porque así charlan, se conocen, hablan sobre su realidad y la del barrio, sobre las necesidades de hacer cosas y se organizan. También conocen nuevos sitios”.*

*“Hace falta algo que seduzca a los usuarios para engancharse la actividad física: las pulseras de actividad pueden ser un mecanismo idóneo de sensibilización para realizar actividad física. Atraen por el tema de la vida saludable”*

### OTRAS UNIDADES DETECTADAS MUY REPETIDAS EN LOS DISCURSOS QUE INFLUYEN EN LAS UNIDADES PRINCIPALES:

Empleo:

**Desempleo.** Empleo precario, pluriempleo. Falta de conciliación, jornadas imposibles. Pobreza, dependencia económica. La edad en el caso de los mayores es un problema limitante para encontrar el empleo que les motive, y la falta de conocimientos de informática también.

*“El desempleo de larga duración afecta a los hábitos y hay necesidad de trabajar en nutrición, actividad física y calidad de vida, aunque no sea una demanda que verbalicen los vecinos.”*

Seguridad:

**Falta de seguridad** en las calles. Mala iluminación.

Falta de limpieza:

El **barrio se está volviendo sucio**. También la limpieza. Hay plaga de chinches. Es un problema recurrente; Hay ratas por todas partes...

Vivienda:

**Infravivienda**, hay grietas etc. Edificios de 10 plantas sin ascensor. La gente que vive en ciertos pisos no sale.

Tejido asociativo:

Las **asociaciones vecinales han sido decisivas para el desarrollo del barrio**: vivienda, rehabilitación, colegios... Buena red de asociaciones. Trabajo en grupo, relaciones entre las vecinas y vecinos. Se promueven buenas prácticas y la interacción, compartir espacios. Se potencia el encuentro cultura: “Desmontando Tópicos”. Preocupación para mejorar. Hay charlas para educar.

*“Es un barrio con mucho tejido social, que se apoya”*

Factores emocionales:

Talleres para la gestión/expresar las emociones (Casa San Cristóbal, AMPA, RISK). Se tiene en cuenta los distintos orígenes poblacionales (desmontando tópicos). Trabajo de intervención continuada.

*“Talleres de actividad física participativa acompañan a la salud emocional y favorecen crear red social”*

Distrito de Villaverde – Barrio San Cristóbal		
DAFO	PUNTOS DÉBILES	PUNTOS FUERTES
	<b>DEBILIDADES</b>	<b>FORTALEZAS</b>
<b>ORIGEN INTERNO</b>	Bajo conocimiento en relación a la salud nutricional.  Falta de iniciativas sobre alimentación saludable (Por ejemplo, en la orientación en desayunos saludables).  Poco interés por parte de algunos colectivos en la actividad física.  Percepción de la alimentación saludable como un elemento de lujo.  No hay oferta nutricional adecuada por el cierre y cambio en el tipo de negocios  Falta de diversidad en la oferta alimentaria.  Inseguridad en la calle  Mala iluminación.  Falta de limpieza Vivienda en mal estado	Algunas iniciativas en el barrio relacionado con la salud nutricional.  Demanda del barrio por la actividad física  Adhesión a los programas que se proponen relacionadas con el deporte.  Existencia de recursos para la práctica deportiva  Tejido asociativo consolidado
	<b>AMENAZAS</b>	<b>OPORTUNIDADES</b>
<b>ORIGEN INTERNO</b>	Desempleo/Renta baja.  Elevado precio de productos como el pescado.  Consumo elevado de alimentos ricos en grasas y de alimentos ultraprocesados, bebidas azucaradas: dinámica de alimentación inadecuadas  Sobrepeso en población adulta e infantil  Publicidad.	Iniciativas desde otros centros relacionadas con la salud nutricional.

## 5. CONCLUSIONES



### Perfil poblacional

La población del barrio de San Cristóbal tiene una edad promedio (39,17), cifra inferior a la del total de la ciudad y una de las más bajas dentro de su distrito (a excepción de Butarque). Se trata de un barrio, en el que en relación al resto de los de Villaverde presenta diferencias en cuanto a la estructura de la vivienda, como por ejemplo en cuanto al número de hogares en el que residen más de seis individuos. También, es uno de los más diversos en cuanto a la nacionalidad de sus miembros. Asimismo, el nivel educativo tanto de los hombres como de las mujeres desempleadas es significativamente inferior que en los demás barrios (a excepción de Los Ángeles para las mujeres). No existen diferencias con los barrios restantes en cuanto al tiempo que los hombres llevan desempleados, mientras que en las mujeres para este indicador no hubo diferencias, excluyendo con el barrio de Los Ángeles con el que no hubo diferencias significativas. En general, San Cristóbal es uno de los barrios que presenta unos indicadores socio-económicos más bajos, asimismo, ocurre para el conjunto del distrito donde también los parámetros de salud suelen ser inferiores que con los demás distritos comparados.

### 5.1 MODELO SOCIO-ECOLÓGICO:

En el barrio de San Cristóbal se detectan **dinámicas negativas respecto a la alimentación**, como el consumo elevado de productos ricos en grasas, azúcares y sal. Este hecho, viene apoyado en parte por los datos de obesidad adulta e infantil registrados en el distrito de Villaverde como por los testimonios dados por los entrevistados, ya que de manera reiterada expresaron que existe de visu una tendencia hacia el exceso ponderal. Dos de las cuestiones que más pueden estar influyendo en la falta de una dinámica saludable a nivel nutricional son la falta de interés o preocupación por este tema y también, se destaca, la falta de conocimiento en torno a la salud nutricional. La proporción de individuos con niveles de estudios primarios o sin estudios en San Cristóbal y en Villaverde en general es elevado lo que, en la actualidad, podría propiciar un mayor consumo de ciertos productos, que en exceso pueden ser desventajosos para la salud.

**La población percibe un acceso limitado a una oferta nutricional de calidad;** esto puede deberse, principalmente, a la pérdida de negocios tradicionales de cercanía, que estaría favoreciendo el aislamiento de ciertos individuos y lo que supondría un obstáculo a la hora de elegir establecimientos. También, hay un predominio de los negocios con “neveras mixtas” con una importante oferta de ultra-procesados de consumo inmediato. El desempleo y las rentas bajas son, asimismo, barreras relevantes a la hora de la posible mejora al acceso de nutrición de calidad.

En cuanto a la actividad física, los entrevistados manifestaron observaciones contrapuestas. Por un lado, se percibe una **falta de interés y de preocupación** ya que muchos de los vecinos y vecinas de San Cristóbal tienen preocupaciones más apremiantes como el empleo, pero por otra parte **se aprecia que la actividad física es una demanda del barrio** que confluye en diferentes colectivos.

Los datos cuantitativos también en relación a la actividad física, aunque a nivel de distrito, muestran una **baja satisfacción por las instalaciones deportivas y por los espacios verdes** (lugares donde habitualmente se hace ejercicio físico como montar en bici, correr o pasear), aunque la proporción de espacios destinados a estos fines sería al menos mayor que en otros distritos. En San Cristóbal, existen distintos espacios para el deporte y también un parque de tamaño considerable, sin embargo, las barreras principales para el uso de los espacios abiertos son la inseguridad, la falta de iluminación y la suciedad. También, el desempleo y las rentas bajas pueden estar influyendo en el acceso a otro tipo de actividades deportivas. Por último, la falta de conocimiento relativo a los beneficios psicosociales y físicos pueden ser igualmente una barrera para ciertos colectivos a la hora de realizar actividad física que suponga una mejora para la salud.

## 5.2 TALLERES DEL ITINERARIO FORMATIVO DE EMPLEABILIDAD:

Los tres itinerarios formativos fueron seleccionados de acuerdo a lo obtenido en el análisis de las entrevistas semiestructuradas y el cuadro DAFO. Se constatan tres puntos esenciales (relacionados con la mejora de la salud nutricional y la promoción de hábitos de vida saludables) sobre los que es posible actuar mediante talleres educativos:

Bajo nivel de conocimiento asociado, especialmente, con la salud nutricional. Acceso a nutrición de calidad limitado.

Influencia negativa de la publicidad.

Bajo interés/desmotivación por algunos colectivos (particularmente entre los 30 y 60 años) a la hora de realizar actividad física.

**Actividad formativa destinada a aumentar el conocimiento sobre la salud nutricional.** El primer taller está enfocado a una mejora educativa en este ámbito, así como a desmitificar la idea de que alimentarse de una manera sana es algo caro e inaccesible. También, es necesario fomentar el desarrollo de las competencias de gestión de la economía doméstica: organización y planificación de la cesta de la compra; y nuevos usos y gestión del dinero en la alimentación, así como una planificación de la dieta.

Del análisis DAFO se deduce que en el barrio podría tener baja diversidad en cuanto a la oferta nutricional, así como una elevada accesibilidad a la comida rápida. Además, se detecta una influencia negativa de la publicidad, que se relaciona en muchos casos con el tiempo disponible, así como a la falta de un conocimiento sólido sobre la educación nutricional. **La segunda actividad formativa, se crea para aumentar el conocimiento sobre una alimentación sana y equilibrada, así como para una mayor comprensión sobre las declaraciones de salud y nutricionales que nos llegan desde los medios de comunicación.** También, se quiere evitar actitudes derrotistas, que han sido identificadas por los entrevistados, especialmente entre aquellas personas en situación de desempleo, y por tanto promover una actitud positiva ante la cocina saludable, cuidar la higiene del espacio y adquirir conocimiento sobre recomendaciones nutricionales básicas.

**Taller formativo orientado a la necesidad de fomentar hábitos saludables entre los vecinos y vecinas de San Cristóbal como la promoción de la actividad física.** Ampliar el aprendizaje sobre los cambios de hábito y los efectos de la actividad física en el estado de ánimo a la hora de buscar empleo y desarrollar habilidades sociales que mejoren la autonomía para controlar la salud personal. Se advierte la necesidad de comprender que los beneficios del ejercicio son una herramienta fundamental para la prevención en salud. Además, la falta de interés por la actividad física detectada a partir de las entrevistas ha sido, principalmente, en la población con edades comprendidas entre los 30 y 60 años, rango de edad ampliamente representado en los talleres del proyecto.

## 6. RECOMENDACIONES



**Ampliar el número de participantes en los talleres formativos propuestos.** El material creado en el estudio podría dirigirse a otros colectivos del barrio, creando vínculos con otros proyectos y teniendo el mismo grado de impacto que el esperado dentro del grupo de trabajo del proyecto. Además, se recomienda dirigir los talleres a otro tipo de población, independientemente de la situación laboral. De especial interés, es la población infanto-juvenil. También, se recomienda aumentar el tiempo destinado a las actividades formativas para poder compaginar las actividades en el aula con actividades en el exterior, para mejorar las competencias y fortalecer la unión entre el grupo. Además, sería de especial relevancia desarrollar una plataforma de seguimiento nutricional y de actividad física de la población agrupando a los diferentes colectivos en un mismo objetivo que aborde los temas tratados desde diferentes ámbitos y grupos.

Desarrollar estudios complementarios más específicos sobre los comportamientos alimentarios y conocimientos nutricionales de toda la diversidad poblacional del barrio, así como esclarecer datos relacionados con las superficies destinadas a la venta de alimentos u otras características que se pueden estudiar desde un enfoque ecológico como, por ejemplo, la accesibilidad a la comida rápida de la población juvenil. Constatar el condicionamiento de los espacios abiertos y cerrados, para poder proponer mejoras que incentiven el uso de estas áreas para la actividad física.

# 7. ANEXOS



## ANEXO I ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Estamos estudiando las principales barreras y facilitadores que pueden tener las personas para tener una vida sana en San Cristóbal los Ángeles.

Vamos a hacerle una serie de preguntas para hacernos una idea fundamentada de las características del barrio en el contexto del estudio ya que deseamos conocer de qué manera el ambiente físico y bio-socio-demográfico afecta a la nutrición, la actividad física y al estilo de vida de los usuarios de su entidad según su criterio profesional.

**Hipótesis:** Las características bio-socio-demográficas y del entorno del barrio de San Cristóbal de Los ángeles influyen en la nutrición, en la actividad física y en la calidad de vida de las personas que viven allí.

Distrito de Villaverde – Barrio San Cristóbal		
DAFO	PUNTOS DÉBILES	PUNTOS FUERTES
	DEBILIDADES	FORTALEZAS
ORIGEN INTERNO		
	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
ORIGEN INTERNO		

### 1. PRIMERA PARTE: PREGUNTAS CERRADAS

Necesitamos conocer el perfil de la persona que entrevistamos con objeto de identificar las fuentes del conjunto de información que vamos a manejar. En ningún caso publicaremos su nombre o datos personales. El objetivo final será extraer información para realizar un DAFO con el fin de establecer cuáles son las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades para la mejora de la nutrición, actividad física y calidad de vida en el barrio.

Nombre	
Asociación	
Sexo	M / H
Edad	
Profesión y estudios	
Papel que desempeña en la entidad	
Origen poblacional	
¿De dónde eres?	
¿Dónde has nacido?	
¿Dónde vives?	
¿Cuánto tiempo llevas viviendo aquí?	

## 1. SEGUNDA PARTE: PREGUNTAS ABIERTAS

A continuación, hablaremos sobre las personas, los grupos y el espacio en el barrio.

1. ¿A qué grupo/s poblacional/es atiende su asociación/recurso?
  
2. ¿Desde tu asociación/organización lleváis a cabo actividades relacionadas con la nutrición o la actividad física? En caso afirmativo: ¿Qué tipo de actividades?
  
3. ¿Percibe interés/preocupación de los vecinos y vecinas en su salud nutricional? ¿Más unos que otros? ¿Quiénes llevan a cabo la cocina, compra...etc?
  
4. ¿Percibe interés/preocupación de los vecinos y vecinas en la actividad física? ¿Más unos que otros?
  
5. ¿Percibe interés/preocupación de los vecinos y vecinas en otros aspectos relacionados con el estilo de vida saludable? ¿Cuáles?
  
6. ¿Cuáles crees que son los principales problemas por los que se preocupan las personas con las que trata en su entidad?
  
7. ¿Considera que existen patrones culturales relacionados con la alimentación y hábitos de actividad física? ¿Cuáles cree que tienen una influencia positiva? ¿Y negativa?

8. ¿Cree que la diversidad cultural favorece la mejora de la nutrición, la actividad física y el deporte de los vecinos? ¿Hay zonas o por el contrario percibes interacción? ¿Desde las entidades se promueve la inclusión de costumbres gastronómicas nuevas?

9. ¿Cree que el desempleo/renta baja influye en la nutrición, actividad física y calidad de vida de tus usuarios? ¿En qué sentido? ¿Cree que estarían interesadas dispuestas a trabajar en la mejora de la nutrición, actividad física y hábitos de vida?

10. ¿Cree que hay personas/entidades de fuera del barrio que ejerzan influencia positiva/negativa sobre la nutrición, la actividad física y la calidad de vida? ¿Cómo?

11. ¿Cree que las personas migrantes han reajustado su dieta al llegar a España o que mantienen sus tradiciones culinarias?

12. ¿Cree que han incrementado el consumo de productos procesados, bebidas azucaradas, comida rápida, dulces y bollería industrial? ¿Ha detectado tendencia al sobrepeso/obesidad en la población que atiende?, ¿Detecta usuarios con circunferencia de la cintura elevada?

13. ¿Cree que en el barrio existe un buen acceso a alimentos de calidad nutricional y que sean asequibles desde el punto de vista económico? (frutas, verduras, pescado, carnes...etc)



**14.** ¿Cómo cree que puede influir el diseño urbanístico del barrio en los aspectos que estamos tratando? ¿Hay puntos de hábitos no saludables? ¿Detecta mucha/poca distancia entre las tiendas que ofertan los principales tipos de alimentos frescos? ¿Es fácil el transporte para acceder a ellos?

**15.** ¿Cree que en el barrio existe un buen acceso a instalaciones deportivas cubiertas y al libre? ¿Cree que hay suficiente dinamización desde los centros deportivos? ¿Son populares?

**16.** ¿Cree que las condiciones de los espacios abiertos/espacios verdes/espacios de recreo del barrio son los adecuados para la práctica deportiva? ¿Están dinamizados? ¿Son populares?

## **SOBRE LAS BARRERAS Y OPORTUNIDADES**

Después de la reflexión anterior...

¿Cree que el barrio ofrece buenas oportunidades para llevar una vida “sana”?

¿Cuáles cree que son las barreras en el barrio/población para llevar una vida saludable?

¿Le gustaría añadir alguna apreciación

## ANEXO II ESTABLECIMIENTOS DE ALIMENTACIÓN

RÓTULO	VIA (PLAZA, CALLE...)	Nº	CEREALES	LACTEOS	AZÚCARES	ACEITES	VERDURAS Y HORTALIZAS	FRUTAS	LEGUMBRES	FRUTOS SECOS	CARNES	PESCADO	MOLUSCOS	CONSERVAS	BEBIDAS NO ALCOHOLICAS	BEBIDAS	PRE-COCINADOS	APERITIVOS	
ALIMENTACION MARGA	BENIFERRI	29		X	X									X	X	X		X	
ALIMENTACION CHURRERIA OLGA	BENIFERRI	43	CERRADA PORQUE SE VENDE																
PANADERIA BOLLERIA ANA	BENIMAMET	13	NO EXISTE. FUSIONADA CON LA SIGUIENTE																
ALIMENTACION PAN DE HORNO	BENIMAMET	13	X	X	X									X	X	X		X	
ALIMENTACION LATINA	BENIMAMET	15	X	X	X									X	X	X		X	
ALIMENTACION Y BAZAR	BENIMAMET	15	ES EL ALMACEN DEL NUMERO 13																
ALIMENTACION ECHOURAFAA	GODELLA	249	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X	X			X	
VENTA PRODUCTOS ALIMENTACION CON DEGUSTACION	GODELLA	253	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X	X			X	
ALIMENTACION PANADERIA LAS TORRES	MONCADA	118	X	X	X	X		X	X					X	X	X		X	
MERCAMON APRIX AUTOSERVICIO	MONCADA	122		X	X			X						X	X	X		X	
ALIMENTACION-BAZAR	MONCADA	122	NEVERAS MIXTAS: APERITIVOS ETC.																
ALIMENTACION AMIN Y HERMANO	PINAZO	11	X	X	X		X	X	X		X	(CONGELADOS)		X	X			X	
FRUTERIA AL ABRAR	PINAZO	16		X	X		X	X	X					X	X			X	
DIA MARKET	PINAZO	20	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
CASH ECOFAMILIA	PINAZO	21	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
CARNICERIA ALBRAR	PINAZO	24	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X	X			X	
CARNICERIA HAKIM	PINAZO	25	X	X	X		X	X	X		X			X	X			X	
ABRAHAM	PINAZO	31	ES EL MISMO LOCAL QUE EL ANTERIOR																
MERCADO	PINAZO	31	NEGOCIOS QUE FORMAN PARTE DEL MERCADO. HAY DE TODO EN CONJUNTO CON LOS SIGUIENTES RÓTULOS: CARNICERIA SELECTAS HÑOS PATIÑO, CARNICERÍA, 2 SALCHICHERIAS, CASQUERIA J.FERNANDEZ, 2 AVES HUEVOS CAZA, 2 FRUTAS Y VERDURAS, ALIMENTACION JJ, FRUTAS Y VERDURAS JESÚS, PESCADERIA																
PANADERIA PASTELERIA MARI	ROCAFORT	20		X	X		X	X		X					X	X			
NELLY ALIMENTACION	ROCAFORT	76			X									X	X	X			
FRUTERIA Y ALIMENTACION PAN DE HORNO	ROCAFORT	78		X	X		X	X							X				
FRUTAS Y VERDURAS	ROCAFORT	85					X	X											
CARNICERIA ISLAMICA	ROCAFORT	89	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X	X		X	X	
PUENTE ILUSTRE SL	ROCAFORT	91	X	X	X	X	X	X	X	X				X	X	X	X	X	
PESCADERIA LA PERLA DEL MAR	ROCAFORT	91										X	X						
CARNICERIA SAN CRISTOBAL	ROCAFORT	93	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X	X			X	
SALCHICHERIA CARNICERIA PACO Y JUAN	ROCAFORT	119		X			X	X	X		X								

## ANEXO III PROGRAMACIÓN DE TALLERES DE ALIMENTACIÓN

Todos los talleres están basados en recomendaciones hechas por expertos para la población general, pudiendo requerirse siempre adaptaciones individuales y se recomienda consultar con un profesional sanitario.

### Temática: ALIMENTACIÓN: COMER SANO, BARATO Y ACCESIBLE

**Nombre:** Comemos saludable, barato, y accesible.

**Objetivo:** Romper con el mito de que la comida saludable es un producto de lujo. Revisar nuestro conocimiento sobre alimentación saludable. Poner en práctica saberes del grupo sobre el precio de los alimentos en el barrio y las mejores oportunidades para comprar alimentos.

**Tiempo:** 240 minutos

**Materiales:** Presentaciones, proyector. Recortes de folletos alimentarios, cuadrantes semanales, papel y lápiz

**Lugar:** Aula, Casa San Cristóbal.

**Desarrollo:** Partimos de un video tipo "Supersize-me" (<https://www.youtube.com/watch?v=Rj2as5pEQYg>) para ver qué opinan. Se guiará el diálogo hacia la presencia de grasas saturadas en la comida rápida y sus efectos negativos sobre la salud.

¿Entonces cómo hacemos para comer saludable y asequible?

**Debate:** ¿Qué es para nosotros "comer saludable"? ¿Comer bien? ¿Comer mucho?

- Se revisarán los conceptos de comida saludable y plato equilibrado
- Se focalizará sobre los mitos de la alimentación, por ejemplo, "las verduras son igual de saludables que las frutas así que son equivalentes"
- [http://www.aytojaen.es/portal/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0\\_1155\\_1.pdf](http://www.aytojaen.es/portal/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_1155_1.pdf)
- Se facilitarán recursos para investigar los alimentos así como recetas de fácil elaboración con todos los alimentos en:
- [http://www.alimentacion.es/es/conoce\\_lo\\_que\\_comes/bloc/default.aspx](http://www.alimentacion.es/es/conoce_lo_que_comes/bloc/default.aspx)

Explicación teórica con apoyo de power point

Revisar el concepto de ración y las frecuencias recomendada de las raciones de cada tipo de alimento: ¿qué significa comer algo "ocasionalmente" en frecuencia semanal?

- Explicación de la herramienta integradora de la pirámide de los alimentos de la Estrategia NAOS, que incluye alimentos de muchas partes del globo.
- Repaso teórico de características de cada grupo de alimentos y de por qué son necesarios todos.
- Importancia de cocinar bien los alimentos, comprar adecuadamente, adaptarnos a la oferta del mercado (ser flexibles) e incluir en nuestro menú todos los grupos de alimentos.

#### Actividad práctica guiada:

- Se les propone elaborar un menú semanal saludable (lo tiene que hacer cada participante o en pequeño grupo). Pueden utilizarse recortes de alimentos de folletos de centros comerciales y pegarlos sobre un cuadrante semanal. Luego será evaluado por un profesional.
- Se les pide elaborar la lista de la compra asociada a cada menú. Uso de la agenda o cuadrante de planificación (orientativa) de la compra.
- Puesta en común y trabajo en gran grupo: ¿Dónde podemos ir a comprar estos productos en nuestro barrio? ¿Qué días? ¿Hay ofertas?
- Intercambio de menús entre los participantes.

#### Indicador:

Se puede proponer un reto final de alimentación, por ejemplo: "comer 5 piezas de verduras/fruta todos los días" y que sea uno de los objetivos de una economía de fichas del curso.

**Temática: MOTIVAR PARA EL AUTOCUIDADO, HACER EJERCICIO FÍSICO.**

**Nombre:** Cuerpo sano en mente... motivada.

**Objetivo:** Motivación al cambio de hábitos orientado a la realización de ejercicio físico regular.

**Tiempo:** 240 minutos

**Materiales:** Podómetros

**Lugar:** Aula.

**Desarrollo:** Comenzaremos con un video impactante tipo “El Circo de la Mariposa” o “Resistencia al cambio”

<https://www.youtube.com/watch?v=eQYWUjOpFEQ>

¿Entonces cómo hacemos para mantener costumbres saludables?

**Dinámica:**

● Iremos dándonos cuenta de que cambiar hábitos sedentarios es accesible para todos. Para ellos se puede utilizar la dinámica similar a la descrita en el Taller de motivación para el cambio de hábitos para ayudar a darse cuenta, puesto que resulta muy participativa y activa.

[http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/DOC\\_ESTANDARIZACION\\_ANEXOS\\_VF.pdf](http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/DOC_ESTANDARIZACION_ANEXOS_VF.pdf)

● Puesto que pasar de no hacer nada a realizar actividad física no sucede en un paso, se buscará fundamentalmente, descartar ideas limitantes de los participantes y explicarles el proceso de cambio de hábitos. Se han descrito cinco etapas o pasos para este proceso (precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento), conducentes hasta el éxito (Prochaska y DiClemente, 1982), nos basaremos en este análisis para desarrollar la presentación.

(<https://semfyc.eventszone.net/pacap2015/uploads/docs/>

[Descargas/2DOCUMENTACION%20DEL%20TALLER%20ACTIVIDAD%20F%C3%8DSICA%20Y%20SALUD.pdf](https://semfyc.eventszone.net/pacap2015/uploads/docs/Descargas/2DOCUMENTACION%20DEL%20TALLER%20ACTIVIDAD%20F%C3%8DSICA%20Y%20SALUD.pdf))

● Se hablará de prevención de enfermedad y otros beneficios de la actividad física y de los hábitos de vida saludable.

**Actividad práctica:**

● Analizamos nuestra rutina y revisamos qué orientación podemos dar a nuestros hábitos para mejorarlos.

● Nos hacemos cargo: monitorizamos nuestra salud mediante valoración nutricional calculando Índice de Masa Corporal, Índice Cintura Talla y Tensión arterial...etc.

● Nos comprometemos con el grupo.

Indicador: Se puede proponer un reto final de hábito de actividad física con uso de podómetro, la “estrategia de los 1000 pasos” y que sea el segundo de los objetivos de una economía de fichas grupal del curso. El reto puede ser ese o usar el podómetro y empezar a contabilizar cuánto nos movemos poniendo metas personales crecientes en un documento tipo cuya consecución contribuya al objetivo del grupo. El objetivo grupal puede ser, por ejemplo, hacer los pasos equivalentes a llegar a Santiago de Compostela caminando.

**Temática: DESCUBRIR Y ENTENDER EL ETIQUETADO ALIMENTARIO**

**Nombre:** Buceando en las Etiquetas

**Objetivo:** Sensibilizar sobre la necesidad de entender el etiquetado de los productos de consumo, poder valorar si son saludables y entender aspectos como la cantidad de azúcar, tipos de grasas, sal, y otros nutrientes que se consumen en el día a día.

**Tiempo:** 240 minutos

**Materiales:** Presentaciones, proyector. Ejemplos de etiquetas. Fichas de azúcar.

**Lugar:** Aula.

**Desarrollo:** Comenzamos con el vídeo “El etiquetado nos quiere engañar” de la Organización de Consumidores y Usuarios (OCU) que habla sobre la importancia del entender el etiquetado. A partir de esto se genera debate y se profundiza sobre temática relacionada con la salud.

**Exposición teórica:**

- Los grupos nutricionales. Información nutricional, composición, calorías etc.
- Bebidas vegetales ¿Qué son?
- Productos light
- Aditivos alimentarios
- Intolerancias y alergias
- Modos de conservación
- Fecha de caducidad y de consumo preferente
- Manipulación de alimentos

**Dinámica:**

- Declaraciones publicitarias sobre los productos, análisis grupal.
- Debate. Cría de animales para consumo, huevos.
- Análisis de etiquetas

## 8. BIBLIOGRAFÍA



Acta de la Sesión Ordinaria del Pleno del Distrito de Villaverde. Junta Municipal de Villaverde. Ayuntamiento de Madrid; 2015.

Bacci, S., Seracini, M., Chiavarini, M., Bartolucci, F., y Minelli, L. (2017). Condizione occupazionale e salute percepita in Italia: evidenze da dati longitudinali EU-SILC. *Igiene e Sanità Pubblica*, 73:121-131

Blair, S.N. (2009). Physical inactivity: the biggest public health problem of the 21st century. *Br J Sports Med*, 43, n°1.

Bambra C. (2010). Yesterday once more? Unemployment and health in the 21st century. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 64:213-215.

Díaz-Olalla J.M., Benítez-Robredo T. (eds.). (2015). Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid 2014. Madrid: Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid.

Díaz-Olalla, J.M., Junco Torres, I., Rodríguez Pérez, M. (2017). Estudio de la situación nutricional de la población infantil en la ciudad de Madrid. Estado ponderal y su relación con la seguridad de acceso económico a los alimentos.

Díez de Baldeón, García A, López Marsá F. (1986). Historia de Villaverde. Vol. 2. Ayuntamiento de Madrid. Concejalía de Relaciones Institucionales y Comunicación. 424 p.

Drydakis, D. (2014). The effect of unemployment on self-reported health and mental health in Greece from 2008 to 2013: A longitudinal study before and during the financial crisis. IZA discussion papers, N° 8742, Institute for the study of Labor (IZA), Bonn.

AECOSAN - Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. Estandarización de un modelo de buenas prácticas de intervención de salud comunitaria en la población española adulta para la promoción de hábitos cardiosaludables Programa Fifty Fifty. (2015). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Ferrie, J.E. (2000). Le conseguenze sulla salute della precarietà del lavoro. In: Quaderni della salute pubblica, lavoro precario e salute, gli effetti della precarietà del posto di lavoro sulla salute e benessere in un'attenta analisi dell'OMS (Ufficio regionale per l'Europa).

Ferrie, J.E., Shipley, M.J., Stansfield, S.A., Davey Smith, G., y Marmot, M. (2003) Future uncertainty and socio-economic inequalities. *Soc Sci & Med*, 57:637- 646.

Gili, M., Roca, M., Basu, S., McKee, M., y Stuckler, D. The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. (2012). *European Journal of Public Health*, 23, 103-108.

Gordon, C., Purciel-Hill, M., Ghai, N.R., Kaufman, L., Graham, R., y Van Wye, G. (2010). Measuring food deserts in New York city's low income neighborhoods. *Health and Place*, 17: 696-700.

Gordon-Larsen, P., Nelson, M.C., Page, P., y Popkin, B.M. (2006). Inequality in the Built Environment Underlies Key Health Disparities in physical activity and obesity. *Pediatrics*, 117: 417-24

Hoffman, K., De Gelder, R., Hu, Y., Bopp, M., Vitrai, J., Lahelma, E., ... Lenthe, F.J. (2017). Trends in educational inequalities in obesity in 15 European countries between 1990 and 2010. *International Journal of Behavioral Nutrition*, 14:63.

Ishii, S., Tanaka, T., Akishita, M., Ouchi, Y., Tuji, T., y Iijima, K. (2014). Metabolic syndrome, sarcopenia and role of sex and age: cross-sectional analysis of Kashiwa Cohort study. *PLoS One*, 9, e112718.

Lear, S. A., Hu, W., Rangarajan, S., Gasevic, D., Leong, D., Iqbal, R., ... Salim, Y.D.P. (2017). The effect of physical activity on mortality and cardiovascular disease in 130.000 people from 17 high-income, middle-income, and low-income countries: the PURE study. *The Lancet*, 390: 16-22.

Leonard, W. R. (2014). The global diversity of eating patterns: Human nutritional health in comparative perspective. *Physiology & Behavior*, 134, 5-14.

López-Sobaler, A.M., Rodríguez-Rodríguez, A.M., Aranceta-Batrina, E., Gil, A., González-Gross, M., Serra-Majem, L., ... Ortega, R.M. (2016). General and abdominal obesity is related to physical activity smoking and sleeping behaviours and mediated by the educational level: Findings from the ANIBES Study Spain. *PLoS ONE*, 11(12): e0169027.

Marí, R., Bo, R.M., y Climent, C.I. (2010). Propuesta de análisis fenomenológico de los datos obtenidos en la entrevista. *UT Revista de Ciències de l'Educació*, 113-133.

Morgan, D.L. (1998). Practical strategies for combining qualitative and quantitative methods: Applications to health research. *Qualitative Health Research*, 8: 362-376.

Morland, K., Diez-Roux, A.V., y Wing, S. (2006). Supermarkets, other foodstores, and obesity: the atherosclerosis risk in communities study. *Am J Prev Med*, 30: 333-339

Morse, J. (1991). Approaches to qualitative-quantitative methodological triangulation. *Nursing Research*, 120-123

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2008) Comisión sobre Determinantes sociales de la salud - Informe Final. Subsanan las desigualdades en una generación Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). 10 Datos sobre la obesidad. Disponible en: [www.who.int/features/factfiles/obesity/es](http://www.who.int/features/factfiles/obesity/es).

Ponce-García, I., Simarro-Rueda, M., Carbayo-Herencia, J. A., Divisón-Garrote, A., Artiago-Ródenas, L. M., Botella-Romero, F., ... GEVA (Group of Vascular Diseases from Albacete). (2015). Prognostic value of obesity on both overall mortality and cardiovascular disease in the general population. *PLoS One*, 10, e0127369.

Portal web del Ayuntamiento de Madrid ([www.madrid.es](http://www.madrid.es)).

Popkin, B. M. (2012). The Nutrition Transition Is Speeding Up: A Global Perspective. En Temple, Norman J., Wilson, Ted y David R., Jr. Jacobs (Eds.) *Nutritional Health: Strategies for Disease Prevention* (pp. 37-47). Totowa, N.J: Humana Press.

Sallis, J.F., A. Bauman, y M. Pratt. (1998). Environmental and Policy Interventions to Promote Physical Activity. *American Journal of Preventive Medicine*, 15:379-97.

Sallis, J. F., Cervero, R. B., Ascher, W., Henderson, K.A., Kraft, M. K., Kerr, J. (2006). An ecological approach to creating active living communities. *Annu. Rev. Public Health*, 27: 297-322.

Sastre, M (2017) Vulnerabilidad social y salud en el distrito de Villaverde de la ciudad de Madrid (Tesis doctoral). Universidad Rey Juan Carlos. Madrid. 362 p.

Skinner, K., Rhona, M., Hanning, R.D., Sutherland, C., Edwards-Wheesk, R., Leonard, J.S. y Tsuji, D.D.s. (2012). Using a SWOT analysis to inform healthy eating and physical activity strategies for a remote first nations community in Canada. *American Journal of Health Promotion*, 26: 159-170.

Smith, W., C. (2015). A meta-analysis of education effects on chronic disease: The causal dynamics of the Population Education Transition Curve. *Social Science & Medicine*, 127: 29-40.

Stenholm, S., Head, J., Aalto, V., Kivimäki, M., Kawachi, I., Zins, M., ... Vahtera, J. (2017). Body mass index as a predictor of healthy and disease-free life expectancy between ages 50 and 75: a multicohort study. *International Journal of Obesity*, 41, 769-775.

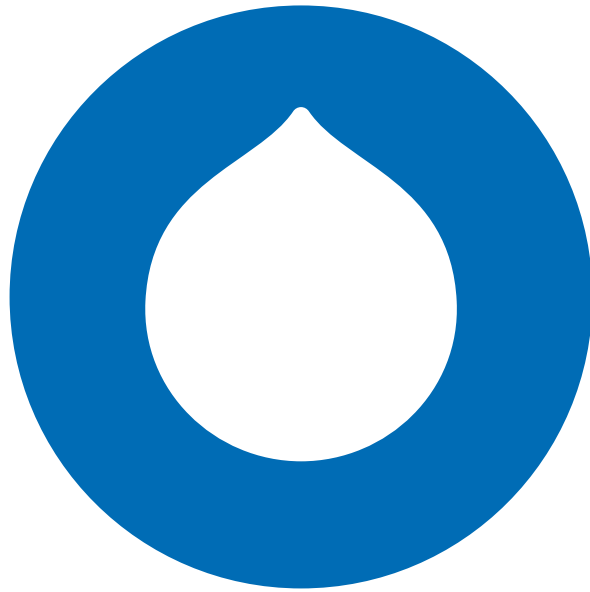
Troncoso-Pantoja, C., y Amaya-Placencia, A. (2017). The interview: a practical guide for qualitative data collection in health research. *Rev.Fac. Med*, 65: 329-332.

Ulijaszek, S. J., y Lofink, H. (2006). Obesity in biocultural perspective. *Annual Review of Anthropology*, 35, 337-360.

Urbanos-Garrido, R.M., y López-Valcárcel, B. G. (2015). The influence of the economic crisis on the association between unemployment and health: an empirical analysis for Spain. *Eur J Health Eco*, 16:175-184.

Valenzuela, M (2010) Los grandes cambios sociales en Madrid, de la posguerra al siglo XXI: inmigración y vivienda. En: *Sociedad y espacio urbano de Madrid en el siglo XX. MAD, ciclo de conferencias*, Madrid, 17-19 de octubre de 2010. Ed. Carmen Priego, Eva Corrales y Ester Sanz. Museo de Historia de Madrid. 99 p.

Zhu, X., y Lee, C. (2008). Walkability and Safety around Elementary Schools: Economic and Ethnic Disparities. *American Journal of Preventive Medicine*, 34:282-90.



[www.accioncontraelhambre.org](http://www.accioncontraelhambre.org)