

**Máster Oficial en Condicionantes Genéticos,
Nutricionales y Ambientales del Crecimiento y
Desarrollo.**

Universidad de Cantabria

Trabajo Fin de Máster:

**"Hábitos de alimentación y de actividad física de
la población infantil de una zona rural de
Cantabria "**

Autor: Maite Magadán Alonso

Tutor: M^a José Noriega Borge

Octubre 2013

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE _____	3
ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN _____	4
1.- Los hábitos alimentarios _____	5
2.- Concepto de alimentación saludable _____	9
3.- Programas y estrategias para instauración de una alimentación saludable _____	12
3.1.- Planes de intervención _____	13
OBJETIVOS _____	18
MATERIAL Y MÉTODO _____	19
RESULTADOS Y DISCUSIÓN _____	20
CONCLUSIONES _____	28
AGRADECIMIENTOS _____	30
BIBLIOGRAFÍA _____	30
ANEXOS _____	34

RESUMEN

Los datos publicados sobre la incidencia de sobrepeso y obesidad, tanto infantil como en adultos, son preocupantes, y a día de hoy, no hay señales claras de la reducción de esta epidemia. Diversos estudios relacionan la obesidad con la presencia de enfermedades crónicas y con los hábitos de alimentación y de actividad física de las personas. Estos hábitos se establecen desde la niñez y en la actualidad hay potentes factores ambientales negativos para la instauración de hábitos saludables en la población, sobretodo en la infanto-juvenil.

A lo largo de los últimos años se han realizado numerosas campañas y programas de hábitos de alimentación saludables para la prevención del sobrepeso y la obesidad, que no parecen haber conseguido una eficacia muy alta.

En este estudio se intenta analizar si los hábitos de la población infantil estudiada, han mejorado para evitar las consecuencias tan negativas de la dieta malsana y el sedentarismo.

Se ha analizado un grupo de población infantil de la región oriental de Cantabria (mancomunidad del Alto Asón), a través de una encuesta dietética y de actividad física; concluyéndose que a pesar del esfuerzo realizado durante los numerosos programas, no se han observado mejoras sustanciales.

PALABRAS CLAVE

Obesidad infantil

Actividad física

Hábitos dietéticos saludables

ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la obesidad y el sobrepeso como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Para su identificación, el parámetro más utilizado es el índice de masa corporal (IMC) que relaciona el peso con la altura del individuo (kilogramos/metros²). En 1988 Garrow propuso una clasificación de la obesidad basada en este índice, que posteriormente fue asumida por la OMS.¹

Los datos publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Internacional para el Estudio de la Obesidad (IASO) muestran que más del 50% de la población adulta en la UE sufre actualmente sobrepeso u obesidad.²

En España, las tasas de obesidad adulta e infantil se encuentran entre las más altas de la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico). Dos de cada tres hombres tienen sobrepeso y una de cada seis personas son obesas en España. Uno de cada tres niños entre 13 y 14 años tienen sobrepeso.³

El estudio ALADINO sitúa la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los niños y niñas españoles de 6 a 9 años en un 44.5% (26.2% sobrepeso y 18.3% obesidad).⁴

Según la encuesta de salud 2011-2012, entre la población de 2 a 17 años, el 18,26% tiene sobrepeso y el 9,56% padece obesidad.⁵ (En ENS 2006, el 18,67% tenía sobrepeso y el 8,94% obesidad).⁶

Por otro lado, según el Informe sobre la Salud en el mundo de 2002, los factores más importantes en la presencia de enfermedades crónicas están directamente relacionados con los hábitos alimentarios y de actividad física de las personas, como son el tabaco, el creciente consumo de alimentos ricos en grasa y/o azúcar y pobres en micronutrientes, la inactividad física, el bajo consumo de frutas y verduras y el alcohol.⁷ Además el sobrepeso y obesidad en la infancia y la adolescencia se asocia con una mayor probabilidad de obesidad, muerte prematura y discapacidad en la edad adulta, así como con varios problemas de salud inmediatos, como dificultad respiratoria, mayor riesgo de fracturas, hipertensión, resistencia a la insulina, presencia de marcadores tempranos de enfermedad cardiovascular y efectos psicológicos.^{7,8}

Según el Informe de la OCDE (actualización 2012)⁹, tanto para la obesidad infantil como para la obesidad en adultos, no hay señales claras de reducción de la epidemia, y continúan experimentando la gran carga de las enfermedades crónicas asociadas con la obesidad, a pesar de que los principales esfuerzos se focalizan en niños en algunos de los países que la forman.

Además, la OMS en la preparación de la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud de 2003, estimó que el problema seguirá empeorando a menos que se adopten medidas urgentes, según cabe deducir de tendencias tales como el aumento del consumo de

grasas animales y de la poco saludable hidrogenación de las grasas, la sustitución generalizada de alimentos ricos en nutrientes (como las frutas, hortalizas y legumbres) por alimentos hipercalóricos con pocos nutrientes, la comercialización y el consumo a nivel mundial de aperitivos salados, azucarados y grasos, todo ello en un contexto de menor actividad física.

En este sentido, en 2011, se dispuso, en España, la Ley de Seguridad Alimentaria y Nutrición, que regula, entre otros, el etiquetado de los productos alimenticios y las grasas trans presentes en los alimentos procesados.¹⁰ Y por otro lado, desde 2005, con la actualización de 2012, en el marco de la Estrategia NAOS, se establece el código de correulación de la publicidad de alimentos y bebidas dirigida a menores, prevención de la obesidad y salud (Código PAOS), que consiste en un conjunto de reglas que guían a las compañías adheridas al programa, en el desarrollo, ejecución y difusión de sus mensajes publicitarios dirigidos a menores de hasta 12 años.

Con todo, la obesidad en la infancia se concibe hoy día como un importante problema de salud tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo debido a las importantes consecuencias sociales, económicas y sanitarias.¹¹

1.- Los hábitos alimentarios:

Se definen hábitos alimentarios como el comportamiento más o menos consciente, colectivo en la mayoría de los casos y siempre repetitivo, que conduce a la gente a seleccionar, preparar y consumir un determinado alimento o menú como una parte más de sus costumbres sociales, culturales y religiosas y que está influenciado por múltiples factores (socioeconómicos, culturales, geográficos, etc.).¹²

El Food and Nutrition Board del National Research Council de EEUU, tras valorar numerosos estudios epidemiológicos, experimentales y clínicos, ha establecido que los hábitos dietéticos son un factor de riesgo para las siguientes enfermedades: aterosclerosis, osteoporosis, hipertensión, caries dental, obesidad, diabetes mellitus tipo 2, ciertos tipos de cáncer y algunas enfermedades hepato-biliares. Los conocimientos crecientes aportados por la investigación en la patogenia de estas enfermedades han demostrado que el inicio de buena parte de ellas se puede producir en la infancia e incluso en el periodo fetal. La expresión clínica de estas enfermedades está condicionada por factores genéticos modulados por factores ambientales, de los cuales la dieta es uno de los más importantes.²⁹

Aunque no es posible diferenciar la importancia de los factores genéticos respecto a los ambientales, ni en qué proporción la modificación de los patrones dietéticos-nutricionales puede retrasar las manifestaciones clínicas de cada enfermedad, los conocimientos actuales apoyan la hipótesis de que es en la edad pediátrica cuando hay que iniciar las medidas nutricionales que

permitan disminuir la incidencia en el adulto de las enfermedades citadas.

La evolución de los hábitos alimentarios en todos los grupos de población de los países de la región mediterránea, ha llevado a un progresivo abandono del patrón tradicional de Dieta Mediterránea, sobre todo entre los grupos de edad más jóvenes.¹³ En España, los patrones de alimentación se han desviado progresivamente de una dieta saludable, de forma que el 61% de la energía ingerida por los españoles proviene de alimentos "altamente procesados". Además, por otro lado, agravando el problema, el 71% de los españoles podría clasificarse como "sedentario".¹⁴

Los hábitos dietéticos constituyen un referente sociocultural que actúa, muchas veces, como elemento integrador y/o de identidad de los grupos que los practican.¹⁵

Teniendo en cuenta que los hábitos alimentarios y patrones de ingesta comienzan a establecerse en la niñez temprana, a partir del segundo año, y están consolidados antes de finalizar la primera década de la vida¹⁶, hay que destacar la gran importancia de la familia en el establecimiento precoz de los mismos, actuando como catalizador para expresar la enfermedad, a pesar de que la genética pueda predisponer al niño a desarrollarla.

Es preciso establecer tempranamente en el niño, hábitos dietéticos que aseguren una ingesta rica y variada de alimentos con distintos nutrientes, texturas, colores y sabores, que le permitan una adecuada nutrición y un óptimo crecimiento, además de adquirir progresivamente preferencias alimentarias y una apropiada capacidad de selección.

El entorno alimentario actual es muy diferente del que conocieron las generaciones anteriores. A nivel mundial, la mayoría de los mercados ofrecen una amplia variedad de alimentos y bebidas, que permiten combinar sabor, comodidad y novedad. Pero al mismo tiempo la intensa y generalizada promoción de muchos de esos productos, y especialmente de los ricos en grasas, azúcar o sal, desbaratan los esfuerzos que se hacen para comer sano y mantener un peso adecuado, sobre todo en el caso de los niños.¹⁷ Por ello, la población infantil y juvenil es doblemente vulnerable a presentar desequilibrios nutricionales por su desconocimiento de una dieta saludable y a la vez por su sensibilidad a la información que recibe, como se describe más adelante.¹⁸

Desde el nacimiento, y a lo largo de la vida, los seres humanos reciben códigos de conducta, normas y refuerzos positivos y negativos que orientan sus decisiones en temas de alimentación.¹⁹

Los profundos cambios, experimentados en las últimas décadas, en el patrón de comportamiento alimentario de los niños, no sólo están relacionados con los extraordinarios avances tecnológicos y biotecnológicos en agricultura, ganadería y pesca, sino también con la incorporación de la mujer al trabajo fuera del hogar, el modelo de estructura familiar, el número de hijos, la urbanización acelerada de la población, la universalización del acceso a la educación y a la sanidad, además

de la influencia creciente y homogeneizadora del mensaje televisivo. También hay que añadir la influencia cada vez mayor de los niños en la elección de los menús familiares, la disponibilidad creciente de dinero por parte de los menores, que les permite comprar una parte importante de los alimentos que consumen sin control familiar y la incorporación cada vez más temprana de los niños a la escuela, donde reciben una parte importante de su dieta diaria. Más del 20% de la población escolarizada realiza la comida principal en su centro de enseñanza, lo que supone la ingesta del 30-35% del aporte energético diario y el aporte de un volumen considerable de nutrientes durante al menos 9 meses al año, a lo largo de la vida escolar del niños y del joven.^{16,20}

El estudio ALADINO constata que el exceso de peso es más evidente en descendientes de padres con escaso nivel de estudios y/o bajos ingresos, entre niños que no desayunan, en aquellos que comen en casa en comparación con los que comen en el colegio, cuando las instalaciones deportivas están lejos del domicilio del niño, o cuando los escolares disponen de ordenador personal, videoconsola o TV en su habitación, cuando duermen menos de 8h/día o los padres son fumadores (especialmente si fuman ambos).⁴

Hasta los 6-7 años los niños son más dependientes de los mayores (padres y cuidadores) tanto en la alimentación como en las salidas, parece que a partir de esa edad el cuidado o la supervisión sobre ciertos hábitos tales como la alimentación adecuada van siendo cedidos al niño, cuya consecuencia nociva es el aumento de peso.²¹

Un niño que ha aprendido a comer correctamente durante su infancia y adolescencia tendrá más probabilidades de seguir, en la edad adulta, una dieta sana y equilibrada y esta conducta es, sin duda, la mejor herramienta de prevención de muchos trastornos y enfermedades.²²

Influencia de diferentes factores en los hábitos alimentarios

El incremento de la prevalencia de la obesidad infantil parece estar más estrechamente ligado a cambios en los factores ambientales. Dentro de los mismos, existe una gran polémica sobre si la influencia es mayor por parte de la dieta o de la actividad física. Parece obvio que la ganancia ponderal se debería a un desequilibrio entre energía ingerida (EI) y gasto energético total (GET), pero no está claro si la obesidad infantil se desarrolla por un exceso de EI relativa al GET, una disminución del GET respecto a la EI o, lo más probable, por una combinación de ambos. Otros factores dietéticos que están empezando a despertar interés en la etiología de la obesidad infantil son la proporción de macronutrientes, la densidad energética y otros aspectos del consumo de alimentos, como la frecuencia de comidas por día.²³

a) Influencia de la televisión, videojuegos, ordenador y/o internet

Se ha observado mediante estudios transversales, con algunas excepciones, que existe una

relación directa entre el número de horas delante del televisor y el grado de obesidad infantil. Mirar la televisión no sólo conlleva disminuir el tiempo disponible para el ejercicio, sino que también puede conllevar la recepción de mensajes repetitivos sobre alimentación, los cuales pueden tener un gran impacto en los niños, sobre todo en la edad preescolar, y pueden llegar a modelar sus preferencias alimentarias debido a que la psicología industrial ha conseguido niveles extraordinariamente eficaces de persuasión hacia los niños para que deseen consumir los productos anunciados.¹⁶

Según datos de las Encuestas Nacionales de Salud de 2006 y 2011-2012.^{24,25}, referidos al tiempo que ven la televisión la población de 1 a 14 años, se puede observar un aumento importante de la población que dedica 1 hora o más en esta actividad sedentaria, tanto entre semana como en fin de semana. (Tabla 1)

Tabla 1: Porcentaje de población de 1 a 14 años según el tiempo dedicado a ver la televisión. ENS 2006/2011-2012

	De lunes a viernes		Fin de semana	
	Menos de 1 hora	1 hora ó más	Menos de 1 hora	1 hora o más
2006	40,29%	59,70%	34,27%	65,73%
2011-2012	36,62%	63,37%	26,10%	73,89%

Por otro lado, el uso de videojuegos, ordenador o internet entre la población de 1 a 14 años, durante una hora o más es de 22,91% de lunes a viernes y del 40,41% en fin de semana (ENS2011-2012).²⁶ No hay posible comparación con los datos del 2006, debido a que estos son referidos a la población que ve la televisión, y no al total de población.

b) Influencia de la inactividad:

La actividad física (AF) hace referencia a cualquier movimiento corporal producido por la contracción de los músculos esqueléticos y que implica un cierto gasto energético. Puede corresponder a las distintas actividades que se realizan a lo largo del día y que incluyen: el desplazamiento o transporte, la actividad escolar o laboral, la participación en actividades domésticas o extraescolares y las actividades de ocio que se tienen. Aquella AF practicada de manera intencionada, repetitiva y estructurada es lo que conocemos hoy día por ejercicio físico.²⁷

La población infantil y juvenil es especialmente sensible al sedentarismo, con importantísimas implicaciones sanitarias y educativas.²⁸ La AF desempeña un papel importante en el mantenimiento del peso normal en niños y adolescentes, y la inactividad contribuye al mantenimiento de la obesidad.

Conocemos que la obesidad tiene una etiología multifactorial, con factores nutricionales y de inactividad a la cabeza de los causales. En el estudio EnKid se pone de manifiesto también la

relación entre obesidad y sedentarismo en los más jóvenes. La prevalencia de obesidad es más elevada entre los chicos y chicas que dedican mayor tiempo a actividades sedentarias (estudio, TV, ordenador, videojuegos, etc.) en comparación con los que dedican menos tiempo a este tipo de actividades. Por ejemplo, la prevalencia de obesidad es más elevada en las chicas que dedican más de 2 horas diarias a ver televisión en comparación con las que dedican a ello menos de 1 hora. La prevalencia de obesidad entre los chicos y chicas que no practican ningún deporte habitualmente es más elevada en comparación con los que sí tienen este hábito, especialmente entre los chicos que practican actividades deportivas 3 veces a la semana.³⁰

Se sabe que la AF en niños y adolescentes ha disminuído en los últimos años y que quizás en esta disminución pueda estar incluida la disminución de la oportunidad de realizar ejercicio físico en las actividades cotidianas, un ejemplo claro es la reducción de niños que acuden al colegio andando (por el uso del transporte escolar), niños que además tienden a ser menos activos durante el resto del día, pues cuando llegan a casa se sientan a ver la televisión, trabajar con el ordenador, leer, etc. y no hacen nada que implique una demanda física como andar en bicicleta, correr, saltar, etc. y a que el incremento de las horas que se mira la televisión haya desplazado la realización de AF en los jóvenes.²³

Es muy importante tener en cuenta que los estudios muestran como los patrones de actividad física en el adulto están relacionados con la actividad realizada durante la niñez y que la práctica deportiva en edad escolar guarda estrecha relación con la adquisición y estabilización de hábitos deportivos.

Por ello, actuar correctamente desde la infancia tiene una gran importancia para la salud general de la población a medio plazo y supone incidir sobre el estado de salud de estos niños en su edad adulta.

La cantidad mínima de actividad física necesaria para garantizar una buena salud cardiovascular en niños y adolescentes es de al menos 60 min/día de actividad física de moderada a vigorosa de intensidad^{27,30}, según recomendaciones del Departamento de Salud y de Estados Unidos junto con otras Instituciones Mundiales relevantes en materia de salud pública. Las recomendaciones generales insisten en la combinación de actividades de ejercicio aeróbico y fortalecimiento muscular.

2.- Concepto de alimentación saludable³¹

Una alimentación saludable es aquella que permite alcanzar y mantener un funcionamiento óptimo del organismo, conservar o restablecer la salud, disminuir el riesgo de padecer enfermedades, asegurar la reproducción, la gestación y la lactancia, y que promueve un crecimiento y desarrollo

óptimos. Debe cumplir una serie de características esenciales. (Tabla 2).

Tabla 2: CARACTERÍSTICAS DE UNA ALIMENTACIÓN SALUDABLE	
SATISFACTORIA	agradable y sensorialmente placentera
SUFICIENTE	que cubra las necesidades de energía, en función de las necesidades de las diferentes etapas o circunstancias de la vida
COMPLETA	que contenga todos los nutrientes que necesita el organismo y en cantidades adecuadas
EQUILIBRADA	con una mayor presencia de una amplia variedad de alimentos frescos y de origen principalmente vegetal, y con una escasa o nula presencia tanto de bebidas alcohólicas como de alimentos con baja calidad nutricional
ARMÓNICA	con un equilibrio proporcional de los macronutrientes que la integran
SEGURA	sin dosis de contaminantes biológicos o químicos que superen los límites de seguridad establecidos por las autoridades competentes, o exenta de tóxicos o contaminantes físicos, químicos o biológicos que puedan resultar nocivos para individuos sensibles
ADAPTADA	que se adapte a las características individuales (situación fisiológica y/o fisiopatológica), sociales, culturales y del entorno del individuo
SOSTENIBLE	que su contribución al cambio climático sea la menor posible y que priorice los productos autóctonos
ASEQUIBLE	que permita la interacción social y la convivencia y que sea económicamente viable para el individuo

En cuanto al número de raciones de los distintos grupos de alimentos que se establecen como aconsejables en la mayor parte de las Guías de Alimentos^{32,50,51} para los niños son los siguientes:

- Lácteos: 2-3 raciones/día
- Frutas: 2-3 piezas de fruta/día
- Verduras y hortalizas: 3 o más raciones
- Cereales y legumbres: 6-8 raciones/día
- Carnes, pescados y huevos: 2-3 raciones/día
- Dulces y grasa con moderación

Las grasa de elección serán el aceite de oliva y algunos aceites de semilla, como el de girasol.

Las guías alimentarias son un instrumento educativo que adapta los conocimientos científicos sobre los requerimientos nutricionales y composición de alimentos. Para la población española, la SENC ha propuesto la siguiente pirámide de la alimentación, como herramienta práctica que facilita a la población española la selección de una dieta saludable.^{32,33} (Anexo 3)

Además de la pirámide de la alimentación para población española, publicada por la SENC (2004), en 2008, se publicó la Pirámide del Estilo de Vida Saludable para Niños y Adolescentes, desarrollada específicamente para este grupo de población, debido a que los niños tienen necesidades energéticas y de nutrientes más elevadas que los adultos y, aún siendo activos, deberían realizar un mínimo de 60 minutos de deporte al día (actividad física de intensidad moderada a vigorosa).

Se trata de una pirámide tridimensional con 4 caras y una base, truncada y escalonada e incluye mensajes fáciles de entender e imágenes a todo color para ayudar a mejorar su salud y a la reducción de los factores de riesgo en la edad adulta, al tiempo que se divierten y crecen de una manera aconsejable. Cada una de las caras se orienta hacia la consecución de un objetivo.³⁴ (anexo 4)

Las dos primeras caras (caras 1 y 2) se han formulado con el fin de lograr un objetivo sobre una base diaria (alimentación diaria, la cara 1, frente a las actividades diarias la cara 2).

La cara 3 es una adaptación de la tradicional pirámide de alimentos, adecuada a las necesidades de energía, nutrientes e hidratación de los niños. En cada escalón detalla el número de raciones de cada grupo de alimentos. El aceite de oliva se trata por separado de las otras fuentes de grasa. Se incluye un consejo sobre el consumo razonable de alimentos con mayor contenido de grasa y azúcar.

La cara 4 muestra los hábitos de higiene y salud que se deben mantener durante toda la vida. El primer escalón incide en los hábitos de higiene diaria, mientras que el segundo está dedicado a la regularidad de las visitas al pediatra, al dentista así como al oftalmólogo. Las recomendaciones del tercer escalón incluyen mensajes para evitar los accidentes, no sólo de tráfico sino también los domésticos que frecuentemente afectan a los niños. El último escalón pretende evitar el consumo de alcohol y tabaco.

En la base de la pirámide, se alternan mensajes sobre la nutrición adecuada con mensajes relacionados con la actividad física y el deporte, para cada franja de edad.

La distribución de la ingesta recomendada de alimentos a lo largo del día varía según las tradiciones, el nivel socioeconómico y cultural familiar, la edad, el sexo, etc.¹⁶ Habitualmente se toman 3-4 comidas principales y 1-2 o más comidas ligeras. La comida del mediodía es la que aporta globalmente más energía, proteínas y grasa, la merienda y cena son intermedias, y el

desayuno, la que menos.

Con carácter orientativo, la AESAN propone que las necesidades nutritivas del escolar se distribuyan a lo largo del día en la proporción siguiente:³⁵ (Fig.1)

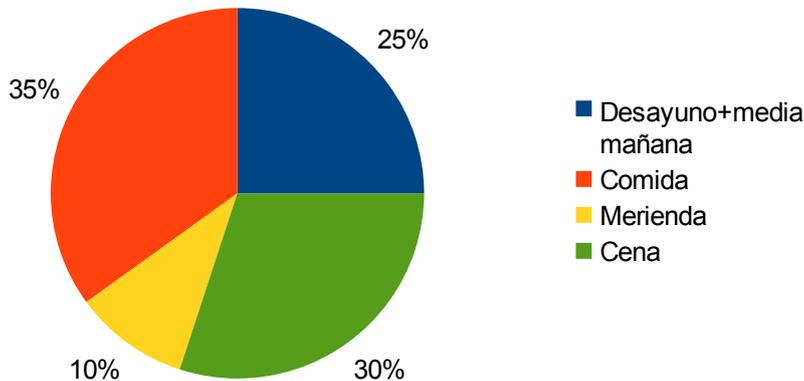


Fig.1: Distribución de la energía en las 5 comidas al día.

3.- Programas y estrategias para instauración de una alimentación saludable

Se define educación nutricional como parte de la nutrición aplicada que orienta sus recursos hacia el aprendizaje, adecuación y aceptación de hábitos alimentarios saludables, de acuerdo con la propia cultura alimentaria y con los conocimientos científicos en materia de nutrición, persiguiendo el fin último de la estrategia salud para todos (OMS 1981). Igualmente, la educación nutricional debe transmitir los conocimientos necesarios sobre cómo adquirir, preparar y consumir los alimentos, en un lenguaje sencillo y asequible.

Cuando se plantea como objetivo de un programa educativo conseguir hábitos alimentarios permanentes, se tendría que actuar sobre tres niveles: a) la adquisición de los conocimientos teóricos (la información adecuada puede motivar la necesidad de un cambio y que se puedan desarrollar las habilidades que permitan una elección adecuada de alimentos, y que permitan adoptar y mantener esta conducta positiva en el tiempo), necesarios pero no suficientes; b) la adaptación de las propuestas a la vida cotidiana, que significa una interiorización de la gestión cognitiva; y c) la adhesión psicoafectiva de las nuevas prácticas que se proponen.¹⁵

La educación nutricional tiene especial importancia en la etapa escolar y adolescencia, pues son las etapas en las que se forman hábitos saludables, para conseguir finalmente una adecuada calidad de vida.

Para la promoción de nuevos conocimientos, hábitos y estilos de vida más saludables en la etapa

escolar, es necesario que exista una participación activa por parte de la familia y del medio docente, prestando especial atención al comedor del centro.¹⁹

Planes de intervención a diferentes niveles institucionales:

En mayo de 2004, la 57ª Asamblea Mundial de la Salud aprobó la Estrategia Mundial de la *Organización Mundial de la Salud* sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, donde la OMS expone las medidas necesarias para apoyar una alimentación saludable y una actividad física periódica. La Estrategia exhorta a todas las partes interesadas a adoptar medidas en los planos mundial, regional y local para mejorar los regímenes de alimentación y actividad física entre la población.³⁶

En la Estrategia Mundial de la OMS sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, dentro del marco para el seguimiento y evaluación de la aplicación en 2009, la OMS estableció el Plan de acción 2008-2013 de la estrategia mundial para la prevención y el control de las Enfermedades No Transmisibles (ENT) con miras a ayudar a los millones de personas ya afectados por estas enfermedades que duran toda la vida a afrontarlas y prevenir las complicaciones secundarias. El Plan de acción se basó en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco y la Estrategia mundial de la OMS sobre régimen alimentario, actividad física y salud, y proporcionó una hoja de ruta para establecer y fortalecer iniciativas de vigilancia, prevención y tratamiento de las enfermedades no transmisibles.³⁷

En el conjunto de recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños por la OMS en 2010, se identifica la dieta malsana como un factor de riesgo clave en la prevención de ENT, que puede modificarse. Si no se combate, la mala alimentación -junto con otros factores de riesgo- aumenta la prevalencia de ENT en las poblaciones por mecanismos tales como un aumento de la presión arterial, una mayor glucemia, alteraciones del perfil de lípidos sanguíneos, y sobrepeso u obesidad. Aunque las muertes por ENT se dan principalmente en la edad adulta, los riesgos asociados a las dietas malsanas comienzan en la niñez y se acumulan a lo largo de la vida.

El sobrepeso en la infancia y la adolescencia se asocia no sólo a un mayor riesgo de obesidad y ENT en la vida adulta, sino también a varios problemas de salud inmediatos, como la hipertensión y la resistencia a la insulina.

La 63ª Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 2010, hace suyo el conjunto de recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños; e insta a los Estados Miembros:

- 1.-a que adopten las medidas necesarias para aplicar las recomendaciones sobre la

promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños, teniendo en cuenta las leyes y políticas existentes, según corresponda;

2.-a que determinen el enfoque normativo más idóneo para las circunstancias nacionales y formulen nuevas políticas o refuercen las políticas vigentes con la finalidad de reducir el efecto de la publicidad de alimentos ricos en grasas saturadas, ácidos grasos de tipo trans, azúcares libres o sal en los niños;

3.-a que establezcan un sistema para monitorear y evaluar la aplicación de las recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños;

4.-a que tomen la iniciativa para establecer la colaboración entre gobiernos con el fin de reducir las repercusiones de la publicidad transfronteriza;

5.-a que cooperen con la sociedad civil y los interesados del sector público y el privado en la aplicación del conjunto de recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños con el fin de reducir las repercusiones de dicha publicidad, y que al hacerlo procuren evitar posibles conflictos de intereses.

En julio de 2013, tuvo lugar la Conferencia Ministerial sobre Nutrición y Enfermedades No Transmisibles en el Contexto de Salud 2020, en la que los ministros de Salud y representantes de los estados Europeos miembros de la OMS, se reunieron en Viena para reafirmar su compromiso de abordar los factores de riesgo de las Enfermedades No Transmisibles, en particular la dieta poco saludable y la inactividad física, hacia el año 2020.³⁸

La Declaración de Viena sobre Nutrición y Enfermedades No Transmisibles en el contexto de Salud 2020 incluye sistemas de apoyo que fomenten la alimentación saludable y sean sostenibles asegurando la equidad, invertir en la prevención de enfermedades no transmisibles relacionadas con la dieta control y apoyar el capital humano de un país y su economía. Esto requiere la participación activa de todos los sectores y actores. Ofrece por tanto, opciones de política para que los gobiernos consideren introducir la producción, el consumo, la comercialización, la disponibilidad, el acceso, las medidas económicas y la educación basada en las intervenciones, teniendo en cuenta las dimensiones culturales de la nutrición.

- *A nivel estatal*, en el año 2005, se puso en marcha la *Estrategia NAOS* desde el Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN), con el objetivo de sensibilizar a la población del problema que la obesidad representa para la salud, y de impulsar todas las iniciativas que contribuyan a lograr que los ciudadanos, y especialmente los niños y los jóvenes, adopten hábitos de vida saludables, principalmente a través de una alimentación saludable y de la práctica regular de actividad física.³⁹

La Estrategia NAOS pretende servir como plataforma de todas las acciones que ayuden a la consecución de dicho objetivo, integrando los esfuerzos y la participación más amplia posible de todos los componentes de la sociedad, Administraciones Públicas, expertos en el tema, empresas del sector privado, consumidores, y toda la población. De este modo, los ámbitos y los campos de actuación e influencia de la Estrategia NAOS son múltiples: la familia, el entorno escolar, el mundo empresarial y el sistema sanitario.

Una de las presiones importantes que se ejercen en el niño/adolescente que aún está creciendo y conformando su carácter es la procedente de la publicidad. En 2005 entró en vigor el Código PAOS de autorregulación de la publicidad en televisión dirigida a menores para combatir la obesidad infantil. En él se recoge una serie de normas que debe cumplir la publicidad de productos alimentarios destinados a menores.²²

Existe gran cantidad de programas a diferentes niveles, que aunque tienen como objetivo la prevención y/o tratamiento de la obesidad infantil, también fomentan la alimentación saludable y la actividad física.

- *Programa PERSEO. Programa piloto escolar de referencia para la salud y el ejercicio, contra la obesidad.* Del conocimiento de que los hábitos se forman durante los primeros años de la vida y la escuela constituye un lugar óptimo para desarrollar programas de educación y promoción de la salud, surge el Programa PERSEO cuyo principal objetivo es promover la adquisición de hábitos alimentarios y estimular la práctica de actividad física regular entre los escolares, para prevenir la aparición de obesidad y otras enfermedades. Este programa consiste en un conjunto de intervenciones sencillas en los centros escolares, dirigidas al alumnado de entre 6 y 10 años, implicando asimismo a las familias y actuando simultáneamente sobre el comedor y el entorno escolar para facilitar la elección de las opciones más sanas.

- El *programa Thao* es un programa piloto nacional de prevención de la obesidad infantil que se realiza en el ámbito de los municipios. El programa de prevención de la obesidad infantil que se lleva a cabo por parte de la Fundación Thao desde 2007 hasta alcanzar en 2011 un total de 84 municipios (casi 2 millones y medio de habitantes) de siete comunidades autónomas (Madrid, Cataluña, Castilla-La Mancha, Andalucía, Baleares, Aragón y Galicia). La Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP) contribuye a la promoción del programa. En la evaluación de los resultados participan la Fundación Española de la Nutrición (FEN), las universidades Complutense y San Pablo CEU (ambas en Madrid), así como la de Santiago de Compostela. El programa Thao está financiado con una combinación de fondos públicos y privados, contando con aportaciones de sociedades científicas y fundaciones deportivas. En el ámbito europeo se enmarca en el Proyecto Epode European Network, apoyado por la Dirección General de Sanidad y Consumo de la Comisión Europea.⁴¹

- El programa *Niñ@s en movimiento*, es un programa de reeducación dirigido a niños con sobrepeso u obesidad (peques 4-6 años, niños 7-12 años y adolescentes 13-18 años) y sus familias, con el objetivo de realizar cambios sobre aquellos estilos de vida y hábitos alimentarios que contribuyen a la ganancia de peso. El programa Niñ@s en Movimiento, ayuda a los participantes a hacer cambios en su alimentación, actividad y emocionalidad, con la pretensión de conseguir una disminución de la obesidad mediante una alimentación normocalórica y equilibrada.

42

- En el estudio realizado por Durá Travé⁴⁴, en el 2006, sobre la influencia de la educación nutricional en obesidad infanto-juvenil, se analizó la respuesta terapéutica de un grupo de pacientes obesos a un programa de tratamiento basado en la educación nutricional, autocontrol y seguimiento intensivo. La muestra la formaban 42 niñas y 18 niños de 9.7 años de media de edad (entre 6 y 13 años), y la duración del programa se alargó durante 2 años. Se trataba de un programa de sesiones estructuradas de educación nutricional junto con un Plan individualizado para incrementar su actividad física que consistía, por una parte, en la práctica reglada y diaria (30-45 minutos) de una actividad deportiva de libre elección (natación, paseo, bicicleta, artes marciales, etc.) y por otra parte, en un aumento de la actividad cotidiana (no usar el ascensor, ir andando a todas partes, ayudar en las tareas de casa, etc.). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas a partir de los 18 meses de seguimiento en las niñas.

- El plan de intervención en la prevención de obesidad infantil "Erosotasuna Zainduz"⁴³, publicado en 2009, cuyo objetivo de estudio fue valorar el impacto sobre el IMC de una intervención dirigida a mejorar el estilo de vida saludable en dos ámbitos fundamentales del niño de 6-7 años: en casa y en la escuela. Los resultados obtenidos en este estudio fueron: baja prevalencia de obesidad en la muestra estudiada; no predisposición a padecer obesidad por el hecho de comer en la escuela o que la madre trabaje fuera de casa.

- En el programa PIANO (Programa de intervención educacional sobre alimentación y actividad física en niños oscenses)⁴³ (2009), el objetivo fue desarrollar y evaluar una propuesta de intervención específica, centrada en el ámbito escolar y planificada desde atención primaria, que incida en la promoción de hábitos alimentarios saludables y el aumento de la actividad física, intentando conseguir una mejora en el composición corporal y una reducción en la prevalencia de obesidad y sobrepeso de los escolares.

- Los resultados del estudio Avall⁴⁶ en el 2009, enfatizaron la importancia de los hábitos de la familia en el patrón de consumo alimentario de los niños. En este estudio se observó que los hábitos alimentarios de los escolares han empeorado respecto a trabajos publicados con anterioridad. Desde este punto de vista deberían tomarse medidas urgentes para mejorarlos y, a su vez, monitorizarlos para evaluar si las estrategias utilizadas son las más adecuadas.

- En el estudio de Villagrán Pérez y cols. (2010) sobre hábitos y estilos de vida modificables en niños con sobrepeso y obesidad⁴⁵, se observó la influencia de los niveles de actividad física de ambos padres en el grado de actividad de sus hijos, observando que según el cumplimiento de recomendaciones en edad escolar de actividad física y de actividades sedentarias, ambos estilos de vida pueden coexistir en un mismo individuo. Estos comportamientos sedentarios son difíciles de cambiar, por lo que se debe incidir de una forma activa y educativa en la mejor ocupación del tiempo libre a estas edades.

Pese a la preocupación existente y al esfuerzo realizado, los resultados de la mayor parte de las intervenciones diseñadas para prevenir la obesidad en la infancia a través de la dieta, actividad física y/o cambios en los estilos de vida y apoyo social se muestran poco efectivos. La mayoría de los estudios que se han puesto en marcha son de corta duración, y las mejoras encontradas no son muy significativas; sin embargo, en algunos casos se muestran pequeños logros positivos en la prevalencia de sobrepeso y en los hábitos dietéticos o de actividad física.

La implantación de medidas preventivas y educacionales desde edades tempranas de la vida puede frenar la aparición de la obesidad y de las numerosas complicaciones físicas y psicológicas asociadas que pueden desarrollarse a partir de la edad infantil. Existe además un riesgo importante de que la obesidad que comienza en la infancia permanezca durante la adolescencia y la vida adulta. Así pues, no cabe duda de que se necesita realizar programas de intervención comunitarios, dirigidos a la población infantil y su entorno.

Cabe señalar que de las encuestas nutricionales publicadas en nuestro entorno geográfico⁴⁴ se desprende la necesidad que tiene la población en general, y más concretamente los escolares y adolescentes, de educación nutricional y, además, que la televisión representa uno de los factores ambientales más determinantes en el incremento de la obesidad infanto-juvenil en nuestra sociedad.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Estudiar los hábitos de alimentación en la infancia en población rural de Cantabria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar las diferentes actuaciones en materia de instauración de hábitos de alimentación saludable, desde las OMS hasta nivel municipal.
- Realizar un estudio piloto para evaluar los hábitos de alimentación y actividad física, así como la prevalencia de obesidad y sobrepeso de una muestra de niños de una población rural de Cantabria, (municipios del Alto Asón).
- Comparar los resultados con las recomendaciones de la SENC.
- Analizar el conocimiento y participación en un programa de prevención y/o tratamiento de obesidad infantil.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio epidemiológico, descriptivo, transversal, sobre muestra de niños del servicio de ludoteca de verano organizada por los servicios sociales de la mancomunidad del Alto Asón.

Población

Se valora los hábitos de alimentación y la práctica de actividad física y la ingesta de alimentos de un colectivo de 50 niños, que acuden al servicio de ludoteca de verano de una zona rural en el oriente de Cantabria.

Criterios de inclusión. a) Acudir a la ludoteca de verano AltoAsón 2013. b) Consentimiento: aceptar libremente la participación en el estudio y tener consentimiento de participación por madre/padre o tutor. c) Entregar la encuesta debidamente cumplimentada.

Variables y método de medida

El estudio consiste en la recogida de encuestas, cumplimentada por los padres/tutores, sobre hábitos de alimentación y de actividad física de los niños. En la misma se solicita el consentimiento de los padres/tutores para participar en la misma (Anexo 2). También se solicita autorización a los servicios sociales y a la empresa que presta el servicio de ludoteca. Se utilizó el modelo de encuesta adjunto que combina el cuestionario sobre hábitos de alimentación y de actividad física con el cuestionario de frecuencias. (Anexo 1) Los datos fueron recogidos durante el mes de agosto, referidos a la época de colegio de los niños. Con la cumplimentación y devolución de la encuesta, se entregó a los padres/tutores, unos consejos sobre alimentación saludable en la etapa infantil.

El estudio de hábitos dietéticos se realizó mediante la encuesta sobre los mismos y el cuestionario de frecuencias. Para el estudio de actividad física, se realizaron en la encuesta, preguntas sobre el tiempo que realiza ejercicio físico, ve la televisión, juega con ordenadores-videojuegos y cuanto tiempo duerme.

El índice de masa corporal (IMC) se calculó mediante la fórmula $IMC=(\text{peso actual})/(\text{talla actual})^2$.

El análisis estadístico de los datos se realizó mediante el programa SPSS Statistics versión 20, con un análisis descriptivo de las diferentes variables.

Al elaborar la encuesta, se ha intentado no hacerla demasiado extensa ni complicada, para no abrumar, y falicitar/animar a las familias, su cumplimentación.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se clasifican los datos por sexo, edad y por estado nutricional según IMC de acuerdo con los datos publicados por Hernández et al.⁴⁷ y con las tablas de la OMS^{52,53}. A pesar de la falta de consenso sobre cuáles deben ser los valores de punto de corte del IMC para definir los percentiles que definan el estado nutricional en los niños, se optó por utilizar las tablas recogidas por Hernández et al. junto con las de la OMS, debido a que han sido más ampliamente utilizadas en estudios, frente a otras más actuales, aunque estas últimas tengan en cuenta la aceleración secular en la etapa prepuberal.⁴⁸

Del estudio de frecuencias, los alimentos consumidos se clasificaron por grupo al que pertenecen y se compararon con las recomendaciones descritas para población infantil.^{50,51}

El estudio de actividad física y actividades sedentarias, nos dará cuenta de si cumplen con las recomendaciones publicadas²⁷.

Se estimó una participación del 95%, siendo la participación real del 60%. Esta baja participación puede estar relacionada con la época en la que se realiza y que no se trata de un organismo oficial el que recoge los datos. Aún así, pese a la baja participación, se procedió a analizar los datos obtenidos.

De la muestra total, un 14% corresponden a niños y el resto son niñas. La edad de los mismos va desde los 4 hasta los 12 años, clasificándolos de la siguiente forma: 17% de los niños son preescolares (menores de 5 años), 52% son escolares (entre 5 y 9 años) y 31% corresponden a prepuberales (mayor de 9 años). (tabla 3)

Tabla 3. Clasificación de muestra estudiada según edad y sexo

	<5años	Entre 5 y 9 años	>9años
Niños 4 (14%)	1	2	1
Niñas 25 (86%)	4	13	8

Según las tablas de Hernández et cols., el 13% de la población estudiada está en bajopeso, el 78% en normopeso y 9% en sobrepeso.

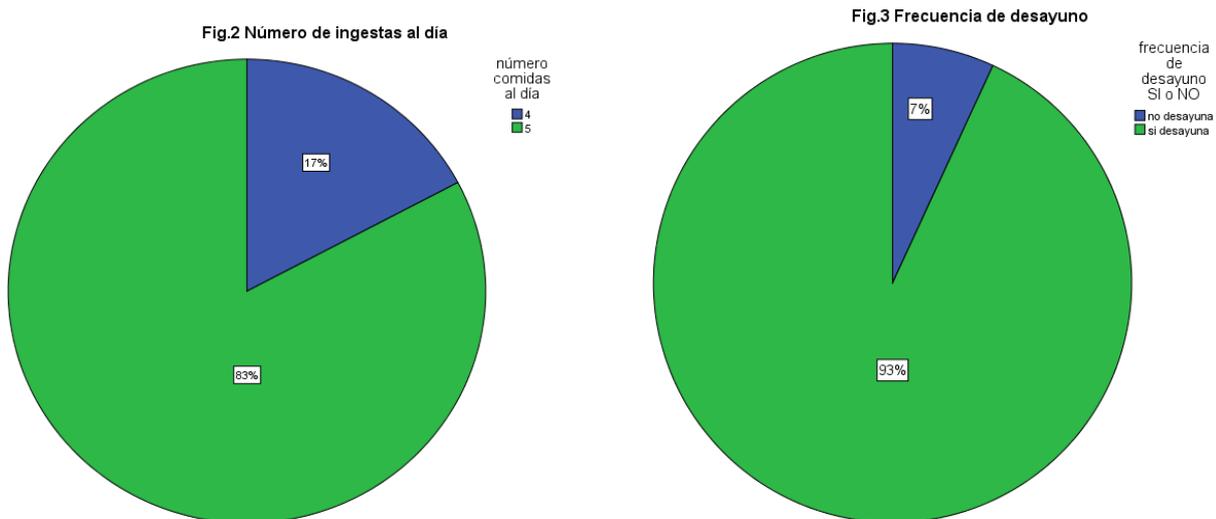
Según las tablas de la OMS, el 13% de los niños está en bajopeso, 48% en normopeso, 35% en sobrepeso y 4% en obesidad.

Tabla 4. Clasificación de muestra estudiada según estado ponderal

	Bajopeso	Normopeso	Sobrepeso	Obesidad
Hernández et cols	13%	78%	9%	0%
OMS	13%	48%	35%	4%

Según la tablas percentiladas que utilizemos (tabla 4), hay una variación importante en los grupos de normopeso, sobrepeso y obesidad. Mientras que con la clasificación según las tablas de Hernández et cols. tenemos una pequeña población en sobrepeso, con las tablas de la OMS, obtenemos un porcentaje importante de sobrepeso e individuos con obesidad. Esta diferencia entre resultados puede deberse a la diferencia en equivalencias de los percentiles.

Un 17 % realiza 4 comidas al día, mientras que el 83 % restante realiza las 5 comidas recomendadas.(Fig.2) Es recomendable repartir los alimentos en 5 comidas al día: desayuno, media mañana, comida, merienda y cena.



Frecuencia de comidas:

Un 7% de los niños encuestados, no desayuna o lo hace menos de 5 veces por semana, mientras que el 93% restante asegura desayunar todos los días. (Fig.4) Estos porcentajes son similares a los observados en el estudio ALADINO 2011.

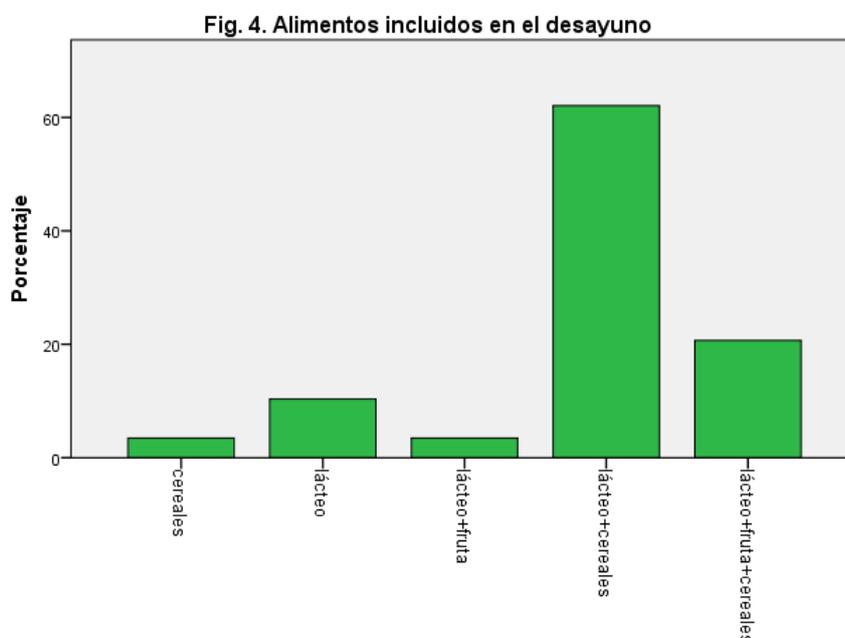
El 86% de las familias aseguran que sus hijos toman alimentos a media mañana frente al 97% que aseguran merendar. El 64% de los niños que toma alimentos a media mañana, opta por un grupo de alimentos: grupo cereales o grupo lácteo o grupo fruta, mientras que el 36% toman alimentos del grupo cereal junto con fruta.

En la merienda, el 53% opta por bocadillo, el 32% bocadillo junto con fruta o yogur, 7% toman cereales o fruta, 3,5% lácteo más fruta y 3,5% optan por otras meriendas.

Calidad del desayuno:

Entre los que desayunan, se ha evaluado su calidad (valorada de 1-regular, 2-buena y 3-muy buena, según consumo habitual de lácteos y/o cereales y/o fruta, otorgando un punto por cada

grupo de alimentos consumidos), el 14% tiene una calidad de desayuno regular (1 grupo de alimentos), frente al 65% cuya calidad de desayuno es buena (2 grupos de alimentos) y el 21% que realiza un desayuno de muy buena calidad (tres grupos de alimentos: lácteo+cereal+fruta). El 97% incluyen en su desayuno un lácteo.



Los niños que sólo desayunan un grupo de alimentos, debiera mejorar incluyendo un segundo grupo. Se observa que la mayoría de los niños incluyen en su desayuno un lácteo y un cereal, incluyendo en este grupo una fruta, mejoraría el perfil de calidad de desayuno en nuestra población.

Además, el 77% de los niños con buena calidad de desayuno, está en normopeso, y el 100% de los niños que realizan un desayuno con muy buena calidad están también en normopeso.

El 89% de los niños con normopeso desayuna dos o más grupos de alimentos.

Actividad física

El 89% de los niños aseguran hacer ejercicio físico regularmente. El 57% diariamente de 30 a 60 minutos al día y el 32% más de 1 hora al día. (tabla 5)

Tabla 5. Tiempo dedicado ejercicio físico	
No hace	11%
<1hora/día	57%
>1hora/día	32%

Para normopeso, hay un porcentaje importante que realiza menos de una hora de ejercicio físico

al día. (tabla 6)

Tabla 6. Relación entre peso y tiempo de ejercicio físico				
	Tiempo ejercicio físico	No hace	Menos de 1 hora	1 hora o más
Bajopeso	Hernández	0%	33,3%	66,7%
	OMS	0%	33,3%	67,7%
Normopeso	Hernández	11,1%	61,1%	27,8%
	OMS	9,1%	54,5%	36,4%
Sobrepeso	Hernández	0%	50%	50%
	OMS	12,5%	75%	12,5%
Obesidad	OMS	0%	0%	100%

El 43% de los niños no utilizan videojuegos u ordenador, el 43% lo utiliza 1 hora o menos y el 14% lo utiliza más de 2 horas al día. El 7 % de los niños no ven la televisión, 24% la ve 1 hora o menos al día y el 69% la ve 2 horas o más diarias.

En suma de actividades sedentarias, el 17% de los niños realizan 1 hora o menos diariamente frente al 41,5% que realiza al menos 2 horas diarias de actividades sedentarias, y el resto, 41,5%, que realiza más de 2 horas diarias de actividades sedentarias (suma horas frente ordenador o videojuegos más horas frente al televisor).

Tabla 7. Tiempo diario dedicado a actividades sedentarias (ver televisión, videojuegos, ordenador)			
	<5 años	Entre 5 y 9 años	>9 años
1 hora o menos	9 (20%)	4 (80%)	0 (0%)
2 horas	1 (8%)	6 (50%)	5 (42%)
Más de 2 horas	3 (25%)	5 (42%)	4 (33%)

Los niños que invierten más horas en televisión, videojuegos u ordenador, son los escolares (de 5 a 9 años), seguidos de los preadolescentes (mayores de 9 años) y después los preescolares (menos de 5 años).

Un porcentaje alto (88,9%) de niños que realizan una hora o más de actividad física diaria, también realizan 2 horas o más de actividades sedentarias. (tabla 8)

Tabla 8. Comparación entre actividad física y actividades sedentarias de los niños			
Actividad Física	Actividades Sedentarias		
	1 hora o menos	2 horas	Más de 2 horas
No hace	0%	66,7%	33,3%
1 hora o menos/día	18,8%	25%	56,2%
Más de 1 hora/día	11,1%	66,7%	22,2%

Fig. 5. Comparación peso vs Ejercicio Físico

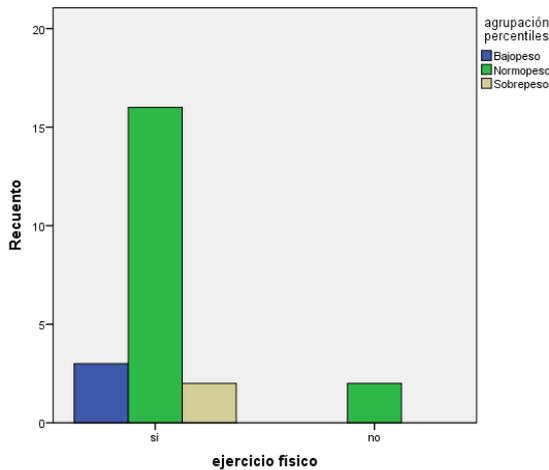
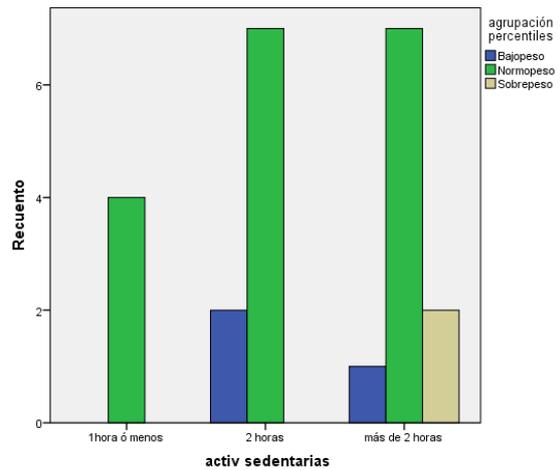


Fig. 6. Comparación peso vs tiempo inactividad física



En las figuras 5 y 6, se observa la influencia de la AF/inactividad en el estado nutricional. En el primer gráfico, refleja un mayor número de niños con normopeso que sí realizan AF, aunque hay unos pocos que, están en normopeso, y no realizan AF. En la segunda gráfica, se observa que la mayor proporción de niños en nomopeso realiza 2 o más horas sedentarias. Y la población con sobrepeso realiza también más de 2 horas diarias de actividades como ver la televisión, ordenador, videojuegos.

Un 37% duerme menos de 10 horas, un 56%, lo hace entre 10 y 11 horas y el restante 7% descansa más de 11 horas.

Con respecto a la influencia de la escuela en los hábitos del niños, el 43% de los padres/tutores opina que si ha influído frente al 57% que piensa que no. De los padres que sí piensan que la escuela influye en los hábitos alimentarios de sus hijos, el 82% ha participado en los programas de hábitos saludables de la escuela.

Aunque existen una gran cantidad de programas de promoción de hábitos saludables en la escuela, parece que los padres no tienen percepción de la relevancia de los mismos, ni de la influencia que puede tener en los hábitos de sus hijos.

Frecuencia de consumo de alimentos (tabla 9):

Los alimentos que se consumen en menor frecuencia: el 31% toman nunca alimentos integrales, 28,6% refrescos, el 27,6 carne de cordero, el 24,1% bollería industrial, el 21,4% verdura cruda y el 20,7% de los niños no toman frutos secos. Y los alimentos que se consumen con mayor

frecuencia (al menos una vez al día) son: pan (96,6%), leche y queso (82,7%), yogur (68,9%), fruta (55,2%) y cereales (37,8%).

Tabla 9: Frecuencia de consumo de algunos alimentos (%)	Nunca	1/mes	1/semana	2-4/semana	5-6/semana	1 vez/día	2 veces día	+2 veces día
Fruta	0,0	0,0	0,0	17,2	13,8	20,7	27,6	6,9
Verdura cruda/ensalada	21,4	10,7	3,6	28,6	14,3	21,4	0,0	0,0
Verdura cocida	10,3	6,9	37,9	37,9	6,9	0,0	0,0	0,0
Patata cocida	3,6	10,7	35,7	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Patata frita	0,0	17,2	17,2	55,2	10,3	0,0	0,0	0,0
Legumbres	0,0	6,9	20,7	65,5	6,9	0,0	0,0	0,0
Pan	3,4	0,0	0,0	0,0	0,0	41,4	41,4	13,8
Cereales	6,9	10,3	10,3	27,6	6,9	31,0	3,4	3,4
Pasta	0,0	6,9	48,3	44,8	0,0	0,0	0,0	0,0
Arroz	0,0	0,0	88,9	11,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Alimentos Integrales	31,0	20,7	27,6	10,3	0,0	10,3	0,0	0,0
Zumo fruta natural	10,3	10,3	31,0	24,1	0,0	20,7	3,4	0,0
Refrescos	28,6	17,9	25,0	10,7	0,0	10,7	0,0	7,1
Aperitivos (gusanitos, snacks)	0,0	20,7	41,4	31,0	0,0	6,9	0,0	0,0
Chucherías	7,1	10,9	39,3	32,1	3,6	7,1	0,0	0,0
Bollería industrial	24,1	34,5	24,1	17,2	0,0	0,0	0,0	0,0
Frutos secos	20,7	44,8	27,6	3,4	0,0	3,4	0,0	0,0
Chocolate	10,3	10,3	24,1	37,9	6,9	10,3	0,0	0,0
Carne vacuno	0,0	3,4	51,7	41,4	3,4	0,0	0,0	0,0
Carne pollo/pavo	3,4	3,4	41,4	41,4	10,3	0,0	0,0	0,0
Carne cerdo	3,4	13,8	65,5	13,8	3,4	0,0	0,0	0,0
Carne cordero	27,6	48,3	24,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Embutidos	3,4	13,8	20,7	41,4	6,9	13,8	0,0	0,0
Huevos	3,4	3,4	51,7	37,9	3,4	0,0	0,0	0,0
Pescado fresco/congelado	3,7	0,0	44,4	48,1	3,7	0,0	0,0	0,0
Leche y queso	0,0	3,4	3,4	0,0	10,3	27,6	31,0	24,1
Yogur	3,4	0,0	6,9	6,9	13,8	51,7	10,3	6,9
Azúcar y alimentos azucarados	6,9	17,2	44,8	6,9	3,4	13,8	3,4	3,4

- Por grupo de alimentos de la pirámide de la alimentación:

Del grupo de patatas, arroz, cereales, pan, integrales y pasta, el 34% de los encuestados consumen cuatro veces todos los días o más cumpliendo con las recomendaciones de la SENC (4-6 raciones al día). Sin embargo el consumo de alimentos integrales es bajo, el 31% nunca los consume frente al 10% de los niños que aseguran comer alimentos integrales una vez todos los días.

El 65,5% de los niños toman fruta una vez todos los días o menos, el 27,5% asegura comer fruta

Hábitos de alimentación y de actividad física de la población infantil de una zona rural de Cantabria

con una frecuencia de dos veces todos los días y sólo el 7% de los niños encuestados comen más de dos veces al día fruta, cumpliendo así la frecuencia recomendaciones de la SENC (≥ 3 raciones al día).

Si se relaciona el consumo de frutas con el estado nutricional, se observa que el mayor porcentaje de población que consume 2 o más frutas al día, es los niños de normopeso.

		Bajopeso	Normopeso	Sobrepeso	Obesidad
Hernández	<2frutas/día	67%	56%	100%	0%
OMS		67%	64%	50%	100%
Hernández	2frutas ó +/día	33%	44%	0%	0%
OMS		33%	36,4%	50%	0%

El 41,3% consume con poca frecuencia verduras (menos de una vez al día), el 38% consume una vez al día verduras (crudas o cocinadas) y el 7% consume al menos dos veces todos los días cumpliendo con las recomendaciones de la SENC (≥ 2 veces al día).

		Bajopeso	Normopeso	Sobrepeso	Obesidad
Hernández	<2verduras/día	67%	94%	100%	0%
OMS		67%	91%	100%	100%
Hernández	2verduras ó +/día	33%	6%	0%	0%
OMS		33%	9%	0%	0%

De la relación entre estado nutricional y consumo de verduras (tabla 10), refleja tanto para normopeso como para sobrepeso u obesidad, que en su mayoría comen menos de dos verduras al día.

Del grupo de leche y derivados, la SENC recomienda de 2 a 4 raciones al día, que cumplen el 90% de los niños, con un consumo de dos veces todos los días o más.

Pescados: frecuencia recomendada por la SENC de 3-4 raciones a la semana, el 4% que nunca lo consumen, 44% que consumen pescado una vez por semana y cumpliendo la recomendación, el 52% de los niños.

El 7 % de los niños encuestados consumen huevo una vez al mes o menos, frente al 52% que consumen 1 huevo por semana y el 41% consumen más de 2 huevos por semana.

La frecuencia de consumo de carnes magras es: 14% de los niños encuestados lo consumen una vez por semana, 69% de dos a cuatro veces por semana y 17% más de cinco veces por semana y cuyo consumo recomendado por la SENC es de 3 a 4 raciones por semana.

La frecuencia en el consumo de legumbres es la siguiente: 7% de los niños encuestados lo consumen una vez al mes, 21% una vez a la semana, 65% de dos a cuatro veces por semana cumpliendo la recomendación de la SENC, y 7% de cinco a seis veces por semana.

La frecuencia de consumo de frutos secos está muy por debajo de la recomendación de frecuencia de consumo que es de tres a siete raciones a la semana.

Sin embargo el consumo de embutidos y carnes grasas, así como el de snacks, chucherías, bollería industrial, chocolate, refrescos y alimentos azucarados, está por encima de las recomendaciones (consumo ocasional y moderado). Destacando entre otros que, el 25 % de los niños toma al menos una vez a la semana refrescos, el 11% una vez todos los días, y el 7% más de 2 veces al día. Con respecto a snacks, el 41% consume una vez a la semana y el 31% de 2 a 4 veces por semana; el 39% consume chucherías una vez por semana y el 32% de 2 a 4 veces por semana; el 24% consume bollería industrial una vez por semana y el 17% de 2 a 4 veces por semana. El 24% consume una vez a la semana chocolate y el 38% los consume de 2 a 4 veces por semana. Con respecto a los embutidos, el 41% consume de 2 a 4 veces por semana y el 14% consume embutidos una vez todos los días. El 45% consume azúcar y alimentos azucarados una vez a la semana y el 21% una vez todos los días.

		Bajopeso	Normopeso	Sobrepeso	Obesidad
Hernández	<1refresco/día	67%	89%	100%	0%
OMS		67%	91%	87%	100%
Hernández	1 refresco o +/día	33%	11%	0%	0%
OMS		33%	9%	13%	0%

Hay que tener cautela con la extrapolación de los datos, debido, por una parte, la baja participación conseguida, y por otro, se preguntó por la frecuencia de consumo y no por la cantidad consumida. Además, de como se comentó anteriormente, la baja participación conseguida.

CONCLUSIONES:

1.-Una proporción de niños no realiza las 5 comidas al día recomendadas, principalmente se saltan la toma de media mañana. Sin embargo, un porcentaje de niños similar a los resultados de ALADINO 2011, no desayuna, y sólo una quinta parte de los niños realiza un desayuno de muy buena calidad, y estos niños están en normopeso. A media mañana, las familias optan por comer alimentos de un sólo grupo (cereales ó lácteo ó fruta), mientras que en la merienda comen bocadillo (un tercio de los niños lo acompaña con una fruta o un lácteo).

2.-El 90% de los niños hace ejercicio regularmente, pero sólo el 32% cumple con la recomendación; sin embargo, entre ellos, hay un porcentaje importante de niños que, aún cumpliendo con las recomendaciones de actividad física, destinan dos horas o más a actividades sedentarias (videojuegos, ordenador, TV). El 83% de los niños encuestados realiza actividades sedentarias (videojuegos, ordenador, TV) dos horas diarias o más.

3.- Con respecto a los hábitos de alimentación y de actividad física, todavía hay un porcentaje de niños que no desayuna, y/o la calidad del desayuno es mejorable. Y aunque haya un porcentaje alto de niños que realizan actividad física, las horas sedentarias también son importantes. Hay un consumo bajo de alimentos integrales, frutas y verduras.

4.- Los alimentos con menor frecuencia de consumo son los alimentos integrales. Los alimentos con mayor frecuencia de consumo son el pan, los lácteos y la fruta. El 34% de los niños encuestados cumple con las recomendaciones de consumo de cereales, el 7% para el caso de las frutas y verduras. El 90% de los niños cumplen recomendaciones de lácteos, 52% de los niños cumplen las recomendaciones de pescado, el 41% con las de huevos, el 69% con las de carnes magras y el 65% con las de legumbres. Hay bajo consumo de frutos secos. Consumo alto de productos cuya recomendación es de ocasional y moderado.

5.- Dependiendo de las tablas de crecimiento que se utilice, podemos tener que la población estudiada tiene un porcentaje menor de sobrepeso/obesidad que los estudios consultados y/o tener una población con un patrón de estado ponderal similar a los resultados de los diversos estudios revisados^{4,11}. Por otra parte, hay una llamativa proporción de niños en bajopeso que puede deberse a la baja muestra estudiada.

6.- Por tanto, se concluye, que aunque se esté realizando un gran esfuerzo por entidades, públicas y privadas, en la prevención de la obesidad infantil, y que parece que según un estudio publicado recientemente la obesidad infantil se ha estabilizado⁴⁹, todavía hay un gran camino por delante en la promoción de hábitos saludables relacionados con la alimentación como el aumento de consumo de alimentos integrales, frutas y verduras, y la práctica de actividad física.

Hoy en día, los padres reciben muchos mensajes sobre alimentación para sus hijos a través de

Hábitos de alimentación y de actividad física de la población infantil de una zona rural de Cantabria

muchas fuentes, pero carecen de una visión crítica de los mismos debido a la falta de educación nutricional. Se observa que muchos padres no aprecian la promoción de la salud a través de programas de hábitos saludables desarrollados en la escuela, a pesar de que el mejor ámbito para promocionar estos hábitos es el colegio, comprometiendo a los padres, el colegio y el comedor.

AGRADECIMIENTOS:

Es mi deseo agradecer a la empresa Alianza Servicios Socioculturales y a la Comunidad, y a los Servicios Sociales de la Mancomunidad del Alto Asón, el haberme dejado llevar a cabo este estudio, así como dar las gracias también a los padres/tutores que han cumplimentado las encuestas de forma voluntaria y altruista.

También agradecer la tutoría del trabajo, por los consejos y dirección del mismo.

BIBLIOGRAFÍA:

1.- Prida-Villa E., Ronzón-Fernández M^aA., Sandoval-González V., Maciá-Bobes C. Necesidades de abordar la obesidad en Asturias. Propuesta de actuaciones de enfermería en atención primaria. *Enferm Clin.* 2010;20(6):366-369

2.- Ortiz Moncada R., Álvarez-Dardet C., Miralles-Bueno JJ., Ruíz-Cantero MT., Dal Re-Saaverdra MA., Villar-Villalba C., Pérez-Farinós N., Serra Majem LI. Determinantes sociales de sobrepeso y obesidad en España 2006. *Med Clin (Barc).* 2011;137(15):678-684

3.- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico – OCDE. Informe de la situación de obesidad en España – "Obesity and the Economics of Prevention: Fit not Fat". 2012 Feb:1-2 Disponible en: <http://www.oecd.org/health/health-systems/theeconomicsofprevention.htm> [acceso 12-09-2013]

4.- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Estudio ALADINO Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España. 2011. Disponible en: <http://www.naos.aesan.msssi.gob.es/naos/investigacion/aladino/> [acceso 19-09-2013]

5.- Índice de masa corporal en población infantil según sexo y grupo de edad. Población de 2 a 17 años. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do> [acceso 16-10-2013]

6.- Índice de masa corporal población infantil según sexo y grupo de edad. Población de 2 a 17 años. Encuesta Nacional de Salud 2006. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do> [acceso 16-10-2013]

7.- NMH/WHO/HQ. Documento de consulta para la preparación de un estrategia mundial OMS sobre régimen alimentario, actividad física y salud. 2003 Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/es/> [acceso 16-10-2013]

8.- Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial de la OMS sobre régimen alimentario, actividad física y salud: Marco para el seguimiento y evaluación de la aplicación. 2009 <http://www.who.int/dietphysicalactivity/es/> [acceso 16-10-2013]

- 9.- The policy Brief: OECD Obesity Update 2012:1-7 Disponible en: <http://www.oecd.org/health/health-systems/theeconomicsofprevention.htm> [acceso 12-09-2013]
- 10.- Ley de Seguridad Alimentaria y Nutrición 17/2011 de 5 de julio, 2011. BOE 160. Disponible en <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2011-11604> [acceso 10-09-2013]
- 11.- Serra Majem LI., Ribas Barba L., Aranceta Bartrina J., Pérez Rodrigo C., Saaverdra Santana P., Peña Quintana L. Obesidad infantil y juvenil en España. Resultados estudio Enkid (1998-2000). Med Clin (Barc) 2003;121(19):725-32
- 12.- Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de comedores escolares. Programa Perseo. 2008.
- 13.- Aranceta Bartrina J., Pérez Rodrigo C., Rubio Herrera M.A. Malnutrición por exceso: Sobrepeso y Obesidad. 297-307. En: Varela Moreiras G. Libro blanco de la nutrición en España. Módulo IV: Patologías asociadas a la nutrición. Prevalencia, prevención y tratamiento nutricional. Fundación Española de la Nutrición (FEN), 2013.
- 14.- Fesnad. Recomendaciones nutricionales basadas en la evidencia para la prevención y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos (Consenso FESNAD-SEEDO). Revista Española de Obesidad 2011; 9 (1):6-7
- 15.- T.Durá Travé, F.Sánchez-Valverde Visus. Obesidad infantil: ¿un problema de educación individual, familiar o social?. Acta Pediatr Esp.2005; 63:204-207
- 16.- Tojo Sierra R., Lleis Trabazo R. Nutrición del niños en la edad preescolar y escolar. 327-365 En: Gil Hernández A. Tratado de Nutrición. Tomo III Nutrición Humana en el estado de Salud. Grupo Acción Médica. Madrid, 2005.
- 17.- OMS. Conjunto de recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños. 2010:1-16.
- 18.- Serra Majem LI., Ribas Barba L., Pérez Rodrigo C., Roman Viñas B., Aranceta Bartrina J. Hábitos alimentarios y consumo de alimentos en la población infantil y juvenil (1998-2000): variables socioeconómicas y geográficas. Med Clin (Barc) 2003;121(4):126-31
- 19.- Ortega Anta R.Mª., Aparicio Vizuete A., López Sobaler A.Mª. Educación nutricional. 523-554 En: Gil Hernández A. Tratado de Nutrición. Tomo III Nutrición Humana en el estado de Salud. Grupo Acción Médica. Madrid, 2005.
- 20.- Aranceta Bartrina J., Pérez Rodrigo C., Serra Majem LI., Delgado Rubio A. Hábitos alimentarios de los alumnos usuarios de comedores escolares en España. Estudio "Dime Cómo Comes". Aten Primaria 2004;33(3):131-9
- 21.- Vela Desojo A., García Casal Z., Goñi A., Suinaga I., Aguayo Calcena A., de las Heras Montero J., et al. Plan de intervención en la prevención de obesidad infantil "Erosotasuna Zainduz". Revista Española de Obesidad. 2009;7(2);91-96
- 22.- Vilaplana I Batalla M. Educación nutricional en el niño y el adolescente. Ofam. 2011;30(3):43-50.

23.- Bautista-Castaño I., Sangil-Monroy M., Serra-Majem LI. Conocimientos y lagunas sobre la implicación de la nutrición y la actividad física en el desarrollo de la obesidad infantil y juvenil. Med Clin (Barc) 2004;123(20):782-93.

24.- Tiempo diario de consumo de televisión según sexo y grupo de edad. Población de 1 a 14 años. Encuesta Nacional de Salud 2011.2012. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do> [acceso 16-10-2013]

25.- Tiempo de consumo de televisión según sexo y grupo de edad. Población de 1 a 15 años que ve la televisión. Encuesta Nacional de Salud. 2006. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do> [acceso 16-10-2013]

26.- Tiempo diario de utilización de videojuegos, ordenador o internet según sexo y grupo de edad. Población de 1 a 14 años. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do> [acceso 16-10-2013]

27.- Cuenca-García M., Ruíz Ruíz J., Ortage Porcel F.B., Castillo M.J. Actividad física en niños y adolescentes. 123-145. En: Casajús J.A., Vicente-Rodríguez G. Ejercicio físico y salud en poblaciones especiales. Exernet. Colección ICD 58.

28.- Hernández L.A., Ferrando J.A., Quílez J., Aragonés M., Terreros J.L. Diagnóstico inicial para la investigación/La actividad física en la actividad diaria de los escolares. 30-34. En: Análisis de la actividad física en escolares de medio urbano. Colección ICD 55.

29.- Dalmau Serra J., Vitoria Miñana I. Influencia de la nutrición pediátrica en la salud del adulto. 555-576. En: Gil Hernández A. Tratado de Nutrición. Tomo III Nutrición Humana en el estado de Salud. Grupo Acción Médica. Madrid, 2005.

30.- Hernández L.A., Ferrando J.A., Quílez J., Aragonés M., Terreros J.L. Estudios sobre la relación entre inactividad física y salud. Análisis de la actividad física en escolares de medio urbano. 18-21 Colecciones ICD 55

31.- Basulto J., Manera M., Baladia E., Miserachs M., Pérez R., Ferrando C., Amigó P., Rodríguez VM., Babio N., Mielgo-Ayuso J., Roca A., San Mauro I., Martínez R., Sotos M., Blanquer M., Revenga J. Marzo 2012 (última actualización: 8 de abril de 2013) (Monografía en Internet). Disponible en: <http://www.grep-aedn.es/documentos/alimentacionsaludable.pdf> [acceso 30-09-2013]

32.- SENC. Guía de la alimentación saludable 2004 Disponible en: http://www.aesan.msc.es/AESAN/docs/docs/come_seguro_y_saludable/guia_alimentacion2.pdf [acceso 16-10-2013]

33.- Molina V. Guías alimentarias en America Latina. Informe de la consulta técnica regional de las Guías Alimentarias. Anales Venezolanos de Nutrición 2008;21(1):31-34.

34.- González-Gross M., Gómez-Lorente J.J., Valtueña J., Ortiz J.C., Meléndez A. The "healthy lifestyle guide pyramid" for children and adolescents. Nutr Hosp.2008;23(2):159-168

35.- Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN). Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. La alimentación de tus niños y niñas. Nutrición saludable de la infancia a la adolescencia. Madrid 2010. Disponible en

http://www.aesan.msc.es/AESAN/web/notas_prensa/alimentacion_ninos_ninas.shtml [acceso 16-10-2013]

36.- Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial de la Organización Mundial de la Salud sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud. May 2004. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html> [acceso 16-10-2013]

37.- Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial de la OMS sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud: Marco para el seguimiento y evaluación de la aplicación. 2009. Disponible en <http://www.who.int/dietphysicalactivity/es/> [acceso 16-10-2013]

38.- WHO Ministerial Conference on Nutrition and Noncommunicable Diseases in the Context of Health 2020. Vienna Declaration on Nutrition and Noncommunicable Diseases in the Context of Health 2020. Vienna 4-5 July 2013. Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/es/> [acceso 16-10-2013]

39.- Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: www.aesan.msc.es [acceso 14-10-2013]

40.- Ministerio de Sanidad y Consumo. Código de autorregulación de la publicidad de alimentos dirigida a menores, prevención de la obesidad y salud. Código PAOS. Agencia Española de Seguridad Alimentaria. Mar 2005. Disponible en

<http://www.naos.aesan.msssi.gob.es/naos/publicidad/> [acceso 16-10-2013]

41.- Fundación IDEAS. El reto de la obesidad infantil. La necesidad de una acción colectiva. Informe jul 2011. Disponible en: <http://www.fundacionideas.es/publications> [acceso 16-10-2013]

42.- Gussinyé Canabal S. Aplicación del programa de tratamiento integral para la obesidad infantil "Niños en Movimiento" (tesis doctoral). Universidad Autónoma de Barcelona; 2005

43.- Romero Noreña A., Rodríguez Martínez G., Fuertes Fernández-Espinar J., Rodríguez Torrente M., Lorente Aznar T., González García G., et al. Programa de intervención educativa sobre alimentación y actividad física en niños oscenses (PIANO). Prevalencia inicial de obesidad. Revista Española de Obesidad 2009; 7(3):166-172.

44.- Durá Travé T. Influencia de la educación nutricional en el tratamiento de la obesidad infanto-juvenil. Nutr Hosp.2006;21(3):307-312

45.- Villagrán Pérez S., Rodríguez-Martin A., Novalbos Ruiz J.P., Martínez Nieto K.M., Lechuga Campoy J.L. Hábitos y estilos de vida modificables en niños con sobrepeso y obesidad. Nutr Hosp. 2010;25(5):823-831

46.- Llargues E., Franco R., Recasens A., Nadal A., Vila M., Pérez M.J., et al. Estado ponderal, hábitos alimentarios y de actividad física en escolares de primer curso de educación primaria:

estudio AVall. Endocrinol Nutr. 2009;56(6):287-92.

47.- Sobradillo B., Aguirre A., Aresti U., Bilbao A., et al. Curvas y tablas de crecimiento (Estudios Longitudinal y Transversal). Fundación Faustino Orbegozo Eizaguirre. Bilbao 2004.

48.- Carrascosa A., Fernández J.M., Ferrández A., López-Siguero J.P., López D., Sánchez E. Estudios Españoles de Crecimiento 2010.

49.- Iannotti R.J., Wang J. Trends in Physical Activity, Sedentary Behavior, Diet, and BMI Among US Adolescents, 2001-2009. Pediatrics 2013;132 (4):606-614

50.- Ortega R.M. López-Sobaler A.M. Requejo A.M. Andrés P. Guías en alimentación. 82-85 En: Ortega R.M., López-Sobaler A.M., Requejo A.M., Andres P. La composición de los alimentos. Herramienta básica para la valoración nutricional. Ed. Complutense. Madrid 2010.

51.- Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Comunidad de Madrid. Alimentación Infantil. Lo que come hoy determinará su futuro. Disponible en www.madrid.org/cs [acceso 16-10-2013]

52.- WHO Child Growth Standards. Disponible en: <http://www.who.int/childgrowth/en/> [acceso 16-10-2013]

53.- WHO Growth reference data for 5-19 years. Disponible en: <http://www.who.int/growthref/en/> [acceso 16.10.2013]

ANEXOS

Anexo 1.-Encuesta sobre hábitos alimentarios y de actividad física de la población infantil:

Se realiza esta encuesta con el objetivo de conocer los hábitos de vida de la población infantil, trabajo fin de máster oficial "Condicionantes genéticos, nutricionales y ambientales del crecimiento y el desarrollo" llevado a cabo por Maite Magadán Alonso.

Esta encuesta tendrá una duración aproximada de 10 minutos y es totalmente anónima.

P1.-¿Qué relación tiene con el niño/a?

Soy la madre()

Soy el padre()

Otros() _____

A partir de aquí, todas las preguntas son referidas a los hábitos del niño o niña: (marque con una X donde corresponda)

Sexo: Niño() Niña()

Fecha de nacimiento:

Peso:

Talla:

P2.-¿Cuántas comidas realiza al día? (Marcar con una X)

Desayuno() Media mañana() Comida() Merienda() Cena() Recena()

P3.-¿Con qué frecuencia desayuna?

Nunca() Menos de 5 veces por semana() Todos los días()

P4.-¿Qué suele desayunar? _____

P5.-¿Consume algún alimento a media mañana? Si () No ()

¿Cuál? _____

P6.-¿Consume algún alimento a media tarde? Si () No ()

¿Cuál? _____

P7.-¿A qué hora se levanta? _____

P8.-¿Hace ejercicio físico? Si () No ()

¿Cuánto tiempo? No hace () De 30 a 60 minutos/día () +1hora/día () 3-5horas/semana()

P9.-¿Cuánto tiempo juega con videojuegos/ordenador? No utiliza () 1hora/día ()

2horas/día () +2horas/día 3-5horas/semana ()

P10.-¿Cuánto tiempo ve la televisión? No la ve () 1hora/día () 2horas/día ()

+2horas/día () 3-6horas/semana ()

P11.-¿A qué hora se va a la cama? _____

P12.-¿Ha participado en algún programa de prevención o tratamiento de sobrepeso u obesidad infantil? Si () No ()

En caso afirmativo, ¿cuál? _____

P13.- ¿Ha influido la escuela en los hábitos alimentarios del niño/a? Si () No ()

En caso afirmativo, ¿ha contado con la participación de los padres/ tutores? Si () No ()

Sugerencias: _____

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

Cuestionario de frecuencias:

P14.-¿Con qué frecuencia el niño/a come...?	Nunca	1 vez/mes	1 vez/semana	2-4 veces/semana	5-6 veces/semana	1 vez todos los días	2 veces todos los días	+2 veces todos los días
Fruta								
Verdura cruda/ensalada								
Verdura cocida								
Patata cocida								
Patata frita								
Legumbres								
Pan								
Cereales								
Pasta								
Arroz								
Alimentos Integrales								
Zumo fruta natural								
Refrescos								
Aperitivos (gusanitos, snacks)								
Chucherías								
Bollería industrial								
Frutos secos								
Chocolate								
Carne vacuno								
Carne pollo/pavo								
Carne cerdo								
Carne cordero								
Embutidos								
Huevos								
Pescado fresco/congelado								
Leche y queso								
Yogur								
Azúcar y alimentos azucarados								

Anexo 2:

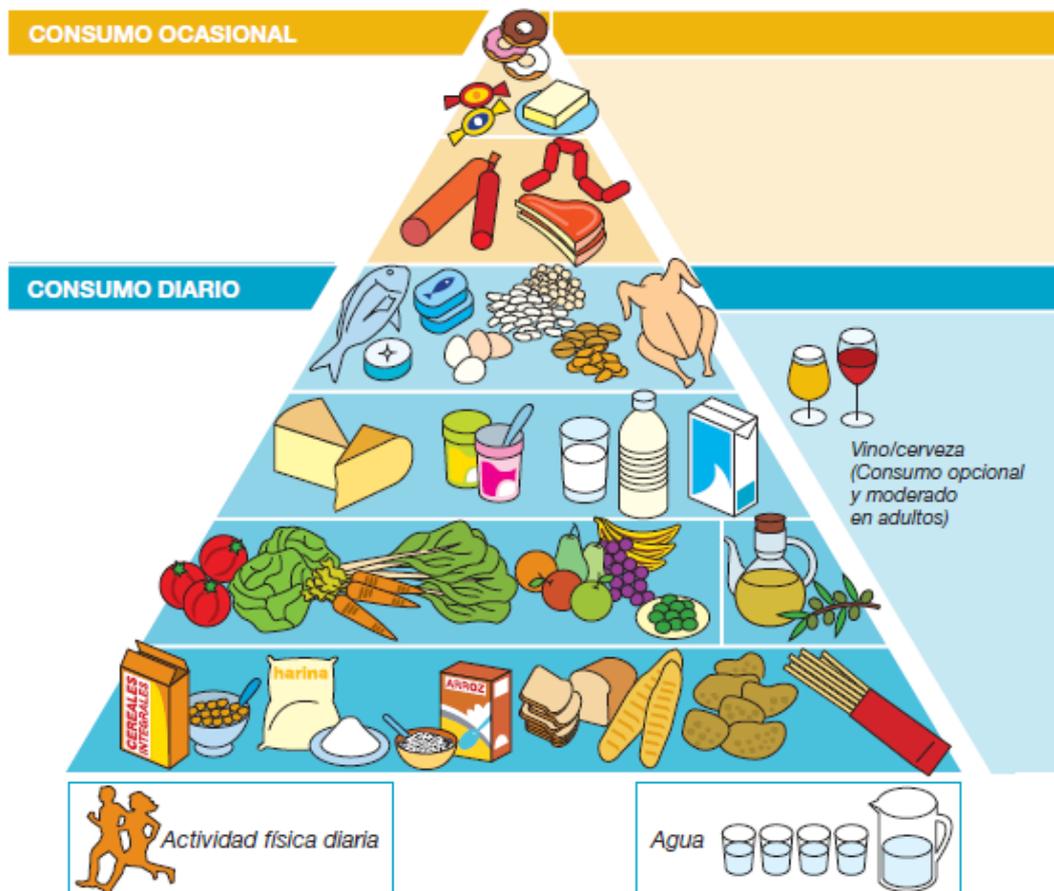
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, (nombre y apellidos) _____, mayor de edad
He leído y comprendo la información que se me ha dado respecto a la cumplimentación de la encuesta de hábitos alimentarios y de actividad física de la población infantil. Comprendo que la encuesta es totalmente anónima y quiero participar voluntariamente en ella.

Conforme para participar en el estudio, firma:

Anexo 3: Pirámide de los alimentos de la SENC (2004)

Pirámide de la Alimentación Saludable (SENC, 2004)



CONSUMO OCASIONAL		
	Grasas (margarina, mantequilla)	
	Dulces, bollería, caramelos, pasteles	
	Bebidas refrescantes, helados	
	Carnes grasas, embutidos	
CONSUMO DIARIO		
	Pescados y mariscos	3-4 raciones semana
	Carnes magras	3-4 raciones semana
	Huevos	3-4 raciones semana
	Legumbres	2-4 raciones semana
	Frutos secos	3-7 raciones semana
	Leche, yogur, queso	2-4 raciones día
	Aceite de oliva	3-6 raciones día
	Verduras y hortalizas	≥ 2 raciones día
	Frutas	≥ 3 raciones día
	Pan, cereales, cereales integrales, arroz, pasta, patatas	4-6 raciones día
	Agua	4-8 raciones día
	Vino/cerveza	Consumo opcional y moderado en adultos
	Actividad física	Diaria (>30 minutos)

Anexo 4: Pirámide del estilo de vida saludable para niños y adolescentes. M.González-Gross y cols.



Cara 1 de la pirámide. La alimentación diaria.



Todas las actividades son necesarias.

Cara 2 de la pirámide. Actividades diarias



¡Come de colores!
Todos los alimentos son buenos, pero no en las mismas cantidades

Cara 3 de la pirámide. Pirámide de alimentos para niños y adolescentes



Cara 4 de la pirámide. Higiene y salud

EJERCICIO FÍSICO + ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA = CRECIMIENTO SANO

6 A 9 AÑOS Crear hábitos.	10 A 13 AÑOS Consolidar los hábitos.	14 A 18 AÑOS No perder los hábitos adquiridos.
<p>Practica actividad física todos los días.</p> <p>¡Come de colores! Ya verás qué divertido</p> <p>Intenta practicar varios tipos de deporte.</p> <p>Recarga las pilas cada mañana. No olvides el desayuno. Y llévate el almuerzo al colegio.</p> <p>Juega dentro y fuera de casa. Diviértete con tus amigos.</p> <p>Es importante que adquieras el hábito de realizar 5 comidas al día.</p> <p>¿Qué significa "deporte" a esta edad?</p> <p>Juegos de iniciación al deporte.</p> <p>Desarrollo de capacidades perceptivas y condición física.</p> <p>Aprendizaje de habilidades básicas (correr, saltar, golpear, girar, lanzar).</p>	<p>Sigue siendo activo a diario. Lo mejor es hacer deporte en grupo.</p> <p>Toma mucho líquido, tu cuerpo lo necesita. Somos un 65 % de agua.</p> <p>Aprende las reglas deportivas y respétalas.</p> <p>Come variado.</p> <p>¡No olvides calentar antes y estirar después!</p> <p>Adapta el tamaño de las raciones acorde con el crecimiento y la actividad física.</p> <p>¿Qué significa "deporte" a esta edad?</p> <p>Formación deportiva básica.</p> <p>Desarrollo perceptivo-motriz.</p> <p>Aprendizaje de habilidades específicas.</p> <p>Crear en el niño hábitos de actividad física-deportiva.</p>	<p>Hacer ejercicio físico es bueno para el cuerpo y para la mente.</p> <p>Adapta el tamaño de las raciones al deporte que practicas y al ritmo de tu crecimiento.</p> <p>Diseña tu propio programa:</p> <p>Acondicionamiento aeróbico: Mantener cámara continua sin agotarse (al menos 20min/día, al menos 3 días por semana.)</p> <p>Acondicionamiento anaeróbico: Carrera a una intensidad elevada intercalando periodos menos intensos de recuperación activa (andar o trotar).</p> <p>Acondicionamiento muscular: Distintos tipos de ejercicio hasta completar 1 hora por sesión.</p> <p>Frecuencia: 3 a 6 días por semana, alternando los tipos de acondicionamiento.</p> <p>Antes de tomar un suplemento consulta con un dietista o un experto en nutrición.</p> <p>¿Qué significa "deporte" a esta edad?</p> <p>Trabaja la condición física: Fuerza, resistencia, velocidad, flexibilidad y lo específico de tu deporte.</p> <p>¡Mantente ágil!</p>

APRENDIZAJE CONTÍNUO →

Base de la pirámide. Crecimiento saludable