



UNIVERSIDAD DE OVIEDO

PROGRAMA DE DOCTORADO

Investigación en Educación e Intervención Socioeducativa

Departamento de Ciencias de la Educación

TESIS DOCTORAL

Percepción Familiar sobre Hábitos Alimentarios,
Actividad Física e Índice de Masa Corporal (IMC)
en Adolescentes de 13 años: Identificación de
Necesidades Socioeducativas

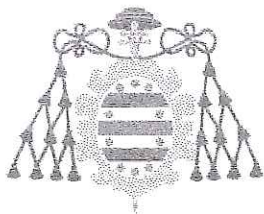
AUTORA: YOLANDA COTIELLO CUERIA

CO-DIRECTORAS:

Dra. Raquel-Amaya Martínez González
Dra. Lucía Álvarez Blanco

Departamento de Ciencias de la Educación
Universidad de Oviedo

Es más fácil, destruir que construir
avancemos construyendo con el
conocimiento

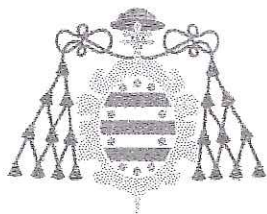


RESUMEN DEL CONTENIDO DE TESIS DOCTORAL

1.- Título de la Tesis	
Español/Otro Idioma: Percepción familiar sobre hábitos alimentarios, actividad física e Índice de Masa Corporal (IMC) en adolescentes de 13 años: Identificación de necesidades socioeducativas	Inglés: Family perception of eating habits, physical activity and Body Mass Index (BMI) in 13-year-old adolescents: Identification of socio-educational needs
2.- Autor	
Nombre: Yolanda Cotiello Cueria	DNI/Pasaporte/NIE:
Programa de Doctorado: Investigación en Educación e Intervención Socioeducativa	
Órgano responsable: Departamento de Ciencias de la Educación. Universidad de Oviedo	

RESUMEN (en español)

El objetivo de esta tesis es analizar los conocimientos y hábitos que tienen las familias con hijos adolescentes en aspectos de educación para la salud como alimentación, actividad física y control del sobrepeso. La finalidad es identificar necesidades de asesoramiento familiar que permitan promover dinámicas preventivas de la obesidad infantil. La tesis se encuentra estructurada en dos bloques. El primero corresponde a la Fundamentación Teórica, en la que se contemplan tres capítulos: 1) Estilos de Vida, destacando los Estilos de Vida Saludables y la problemática de la Obesidad y el Sobrepeso; 2) Adolescencia y su relación con los Estilos de Vida de Riesgo y Saludables, la obesidad y los trastornos de conducta alimentaria y 3) la Familia, sus estilos educativos, pautas y rutinas e implicación en el desarrollo de estilos de vida que condicionan las pautas alimentarias, el riesgo y prevención del sobrepeso y la obesidad infantil. El segundo Bloque corresponde al Estudio Empírico, en el que se plantean los Objetivos Generales y Específicos relativos a los Hábitos y Conocimientos de las Familias con hijos adolescentes sobre Alimentación, Actividad Física y Control del Peso. La investigación incluye varias dimensiones de análisis al respecto, que son estudiadas con una metodología de investigación ex-post-facto, descriptiva y exploratoria, basada en la técnica de encuesta; para ello se han elaborado cuestionarios específicos para realizar esta investigación, una vez revisada la literatura existente. La muestra está configurada por 290 familias cuyas respuestas proceden tanto de aplicar los cuestionarios en centros escolares como en centros de salud. Los datos se han analizado estadísticamente con el Programa SPSS a través de procedimientos univariados y multivariados; se acompañan también datos cualitativos que permiten complementar la información y profundizar en la interpretación de resultados. En el estudio se observa que mientras las familias parece que tienen conocimientos suficientes sobre los temas de salud tratados, sus hábitos al respecto son mejorables, especialmente en lo referido a Alimentación saludable. Asimismo, se advierte que conceden más atención a estas temáticas cuando se producen situaciones de sobrepeso que precisan tratamiento, que cuando se trata de prevenirlas. De ahí la necesidad que se concluye en la tesis de promover la Educación para la Salud y la Orientación Educativa Familiar para avanzar socialmente en la prevención de problemas de obesidad y en el desarrollo de estilos de vida saludables.



RESUMEN (en Inglés)

The objective of this thesis is to analyze the knowledge and habits that have families with adolescents in aspects of health education such as food, physical activity and control of overweight. The purpose is to identify needs of family counselling that allow to promote preventive dynamics of childhood obesity. The thesis is structured in two blocks. The first corresponds to the Theoretical Foundation, in which three chapters are contemplated: 1) Lifestyles, emphasizing Healthy Lifestyles and the problem of Obesity and Overweight; 2) Adolescence and its relationship with risk and healthy lifestyles, obesity and eating disorders, and 3) Family, its educational styles, guidelines and routines and involvement in the development of lifestyle that condition the food routines, risk and prevention of overweight and childhood obesity. The second Block corresponds to the Empirical Study, in which the General and Specific Objectives related to the Habits and Knowledge of Families with adolescent children on Food, Physical Activity and Weight Control are presented. The research includes several dimensions of analysis in this respect, which are studied with an ex-post-facto research methodology, descriptive and exploratory, based on the survey technique; for this purpose, specific questionnaires have been developed to carry out this research, once the existing literature has been reviewed. The sample consists of 290 families whose answers come from applying the questionnaires in schools and health centers. Data were statistically analyzed with the SPSS Program through univariate and multivariate procedures; qualitative data are also included, that allow to complement the information and to deepen in the interpretation of results. The study shows that while families seem to have sufficient knowledge about the health issues treated, their habits could be improved, especially in relation to healthy eating. It is also noted that they give more attention to these issues when overweight situations occur that require treatment, than when trying to prevent them. Hence the thesis concludes emphasising the need of promoting Health Education and Family Educational Orientation to advance socially in the prevention of problems of obesity and in the development of healthy lifestyles.

SRA. DIRECTORA DEL DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

SR. PRESIDENTE DE LA COMISIÓN ACADÉMICA DEL PROGRAMA DE DOCTORADO EN INVESTIGACIÓN EN EDUCACIÓN E INTERVENCIÓN SOCIOEDUCATIVA

AGRADECIMIENTOS

Aunque en todo trabajo de investigación los resultados y la discusión de los mismos parezcan ser lo más importante, quiero dejar claro desde el primer momento que esto no es posible sin la ayuda, colaboración de muchas personas que durante estos cuatro-cinco años han compartido conmigo esta aventura. Así aprovecharé las siguientes líneas para dar las gracias a:

Mi familia, amigos, compañeros de trabajo por dejarme embarcarme en la realización de la tesis a sabiendas que les iba a dejar de lado, abandonar en muchas ocasiones, cargar con más trabajo y lo han hecho sin pedir nada a cambio, bueno algo sí que lo termine pronto e intente ganar el tiempo perdido.

Las familias que primero contribuyeron al pilotaje y validación del cuestionario y luego lo cumplieron con la mejor voluntad posible, siempre con el ánimo de contribuir a mejorar la situación. Y a las que les debo una futura difusión de los resultados

El profesorado y Los profesionales de enfermería que me ayudaron en la difusión y posterior recogida de los resultados, haciendo frente a las dificultades que surgían al no poder localizar a las familias y luego tener que pedirles los devolvieran con prontitud.

A Ana, antigua directora de enfermería de Gijón por hacer de enlace con el CGSI, a Teresa Campal por ayudarme a localizar y conseguirme la bibliografía que no siempre estaba mi alcance y a Patricio por facilitarme la muestra de estudio.

Y a Raquel y Lucía porque durante todo este tiempo me han orientado y ayudado en la elaboración de cada apartado, línea, palabra, letra de esta tesis que para mí fue toda una odisea pues cuando empecé no sabía muy bien donde me metía y como iba a discurrir todo el proceso.

A todos muchas gracias y espero que hayáis disfrutado conmigo, aunque fuera un poco, de esta aventura que espero de sus frutos en un futuro no muy lejano.

ESTRUCTURA DE CONTENIDOS

INTRODUCCION

PRIMERA PARTE FUNDAMENTACION TEORICA

1. ESTILOS DE VIDA- ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

1.1 Concepto de Estilo de Vida

1.2 Características de los Estilos de Vida

1.3 Estilo de Vida/Patrón Alimentario

1.3.1 Cantidad y tipo de alimentos de la dieta “aspectos nutricionales”

1.3.2 La conducta alimentaria

1.4 Estilo de Vida/ Patrón Actividad Física

1.5 Estilo de Vida/ Patrón: Ritmo “Sueño-Vigila”

1.6 Percepción de la Salud

1.7 Promoción, Prevención y Educación para la Salud

2. SOBREPESO-OBESIDAD

2.1 Concepto y consecuencias del Sobrepeso y Obesidad

2.2 La obesidad “epidemia del siglo XXI”: realidad mundial, europea, nacional y autonómica

2.2.1 Prevalencia del sobrepeso/obesidad en el mundo

2.2.2 Prevalencia del sobrepeso/obesidad en Europa

2.2.3 Prevalencia del sobrepeso/obesidad en España

2.2.4 Prevalencia del sobrepeso/obesidad a nivel autonómico

2.3 Causas del Sobrepeso/Obesidad

2.3.1 El modelo ecológico del desarrollo humano (Bronfenbrenner, 1979)

2.3.2 El modelo de los determinantes de la salud o modelo de arco iris “Rainbow Model” (Dahlgren y Whitehead, 1991).

2.3.3 El modelo ecológico de las 6 C: Cell, Child, Clan, Community, Country, and Culture. (Harrison, 2011)

2.3.4 Factores de riesgo del Sobrepeso/Obesidad

2.3.4.1 Edad, sexo y factores genéticos

2.3.4.2 Estilos de vida

2.3.4.3 Redes sociales y la comunidad

- 2.3.4.4 Condiciones de vida
 - 2.3.4.5 Factores socioeconómicos, culturales y ambientales
 - 2.3.4.6 Interacción entre factores
 - 2.4 Diagnóstico-prevención-tratamiento del Sobrepeso/Obesidad
 - 2.4.1 Diagnóstico del sobrepeso/obesidad
 - 2.4.2 Prevención-tratamiento
- 3. LA ADOLESCENCIA
 - 3.1 Concepto de Adolescencia
 - 3.2 Etapas de la Adolescencia
 - 3.3 Características del desarrollo en la Adolescencia
 - 3.3.1 Desarrollo físico o biológico/fisiológico
 - 3.3.2 Desarrollo cognitivo
 - 3.3.3 Desarrollo emocional
 - 3.3.4 Desarrollo social
 - 3.4 Comportamientos/Conductas de Riesgo
 - 3.5 La salud en la adolescencia
 - 3.5.1 Estilos de Vida en la Adolescencia
 - 3.5.1.1 El Patrón Alimentario en la Adolescencia
 - 3.5.1.2 El Patrón Actividad Física en la Adolescencia
 - 3.5.1.3 El Patrón Ritmo “Vigilia-Sueño” en la Adolescencia
 - 3.5.2 Los Adolescentes y la Obesidad
 - 3.5.2.1 Adolescencia y trastornos de la conducta alimentaria (TCA)/ desordenes alimentarios (DE)
- 4. LA FAMILIA
 - 4.1 La función educadora de la Familia
 - 4.2 Estilos Educativos Familiares
 - 4.3 La Familia del Adolescente
 - 4.4 La Familia ante el control de peso, estado nutricional, actividad física y ritmo vigilia sueño de los/as adolescentes
 - 4.5 La Familia como agente de cambio en la prevencion/control de obesidad en sus hijos adolescentes
 - 4.5.1 Modelo transteórico de Prochascka & D´Clemente “Modelo de Etapas de cambio”

4.5.2 Modelo de Creencias de Salud.

4.6 Necesidades socio-educativas de las familias con hijos/as adolescentes ante el control de peso

SEGUNDA PARTE ESTUDIO EMIRICO

1. OBJETIVOS Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Presentación y contextualización de las temáticas de estudio

1.2 Definición de Objetivos

1.2.1 Objetivos Generales y Dimensiones de Estudio

1.2.2 Objetivos específicos

1.3. Diseño de la investigación

1.3.1. Metodología de investigación

1.3.2. Concreción y definición de las dimensiones y variables de estudio

1.3.3. Procedimiento y criterios de selección de las muestras

1.3.4. Características sociodemográficas de la muestra

1.4. Instrumentos y procedimientos de recogida de información

1.5. Procedimientos de análisis de datos

2. RESULTADOS

2.1. ESTUDIO 1. HÁBITOS DE LOS PADRES Y MADRES Y DE LOS HIJO/AS SOBRE ALIMENTACIÓN, EJERCICIO FÍSICO Y CONTROL DEL PESO

2.1.1. Dimensión 1. Hábitos de alimentación en casa

2.1.2. Dimensión 2. Hábitos de alimentación asociados al centro escolar

2.1.3. Dimensión 3. Hábitos de Actividad Física

2.1.4. Dimensión 4. Hábitos Relacionados con el Control de Peso

2.1.5. Estructura Factorial y Fiabilidad del Cuestionario de *Hábitos de los padres y madres y de los hijo/as sobre alimentación, ejercicio físico y control del peso*

2.2. ESTUDIO 2. CONOCIMIENTOS DE LOS PADRES Y MADRES SOBRE HÁBITOS SALUDABLES Y OBESIDAD INFANTIL

2.2.1. Dimensión 1. Conocimientos sobre Alimentación Saludable

2.2.2 Dimensión 2. Conocimientos sobre Actividad Física

2.2.3. Dimensión 3. Conocimientos sobre Peso y Obesidad

2.2.4. Estructura Factorial y Fiabilidad del Cuestionario sobre
*“Conocimientos de los padres y madres sobre hábitos saludables y
obesidad infantil”*

2.2.5. Dificultades/Problemas al organizar y regular la alimentación y
actividad física del adolescente

2.2.6. Solicitudes de los padres/madres a los centros escolares y centros de
salud

3. SÍNTESIS DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4. CONCLUSIONES E IMPLICACIONES DEL ESTUDIO. LIMITACIONES Y
LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

6. ANEXOS

INTRODUCCIÓN

Hoy en día los cinco factores de riesgo que suponen una mayor carga de enfermedad en la región de Europa occidental son tabaquismo, hipertensión arterial (HTA), obesidad, abuso de alcohol e inactividad física y entre las causas de la creciente emergencia del sobrepeso y obesidad se encuentra la consolidación y promoción de un estilo de vida obesogénico responsable de gran parte de las Enfermedades no Trasmisibles. Por otra parte, un estudio realizado en el 2016 por un grupo de investigadores del Imperial College de Londres en colaboración con la OMS revela que España es el segundo país europeo con más obesos, después del Reino Unido y según el estudio ENPE en Asturias y Galicia se han recogido las tasas más altas de sobrepeso y obesidad seguidas de Andalucía

Además, el problema del sobrepeso y obesidad es más acuciante cuando aparece en la niñez y/o adolescencia, según el estudio HBSC 2014, España ocupa el séptimo puesto con más niños obesos a los 11 años y el undécimo a los 13 y 15 años, con un 18% de niñas y un 26% de niños de 13 años con sobrepeso, 15% de niñas y 24% de niños en la franja de 15 años, de un ranking de 42 países de Europa y Norteamérica debido a que en la adolescencia los comportamientos sanos son menos frecuentes ante la falta de control de unos patrones de conducta y unos estilos de vida poco saludables, que se desarrollan dentro de un entorno que se ha bautizado como “entorno obesogénico” y en el que la familia desempeña un papel relevante.

Pero la adolescencia representa un período de crisis que exige readaptaciones continuas a los propios adolescentes y a los que conviven con ellos (familia, grupo de iguales y otras personas de referencia). Además, en la adolescencia no son solo las prevalencias/incidencias del sobrepeso/obesidad lo que nos incita a actuar sino las percepciones del peso e imagen corporal y los hábitos alimentarios, actividad física y descanso de los adolescentes que en muchas ocasiones están alterados siendo el peso normal. Ante esta situación, la familia, no siempre es capaz de readaptarse y desempeñar el incuestionable papel educativo que se le atribuye en el fomento, modificación, instauración, transmisión de hábitos saludables en sus hijos; por lo que, para ayudar a las familias a instaurar, mantener en los adolescente un estilo de vida saludable hemos de comenzar por conocer sus necesidades socioeducativas respecto a

la alimentación, actividad física, sueño-descanso, que sin duda serán variadas según sus propias circunstancias y vendrán determinadas por sus conocimientos, hábitos, creencias y valores.

Con esta tesis intentaremos comprender teóricamente y empíricamente la situación que viven en la sociedad actual las familias con hijos adolescentes al intentar mantener o instaurar en ellos un estilo de vida saludable. Para ello los contenidos que integran este trabajo se disponen en cinco bloques.

En primer lugar se expone la justificación teórica en la que se distinguen cuatro apartados, el primero hace referencia a los estilos de vida que servirá de nexo de unión con los otros tres: sobrepeso y obesidad, adolescencia y familia. Pues el estilo de vida obesogénico contribuye al desarrollo de la obesidad, caracteriza el patrón alimentario y actividad física de los adolescentes y es el caballo de batalla de las familias al que tienen que hacer frente con las herramientas de que disponen.

En el segundo bloque se presenta la metodología empleada en esta investigación, describiendo los participantes, las medidas utilizadas en la evaluación de los contenidos examinados y el procedimiento empleado en la recogida de datos. También en relación con el procedimiento, se realiza una enumeración y breve descripción de las técnicas estadísticas empleadas en el análisis de los datos.

El tercer bloque, dedicado a la presentación de los resultados, está compuesto de tres apartados, uno por cada uno de los dos estudios que se han realizado. De modo que el primer apartado hace referencia al Estudio 1 “Hábitos de los padres y madres sobre alimentación, ejercicio físico y control de peso”, el segundo apartado se corresponde con los resultados recogidos en el Estudio 2 “Conocimientos de los padres y madres sobre hábitos saludables y obesidad infantil” y el tercer apartado incluye los resultados del estudio cualitativo.

En el cuarto bloque se expone la discusión de los resultados de esta tesis. Para su abordaje, se comienza con una breve síntesis de los resultados fundamentales respecto a cada una de los estudios que integran la investigación, tras la cual se dedican tres apartados, a la discusión de los resultados en relación los contenidos teóricos y de la investigación previa

Finalmente, en el quinto capítulo se recogen las conclusiones y las contribuciones de este trabajo, estableciendo su relación con nuevas líneas de investigación futuras y sus implicaciones prácticas. Concluyendo la tesis concluye con los apartados de referencias y anexos.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1. ESTILO DE VIDA-ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

Las principales causas de la carga de enfermedad, tanto a nivel mundial como en nuestro entorno, tienen unos determinantes y factores de riesgo comunes. Según el Estudio mundial de carga de enfermedad (Global Burden of Disease Study [GBD], 2010) los cinco factores de riesgo que suponen una mayor carga de enfermedad en la región de Europa occidental son tabaquismo, hipertensión arterial (HTA), obesidad, abuso de alcohol e inactividad física. Por tanto, existe una clara necesidad de intervenir sobre los principales factores de riesgo: actividad física, alimentación saludable, consumo de riesgo y nocivo de alcohol, consumo de tabaco, bienestar emocional, seguridad y lesiones no intencionales de enfermedades crónicas no transmisibles de forma integral y multisectorial (Grandes et al., 2008; Instituto de Adicciones de Madrid Salud, 2006; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014).

Por otra parte, estudios realizados por el *Center For Disease Control de Atlanta* manifiestan que, cuando se supera el primer año de vida (periodo en el que los factores biológicos son muy importantes), la proporción de la mortalidad determinada por los estilos de vida aumenta considerablemente, acercándose a un 50%; cobrando importancia el debate sobre los estilos de vida y su impacto sobre la salud (Hernández, 2010; Perea, 2001). Y si además se tiene en cuenta el gran problema de salud pública que representa la obesidad no es de extrañar que ese debate se centre en el estilo de vida y el correspondiente ambiente obesogénicos.

Tal y como afirman Amigo, Busto y Fernández (2007) y Busto (2016), entre las causas de la creciente emergencia del sobrepeso y obesidad se encuentra la consolidación y promoción de un estilo de vida obesogénico que se está imponiendo en el mundo desarrollado. Este Estilo de vida está conformado por hábitos que fomentan la reducción de la actividad física y el sueño, favorecen el ocio pasivo, incrementan el número de ocasiones asociadas a la comida y condicionan el gusto por los alimentos más calóricos; ya que, afectan al IMC y predisponen al desarrollo, mantenimiento e incremento del sobrepeso y obesidad. (Amigo, 2007; Busto, 2016; Frelut, 2011; Serie

Científica Latinoamericana, 2014). En esta tesis se ahondará en los hábitos relacionados con la alimentación, la actividad física y el sueño-descanso.

Aunque cada uno de estos hábitos puede contribuir de un modo particular al aumento del peso, bien por la vía de la reducción del gasto calórico o bien por la vía del incremento del consumo de calorías, entre ellos existen fuertes relaciones; por ello, la educación del normopeso pasa por un cambio general en el estilo de vida (Amigo, 2007).

En este momento, la sociedad actual está cambiando y según Perea (2001) afirma:

Las transformaciones sociales en las que se halla inmerso el mundo actual exigen de la educación una continua adaptación a formas de vida diferentes, siendo necesario idear estrategias de intervención educativa que den respuesta a los problemas que se van generando. (p. 15)

Ante esta realidad cambiante, que genera nuevas necesidades, lo primero que habrá que hacer será identificar las necesidades que pueden ser susceptibles de actividades educativas para luego definir los objetivos y actividades más adecuadas a dichas necesidades y a la realidad del colectivo con el que vamos a trabajar (Riquelme, 2012), que en nuestro caso serán las familias con hijos adolescentes.

La adolescencia constituye uno de los momentos clave para el desarrollo y para la adquisición de conductas, denominadas saludables o no saludables, que ponen en riesgo la salud tanto a corto como a largo plazo; de este modo, la adquisición, modificación o la consolidación del estilo de vida en la adolescencia, a través de la educación, se convierte en una prioridad, constituyendo la familia y el ámbito educativo piezas claves en dicha educación (Giraldo, Toro, Macías, Valencia y Palacio, 2010; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014; Suverza, 2010). Pues no se debe de olvidar que los estilos de vida empiezan a forjarse en la familia, se refuerzan en el medio escolar y se afianzan en la comunidad gracias al contacto con sus padres y medio social (Garrido, Mojarro y Marín, 2016).

La Educación para la Salud (EPS) representa un proceso de formación, y de responsabilización del individuo a fin de que adquiera los conocimientos, las actitudes y

los hábitos básicos para la defensa y la promoción de la salud individual y colectiva (Suverza, 2010). Es decir, se busca responsabilizar al adolescente y prepararlo para que adopte un estilo de vida lo más sano posible que contribuya a lograr un estado de salud adecuado.

Pero, los hábitos saludables no son consecuencia de una serie de conductas independientes, sino que están insertos en un contexto o entramado social formando unos determinados estilos de vida; por lo que, las estrategias educativas y los objetivos de cambio en la EpS deberán dirigirse al conjunto de comportamientos y a los contextos donde se desarrolla el adolescente, resultado difícil la modificación de la conducta si al mismo tiempo no se promueven los cambios ambientales adecuados (Perea, 2001). El ámbito socioeducativo se presenta en esta tesis como el eje modelador de conductas que se asocian a estilos de vida al igual que sostienen Guerrero y León (2010).

Así, y dado que hoy en día los cinco factores de riesgo que suponen una mayor carga de enfermedad en la región de Europa occidental son tabaquismo, hipertensión arterial (HTA), obesidad, abuso de alcohol e inactividad física y que entre las causas de la creciente emergencia del sobrepeso y obesidad se encuentra la consolidación y promoción de un estilo de vida obesogénico responsable de gran parte de las Enfermedades no Transmisibles, el “Estilo de Vida” constituye el primer apartado del marco teórico de esta tesis.

En este apartado se determinarán el concepto y rasgos característicos del estilo de vida, identificarán los patrones alimentario, actividad física y sueño-vigilia de un estilo de vida saludable para luego, en el apartado sobrepeso/obesidad, poder compararlo con los hábitos que conforman el estilo de vida obesogénico. Y finalmente se incluye la percepción de la salud y la promoción, prevención y educación para la salud como elementos y herramientas que condicionarán el desarrollo del estilo de vida saludable u obesogénico del adolescente en el entorno familiar.

1.1 CONCEPTO DE ESTILO DE VIDA

Según revisiones históricas, los orígenes de este concepto se remontan a finales del siglo XIX y las primeras aportaciones al estudio de este concepto fueron realizadas por filósofos como Karl Marx y Max Weber. Estos autores ofrecieron una visión

sociológica del estilo de vida, entendiéndolo como un patrón de actividades o conductas que los individuos eligen adoptar entre aquellas que están disponibles en función de su contexto social (Hernández, 2010).

A principios del siglo XX, aparece una orientación personalista representada por Alfred Adler con su Psicología Individual, produciéndose un desplazamiento desde los factores socioeconómicos a los factores individuales en el estudio de los estilos de vida. Desde esta filosofía se define el estilo de vida como un patrón único de conductas y hábitos con los cuales el individuo lucha para sentirse mejor. Las investigaciones realizadas desde la Psicología Individual tuvieron una gran importancia al aportar técnicas psicoterapéuticas para la modificación de los estilos de vida (Hernández, 2010).

Una disciplina que durante la segunda mitad del siglo XX también incorpora el término *estilo de vida* es la antropología describiéndolo como una serie de pautas de conducta seguidas por un grupo razonable de personas que coinciden en su forma de vivir, gastar su dinero, emplear su tiempo libre, etc. En contraste con los sociólogos que enfatizan los determinantes socioeconómicos, los antropólogos enfatizan la importancia de la cultura (Álvarez y Álvarez, 2009).

No obstante, durante la segunda mitad del siglo XX, el ámbito de aplicación en el que el término *estilo de vida* ha tenido más impacto ha sido el área de salud, produciéndose distintos cambios en su estudio y conceptualización tal y como se recoge en la Tabla 1:

Tabla 1: Principales aportaciones al estudio y a la conceptualización del estilo de vida en el área de la salud durante las décadas 70, 80 y 90 (adaptada de Pastor et al., 1999)

Nota. Fuente: Ramos, M^a.P. (2010). (p.40).

Década de los 70	Se introducen las primeras definiciones de estilo de vida. Se dejan al margen las aportaciones clásicas y sociológicas al concepto. Se empiezan a estudiar las relaciones entre las distintas variables o conductas del estilo de vida. Predomina el modelo médico.
Década de los 80	Reacción al reduccionismo biomédico. Aportaciones de la OMS al estudio y al concepto del estilo de vida. La OMS impulsa su estudio con población adolescente. Introducción progresiva de los modelos psicosociales. El estilo de vida saludable recoge aquellas conductas relacionadas con la salud física.
Década de los 90	Esfuerzo de los estudiosos por clarificar el concepto. Vuelta a los clásicos y a las aportaciones sociológicas. El estilo de vida saludable recoge fundamentalmente aquellas conductas relacionadas con la salud física, aunque también se introducen conductas referentes a la salud psicológica y social.

Frente al modelo biomédico, en la década de los 80 se van introduciendo progresivamente los modelos psicosociales en el estudio del estilo de vida saludable. Y así, tal y como menciona Ramos (2010), desde el Comité Europeo de la Organización Mundial de la Salud se llevan a cabo varias medidas de apoyo a esta nueva filosofía integradora:

- Fomento del estudio del estilo de vida saludable desde un enfoque más social que médico.
- Conceptualización del *estilo de vida* como una forma general de vida, basada en la interacción de las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por los factores socioculturales y las características personales.
- Desarrollo del estudio *Health Behavior in School-aged Children* (HBSC) para conocer los estilos de vida durante la adolescencia

El HBSC es un estudio internacional e interdisciplinar que comienza su andadura en 1982 cuando un grupo de países (España se incorporará en 1985), auspiciados por la Organización Mundial de la Salud, acuerda diseñar un instrumento común para conocer los hábitos de vida relacionados con la salud de los adolescentes escolarizados. Hasta el año 2000 el equipo HBSC de España estuvo dirigido por el Dr. Ramón Mendoza y participó en las recogidas de datos de 1985-86, 1989-90 y 1993- 94. Desde el año 2000 hasta la actualidad, el Equipo HBSC español está dirigido por la Dra. Carmen Moreno, que ha coordinado las recogidas de datos (2001-02, 2005-06, 2009-10 y 2013-14) con la financiación y el apoyo del Ministerio de Sanidad y Política Social. La edición 2014 del estudio HBSC en España incorpora, al igual que la edición anterior (2010), las nuevas Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) en el procedimiento de recogida de datos. En esta última edición, realizada entre Marzo y Diciembre del año 2014, participaron 31058 individuos, con edades comprendidas entre los 11 y los 18 años, siendo el número de colegios participantes en la investigación 402 (HBSC España, 2017a; HBSC España, 2017b; Moreno, et al., 2012; Moreno, et al., 2016a).

Los fenómenos que se propone conocer el estudio HBSC corresponden a la diversidad de factores que influyen en el bienestar físico, mental y social del adolescente. Concretamente, el estudio HBSC se centra en diversos contenidos de los estilos de vida

relacionados con la salud (como por ejemplo, la alimentación y la dieta, la higiene dental, la actividad física y el sedentarismo, el uso del tiempo libre, el consumo de tabaco, alcohol o drogas ilegales...); por otra parte, analiza también el contexto familiar, escolar y la relación con los iguales, y todo ello con el objetivo de conocer sus implicaciones sobre la salud y el ajuste psicológico adolescentes (HBSC España, 2017b).

En esta década, las variables estudiadas no solo hacen referencia a la salud física, sino también a la psicológica, de manera que los estilos de vida pasan a estar definidos no solo por comportamientos, sino también por actitudes y autopercepciones. Esta nueva orientación más integradora provocó el desarrollo, desde los ámbitos de la salud, la educación y la psicología social, de diferentes modelos teóricos, con el objetivo de explicar los cambios en los estilos de vida saludables (Ramos, 2010; Suverza, 2010).

Posteriormente en la década de los 90 han surgido muchos intentos de conceptualizar qué es estilo de vida sin conseguir una definición consensuada. Aún más, los términos estilo de vida en general y estilo de vida saludable continúan empleándose actualmente por muchos autores como sinónimos, a pesar de los esfuerzos de la OMS durante la década de los 80 para diferenciarlos. (Hernández, 2010; Ramos, 2010).

Por tanto, aunque la definición de la OMS de estilo de vida saludable ha sido muy criticada por ser amplia, ambigua y poco operativa, tiene el reconocimiento de los expertos por introducir los principales factores que influyen en los estilos de vida.

1.2 CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTILOS DE VIDA

Los rasgos característicos de los estilos de vida que en 1993 Elliot establece han sido enumerados y complementados por las aportaciones de diversos autores (Hernández, 2010; Pastor, 1998; Ramos, 2010); de modo que, al abordar e identificar los estilos de vida de los adolescentes en esta tesis, considero que estos se caracterizan por:

a. Poseer una naturaleza conductual y observable. En este sentido, las actitudes, los valores y las motivaciones no forman parte del mismo, aunque sí pueden ser sus determinantes.

b. Las conductas que lo conforman deben mantenerse durante un tiempo. Conceptualmente, el estilo de vida conlleva hábitos que poseen alguna continuidad temporal, dado que supone un modo de vida habitual. Así, por ejemplo, el haber probado alguna vez el tabaco no es representativo de un estilo de vida de riesgo para la salud. Por la misma regla, si un comportamiento se ha abandonado ya no forma parte del estilo de vida.

c. El estilo de vida denota combinaciones de conductas que ocurren consistentemente. De hecho, se considera al estilo de vida como un modo de vida que abarca un amplio rango de conductas organizadas de una forma coherente en respuesta a las diferentes situaciones vitales de cada persona o grupo.

d. El concepto de estilo de vida no implica una etiología común para todas las conductas que forman parte del mismo, pero sí se espera que las distintas conductas tengan algunas causas en común.

Tal y como el Instituto de Adicciones de Madrid Salud y Osasun Ekintza (2006) afirman:

La mayor o menor complejidad de un estilo de vida se mide por el número de comportamientos que lo definen y por la mayor riqueza de transacciones que mantienen entre ellos y entre ellos y su entorno. Los comportamientos están organizados según secuencias o cadenas más o menos complejas en las que unos pueden servir de antecedentes o condiciones preparatorias de otros; por lo que, la mayor o menor dificultad para asumir determinadas prácticas depende de la menor o mayor existencia de cadenas previas de comportamientos. (p.23)

De este modo para hacer más viables los cambios es crucial en la planificación la identificación de la conducta principal de la cadena de comportamientos, al ser esta conducta la que mantiene un mayor número de relaciones y transacciones con otras y está más vinculada con los procesos mórbidos o de bienestar.

A partir de lo anteriormente expuesto debería ser sencilla la planificación de intervenciones para la adquisición de estilos de vida saludables. Pero, lo cierto es que su adquisición y modificación es compleja pues: los estilos de vida de una sociedad se

transforman y son recreados constantemente por los miembros que lo ejercen y la mayoría de las variables que conforman el estilo de vida están relacionadas con comportamientos que suponen una satisfacción inmediata y segura para la persona, y cuyos problemas se van a manifestar de manera sólo probable, y a largo plazo (fumar, beber, tener relaciones sexuales inseguras, utilizar otras drogas...). Ante ello, son muchas las teorías y modelos que, desde la psicología social y la psicología de la salud, contribuyen a su conocimiento (Hernández, 2010; Instituto de Adicciones de Madrid Salud y Osasun Ekintza, 2006; Ramos, 2010).

Actualmente uno de los aspectos determinantes en el tránsito hacia la configuración del nuevo estilo de vida de la moderna sociedad individualista sigue siendo la concepción del cuerpo. Lo novedoso es que el cuidado del cuerpo se ha convertido en una obsesión que, progresivamente, ha ido descendiendo desde las clases de nivel social alto a las de nivel medio e incluso bajo. Se está consolidando una nueva forma de concebir el cuerpo inmortal, una nueva manera de entender el ciclo vital y como consecuencia un nuevo estilo de vida. En las sociedades ricas estamos pasando de la preocupación por la belleza y la delgadez corporal a la obsesión por el antienvejecimiento y la juventud eterna, a optimizar y mantener la vitalidad y a estar en forma, a mantener el bienestar en la medida de lo humanamente posible (Álvarez y Álvarez, 2009).

No obstante, la evolución del aumento del sobrepeso y la obesidad en España en las últimas décadas nos hace pensar que en la mayoría de la población el estilo de vida es otro “Estilo de vida obesogénico”. Así durante las últimas décadas, se han producido cambios en el estilo de vida y en la sociedad que vuelven más difícil mantener los hábitos alimenticios de siempre. Por una parte, el modelo de organización familiar ha sufrido modificaciones sustanciales; por la otra, se vive a un ritmo más rápido y bajo un nivel de estrés mayor, lo que impide dedicar a las labores del hogar y a la alimentación el mismo tiempo que antaño. Las prisas y la falta de tiempo para cocinar y comprar inducen a recurrir a opciones fáciles y cómodas como la comida precocinada o los menús de comida rápida, así como a la sustitución de las recetas tradicionales por otras de mayor densidad energética y, a menudo, menor calidad nutricional. A estos factores se debe añadir el aumento del sedentarismo y los cambios en los hábitos de ocio, como

el mayor número de horas que los niños pasan frente al televisor o la videoconsola (Aldaya y Miranda, 2016; Amigo et al., 2007; Busto, 2016; Leis y Gil, 2015).

1.3 ESTILO DE VIDA/PATRÓN ALIMENTARIO

Cuando hablamos de Patrón Alimentario, nos estamos refiriendo al marco de referencia del consumo alimentario de un grupo de población. Este concepto representa el tipo y las cantidades de alimentos usualmente ingeridos por la mayoría de los individuos en un tiempo determinado. Está influenciado por factores culturales y socioeconómicos, por tanto puede ser modificado por cambios en estos (Álvarez y Álvarez, 2009; Hernández, 2010; Ortiz, 2011).

Desde siempre se ha sabido que una adecuada alimentación es muy importante para la salud y el normal funcionamiento del cuerpo.; y así, Gutiérrez (2015) lo menciona: “La importancia de la alimentación para el mantenimiento de la salud es reconocida desde la antigüedad. Ya Hipócrates, hace 2400 años, plasmó en su obra numerosas observaciones y recomendaciones dietéticas que han sido utilizadas hasta la actualidad” (p.1).

Tal y como Dominguez-Vásquez, Olivares y Santos (2008) mencionan:

La alimentación es un fenómeno complejo que está basado en las siguientes premisas: a) Es una “necesidad biológica” que impulsa la búsqueda de alimento en respuesta a un conjunto de señales hormonales periféricas reguladas por el sistema nervioso central; b) Es una “fuente de placer” que orienta la selección de alimentos y su consumo según sus características organolépticas; c) Está basada en “pautas socioculturales” que determinan el patrón de consumo de alimentos superponiéndose a los impulsos fisiológicos; d) Es un “hecho social” que funciona como medio de relación e interacción entre las personas dentro de la cultura; e) Es “producto del entorno social” y constituye un rasgo característico de la cultura local; f) Es una “interacción de influencias” ambientales, cognitivas, fisiológicas y socioculturales.(p.250)

Es frecuente que al preguntar a las personas sobre las posibles causas del aumento de la obesidad, lo primero en que se piensa son los factores vinculados a la alimentación. En una conversación con padres y madres o incluso con la generación de abuelos y abuelas, es común que surjan comentarios espontáneos como “antes no había tantos restaurantes de comida rápida”, “antiguamente al salir del colegio solamente había un bocadillo, no

le dábamos a los niños tantas chucherías y patatas fritas” o “actualmente a las familias no les gusta cocinar y hacen cualquier precocinado y ya está”.

Este tipo de comentarios son totalmente acertados ya que efectivamente los aspectos nutricionales de la alimentación son claves para explicar la epidemia de obesidad infantil, pero también es cierto que solamente representan una parte del análisis necesario para entender lo que está sucediendo. De este modo, la diversidad de factores que se involucran en el consumo de alimentos han hecho que su estudio se desarrolle en dos líneas específicas independientes pero interrelacionadas: la ingesta alimentaria, enfocada en la cantidad y tipo de alimentos de la dieta “aspectos nutricionales”; y la conducta alimentaria “hábitos y actitudes” orientada a la relación habitual del individuo con los alimentos (Casas y Gómez, 2016; Dominguez-Vásquez, 2008; Redacción eleexpress, 2016).

1.3.1 Cantidad y tipo de alimentos de la dieta “aspectos nutricionales”

A medida que las poblaciones envejecen, cambian los estilos de vida, y con ello, los patrones de las enfermedades. El cáncer, las enfermedades cardiovasculares (ECV), mentales y la diabetes, han pasado a ser las principales causas de morbilidad causando discapacidad y una agudizada disminución de la calidad de vida de la población. En la etiología de estas enfermedades influyen distintos factores: la herencia genética (no modificable de momento) y otros ambientales en los que destaca la dieta.

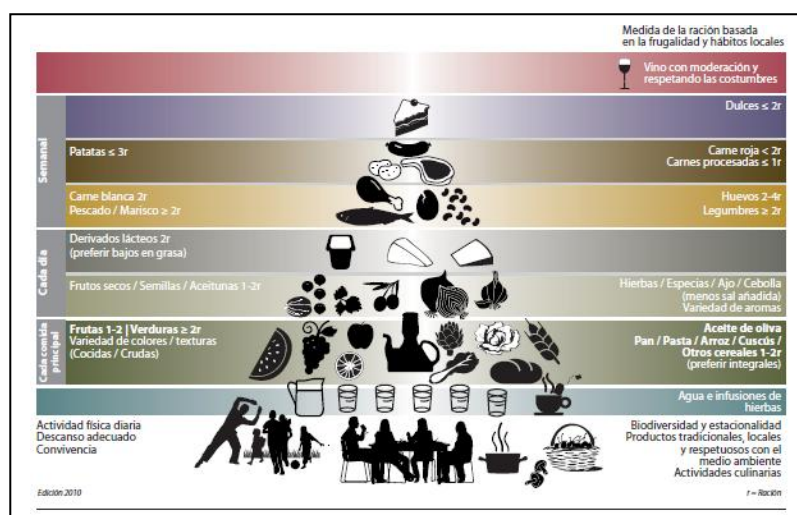
La Dieta Mediterránea es conocida como uno de los patrones dietéticos más saludables y desde el 16 de noviembre de 2010 se la considera como Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad. Esta dieta es una valiosa herencia cultural, que a partir de la simplicidad y la variedad ha dado lugar a una mezcla equilibrada y completa de los alimentos, basada en productos frescos, de temporada y locales en la medida de lo posible. Ha sido transmitida a lo largo de la historia de generación en generación, y está íntimamente ligada al estilo de vida de los pueblos mediterráneos a lo largo de su historia. Ha ido evolucionando, acogiendo e incorporando nuevos alimentos y técnicas fruto de la posición estratégica y de la capacidad de mestizaje e intercambio de los pueblos que bordean al mar Mediterráneo (Fundación Dieta Mediterránea, sin fecha; Gutiérrez, 2015).

La tradicional Dieta Mediterránea se caracteriza por un alto consumo de vegetales, frutas, legumbres, frutos secos, cereales (aconsejables los cereales integrales pero todo depende de las cantidades) y una alta ingesta de aceite de oliva como principal fuente de grasa. Por otro lado, el consumo de pescados, mariscos, productos lácteos y huevos debe ser moderado. La carne y los alimentos ricos en azúcares deberían ocupar la posición más baja, con un consumo bajo tanto de cantidad como frecuencia. Su importancia en la salud del individuo no se limita al hecho de que sea una dieta equilibrada, variada y con un aporte adecuado de macronutrientes. El alto consumo de vegetales, frutas frescas, cereales y aceite de oliva, garantiza una elevada ingesta de nutrientes y sustancias como polifenoles y antocianinas, de conocida acción protectora. Muchos estudios consideran que el consumo moderado de alcohol, en forma de vino tino durante las comidas, puede ser beneficioso para la salud gracias a las acciones antioxidantes de los polifenoles contenidos en el vino tino (Fundación Dieta Mediterranea, sin fecha; Gutiérrez, 2015).

La pirámide nutricional que representa la Dieta Mediterránea (Figura 1) incluye todos los grupos de alimentos. Considerar a una dieta como saludable o perjudicial depende de la proporción de cada uno de estos grupos y de la frecuencia de consumo. El patrón es una pauta para la alimentación de la población adulta sana y debe ser adaptado a las necesidades específicas de otros grupos de interés como son los niños, mujeres embarazadas, ancianos y otras. Con esto se pretende establecer unas pautas alimentarias de cumplimiento diario, semanal y ocasional, para poder lograr una dieta saludable y equilibrada.

Figura 1. Pirámide de la Dieta Mediterránea: un estilo de vida actual.

Fuente: Fundación Dieta Mediterranea (ed.) (2010).



Los científicos han puesto de manifiesto que el estilo de vida ligado a esta Dieta Mediterránea es beneficioso para la salud y el bienestar de las personas. Pero en la actualidad, existen diversos factores/razones que contribuyen al abandono de este modelo alimentario en beneficio de productos típicos del estilo de vida occidental (cereales refinados, grasas animales, azúcares, carnes procesadas, y una baja ingesta de legumbres, frutas y verduras), cambiando así los hábitos alimentarios saludables por otros no tan sanos.

La crisis financiera con el consecuente incremento del precio en la mayoría de los artículos de alimentación englobados dentro de la Pirámide Mediterránea parece ser uno de los motivos que ha conducido a la población a elegir alimentos no tan saludables (más grasa y más azúcar) pero de un coste más asequible, permitiendo economizar.

Por otra parte las madres trabajan más horas y eso hace que el acceso a los alimentos y la seguridad alimentaria se complique. La falta de tiempo hace que se adquieran alimentos rápidos y fáciles de cocinar que no son tan saludables. A veces el alimento es comprado, es elaborado en otro lugar y no se sabe bajo qué condiciones y calidad se hizo; también se come muy rápido, y los horarios de comida hasta para los hijos son poco tolerantes (Casas y Gómez, 2016; Dominguez-Vásquez, 2008; Hernández, 2010; Redacción elexpress, 2016).

1.3.2 La conducta alimentaria

Cuando hablamos de conducta alimentaria, nos estamos refiriendo, según la definición de Osorio y colaboradores, al comportamiento normal alimentario relacionado con los hábitos de alimentación, la selección de alimentos que se ingieren, las preparaciones culinarias y la cantidad de alimentos que se ingieren; es decir, al conjunto de acciones que establecen la relación del ser humano con los alimentos (Gómez, 2007; Osorio, Weisstaub y Castillo, 2002). Por tanto es el resultado de la combinación de diversos elementos como hábitos, prácticas y/o costumbres alimentarias, tal y como Jiménez (2005) afirma y recoge en la Figura 2:

- Hábito: disposición adquirida por actos repetidos, una manera de ser y de vivir, es el más cercano a la conducta alimentaria final

- Práctica: ejercicio de un arte o facultad y la destreza que se adquiere con dicho ejercicio, el uso continuado: “un estilo”
- Costumbre: además de equivaler a hábito y a práctica, significa tb práctica que adquiere fuerza de ley; es decir, un hábito colectivo que forma parte de la cultura local. Es por ello que algunos especialistas reservan costumbre para lo social y emplean hábito para lo meramente individual. (p.2)

Figura 2. Elementos que influyen en la conducta alimentaria de una persona

Fuente. Jiménez, F.S. (Enero 2005). (Pag.2).



Por tanto, más allá de los nutrientes que se ingieren para que el cuerpo humano pueda llevar a cabo sus funciones vitales, existe un componente comportamental y social de la alimentación que conviene tener muy en cuenta para que pueda darse un completo desarrollo físico, mental y social.

Se acepta generalmente que los comportamientos frente a la alimentación se adquieren a través de la experiencia directa con la comida en el entorno familiar y social, por la imitación de modelos, la disponibilidad de alimentos, el estatus social, los simbolismos afectivos y las tradiciones culturales. Dentro de estos comportamientos se incluye: la neofobia (rechazo a los alimentos nuevos), aspectos emocionales que influyen en la ingesta, lentitud para comer, el disfrute por los alimentos, la respuesta a la saciedad, entre otras (Casas y Gómez, 2016; Domínguez et al., 2008).

Los patrones de conducta alimentaria seguidos por un individuo o una colectividad están basados fundamentalmente en el estilo de vida. La configuración de un estilo de vida depende de cómo se es, la forma de pensar, sentir y actuar, las condiciones de vida

y factores socioculturales de la sociedad en la que se vive, el entorno cotidiano dónde se actúa y trabaja, el territorio en el que se vive, etc. Es la interacción de esos múltiples aspectos lo que hace que este modo de comportamiento individualizado esté sometido a un constante proceso de transformación y reinterpretación (Gómez, 2007; Hernández 2010; Osorio et al., 2002).

La categoría de "hábito alimentario" ha sido un concepto clásico en Antropología de la alimentación, definido como formas de comportamiento alimentario profundamente arraigadas en la formas de vida de los miembros de una cultura. Hoy en día, los hábitos alimentarios se pueden describir como patrones rutinarios de consumo alimentario. Son tendencias a elegir y consumir unos determinados alimentos y a excluir otros. Engloban un conjunto de reglas de conducta de carácter rutinario que rigen el comportamiento alimentario y cuyo conocimiento nos ayuda a entender qué comemos y por qué comemos lo que comemos. Son la base de un tipo de comportamiento alimentario en el que se combinan creativamente los rasgos genéticos y culturales, un modo de comportamiento en el que convergen los motivos biológicos, sociales y afectivos en una síntesis unitaria (Álvarez y Álvarez, 2009; Jiménez, 2005).

Una de las características fundamentales de los hábitos alimentarios es su estabilidad, es decir, su resistencia al cambio, llegando incluso a afirmarse que “cambiar patrones de alimentación poblacional tardará 15 años”. La mayoría de los hábitos alimentarios del adulto son costumbres que se han formado muchos años antes, motivo por el que son difíciles de cambiar. Está demostrado que aunque se produzcan cambios en las actitudes e intenciones no por ello se cambian. La resistencia es más fuerte en las sociedades opulentas de Occidente, en las que se exalta la autonomía y la libertad individual. Los conceptos de independencia y autonomía personal inexorablemente están unidos al de actividades de la vida diaria. Pero los hábitos alimentarios no son inmutables ya que son también esquemas de comportamiento modificables, abiertos al cambio a través de todas las potencialidades que ofrece la vida cotidiana. El contexto social es determinante en la medida que puede desencadenar una evolución notable en los hábitos alimentarios de los ciudadanos (Álvarez y Álvarez, 2009; Jiménez, 2005; Redacción Express, 2016).

De este modo y tal como Hernández (2010) afirma: “En los seres humanos los modos de alimentarse, preferencias y rechazos hacia determinados alimentos están fuertemente condicionados por el aprendizaje y las experiencias vividas en los primeros 5 años de vida” (p.27).

No obstante, existe amplia evidencia de que actualmente los patrones alimentarios de la población están cambiando, siendo muchos los aspectos que inciden en la compra y elección de alimentos y hábitos alimentarios de las personas. Entre estos aspectos debemos reseñar:

- La aparición de tendencias mundiales en alimentación orientadas al consumo de alimentos que no solamente sean seguros y nutritivos sino que además aporten beneficios para la salud. Como hemos comentado anteriormente la base de esta transformación en el consumo de alimentos se encuentra en el cambio de actitud de la población en el concepto de salud y enfermedad y la nueva visión del cuerpo. La gente empieza a consumir de manera normal alimentos que piensan que les ayudan a mejorar la salud, les previenen enfermedades y retrasan el envejecimiento. En muchas familias algunos de estos alimentos han entrado a formar parte de la compra semanal y alimentos funcionales ya empiezan a integrarse en los patrones culturales y dietéticos habituales de la población (Álvarez y Álvarez, 2009).
- La dimensión social de los alimentos, no solo permite la transmisión de valores, normas y pautas de comportamiento; sino que determina la relación con la familia, amigos, compañeros de trabajo... pues gran parte de los acontecimientos familiares y sociales se celebran mediante comidas y banquetes en los que ejercemos un papel social (jerarquía, prestigio social, nivel de integración de un grupo). A la vez los alimentos que consumimos pueden ser interpretados como un indicador del nivel de vida (acudir a distintos establecimientos o restaurantes), la existencia en la cultura popular de “platos de ricos” y “platos de pobres”, de “platos de fiesta” y de “platos de diario”. Y por último, el cambio de rol social de la mujer, los cambios de horarios escolares y laborales inciden en la adquisición y preparación de los alimentos, en los hábitos alimentarios... llegando a ser la comida familiar tradicional una práctica en

extinción (Cabello y De Jesús, 2011; Casas y Gómez, 2016; Dominguez-Vásquez, 2008; Hernández, 2010; Redacción elexpress, 2016).

- La industria alimentaria y los medios de comunicación, a los que sin duda no les interesa la salud de la población sino la venta de alimentos que son considerados como mercancías y no como nutrientes y que nos hacen llegar a través de la publicidad y la variación de precios. Así, Marvin (mencionado en Hernández, 2010:p.29) piensa que hoy no comemos lo que queremos sino lo que nos quieren vender, y no nos venden lo que alimenta sino lo que produce ganancias.
- Las estrategias parentales a la hora de la comida con los hijos, en particular en relación a la alimentación, también influyen en los patrones alimentarios; así las estrategias parentales que usan los alimentos como amenaza o incluso como recompensa van a influir negativamente en los hábitos futuros, mientras que por ejemplo estrategias de consideración hacia las preferencias/gustos, de interpelación positiva o de negociación, basadas en el respeto, son más positivas y favorecen una relación más adecuada de los hijos con los alimentos (Casas y Gómez, 2016; Dominguez-Vásquez, 2008; Instituto DKV de la Vida Saludable y la Fundación Thao, 2014).

Ante el cambio que están sufriendo los patrones alimentarios tradicionales, el problema que representa la obesidad y la susceptibilidad de los adolescentes se han realizado diversos estudios sobre la conducta alimentaria de los adolescentes teniendo en cuenta los siguientes comportamientos/hábitos alimentarios: Desayunar diariamente de forma completa antes de salir de casa, comer o cenar en familia, comer o cenar viendo la tv, tamaño de las raciones, comer 5 veces al día, beber agua/bebidas azucaradas ... (Casas y Gómez, 2016; García et al., 2012; Moreno et al., 2013; Moreno et al., 2016a; Soteras, 2016; Veses, 2011; Wårnberg, 2006). En todos estos estudios se considera que:

- Desayunar de forma completa antes de salir de casa cada día resulta un hábito muy saludable para prevenir la obesidad, ya que el cuerpo humano realiza una primera ingesta después de muchas horas continuadas de ayuno. Un completo desayuno debe contemplar alimentos como farináceos, lácteos y fruta y nos prepara para un óptimo desarrollo de las actividades diarias.

- Comer en familia, entre otras cosas, permite la conversación y favorece la cohesión familiar, es el momento en que se transmiten los valores y preferencias culturales sobre los alimentos y también cuando se educa sobre los modales en la mesa. Hablar con los hijos sobre cómo ha ido el día y atender a cuestiones que les provocan preocupación, favorece que se sientan escuchados y entendidos, mejorando su equilibrio emocional. Además comer en familia permite comer más pausadamente, saborear mejor los alimentos y dar tiempo a que las señales de saciedad se activen evitando la ingesta de una mayor cantidad de alimentos.
- Adaptar el tamaño de las raciones a las necesidades nutricionales según la edad es imprescindible. En la sociedad actual existe una gran disponibilidad de alimentos, pero además se ha producido un fenómeno de aumento del tamaño de las raciones, lo que significa directamente una alimentación excesiva que da lugar a sobrepeso y obesidad. También durante muchos años la sociedad ha tenido la percepción cultural de que cuanto mayor sea la ingesta durante la etapa de desarrollo más “grande” y más sano será el niño/adolescente. Como consecuencia que aún hoy en día cueste adaptar el tamaño de las raciones a las necesidades nutricionales según la edad (normalmente se presenta un exceso de alimentos) y que a menudo se tienda a presionar a los hijos para que acaben todo lo que tienen en el plato.
- Respetar los 5 momentos de ingesta al día resulta un gran hábito al reducir la cantidad ingerida para cada uno de estos momentos y equilibrar los nutrientes ingeridos. Por otra parte, al realizar 5 comidas al día se evita que el organismo sufra largos periodos sin aporte energético y provoca que la ingesta sea más pausada y equilibrada
- Recomendar el agua como bebida por excelencia frente al consumo de otras bebidas. La alimentación saludable no solo se consigue con lo que comemos, sino también con lo que bebemos. Se recomienda que el agua sea la bebida por excelencia al ser la única bebida imprescindible. Sin embargo, hoy en día se ha llegado a identificar el hecho de beber con la ingesta de bebidas azucaradas, sodas y zumos.

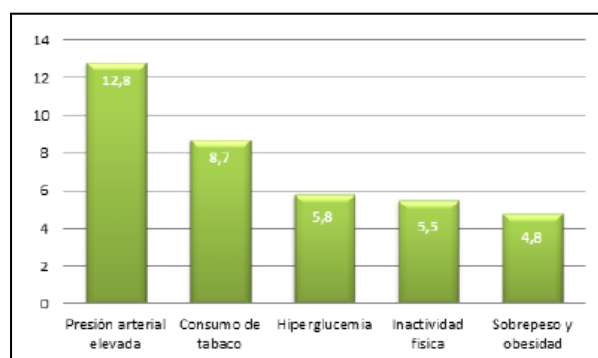
1.4 Estilo de vida/ patrón actividad física

Aunque a menudo olvidada la actividad física es fundamental para la salud y el normal funcionamiento del cuerpo situándose al mismo nivel de importancia que la alimentación. Un nivel adecuado de actividad física regular: reduce el riesgo de hipertensión, cardiopatía coronaria, accidente cerebrovascular, diabetes, cáncer de mama y de colon, depresión y caídas; mejora la salud ósea y funcional, es un determinante clave del gasto energético, y es por tanto fundamental para el equilibrio calórico y el control del peso; propicia el descenso de los niveles de ansiedad, estrés, angustia y facilita la relajación, confianza en sí mismo, autocontrol, concentración e interés (Merino et al., 2006; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014; Muñoz, 2004; OMS, 2017b; OMS, 2017c).

Actualmente, las enfermedades no transmisibles asociadas a la inactividad física son el mayor problema de salud pública en la mayoría de los países del mundo, siendo los jóvenes, mujeres y adultos mayores las poblaciones de alto riesgo. La inactividad física es el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial sólo por detrás de la hipertensión, el consumo de tabaco y la hiperglucemia (Figura 3). Además, se estima que la inactividad física es la causa principal de aproximadamente un 21%-25% de los cánceres de mama y de colon, el 27% de los casos de diabetes y aproximadamente el 30% de la carga de cardiopatía isquémica (Grupo de trabajo conjunto del sector sanitario con el sector deportivo, 2015; OMS, 2017c).

Figura 3. Mortalidad atribuible al factor de riesgo a nivel mundial (%)

Fuente: WHO. Global health risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. 2009, en Grupo de trabajo conjunto del sector sanitario con el sector deportivo. (2015). (Pag. 7).



España se ha convertido en un referente deportivo mundial, ocupando nuestros deportistas y nuestros equipos posiciones relevantes en el contexto internacional. Sin

embargo, el nivel de práctica de actividad física de la población española es todavía bajo, insuficiente y presenta grandes diferencias con el resto de los países desarrollados, además de tener un elevado índice de sedentarismo (Consejo Superior de Deportes, 2010b; Merino et al., 2006; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014). En el Plan de Actividad Física y Deporte también se confirma la relación y asociación que existe entre la actividad física y la práctica deportiva y la salud de la población y se establece que el proceso educativo debe incluir un espacio de práctica de la actividad física y el deporte. Por otra parte, la OMS, la Unión Europea y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad han elaborado unas Directrices y recomendaciones (Tabla 2) para apoyar la actividad Física que promueva la salud y prevenga las enfermedades no transmisibles (Consejo Superior de Deportes, 2010a; Grupo de trabajo del sector sanitario con el sector deportivo, 2015; OMS, 2017d).

Tabla 2: Resumen de recomendaciones de actividad física, sedentarismo y tiempo de pantalla

Nota. Fuente: Grupo de trabajo conjunto del sector sanitario con el sector deportivo. (2015). (Pag. 21).

GRUPOS DE EDAD		RECOMENDACIONES DE ACTIVIDAD FÍSICA	OBSERVACIONES	REDUCIR EL SEDENTARISMO	LIMITAR EL TIEMPO DE PANTALLA
Menores de 5 años	Los que aún no andan	Varias veces al día. Cualquier intensidad.	Fomentar el movimiento, el juego activo y disfrutar	Minimizar el tiempo que pasan sentados o sujetos en sillas o carritos, cuando están despiertos, a menos de una hora seguida.	< 2 años: No se recomienda pasar tiempo delante de una pantalla.
	Cuando ya andan	Al menos 180 minutos al día. Cualquier intensidad.	Realizar actividades y juegos que desarrollen las habilidades motrices básicas (correr, saltar, trepar, lanzar, nadar,...) en distintos ambientes (en casa, en el parque, en la piscina, etc.).		De 2 a 4 años: el tiempo de pantalla debería limitarse a menos de una hora al día.
5 a 17 años		Al menos 60 minutos al día. Intensidad moderada a vigorosa.	Incluir, al menos 3 días a la semana, actividades de intensidad vigorosa y actividades que fortalezcan músculos y mejoren masa ósea.	Reducir los periodos sedentarios prolongados. Fomentar el transporte activo y las actividades al aire libre.	Limitar el tiempo de uso de pantallas con fines recreativos a un máximo de dos horas al día.
Personas adultas		Al menos 150 minutos de actividad moderada a la semana	Realizar, al menos 2 días a la semana, actividades de fortalecimiento muscular y mejora de la masa ósea y actividades para mejorar la flexibilidad.	Reducir los periodos sedentarios prolongados de más de 2 horas seguidas, realizando descansos activos cada una o dos horas con sesiones cortas de estiramientos o dando un breve paseo.	Limitar el tiempo delante de una pantalla.
		ó 75 minutos de actividad vigorosa a la semana o una combinación equivalente de las anteriores. Estas recomendaciones pueden alcanzarse sumando periodos de al menos 10 minutos seguidos cada uno.	Los mayores de 65 años, especialmente con dificultades de movilidad: al menos 3 días a la semana, realizar actividades de fortalecimiento muscular y para mejorar el equilibrio.	Fomentar el transporte activo.	

Para el normal funcionamiento del cuerpo y la prevención de las enfermedades no transmisibles, entre las que se incluye la obesidad, se ha de tener en consideración no solo la cantidad de actividad física sino también la calidad, siendo necesario precisar

inicialmente algunos conceptos terminológicos que eviten interpretaciones distorsionadas y ayuden a centrar el tema (Grupo de trabajo del sector sanitario con el sector deportivo, 2015; Merino, 2006; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014):

- **ACTIVIDAD FÍSICA:** Se define como un movimiento corporal producido por la acción muscular voluntaria que aumenta el gasto de energía. Se trata de un término amplio que engloba el concepto de *ejercicio* físico y deporte
- **EJERCICIO FÍSICO:** Es un término mas específico que implica una actividad física planificada, estructurada y repetitiva realizada con una meta, con frecuencia con el objetivo de mejorar o mantener la condición física de la persona.
- **DEPORTE:** según la Carta Europea del Deporte del Consejo de Europa, Rodas 1992: «Se entiende por deporte todo tipo de actividades físicas que, mediante una participación, organizada o de otro tipo, tengan por finalidad la expresión o la mejora de la condición física y psíquica, el desarrollo de las relaciones sociales o el logro de resultados en competiciones de todos los niveles.
- **CONDICIÓN FÍSICA:** Representa un estado fisiológico de bienestar que proporciona la base para las tareas de la vida cotidiana, un nivel de protección frente a las enfermedades crónicas y el fundamento para el desarrollo de actividades deportivas. Esencialmente, el termino condición física describe un conjunto de atributos relativos al rendimiento de la persona en materia de actividad física.
- **NIVELES DE INTENSIDAD DE LA ACTIVIDAD FÍSICA:** Las recomendaciones sobre actividad física tanto para personas adultas como para niños, niñas y adolescentes hacen referencia a la importancia del ejercicio de, al menos, intensidad moderada. Las personas que realizan actividad de intensidad moderada normalmente sienten:
 - Un incremento del ritmo respiratorio que no obstaculiza la capacidad para hablar.
 - Un incremento del ritmo cardiaco hasta el punto de que este se puede sentir fácilmente en la muñeca, el cuello o el pecho.
 - Una sensación de aumento de la temperatura, posiblemente acompañado de sudor en los días calurosos o húmedos.

- Una sesión de actividad de intensidad moderada se puede mantener durante muchos minutos y no provoca fatiga o agotamiento extremos en las personas sanas cuando se lleva a cabo durante un periodo prolongado.

Es importante distinguir la inactividad física, de la conducta sedentaria pues ésta no sólo representa la ausencia de actividad pues se refiere también a la participación en conductas físicas pasivas como ver la televisión, leer, hablar por teléfono; donde los movimientos corporales son mínimos y el gasto de energía se aproxima al de la tasa metabólica en reposo (Cristi-Moreno et al., 2015; Hernández, 2010; Merino et al., 2006; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014; OMS, 2017b; Peña, S.F.).

Los niveles de inactividad física son elevados en prácticamente todos los países desarrollados y en desarrollo. En los países desarrollados, más de la mitad de los adultos tienen una actividad insuficiente. Esto se debe en parte a la escasa participación en la actividad física durante el tiempo de ocio y a un aumento de los comportamientos sedentarios durante las actividades laborales y domésticas. El aumento del uso de los medios de transporte "pasivos" también ha reducido la actividad física. En las grandes ciudades de crecimiento rápido del mundo en desarrollo la inactividad es un problema aún mayor pues la urbanización ha creado varios factores ambientales que desalientan la actividad física: superpoblación, aumento de la pobreza, aumento de la criminalidad (inseguridad ciudadana), gran densidad del tráfico, mala calidad del aire, inexistencia de parques, aceras e instalaciones deportivas y recreativas.

La escasa actividad física que exigen los estilos de vida en las sociedades desarrolladas ha puesto de manifiesto la necesidad de realizar algún deporte. La actividad física y deportiva se ha convertido en una necesidad social para reducir riesgos e incluso costes sanitarios derivados del sedentarismo, el exceso de alimentación o el estrés.

En el lado opuesto, no es infrecuente encontrarnos con hábitos físicos y deportivos basados fundamentalmente en el máximo rendimiento posible, la mayoría de las veces sin las garantías médicas necesarias, y con grandes cargas competitivas, ya desde tempranas edades. Frente a un tipo de deporte o actividad física muy de moda en nuestra sociedad, marcado por los logros, éxitos, dinero y fama alcanzables, por otra parte para

una escasa minoría, debe imponerse un modelo en el que dicha actividad física sea fuente de salud y de bienestar físico y mental.

Ante estos dos extremos inactividad física-deporte competitivo es preciso identificar la práctica de una actividad física adaptada a las posibilidades y necesidades de cada uno para así mantener la salud y mejorar el desarrollo psicofísico (Merino et al., 2006; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014; Muñoz, 2004; OMS, 2017b).

Por otra parte, y tal y como habíamos adelantado antes, es importante tener en cuenta no solo la cantidad sino la calidad de la actividad física y sobre todo si nos planteamos su continuidad durante la adolescencia y la edad adulta; de este modo, Merino et al. (2006) afirman:

La relación entre la actividad física en la infancia/adolescencia y la actividad física en la edad adulta es mayor cuando además de tener en cuenta la cantidad de la experiencia de actividad física se tiene en consideración la calidad. Evidentemente, la forma en la que se experimentan el ejercicio y el deporte durante la infancia y la adolescencia tiene un impacto sobre la posterior participación en estas actividades en la edad adulta. Las actitudes negativas adquiridas en la infancia y la adolescencia se pueden mantener hasta la edad adulta y afectar al deseo de la persona de participar en actividades físicas.

Los niveles de actividad física tienden a decrecer a medida que la edad aumenta. Las razones exactas de la disminución de la actividad con la edad no resultan claras, pero existe probablemente una combinación de factores biológicos, psicosociales y culturales. Los factores biológicos incluyen los cambios corporales derivados del envejecimiento que pueden hacer que el ejercicio físico sea más difícil, desagradable o incómodo. No obstante, una probable razón importante de la disminución de la actividad física con la edad es el cambio de la actitud de la persona hacia el ejercicio físico. En general, la mayoría de los niños, niñas tienen una actitud muy positiva hacia la actividad y el ejercicio físicos. Sin embargo, a medida que se hacen mayores, su percepción del ejercicio físico como una experiencia positiva parece ser más

ambigua y la consecuencia es con frecuencia una reducción de la participación en actividades físicas.

Los datos procedentes de numerosos estudios han demostrado que la disminución más significativa de la actividad física durante el ciclo vital tiende a producirse entre los 13 y los 18 años de edad. Los datos españoles han indicado que la edad a la que la actividad física empieza a estancarse o a disminuir puede ser más temprana, en torno a los 11 años de edad. Se ha estimado que, en función del tipo de metodología de evaluación de la actividad física utilizada, se puede producir una reducción del 1,8% al 2,7% anual en la actividad física comunicada de los chicos de 10 a 17 años y entre el 2,6% y el 7,4% anual para las chicas. (p.42-43)

La disminución significativa de la actividad física entre los 13 y los 18 años de edad junto a los datos recogidos por Ortega et al. (2005) del estudio AVENA: “El estado de forma de los adolescentes españoles es peor que el de otros países y se estima que 1 de cada 5 adolescentes españoles posee un nivel de condición física indicativo de riesgo cardiovascular futuro” (p.907), constituyen uno de los motivos por los es preciso diseñar programas de prevención que mejoren la condición física de los adolescentes.

Por otra parte, es importante recordar que el entorno familiar inmediato (padre, madre, hermanos y hermanas) constituye una fuerte influencia sobre los niveles de actividad física de los niños/as y adolescentes. Si los padres y madres tienen una actitud positiva hacia la actividad física, presentan más probabilidades de proporcionar un respaldo y una motivación a sus hijos o hijas, los cuales, a su vez, tendrán más probabilidades de ser físicamente activos. Por el contrario, si la propia organización familiar contribuye a la disminución de las actividades recreativas fuera del hogar estará fomentando un patrón de inactividad física que se agrega más en los hijos que el patrón de actividad.

Hoy en día, las familias por los cambios sociales, descritos previamente, proyectan a los niños un patrón de inactividad, patrón que adquirido en la etapa de la niñez y adolescencia tiende a perpetuarse en esta edad y a persistir a través de toda la vida; una baja actividad física en la adolescencia predice la continuidad de ésta en la etapa adulta (Hernández, 2010; Merino et al., 2006; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014).

Probablemente los factores más importantes que se deben tomar en consideración cuando se trata de cambiar la conducta de actividad física son las motivaciones y las barreras para la actividad física, las creencias relacionadas con la actividad física, las actitudes y la eficacia autopercebida, así como la formulación de autopercepciones e identidad en torno a la actividad física. El conocimiento de estos factores nos permite conocer mejor a la persona o personas correspondientes y, por lo tanto, optimizar las probabilidades de que llevar a cabo programas de prevención que mejoren la condición física de los adolescentes (Hernández, 2010; Merino et al., 2006).

1.5 ESTILO DE VIDA/ PATRÓN: RITMO “SUEÑO-VIGILIA”

El ritmo “Sueño-Vigilia” es un ritmo biológico que sigue una periodicidad circadiana, es decir se repite cada 24 horas en el que se alternan una fase de sueño y una fase de vigilia. Este ritmo es sincronizado externamente a través de: el Patrón de luz/oscuridad, el patrón de actividad/reposo y de los horarios de comidas y está relacionado con otros ritmos biológicos: Hormona del crecimiento (GH), temperatura corporal y cortisol (García-Portilla, 2012; Merino y Pin, 2013; Key Melatonin Clavis health for longevity, 2009), relación que se verá con más detenimiento al abordar este ritmo en la adolescencia.

La fase del sueño a su vez es un proceso vital cíclico, complejo y activo, compuesto por varias fases y que posee una estructura o arquitectura interna característica, con interrelaciones con diversos sistemas hormonales y nerviosos (García-Portilla, 2012; Merino y Pin, 2013; Key Melatonin Clavis health for longevity, 2009).

Respecto a la comprensión de la actual epidemia de la obesidad las horas y calidad del descanso resulta un factor causal esencial. Este importante factor a menudo ha sido infravalorado por las campañas de promoción de estilos de vida saludables, que siempre se han dirigido al fomento de la alimentación saludable, la actividad física regular y la reducción del sedentarismo.

Las horas de sueño suponen un factor predictor de la alimentación y de la actividad física, condicionando el seguimiento de un estilo de vida saludable vinculado a ambos. De hecho, es evidente pensar que si no se duerme las horas adecuadas, al día siguiente no se dispondrá de la suficiente energía para llevar a cabo las actividades cotidianas. De

esta manera el nivel de actividad física se verá perjudicado, favoreciendo la aparición de comportamientos sedentarios que obviamente afectan a la probabilidad de desarrollar obesidad (Amigo, Busto y Fernández, 2007; Busto, 2016; Casas y Gómez, 2016).

Es menos frecuente pensar que las horas de sueño también están vinculadas a la alimentación, pero la evidencia científica demuestra esta vinculación. De hecho si se duerme menos horas de las recomendadas pueden aparecer alteraciones en el mecanismo de autorregulación energética, viéndose afectado concretamente el mecanismo de secreción de la leptina y la grelina, hormonas encargadas de dar la señal al cerebro de saciedad y de hambre. Es como si el cuerpo intentara compensar la falta de energía que se debería haber obtenido mediante horas de sueño, con otro mecanismo de obtención de energía como es la alimentación (Busto, 2016; Casas y Gómez, 2016; San Mauro et al., 2016).

Al estar relacionadas las horas y calidad del sueño con la alimentación y actividad física lo normal es pensar que existe una relación entre las horas y calidad del sueño con el IMC y considerarlos uno de los aspectos relevantes a abordar e la prevención de la obesidad; y de hecho, diversos estudios han demostrado que los niños que duermen menos de lo recomendado tienen más probabilidades de ser obesos por lo comentado en el párrafo anterior (Busto, 2016; Casas y Gómez, 2016; Taheri, 2006). Por el contrario, San Mauro et al. (2016), han tenido que descartar la asociación entre el aumento de peso y las horas de sueño en la muestra estudiada al no poder relacionar la falta de horas de sueño con el aumento del Índice de Masa Corporal (IMC).

1.6 PERCEPCION DE LA SALUD

El análisis del concepto de *estilo de vida* y de los factores que influyen en él, ha llevado a la coexistencia de dos líneas conceptuales bien definidas, enfoques que implican diferentes formas de actuar. El primer enfoque está orientado a evitar hábitos no saludables; así, la total responsabilidad es del individuo. El segundo enfoque sostiene que la salud depende de la interrelación de lo socioeducativo y lo personal; subrayando que, el modo de vida depende de diversas influencias, tanto personales como socioeducativas (Giraldo et al., 2010; Grandes, et al., 2008; Guerrero y León, 2010; Instituto de Adicciones de Madrid Salud y Osasun Ekintza, 2006).

El modo en que se vive, a su vez, depende de diversas influencias, tanto personales como socioeducativas (externas), tal y como veremos más ampliamente en el próximo apartado al abordar las causas de la obesidad. Entre los factores personales, pueden incluirse los psíquicos (conocimientos, actitudes, comportamientos, habilidades, autoestima o emociones), así como los biológicos (genéticos, metabólicos). Los factores externos son también diversos y se refieren al medio físico y social. Pueden considerarse diversos niveles de influencia del entorno sobre los estilos de vida de las personas: desde un nivel inmediato (familia, medio escolar, medio laboral, grupos de amigos, medios de comunicación, tecnologías de la información y comunicación, etc.), hasta un nivel más amplio del entorno, que corresponde al conjunto de elementos sociales, así como a los valores y creencias que influyen en el individuo y en todos los componentes del sistema social (Giraldo et al., 2010; Guerrero y León, 2010).

A su vez, estos factores interactúan entre sí, y sus relaciones no son lineales, sino que encierran una gran complejidad. De ello se deriva la necesidad de establecer políticas que se ocupen de la salud globalmente y también de forma transversal. Así, pues, las estrategias que han pretendido incidir en un solo factor como, por ejemplo, la información, han fracasado en relación con los objetivos educativos de cambio de comportamiento, ya que se han basado en la hipótesis de la existencia de una relación lineal entre los conocimientos, las actitudes y los comportamientos que influyen en la salud. Así, aunque los conocimientos sanitarios son necesarios, al igual que la adopción de actitudes positivas, probablemente no determinen comportamientos saludables (Grandes, et al., 2008; Guerrero y León, 2010).

Grandes et al. (2008) y Guerrero y León (2010) aseguran que si bien existe un interés creciente en la comunidad científica por conocer cómo el estilo de vida determina la salud, pocos estudios se ocupan de abordar este complejo fenómeno desde el ámbito socioeducativo; con lo cual, seguimos actuando de igual modo aunque deseamos obtener resultados distintos. Algo semejante ocurre con el problema de la obesidad que no se ha conseguido disminuir o detener su incremento al no considerar la obesidad como manifestación de un problema social global (Ocampo-Barrio y Pérez-Mejía, 2010).

Lorenzet y Nerezini (en Ocampo-Barrio y Pérez-Mejía, 2010) sostienen que ante los fracasos, los científicos han sido obligados a reconsiderar y a validar la importancia de la percepción de los riesgos para la salud de la ciudadanía en general, pues; mientras que, los científicos utilizan la racionalidad y la evidencia científica ante las conductas de riesgo practicadas por los individuos, estos utilizan las representaciones sociales a la hora de adoptar conductas en cuanto a su salud.

Desde luego que las representaciones sociales no siguen los preceptos de la racionalidad científica y se manifiestan como “creencias”; por ello, resulta importante identificar las creencias y las percepciones que las personas obesas tienen sobre la obesidad (Cabello-Garza, 2006).

No obstante, sí que se dispone de numerosos modelos teóricos que definen los factores determinantes de la conducta, explican el complejo proceso de modificación de estilos de vida y por tanto han de ser la base para la planificación de las intervenciones y programas de promoción de la salud (Grandes, et al., 2008). El modelo de Creencias en Salud, sustentado en el interaccionismo simbólico (Ocampo-Barrio y Pérez-Mejía, 2010), es uno de estos modelos teóricos y que desarrollaremos posteriormente en esta tesis.

Entre las variables que estos modelos toman como referencia, para explicar los estilos de vida promotores de la salud, se encuentran la concepción de salud percibida por una persona, el control percibido de salud, la explicación y la predicción del estado de salud (Giraldo, et al., 2010).

Es cierto que, aunque a lo largo de la historia se han formulado diversas definiciones de la salud y del proceso salud-enfermedad, al final, todas coinciden en que la salud es un estado de ánimo, un sentimiento que expresa cada individuo sobre sí mismo. Por eso, es habitual preguntar en diversas encuestas por la impresión que tienen las personas respecto a su salud. El análisis de los datos confirma que la “salud deficiente” (la suma de “regular, mala y muy mala”), medida de esa forma subjetiva, es un porcentaje que sube conforme avanza la edad. Otro dato interesante es que, a partir de los 45 años, las mujeres se sienten con peor salud que los varones. Lo más preocupante es que, a igualdad de años, la proporción de personas con salud deficiente sube conforme se

desciende de posición social. Es decir, el estado de salud es doblemente subjetivo porque expresa otros aspectos de inseguridad o de privación (De Miguel, 1999; Universidad de Murcia, sin fecha; Videra-García y Reigal-Garrido, 2013).

Ante esta realidad, hoy en día existe una tendencia reciente por estudiar la percepción de la gente y sus estilos de vida ya que se reconoce que la mejoría en los niveles de salud se logra solo a partir de los cambios en los patrones personales de vida, al ser la percepción uno de los factores más importantes que influyen en el comportamiento de las personas (Martínez, 1994; Ocampo-Barrio y Pérez-Mejía, 2010). Además, la autopercepción del estado de salud se considera un sencillo y buen indicador de la satisfacción vital, más incluso que el número de enfermedades diagnosticadas (Abellán, 2003; Sánchez, 2012; Videra-García y Reigal-Garrido, 2013). Por ello, Pender (1987) a través del Modelo de Promoción de la Salud y Rosenstook (1974) *con su* Modelo de Creencias de Salud (como se citó en Martínez, 1994) analizan el modo en que los factores perceptuales y cognoscitivos influyen como mecanismos de motivación para adquirir o mantener conductas promotoras de salud.

La percepción del proceso salud-enfermedad es personal y subjetiva y solo puede comprenderse contextualizada en el universo de creencias, valores y comportamientos del medio sociocultural de cada persona, así como de las condiciones materiales de vida. De ese modo, puede decirse que existe un complejo mundo de creencias y valores, normas, conocimientos y comportamientos ligados explícitamente a la salud que dan cuenta de la relación que el sujeto tiene con su cuerpo, con la alimentación, con los hábitos de vida, con el tiempo libre, y con el conjunto de los servicios sanitarios, entre otros aspectos (Guerrero y León, 2010; Sacchi, Hausberguer y Pereyra, 2007; Vargas, 1994).

Sobre la percepción se ofrecen diversas definiciones que han ido evolucionando hacia la implicación de las experiencias y los procesos internos del individuo (Oviedo, 2004; Sánchez, 2012; Universidad de Murcia, sin fecha; Vargas, 1994). Para la psicología moderna, la percepción puede definirse como el conjunto de procesos y actividades relacionados con la estimulación que alcanza a los sentidos, mediante los cuales obtenemos información respecto a nuestro hábitat, las acciones que efectuamos en él y nuestros propios estados internos (Universidad de Murcia, sin fecha). Esta definición

presenta dos partes bien diferenciadas, referidas respectivamente al tipo de información obtenida y a la forma en que ésta se consigue, estando en consonancia con la corriente sociológica denominada “Interaccionismo Simbólico” desarrollada por Blumer en 1937 (citado en Blanco, 2011).

Todos los individuos reciben estímulos mediante las sensaciones, es decir, flujos de información a través de cada uno de sus cinco sentidos; pero, no todo lo que se siente es percibido, sino que hay un proceso perceptivo mediante el cual el individuo selecciona, organiza e interpreta los estímulos, con el fin de adaptarlos mejor a sus niveles de comprensión. De este modo, en la percepción, como proceso, se pueden distinguir tres fases (Universidad de Murcia, sin fecha):

Selección: Los individuos perciben sólo una pequeña porción de los estímulos a los cuales están expuestos. Cuando la percepción se recibe de acuerdo con nuestros intereses, se denomina percepción selectiva. La percepción selectiva se refiere al hecho de que el sujeto percibe aquellos mensajes a que está expuesto según sus actitudes, intereses, escala de valores y necesidades. Es decir, se opera un auténtico procesamiento de la información por parte del sujeto, mediante el cual el mensaje despierta en el individuo toda una serie de juicios de valor que se traducen en reacciones de muy distinto signo.

Por esta razón, se puede decir que el individuo participa directamente en lo que experimenta. Esta intervención no se limita a una simple adaptación, sino que se acompaña de una selección efectuada entre los estímulos propuestos.

El proceso de selección de los estímulos puede estar influido por dos tipos de fenómenos, los cuales se presentan de acuerdo con:

a) La naturaleza del estímulo

b) **Los aspectos internos del individuo:** Entre los aspectos internos del individuo que afectan a la selección de los estímulos existen dos aspectos: las expectativas de las personas y los motivos que éstas tienen en ese momento (necesidades, deseos, intereses, valores, creencias etc.)

Organización. Los estímulos seleccionados se organizan y clasifican en la mente del individuo configurando un mensaje. La escuela de la Gestalt estableció unos principios de organización de los estímulos según el agrupamiento, contraste, ambigüedad, etc..

Interpretación: La interpretación es la última fase del proceso perceptual, que trata de dar contenido a los estímulos previamente seleccionados y organizados. La interpretación depende de la experiencia previa del individuo, así como de sus motivaciones, intereses personales y su interacción con otras personas. Por ello, la forma de interpretar los estímulos puede variar, a medida que se enriquece la experiencia del individuo o varían sus intereses.

Así, la percepción es la imagen mental que se forma con ayuda de la experiencia y necesidades, resultado de un proceso de selección, organización e interpretación de sensaciones. La percepción de los individuos es subjetiva, selectiva y temporal, y se compone de dos tipos de inputs:

- **Las sensaciones**, que son la respuesta de los órganos sensoriales a los estímulos externos. La sensibilidad de los individuos a los estímulos depende de su capacidad receptiva y de la naturaleza del estímulo. Se han definido unos umbrales de recepción mínimos y máximos que delimitan el campo de percepción del individuo, y que es útil conocer a la hora de diseñar las intervenciones.
- **Los inputs internos**, que caracterizan a cada persona y que cargan de distinto significado a los estímulos; algunos ellos son la necesidad, motivación y experiencia.

Como hemos adelantado la percepción de la salud se puede considerar como otro indicador de bienestar subjetivo, poniéndose de manifiesto en algunos estudios correlaciones positivas entre la satisfacción vital y la autopercepción de salud. Incluso la Organización Mundial de la Salud, ha definido la salud y las conductas promotoras de salud haciendo alusión a la percepción individual/autoactualización de la salud; de este modo, Martínez (1994) afirma: “la OMS define las conductas promotoras de salud como aquellas prácticas, dirigidas a conservar o incrementar el bienestar, la autoactualización y la satisfacción personal” (p 4). Y Sánchez (2012) recoge en su blog:

Según la OMS, “la Salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. *El* concepto de salud implica tres componentes: objetivo, relacionado con la integridad y la funcionalidad orgánica; adaptativo, referente a la capacidad de integración bio-psico-social del individuo y subjetivo, que incluye la creencia de bienestar y la percepción individual de la salud.

La adolescencia es una etapa decisiva en la adquisición y consolidación de los estilos de vida, ya que se consolidan algunas tendencias comportamentales adquiridas en la infancia y se incorporan otras nuevas provenientes de dichos entornos de influencia. Ante esta realidad, diversos estudios insisten en que los estilos de vida sanos, típicos de la mayoría de los adolescentes de 13 años, empeoran hacia los 15 y 16 años (Moreno, et al., 2013; Moreno, et al., 2016a; Rodrigo, et al., 2004).

Los indicadores/variables de competencias socio-cognitivas, que habitualmente se asocian a los estilos de vida adoptados en la adolescencia, pueden ser tanto individuales como relacionales. Entre las primeras están, la percepción de la salud, el bienestar psíquico o la satisfacción con la imagen corporal de los adolescentes. Entre las variables relacionales están las percepciones de ajuste o desajuste al entorno familiar, escolar y al de los iguales (Moreno, et al., 2013; Moreno, et al., 2016a; Rodrigo, et al., 2004).

De este modo, la adolescencia es un periodo muy interesante para abordar/estudiar la percepción de la salud/el bienestar subjetivo/el autoconcepto dado que se trata de unos años en los que la persona está en construcción y sujeta a múltiples cambios, lo que puede incidir en su desarrollo y bienestar. El autoconcepto es crucial para el desarrollo de la personalidad del individuo, estando relacionado con el buen funcionamiento personal y social. En la adolescencia el desarrollo del autoconcepto general y específico es irregular, con fluctuaciones en función de la edad y el sexo (García, 2014; Rodrigo, et al., 2004; Rodrigo, 2006; Videra-García y Reigal-Garrido, 2013).

Los cambios físicos en la adolescencia suponen un proceso importante, ya que generan la necesidad de adaptación a las diferentes características motoras y la aceptación de la imagen personal (Videra-García y Reigal-Garrido, 2013). Tener un buen autoconcepto físico mejora la percepción de competencia personal, lo que incide en el aumento de los

sentimientos de satisfacción. Y curiosamente, la visión que los adolescentes guardan de sí mismos está ligada a la que tienen de sus familias; este modo, si la familia es percibida como una entidad positiva, se benefician de sentirse miembros de ella; en caso opuesto, tienden a verse de manera negativa y con menor control sobre ellos mismos (Mendizabal, 1999).

De otra parte, la calidad de las relaciones padres-hijos está asociada a los estilos de vida que se observan en los adolescentes; pues, la comunicación, los lazos afectivos y el apoyo de los padres, así como el acuerdo de éstos en temas educativos, se muestran como factores de protección asociados a los estilos de vida saludables del adolescente. Por todo ello, en el análisis de los estilos de vida en la adolescencia debe tenerse en cuenta a la familia y la familia ha de comunicarse, apoyar al adolescente para instaurar/ potenciar estilos de vida saludables (Iglesias, 2016; Mendizabal, 1999; Rodrigo, et.al., 2004).

Si bien la autopercepción del adolescente es un factor importante en la instauración de estilos de vida saludables, no se debe de obviar la percepción parental ante los hábitos alimentarios, actividad física, sedentarismo, descanso, peso... de los hijos. Hoy en día, la percepción y la aceptación por parte de los padres del estilo de vida obesogénico y sobrepeso de sus hijos es un aspecto poco estudiado en la “epidemia de sobrepeso”, confundiéndose frecuentemente el sobrepeso con “salud” (Aldaya y Miranda, 2016; Baez, 2017; Cabello y De Jesús, 2011; Casas y Gómez, 2016; Organización de Consumidores, 2016; Rodríguez, 2012).

Esta aceptación puede condicionar una alteración en la percepción y, por tanto, la ausencia de modificaciones en la actividad física o en los patrones alimentarios que están en la base del estilo de vida y sobrepeso del adolescente. No obstante, y avanzando en este tema, se ha visto que solo en los niños más pequeños y en niñas adolescentes existen diferencias en los estilos de vida al estar presente la percepción por parte de los padres. Así, se ha constatado que, aunque los padres perciben el problema del estilo de vida, sobrepeso y la obesidad de sus hijos adolescentes, no se observan cambios de comportamiento en éstos en cuanto a un mayor cumplimiento de recomendaciones sobre actividad física, disminución del sedentarismo o mejora en los hábitos alimentarios. Por lo tanto, y según Rodríguez (2012) afirma:

No sólo habría que actuar intentando incrementar el grado de percepción de los padres hacia el problema del estilo de vida y sobrepeso del adolescente sino, sobre todo, conocer los posibles factores que influyen en el hecho de que aún percibiéndose este problema no se produzca un cambio de comportamiento en los hábitos alimentarios, de actividad física y sedentarismo de sus hijos. (p.493)

Relacionando la autopercepción del adolescente con la percepción de la familia ante los estilos de vida y sobrepeso de adolescente hemos de recordar que, el estilo de vida inapropiado o los hábitos poco saludables se asocian con valoraciones negativas. Así, no es extraño que las personas obesas y concretamente los adolescentes obesos no se encuentren tan bien como la creencia popular suele mantener. En realidad, la obesidad conduce a un incremento de la propensión a padecer algunas enfermedades (cardiovasculares, tensión arterial, diabetes), problemas de movilidad y de dificultad en la realización de actividades de la vida cotidiana y a percepciones del estado de salud negativas (Abellan, 2003). Ante ello, es importante contrastar la percepción de las familias con la percepción de los adolescentes que en muchas ocasiones son contradictorias/opuestas, pues mientras los adolescentes no se encuentran bien, las familias consideran el sobrepeso como señal de buena salud (Baez, 2017; Botteon & Kuczmarski, 2007; Valerio, 2016).

Aunque es incuestionable la importancia que tiene la percepción del entorno familiar y del propio adolescente ante el problema de la obesidad, no hemos de olvidar el papel que desempeñan las instituciones y organizaciones en la concienciación de los profesionales, familias... así como en el abordaje global e integrado del problema. Y si ojeamos el informe del estudio monográfico realizado por el The Economist Intelligence Unit (2016) podemos encontrarnos con que:

Aunque la prevalencia de la obesidad se encuentra más o menos al nivel medio europeo, los niveles de concienciación y preocupación con respecto a este problema son inferiores a los existentes en muchos otros países de Europa. Esto ha contribuido a que las políticas españolas con respecto a la obesidad se centren en la prevención, en lugar de centrarse en el tratamiento. (p.1)

Tampoco queda claro dónde sitúan los responsables políticos la responsabilidad clave para combatir el problema de la obesidad en el país. Aunque la estrategia de España se centra en la obesidad infantil, menos de la mitad de los responsables políticos encuestados por la EASO afirmaron que consideraban a las familias como “muy responsables” con respecto al problema, y al menos una quinta parte de ellos consideraba a los profesionales sanitarios como carentes de responsabilidad por completo. (p.2)

Por tanto, el sobrepeso y la obesidad representan un gran reto para los adolescentes, familias, profesionales, organizaciones.... si realmente se quiere abordar con efectividad, eficacia y eficiencia.

1.7 PROMOCIÓN–PREVENCIÓN-EDUCACION PARA LA SALUD

Como ya adelantamos al inicio de este apartado, la adquisición, modificación o la consolidación del estilo de vida saludable a través de la educación para la salud (EpS) se convierte en una prioridad en nuestra sociedad, y en particular en los adolescentes, para la promoción de la salud y prevención de enfermedades no transmisibles asociadas a estilos de vida poco saludables. Por ello, antes de abordar la EpS como herramienta hemos de centrarnos en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad como estrategias.

Para la OMS (1988) la Prevención de la enfermedad comprende: “las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” (p.13); pudiendo clasificar las actividades preventivas en tres niveles: Primaria, Secundaria y Terciaria (Tabla 2)

- **Prevención Primaria:** abarca medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes.
- **Prevención Secundaria:** Está destinada al diagnóstico precoz de la enfermedad incipiente, evitando o retrasando la aparición de secuelas.

- **Prevención Terciaria:** Se refiere a acciones relativas a la recuperación de la enfermedad clínicamente manifiesta, mediante un correcto diagnóstico y tratamiento y la rehabilitación física, psicológica y social en caso de invalidez o secuelas buscando reducir de este modo las mismas.

Tabla 2. **Niveles de Prevención de la Enfermedad**

Nota. Fuente: Torregrosa, A.M^a. (16 de marzo 2013). Pag.1.

	A QUIÉN SE DIRIGE	OBJETIVO	EJEMPLO
PRIMARIA	A grandes grupos de población, incluso a la totalidad. 	Actúa sobre la causa del problema, disminuyendo el factor de riesgo o aumentando el factor de protección. Actúa sobre personas sanas para mantener ese nivel de salud. 	Vacunación 
SECUNDARIA	Grupos de riesgo. 	Se centra en el detección del problema de salud y la detención del proceso. Busca disminuir la prevalencia. 	Mamografía en mujeres mayores de 50 años 
TERCIARIA	Grupos en los que la patología ha sido detectada. 	Ya está instaurada la enfermedad. Buscamos entretener el avance de la enfermedad y prevenir las complicaciones. 	Prevenir la aparición del "pie diabético" en un paciente con diabetes 

Frente a la prevención, que como hemos visto hace referencia al control de las enfermedades, poniendo énfasis en los factores de riesgo y poblaciones de riesgo; la promoción de la salud está centrada en la salud y pone su acento en los determinantes de la salud y en los determinantes sociales de la misma (Vignolo, Vacarezza, Álvarez y Sosa, 2011).

En Ottawa, la OMS (1986) definió la promoción de salud como el proceso que proporciona a los individuos y las comunidades los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla; hoy en día, constituye una estrategia fundamental para la adquisición y el desarrollo de aptitudes o habilidades personales que conlleva a: cambios de comportamiento relacionados con la salud, el fomento de estilos de vida saludables y entornos saludables y a la calidad de vida (Consejo de la Unión Europea, 2014; Pérez, Echauri, Ancizu y Chocarro, 2006; Riquelme, 2012; Vignolo et al., 2011; Villa, Ruiz y Ferrer, 2006).

La Organización Panamericana de la Salud (como se cito en Giraldo et al., 2010, p. 131) plantea que la promoción de la salud se consigue a través de tres mecanismos intrínsecos o internos de las personas:

1. El autocuidado, es decir, las decisiones y acciones que la persona lleva a cabo en beneficio de su propia salud.
2. La ayuda mutua o acciones que las personas realizan para ayudarse unas a otras de acuerdo a la situación que estén viviendo.
3. Los entornos sanos o creación de las condiciones ambientales que favorecen la salud, tales como las escuelas saludables que se constituyen en escenarios potenciadores de las capacidades de los niños y niñas, en las que la educación para la salud y la promoción de la salud son opciones pedagógicas para el desarrollo humano y la formación en valores en la niñez.

En consonancia con estas teorizaciones y como ya anticipaba la OMS, actualmente las enfermedades crónicas y los cambios de comportamiento relacionados con la salud constituyen uno de los grandes retos sociosanitarios a resolver; por ello, el Sistema Nacional de Salud (SNS) desarrolla, en el marco del plan de implementación de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad, la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud (SNS) proponiendo el desarrollo progresivo de intervenciones dirigidas a fomentar la salud y el bienestar de la población promoviendo entornos y estilos de vida saludables y potenciando la seguridad frente a las enfermedades crónicas (Giraldo et al., 2010; Villa et al., 2006).

Esta estrategia establece un marco común para la promoción de la salud y la prevención primaria a lo largo del curso de vida, armonizando su integración en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, implicando activamente a otros sectores de la sociedad y promoviendo la participación de los individuos y de la población para incrementar su autonomía y capacidad para ejercer un mayor control sobre la salud (Centro de recursos de promoción y EpS, 2015; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014).

Los factores que se plantean en esta Estrategia corresponden a aquellos que tienen mayor importancia desde el punto de vista del abordaje de la cronicidad, alimentación saludable, actividad física, consumo de tabaco y consumo de riesgo de alcohol, sumando también el bienestar emocional y la seguridad del entorno para prevenir lesiones no intencionales. Con respecto a los objetivos, la promoción de estilos de vida saludable, así como entornos y conductas seguras en la población infantil (menores de 15 años) mediante la coordinación de intervenciones integrales en los ámbitos sanitario, familiar, comunitario y educativo, es uno de los objetivos que se proponen en la primera fase de esta Estrategia (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014).

Como parte de las acciones de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional se ha puesto en marcha la Web sobre estilos de vida saludable de acceso libre y gratuito, dirigida a toda la población y ajustándose a las distintas etapas vitales (embarazo, la primera infancia o la etapa adulta). Su finalidad es proporcionar información útil y de calidad, adaptada a las diferentes necesidades de la ciudadanía sobre estilos de vida priorizados en la Estrategia. Contiene recomendaciones, herramientas interactivas, vídeos y otros materiales, recursos de utilidad para valorar qué cambios podrían hacer más saludable el estilo de vida (Centro de recursos de promoción y EpS, 2015; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017).

Si bien la Educación para la Salud (EpS) representa un proceso de formación, y de responsabilización del individuo en cada una de las etapas vitales a fin de que adquiera los conocimientos, las actitudes y los hábitos básicos para la defensa y la promoción de la salud individual y colectiva; para que la prevención y la promoción sean efectivas, la educación para la salud debe responder de forma coherente a las diferentes necesidades de salud que se plantean los individuos en cada una de las etapas vitales. Para responder a dichas necesidades tres son las áreas de intervención prioritarias (Tablas 3 y 4): problemas de salud, estilos de vida y transiciones vitales (Grupo de trabajo de formación en promoción y educación para la salud, 2003; Pérez, et al., 2006; Villa, et al., 2006).

Tabla 3. Necesidades de Salud-Areas de Intervención

Nota. Fuente: Pérez, M^a. J., Echaurren, M., Ancizu, E. y Chocarro, J. (2006). (P. 9).

Problemas de salud, especialmente procesos crónicos, como diabetes, EPOC, enfermedades cardiovasculares, esquizofrenia, artrosis, VIH/SIDA, demencias... pero también procesos agudos o de media duración como lumbalgias u otros problemas osteomusculares... o problemas como la dependencia, la violencia o el maltrato.

Estilos de vida, relacionados con alimentación, lactancia, ejercicio físico, sexualidad, manejo del estrés, sueño/reposo/actividad, salud dental, exposición solar, tabaco, alcohol y otras sustancias, gestión y reducción de riesgos y otros.

Transiciones vitales, como el embarazo, la infancia y adolescencia, maternidad o parentalidad, menopausia/madurez, envejecimiento, cuidar y emigrar.





Tabla 4. Necesidades/áreas de intervención y su enfoque desde la promoción de salud

Nota. Fuente: Grupo de Trabajo de Formación en promoción y educación para la salud (2003). (P.18).

Necesidades	Áreas de intervención	Enfoque desde la promoción de salud
Problemas de salud	• Enfermedades crónicas • Discapacidades • Derechos y deberes de los pacientes	• Atención centrada en la calidad de vida • Educación de los pacientes y afectados centrada en sus expectativas, creencias y valores dirigida a la asunción de decisiones responsables • Oferta de recursos y servicios
Estilos de vida	• Alimentación • Actividad física • Sexualidad • Tabaco y otras drogodependencias • Estrés	• Promover comportamientos saludables • Facilitar que las opciones saludables sean las más fáciles de tomar • Modelos socioculturales favorables
Transiciones vitales	• Infancia y adolescencia • Inmigración • Cuidado de personas dependientes • Envejecimiento	• Favorecer las condiciones para el desarrollo de la identidad personal y el proyecto de vida • Oferta de recursos y servicios • Modelos socioculturales favorables • Desarrollar habilidades personales y sociales: afrontamiento de problemas, manejo de emociones, comunicación...
Estrategias multisectoriales	• Entornos saludables • Escenarios promotores de salud • Equidad y desigualdades en salud	• Facilitar la coordinación intersectorial y el trabajo en red • Facilitar el acceso a las personas y grupos en situación de desigualdad

En la respuesta a estas necesidades los individuos, la familia, los colectivos sociales y por último las comunidades han de ser actores por ellos mismos y responsabilizarse en la solución de los problemas de salud, adquisición de estilos de vida saludables y afrontamiento de las transiciones vitales, conjuntamente con las organizaciones e instituciones públicas de los distintos sectores implicados (Grupo de trabajo de

formación en promoción y educación para la salud, 2003; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014).

La conceptualización y puesta en práctica de la Educación para la Salud (EpS) ha sufrido una larga evolución, consecuencia, entre otros factores, de los diferentes conceptos y modelos de salud que han ido apareciendo con el devenir de los años (Cruz, s.f.; Villa, et al., 2006).

Hoy se entiende como una herramienta fundamental para mejorar la salud, ya sea desde la promoción de la salud, en la prevención de los problemas de salud/enfermedades, en el tratamiento de éstos, como en el uso adecuado de los recursos sanitarios. En ella intervienen diversos actores: La administración, los servicios de salud, las personas que integran la comunidad, los investigadores y los agentes de salud. Los ámbitos sobre los que debe practicarse son el familiar, sanitario, educativo y comunitario, incluyendo en este último el ámbito laboral (Instituto de Adicciones de Madrid y Salud y Osasun Ekintza, 2006; Perea, 2001; Villa, et al., 2006).

La familia representa el primer agente de sociabilización, por lo que es en ella donde debe iniciarse. La escuela también tiene una función importante, así como otras instituciones del ámbito laboral y comunitario, ya que la salud implica una responsabilidad individual y social, donde la participación activa de todos los miembros se hace necesaria para la resolución de los problemas, en función de las necesidades de cada grupo en su determinado contexto (Grupo de trabajo de formación en promoción y educación para la salud, 2003; Perea, 2001).

Aunque la Educación para la Salud tiene una *función preventiva y correctiva* que exige por parte de la persona, la familia y otros grupos sociales los conocimientos necesarios para la prevención de ciertas enfermedades, su principal finalidad es la promoción de estilos de vida saludables y no tanto la prevención de la enfermedad. Por ello, la Educación para la Salud (Instituto de Adicciones de Madrid y Salud y Osasun Ekintza, 2006; Perea, 2001):

- No debe centrarse en conductas aisladas, ya que éstas suponen realidades segmentadas del comportamiento y por tanto complejas para su modificación, sino en un entramado de comportamientos que forman los estilos de vida.
- Tiene un sentido positivo de ayuda y potencialización de la persona para la participación y gestión de su propia salud y poder desarrollarse en un proceso de salud integral.

En virtud de lo visto y según establece la Organización Mundial de la Salud, la educación para la salud (EpS) puede definirse desde dos vertientes. Por un lado, la EpS consiste en proporcionar a la población los conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para la promoción y protección de la salud. Por otro, la EpS contribuye a capacitar a los individuos para que participen activamente en definir sus necesidades y elaborar propuestas para conseguir unas determinadas metas en salud (Pérez, et al., 2006; Riquelme, 2012; Suverza, 2010).

De este modo es posible hablar de dos modelos de EpS: el modelo “tradicional” y el modelo “participativo” (Tabla 5), pudiendo decir que: “el modelo participativo constituye “un paso más”, puesto que su fin no sólo es la adquisición de conocimientos, también es la “capacitación” o “empoderamiento” del individuo, la adquisición de unas habilidades que van a permitir que pueda resolver o prevenir determinados problemas de salud por sí mismo” (Villa, et al., 2006,p.37).

Tabla 5: Modelos de Educación para la Salud

Nota. Fuente: Villa, J.M^a, Ruiz, E. y Ferrer, J.L. (2006). Pág. 37.

Características	MODELO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD	
	“Tradicional”	“Participativo”
Fin fundamental	Conocimiento	Emancipación “Empoderamiento”
Teoría de “aprendizaje	Transmisión de conocimientos	Interacción social
Papel del sujeto	Receptor y constructores del conocimiento	Utilización del conocimiento para interacción con los demás en tareas sociales
Papel de la Comunidad	Cliente y Contexto	Protagonista
Papel de Educación para la Salud	Autoridad	Organizadora de proyectos participativos de grupo en la comunidad

Por tanto, el modelo de EpS participativo, ya expuesto por la OMS en su informe técnico 690/1983, permite conocer los problemas y necesidades de salud de la población desde otra perspectiva y fomenta la responsabilidad de la población en su aprendizaje que no estará únicamente centrado en el “saber”, sino también en el “saber hacer” (OMS, 1983; Villa, et al., 2006).

La finalidad, pues, de la EpS según el modelo participativo no es tanto que se lleven a cabo comportamientos definidos y prescritos por el experto, sino facilitar que las personas movilicen sus propios recursos y desarrollen capacidades que les permitan tomar decisiones conscientes y autónomas sobre su propia salud. La educación se entiende, por tanto, como un proceso por el cual las personas son más conscientes de su realidad y del entorno que les rodea, ampliando sus conocimientos, valores y habilidades que les permitan desarrollar capacidades para adecuar sus comportamientos a la realidad. Y ello se produce a través de sus propias experiencias, vivencias y conocimientos, reorganizándolos y modificándolos ante los nuevos conocimientos o experiencias que se dan en el proceso educativo (Instituto de Adicciones de Madrid Salud y Osasun Ekintza, 2006; OMS, 1983; Pérez, et al., 2006; Riquelme, 2012; Villa, et al., 2006).

Para que la situación de enseñanza-aprendizaje sea eficaz, las personas deberán: a) ser más **conscientes** de su situación (conocer y expresar su situación); b) **profundizar** en ella (aumentar los conocimientos, analizar causas y reflexionar), y c) **actuar** (desarrollar recursos y habilidades, tomar decisiones, experimentar la realidad, evaluarla y reajustarla). En resumen, se trata de facilitar que las personas conozcan la situación en la que se encuentran y hablen de ella. Y para eso, hay que *ayudar a pensar*, más que decirles lo que tienen que hacer (Pérez, et al., 2006; Riquelme, 2012; Villa, et.al., 2006).

En este tipo de trabajo educativo el profesional desempeña un rol de facilitación, de ayuda y de apoyo, pues las personas han de encontrar sus propias soluciones, no se trata de prescribir comportamientos sino de promoverlos. En este sentido, para llegar al cambio, lo primero es conocer en qué momento personal está cada uno frente a un comportamiento, una actitud o una habilidad. Así, Prochaska y Diclemente plantea el

“Modelo transteórico o de etapas de cambio”, modelo espiral del proceso de cambio de conducta en cinco etapas en el que nos detendremos en el último apartado de esta tesis (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014; Pérez, et al., 2006; Riquelme, 2012; Villa, et.al., 2006).

La Educación para la Salud debe tener como objeto de atención a todos los miembros de la sociedad, ya que la salud es un derecho de la persona. No obstante, hay muchas razones por las que la gente actúa como lo hace y las necesidades de los individuos y grupos sociales son muy diferentes; lo que justifica la diversidad de programas y también el hecho de que cada día surjan nuevos espacios educativos para satisfacer las necesidades de salud de los diferentes grupos sociales, como un proceso de educación permanente (OMS, 1989; Perea, 2001).

Si se desea utilizar la educación sanitaria para promover modos de vida sanos, debemos conocer los motivos del comportamiento que causa o previene la enfermedad y las necesidades/problemas que se derivan de esos comportamientos. Así se podrán seleccionar los métodos de educación adecuados para el problema/necesidad de que se trate. Entre los principales motivos/razones del comportamiento que predisponen o previenen la enfermedad según la OMS (1989) se encuentran:

Los Pensamientos y sentimientos: Tenemos muchos tipos de pensamientos y sentimientos acerca del mundo en que vivimos. Están modelados por nuestros conocimientos, creencias, actitudes y valores y pueden ayudarnos a decidir si hemos de comportarnos de una u otra manera. (p.7)

- **Conocimientos:** Los conocimientos proceden a menudo de la experiencia. Adquirimos también conocimientos gracias a la información proporcionada por maestros, padres, amigos, libros y medios de información y comunicación. (p.7)
- **Creencias:** Proceden habitualmente de nuestros padres, abuelos y otras personas que respetamos. Aceptamos las creencias sin intentar demostrar que son ciertas. Cada país y cada comunidad tienen sus propias creencias. Las creencias forman parte del modo de vida. Indican lo que es aceptable y lo que no lo es. Como las creencias pueden ser muy firmes, puede ser difícil

cambiarlas. A veces, los agentes de salud consideran que todas las creencias tradicionales son malas y deben modificarse. Esto no es necesariamente cierto. En primer lugar, los agentes de salud deben averiguar si la creencia es perjudicial, beneficiosa o neutra. Una vez que se comprende el modo en que las creencias afectan a la salud, es posible concentrarse en cambiar únicamente las que son perjudiciales. (p.7)

- **Actitudes:** Reflejan nuestros gustos y aversiones. A menudo proceden de nuestras experiencias o de las de las personas próximas a nosotros. Hacen que las cosas nos atraigan o nos hacen desconfiar de ellas. (p.9)
- **Valores:** Son las creencias y normas más importantes para nosotros. (p.10)

Las personas importantes para nosotros: Cuando alguien es importante para nosotros, sabemos escuchar lo que dice e intentamos hacer lo que hace. (p.10)

Los Recursos: Una tercera razón del comportamiento de las personas es si disponen o no de ciertos recursos. Se entiende por recursos instalaciones, dinero, tiempo, servicios, técnicas y materiales. La ubicación de los recursos materiales es también importante, de ese modo, si un recurso se encuentra muy lejos de la comunidad es posible que no se utilice. Por otra parte, si se tienen que hacer muchas cosas en poco tiempo con frecuencia influye en el comportamiento de la gente. (p.12)

La Cultura: Las formas normales de comportamiento, creencias, valores y uso de recursos de una comunidad constituyen una pauta o modo de vida. Esto se denomina cultura. La cultura o el modo de vida es una combinación de la mayoría de los aspectos que acabamos de examinar. El comportamiento normal es uno de los aspectos de una cultura, pero ésta, a su vez, influye profundamente en el comportamiento.

Cada cultura tiene su manera especial de hacer las cosas (pauta de comportamiento), y creencias acerca de las razones para hacerlas de esa manera. Esta pauta común de comportamiento, creencias y valores ayuda a la gente a comprender la vida y sentirse cómoda. Cada cultura representa una forma que las personas han encontrado para vivir juntas en su medio. Cuando una persona llega a una comunidad y a una cultura

nuevas, al principio se siente indecisa porque no sabe cuáles son el comportamiento y las ideas aceptables. (p.14)

A lo largo de este apartado se ha hecho referencia a la familia como ámbito de la educación para la salud al formar parte de la sociedad (Instituto de Adicciones de Madrid Salud y Osasun Ekintza, 2006; OMS, 1989; Villa et al., 2006), pero también se les ha asignado un papel activo en la prevención de las enfermedades y en la promoción de la salud de sus hijos/as (Perea, 2001; Torregrosa, 2013).

Las familias tienen una influencia determinante en el estado de salud de sus hijos e hijas porque comparten una serie de hábitos, más o menos saludables, pero también porque en los padres y madres recae la responsabilidad de mantener un control adecuado del estado general de salud y de actuar con rapidez y efectividad ante la enfermedad. Así, el desarrollo de hábitos saludables y el cuidado de la salud de los hijos e hijas es, sin lugar a dudas, uno de los aspectos de la vida en los que la labor como padres y madres tienen una importancia máxima.

Los padres y las madres son una referencia para sus hijos e hijas, que muchas veces no hacen más que repetir las costumbres y hábitos que ven en ellos. Por eso, si los padres/madres adoptan hábitos saludables de alimentación y actividad física, es altamente probable que los hijos e hijas también lo hagan (FUNDADEPS, 2012; Ortega, 2014).

Los hábitos de vida, y por tanto de salud, que los adolescentes adquieren en el entorno familiar se perpetúan y determinan el estilo de vida en la etapa adulta. Con respecto a la actividad física de los adolescentes, un estudio realizado por expertos de la Universidad de la Rioja (UR) ha mostrado que los hábitos y educación de los padres repercuten en la actividad física de los adolescentes y que, además, la probabilidad de que no la practiquen se cuadriplica si los progenitores son sedentarios (Dialnet, 2013; Torregrosa, 2013).

Referente a la asociación directa que existe entre el número de comidas familiares de un adolescente y la calidad de la alimentación que llevará cuando sea adulto, se ha demostrado que a las familias en muchas ocasiones no les es sencillo instaurar hábitos saludables (Beltrán y Cuadrado, 2014; Roselló, 2007); manifestando Watts, Loth,

Berge, Larson y Neumark-Sztainer (2016), en su estudio sobre las prácticas de crianza, que los alimentos y las comidas familiares se asocian con una mayor ingesta de verduras y frutas por los adolescentes aunque algunas familias no son capaces de tener comidas regulares juntos; por tanto, las familias necesitan orientación sobre otras maneras de promover una alimentación saludable entre los adolescentes y para ello se deben realizar estudios longitudinales y de intervención para determinar qué combinación de las prácticas de crianza dará lugar a mejoras en las dietas de los adolescentes.

En consonancia con lo anteriormente expuesto, durante los últimos años se ha desarrollado un concepto, el de *parentalidad positiva*, que se refiere precisamente a acciones que pueden llevar a cabo los padres y madres para ayudar a los hijos e hijas a desarrollarse de forma autónoma y plena (FUNDADEPS, 2012). Por otra parte, la estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS incorpora entre sus intervenciones el Programa de parentalidad positiva con el objetivo de facilitar que:

Los padres y madres, u otros adultos con responsabilidades educativas o familiares, adquieran capacidades personales, emocionales y educativas que les permitan implicarse de un modo eficaz en la construcción de una dinámica de convivencia familiar positiva y en el desarrollo de modelos parentales adecuados para los niños y niñas. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014a, p.102)

Por último recordar que la interacción familia-escuela es fundamental para adquirir una personalidad sana pues divergencias entre el ambiente familiar y escolar siempre son fuente de conflicto para el niño; así, la colaboración de los padres para el desarrollo de hábitos y actitudes positivas en la etapa escolar se hace necesaria (Perea, 2001).

La EpS en el medio escolar tiene como finalidad inculcar actitudes, conocimientos y hábitos positivos de salud al niño, joven o adolescente, dependiendo de las distintas etapas, para favorecer su crecimiento y desarrollo, el fomento de su salud y la prevención de las enfermedades evitables en cada período. Además, debe intentar responsabilizar al escolar del mantenimiento de su propia salud y prepararle para que, en la comunidad adopte unos estilos de vida saludables que favorezcan la consecución de la salud en sentido positivo (Villa, et al., 2006).

Por tanto, y como resumen de este apartado para poder dar paso al siguiente “sobrepeso/obesidad” podemos afirmar que:

El estilo de vida que caracteriza a los adolescentes del siglo XXI y ante el que debe actuar la familia estará conformado por conductas/comportamientos que han de mantenerse durante un tiempo, ocurrir consistentemente y compartir algunas causas; rasgos que caracterizarán los hábitos alimentarios, de actividad física y vigilia-sueño para conformar un estilo de vida saludable o el llamado “estilo de vida obesogénico”.

Entre los factores que influyen en el estilo de vida, la percepción de la salud y el autoconcepto son de los factores más destacados al influir en el comportamiento de las personas (Martínez, 1994; Ocampo-Barrio y Pérez-Mejía, 2010); por ello, tener un buen autoconcepto físico mejora la percepción de competencia personal, lo que incide en el comportamiento y hace que el estilo de vida sea saludable.

Y curiosamente, la visión que los adolescentes guardan de sí mismos está ligada a la que tienen de sus familias; este modo, si la familia es percibida como una entidad positiva, se benefician de sentirse miembros de ella; en caso opuesto, tienden a verse de manera negativa y con menor control sobre ellos mismos (Mendizabal, 1999). Por otra parte la percepción y la aceptación de los padres del estilo de vida de sus hijos puede condicionar la percepción de los propios hijos e implicar la ausencia de modificaciones en el descanso, la actividad física o en los patrones alimentarios que están en la base del estilo de vida y sobrepeso del adolescente.

Hoy en día, la relación que existe entre la percepción y la aceptación por parte de los padres del estilo de vida obesogénico y sobrepeso de sus hijos es un aspecto poco estudiado en la “epidemia de sobrepeso” (Aldaya y Miranda, 2016; Baez, 2017; Cabello y De Jesús, 2011; Casas y Gómez, 2016; Organización de Consumidores, 2016; Rodríguez, 2012). Carencia que se acentúa con los bajos niveles de concienciación y preocupación políticos con respecto a este problema en otros países de Europa (The Economist Intelligence Unit, 2016).

Aunque pocos estudios se ocupan de abordar cómo el estilo de vida determina la salud desde el ámbito socioeducativo y se tiene la sensación de seguir actuando de igual modo aunque se desea obtener resultados distintos. Hoy en día coexisten dos líneas

conceptuales/enfoques bien definidas/os en el análisis del concepto de *estilo de vida* y de los factores que influyen en él, implicando diferentes formas de actuar. El primer enfoque está orientado a evitar hábitos no saludables; así, la total responsabilidad es del individuo. El segundo enfoque sostiene que la salud depende de la interrelación de lo socioeducativo y lo personal; subrayando que, el modo de vida depende de diversas influencias, tanto personales como socioeducativas (Giraldo et al., 2010; Grandes, et al., 2008; Guerrero y León, 2010; Instituto de Adicciones de Madrid Salud y Osasun Ekintza, 2006).

Ante estos dos enfoques, la Educación para la Salud (EpS) representa una herramienta imprescindible para la adquisición, modificación o la consolidación del estilo de vida saludable en los adolescentes y para la promoción de la salud y prevención de enfermedades no transmisibles asociadas a estilos de vida poco saludables y es posible distinguir dos modelos de Eps: el modelo “tradicional” y el modelo “participativo”, representando este último “ un paso más” al facilitar que las personas movilicen sus propios recursos y desarrollen capacidades que les permitan tomar decisiones conscientes y autónomas sobre su propia salud (OMS, 1983; Villa, et al., 2006).

2. SOBREPESO-OBESIDAD

Recientemente, un estudio internacional liderado por la Universidad de Granada (UGR) ha ‘redefinido’ el concepto de la obesidad, determinando que esta se trata de un exceso de peso corporal (incluyendo mucha grasa, pero también mucho músculo) para una altura dada, y no solo un exceso de grasa corporal como se había creído hasta ahora (Ortega, Sui, Lavie y Blair, 2016); a pesar de ello, en esta tesis el sobrepeso y la obesidad se vincularán únicamente al exceso de masa grasa y se determinaran a través del Índice de Masa Corporal (IMC).

El IMC considera el peso de la persona en relación a su estatura y es calculado dividiendo su peso en kilogramos por el cuadrado de su estatura en metros. Este indicador es fácil de medir y permite categorizar el peso de un individuo como normal, sobrepeso, obesidad, o bajo peso. El IMC no considera la composición corporal (cantidad de músculo, grasa, huesos o tamaño del esqueleto) y por ello no puede categorizar correctamente a las personas (niños o adultos) muy musculosos. Se utilizan gráficas separadas para interpretar el IMC en adultos y en niños. En niños y adolescentes, cuyos cuerpos están cambiando y creciendo constantemente, se utilizan comúnmente tablas y gráficas con estándares de crecimiento (Casas y Gómez; 2016; Doadrio, 2015; Menza y Probart, 2013).

A pesar de múltiples opiniones controvertidas y críticas (Ljungvall, Gerdtham y Lindblad, 2015; Ortega, et al., 2016; Revenga; 2016; Rothman, 2008) el índice de Quételet (peso en kilogramos dividido por la estatura, en metros, al cuadrado) o Índice de Masa Corporal (IMC) o de corpulencia presenta una buena correlación con la masa grasa; por lo que, las curvas de peso y estatura son pues la primera y única herramienta necesaria. El análisis de la composición corporal y la medida precisa de la masa grasa permiten afinar los conocimientos en investigación, pero no son necesarios en la clínica diaria (Frelut, 2011; Güemes-Hidalgo y Muñoz-Calvo, 2015).

Los frecuentes debates acerca del IMC no se relacionan directamente con el diagnóstico de la obesidad sino que las controversias/críticas surgen cuando se le considera como principal y único (obviando el sexo, la edad, la estructura ósea, la étnia) indicador/descriptor del peso, el riesgo cardiovascular, la salud de las personas con la

consiguiente perpetuación de estigmas sociosanitarios y formulación de etiquetas (Centinel, 2014; Ljungvall, et al., 2015; Ortega, et al., 2016; Revenga, 2016; Rothman, 2008; Tomiyama y Hunger, 2016).

Esta obsesión con el peso vinculándolo al IMC nos ha llevado a priorizar erróneamente números y olvidarnos de la distribución de la grasa corporal y el gasto energético y de los comportamientos de salud modificables (alimentación, ejercicio, sueño...) que sin duda son más importantes y predicen mejor el riesgo cardiovascular y la salud de las personas (Almedia, Salgado y Nogueira, 2011; Tomiyama y Hunger, 2016). De hecho Guevara-Valtier, et al. (2015) al estudiar los estilos de vida y el IMC de adolescentes universitarios, comprobaron que la prevalencia de un estilo de vida no saludable es mayor a la prevalencia del sobrepeso /obesidad (79,7% frente al 60,8%); aunque sí es cierto que, los/as adolescentes con obesidad eran los que tenían un peor estilo de vida.

Desde el punto de vista anatomo-fisiológico hemos de recordar que en la pubertad, la masa grasa aumenta un 13% en las niñas y disminuye un 4% en los niños. En el adulto joven, representa el 20-25% del peso corporal en las mujeres y el 15-20% en los varones. Las niñas delgadas, al final de la pubertad, presentan de media 5 kg de más de masa grasa que los niños y éstos, 20 kg más de masa muscular.

Las diferentes formas de obesidad androide, con un riesgo cardiovascular mayor, y ginoide se confirman con las medidas del contorno de la cintura y de las caderas y con la relación contorno de cintura/contorno de caderas. En la adolescencia, el fenotipo de obesidad se diferencia claramente (Casas y Gómez, 2016; Doadrio, 2015; Frelut, 2011).

Los que tienen una gran cantidad de grasa abdominal (obesidad androide), que es metabólicamente activa, son propensos a desarrollar resistencia a la insulina, niveles elevados de lípidos en la sangre, presión arterial alta, diabetes, enfermedad cardiovascular prematura, un mayor riesgo de disfunción eréctil y enfermedad de Alzheimer. Por el contrario, en la obesidad ginoide la grasa se acumula en las caderas, las nalgas o los muslos y es relativamente inerte; si bien puede ser cosméticamente indeseable, no está vinculada a la enfermedad crónica o muerte precoz (Centinel, 2014; Doadrio, 2015).

Aunque por regla general se produce un aumento significativo del peso corporal cuando existe un desequilibrio entre la ingesta, mayor, y el gasto energético, menor (Almedia, et al., 2011; Casas y Gómez, 2016; Doadrio, 2015; Frelut, 2011; Menza y Probart, 2013; Whitaker, Wright, Pepe, Seidel y Dietz, 1997); hemos de tener en cuenta que, el gasto energético en el niño aumenta hasta el final de la pubertad al aumentar el gasto ligado a la actividad física debido al incremento de la masa del cuerpo, principalmente la masa muscular. Frelut (2011) afirma:

Durante la pubertad, los niños queman alrededor de un 25% de las calorías de más en reposo y con el esfuerzo. Un niño púber quema, con el mismo ejercicio, un 40% de calorías de más que antes de la pubertad y una niña, un 26%. (p.3)

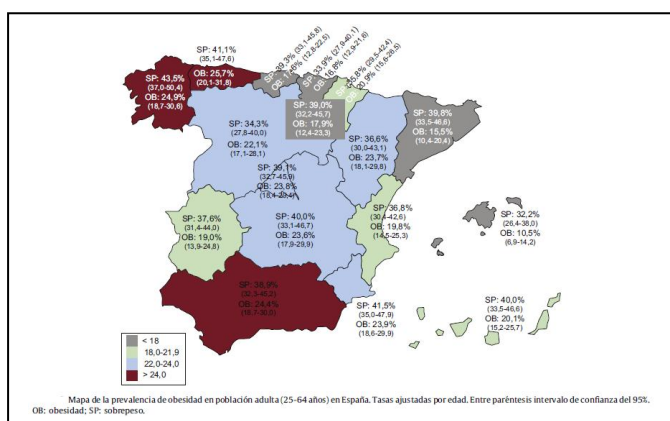
A pesar de que “el aumento cero de la prevalencia de la obesidad” es uno de los objetivos del Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles 2013-2020 de la OMS (Mendis, et al., 2014, p.IX), Aranceta-Bartrina, Pérez-Rodrigo, Alberdi-Aresti, Ramos-Carrera y Lázaro-Masedo, (2016) a través del estudio ENPE (Estudio Nutricional de la Población Española) muestran que:

- La prevalencia de sobrepeso estimada en la población adulta española (25–64 años) es del 39,3%, más elevada en varones (46,5%) que en mujeres (32,1%) y la de obesidad general del 21,6%, también más alta en varones (22,8%) que en mujeres (20,5%), aumentando tanto el sobrepeso como la obesidad con la edad en ambos sexos. La prevalencia de obesidad abdominal se estima en el 33,4%, mayor entre las mujeres (el 43,3%) que entre los varones (el 23,3%) y también aumenta con la edad. Estos datos se encuentran en sintonía con las estimaciones realizadas en el estudio ENRICA en 2008-2010, estudio en el que se estimó una prevalencia de obesidad del 22,9% en población española mayor de 18 años. (p.582)
- Las cifras más altas se han estimado en el Principado de Asturias (25,7%) y Galicia (24,9%), seguidas por Andalucía (24,4%), mientras que las tasas más bajas se observan en Islas Baleares (10,5%), Cataluña (15,5%) y País Vasco (16,8%). La prevalencia en Canarias parece haberse estabilizado en un 20,1%. (Figura 4) Este patrón de distribución geográfica es similar al descrito en el estudio ENRICA y en

otros estudios recientes realizados en escolares, como el PERSEO, el ALADINO o el de Sánchez-Cruz et al. (p.584)

Figura 4. Mapa de la prevalencia de obesidad (OB) y sobrepeso (SP) en población adulta (25-64 años) en España.

Fuente. Aranceta-Bartrina, et al., (2016). (P. 585).



Según un estudio realizado en el 2016 por un grupo de investigadores del Imperial College de Londres en colaboración con la OMS revela que España es el segundo país europeo con más obesos, después del Reino Unido (EFE-Barcelona, 2017); por otra parte, el último informe de The Economist sobre obesidad en España señala que el 17 % de la población española sufre obesidad, mientras que un 53,7 % tiene sobrepeso. En cuanto a la población infantil uno de cada 10 niños españoles tiene sobrepeso, en concreto, un 26 % de los niños y un 24 % de las niñas tienen sobrepeso en toda España, mientras que el resto de países de la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos) un 23 % de niños y un 21 % niñas sufren sobrepeso (EA-Barcelona, 2016).

En cuanto a la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la adolescencia, según el estudio HBSC 2014, España ocupa el séptimo puesto con más niños obesos a los 11 años y el undécimo a los 13 y 15 años, con un 18% de niñas y un 26% de niños de 13 años con sobrepeso, 15% de niñas y 24% de niños en la franja de 15 años, de un ranking de 42 países de Europa y Norteamérica debido a que en la adolescencia los comportamientos sanos son menos frecuentes (Benitez, 2016) ante la falta de control de unos patrones de

conducta y unos estilos de vida poco saludables, que se desarrollan dentro de un entorno que se ha bautizado como “entorno obesogénico” (Amigo, eta l.; 2007).

Sin duda, el problema es más acuciante cuando la obesidad aparece en la niñez y/o adolescencia. El estudio de Whitaker otorga un riesgo de persistencia de la obesidad de un 79% en la edad adulta cuando la obesidad está presente entre los 10-14 años y uno de los padres es obeso (Frelut, 2011; Whitaker, et al., 1997). Por otra parte, al analizar la asociación entre el Índice de Masa Corporal (IMC) en la adolescencia tardía y la muerte por causas cardiovasculares en la edad adulta, se observó que el sobrepeso y la obesidad están fuertemente asociadas con un aumento de la mortalidad cardiovascular en la edad adulta, siendo la asociación más fuerte en la adolescencia que a principios de la infancia (Almeida, et al., 2011; Aranceta-Bartrina, et al., 2016; Güemes-Hidalgo y Muñoz-Calvo, 2015; Twig, et al., 2016). Al respecto, la OMS en la Carta Europea contra la Obesidad (como se citó en Almeida, et al., 2011, p. 29) estableció la prevalencia de sobrepeso y obesidad entre los adolescentes en Europa de 13 a 15 años entre el 5 y el 35%, según país, calificándolos como inaceptables.

Y si además se tiene en cuenta que los adolescentes son el grupo poblacional de entre 10 y 19 años de edad que representan el 19% de la población total a nivel mundial y que están expuestos de manera permanente a Estilos de Vida poco o nada saludables al desarrollarse en un ambiente obesogénico tal y como se pone de manifiesto en las distintas ediciones del estudio HBSC ; entonces, y aunque la prevalencia total de obesidad en la adolescencia es menor que en la edad infantil (Figuras 5 y 6), la Obesidad en la adolescencia constituye un importante problema de salud (Guevara-Valtier, et al., 2015; Valerio, 2016).

Figura 5. Owerweight/Obesity by Ag-children for girls in Spain
Fuente: World Obesity. Overweight/Obesity by age category.

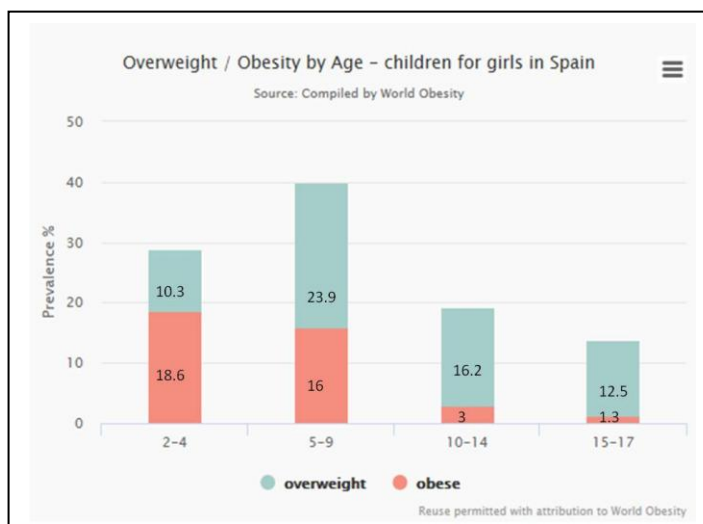
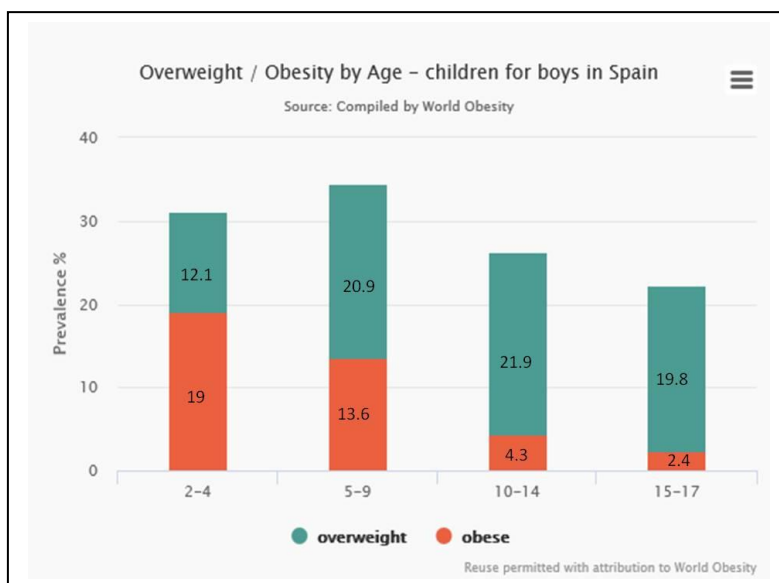


Figura 6. Overweight/Obesity by Age-children for boys in Spain
Fuente: World Obesity. Overweight/Obesity by age category.



Pero, en España el sobrepeso y la obesidad no solo es un problema por su prevalencia “España ocupa el séptimo puesto con más niños obesos a los 11 años y el undécimo a los 13 y 15 años” de un ranking de 42 países de Europa y Norteamérica sino también porque las actitudes y percepciones entre adultos y adolescentes ante la obesidad “tamaño o figura corporal” y estilos de vida saludables son opuestas; siendo incluso entre los mismos adultos contradictorias (Aranceta-Bartrina, et al., 2016; Benitez, 2016; Botteon y Kuczmarski, 2007; Valerio, 2016). De hecho, algunas culturas interpretan el exceso de peso como un símbolo de belleza, salud y riqueza, mientras otros ven la delgadez extrema como bella y la consideran el cuerpo “ideal”; así también, en ciertas culturas la delgadez es considerada un signo de enfermedad o debilidad. Estas percepciones extremas pueden derivar en una mala alimentación y en pobres hábitos alimenticios, debido a que están basadas en factores ajenos a la salud y la nutrición (Menza y Probart, 2013).

Ante la prevalencia del sobrepeso y obesidad no solo se deben considerar las actitudes y percepciones de adultos y adolescentes, sino también la disminución de la práctica de la actividad física de las familias y la disminución de la frecuencia de las comidas familiares, agravando aún más el problema de la obesidad (Beltrán y Cuadrado, 2014; Consejo Superior de Deportes, 2010b; EA-Barcelona, 2016; EFE-Barcelona, 2016; Goldfarb, Tarver, Locher, Preskitt & Sen, 2015).

El riesgo de que un niño/adolescente se convierta en un adulto obeso está ligado sobre todo a dos tipos de factores de riesgo familiares: el factor genético y el hecho de compartir un mismo entorno “entorno obesogénico” resultante en buena medida del progreso y del desarrollo tecnológico y al que hemos hecho alusión al hablar de los estilos de vida (Almeida, et al., 2011; Amigo, et al., 2007; Busto, 2016).

Por otra parte, y como veremos en un apartado posterior, la adolescencia representa un período de la vida en el que además de aumentar los riesgos también aumentan las capacidades de reacción sobre las cuales debe apoyarse el cambio general en el estilo de vida (Almeida, et al., 2011; Frelut, 2011; Menza y Probart, 2013; Valerio, 2016; Whitaker, 1997).

A este respecto, el tratamiento del sobrepeso y obesidad en el adolescente debe ser ante todo preventivo, incidiendo en la nutrición, actividad física y descanso y abarcando a todas las personas, no sólo a las que presentan riesgos de desarrollar una obesidad, haciendo especial énfasis en la familia.

Por todo lo previamente expuesto, el “sobrepeso-obesidad” constituye el segundo apartado del marco teórico de esta tesis. En este apartado se determinarán el concepto y consecuencias del sobrepeso y obesidad, cuantificará la magnitud del problema a nivel mundial, europeo, nacional y autonómico, identificarán sus múltiples e interrelacionadas causas/factores de riesgo tomando como referencia tres modelos ecológicos (el modelo ecológico del Desarrollo Humano de Bronfenbrenner, el modelo de los determinantes de la salud o modelo de arco iris “Rainbow Model” de Dahlgren y Whitehead y el modelo ecológico de las 6 C: cell, child, clan, community, country, and cultura de Harrison) y finalmente se plantearán las herramientas, intervenciones y estrategias que contribuyan a su eficaz e eficiente diagnóstico, prevención y tratamiento, contribuyendo así a proteger la salud y calidad de vida en el adolescente, la edad adulta y generaciones futuras.

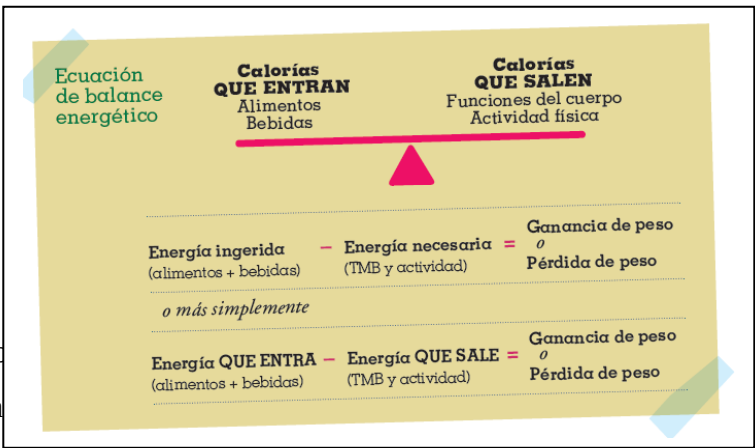
2.1 CONCEPTO Y CONSECUENCIAS DEL SOBREPESO-OBESIDAD

La palabra obeso proviene del latín “obedere”. Esta formado de las raíces “ob” (que abarca todo) y “edere” (comer), cuya traducción es alguien que se lo come todo (Pallaruelo, 2012; Falcon, s.f).

La OMS (2016a) define el sobrepeso y la obesidad como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Esta acumulación de grasa corporal, que se conoce también como “adiposidad”, se manifiesta por un exceso de peso y volumen corporal (Casas y Gómez, 2016; Pérez, et al., 2016).

El exceso de grasa se acumula cuando el ingreso de energía total excede el gasto de energía, este desequilibrio energético puede ser resultado de la ingesta de energía excesiva a través de la alimentación y / o la reducción del gasto de energía como consecuencia de un descenso en la actividad física (Figura 7). Respecto a la ingesta energética hemos de recordar que no solo depende de la cantidad de alimentos ingeridos sino también de su calidad nutricional (Casas y Gómez, 2016; Leis y Gil, 2015). Tanto Hipócrates como el filósofo Platón mostraron su interés por la nutrición y la alimentación y las relacionaron con la obesidad. Galeno fiel a la medicina hipocrática trabajó acerca de la obesidad identificando dos tipos de obesidad: moderada (natural) e inmoderada (mórbida) (Falcon, s.f ; Pallaruelo, 2012).

Figura 7. Ecuación de Balance energético
Fuente. Menza, V. y Probart, C. (2013). pp.267-291.



Existen períodos críticos de la vida, como el embarazo y la infancia, de la obesidad, como el empuje a la obesidad y la adolescencia. En ellos se establecen cambios en la composición corporal, en la estructura y función de órganos y aparatos, en la regulación metabólica y hormonal y en la expresión génica, con consecuencias no solo a corto, sino también a medio y largo plazo. Es de destacar la relación de la cronología de los períodos críticos con la del desarrollo del tejido graso. Así, al nacer la grasa representa el 12-15 % del total corporal, se incrementa rápidamente en los 4-6 primeros meses de vida, se mantiene alrededor del 21-23 % hasta el primer año, para posteriormente declinar hasta los 5-6 años y entonces incrementar progresivamente, en especial durante la adolescencia, hasta

alcanzar entre el 11-17 % en los hombres y entre el 22-26 % en las mujeres (Leis y Gil, 2015).

En la pubertad la masa grasa aumenta un 13% en las niñas y disminuye un 4% en los niños. En el adulto joven, representa el 20-25% del peso corporal en las mujeres y el 15-20% en los varones. Las niñas delgadas, al final de la pubertad, presentan de media 5 kg de más de masa grasa que los niños y éstos, 20 kg más de masa muscular. Además, la grasa se distribuye de forma diferente en el cuerpo a partir de la adolescencia; en la mujer predomina una distribución distal (“adiposidad ginoide” o de pera), mientras que en el hombre es preferentemente central (“adiposidad androide” o en manzana) (Casas y Gómez, 2016; Frelut, 2011).

La obesidad es una enfermedad crónica, compleja, causada por múltiples factores y que actualmente se suele iniciar en la infancia y la adolescencia. Se considera una enfermedad no transmisible como las enfermedades cardiovasculares (ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes (OMS, 2015b). A su vez, la obesidad es un factor de riesgo para muchas otras enfermedades crónicas y en los niños y adolescentes, al igual que en los adultos, compromete la salud física, emocional y social (Casas y Gómez, 2016).

Hipócrates (como citó Pallaruelo, 2012. P.10) fue el primero que asoció la obesidad y la muerte súbita hace más de 2000 años, cuando afirmó que: “quienes por naturaleza engordan demasiado son más propensos a una muerte repentina que los delgados”.

Avicenna, médico árabe que vivió entre los siglos X-XI, dedica un capítulo de su libro “el canon de la medicina”, a la obesidad, y ya afirmaba (como se cita en Falcón, s.f) que “la obesidad severa restringe los movimientos y maniobras del cuerpo... los conductos de la respiración se obstruyen y no pasa bien el aire... estos pacientes tienen un riesgo de muerte súbita... son vulnerables a sufrir un accidente cerebral, hemiplejía, palpitaciones, diarreas, mareos... los hombres son infértiles y producen poco semen... y las mujeres no quedan embarazadas, y si lo hacen abortan, y su libido es pobre”.

Por tanto, decir que la obesidad tiene consecuencias importantes en la salud y calidad de vida de las personas no es ninguna novedad. Un IMC elevado es un importante factor de

riesgo de enfermedades no transmisibles, de ese modo, tal como afirma la OMS (2016a) el incremento del IMC aumenta el riesgo de:

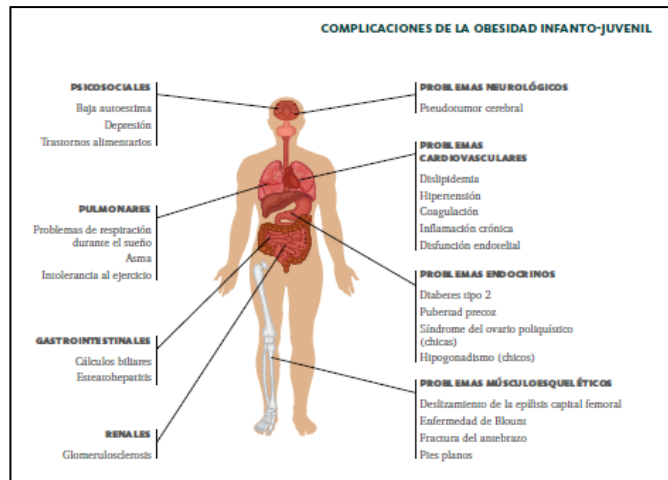
- Enfermedades cardiovasculares (principalmente las cardiopatías y los accidentes cerebrovasculares), que fueron la principal causa de muertes en 2012;
- Diabetes;
- Trastornos del aparato locomotor (en especial la osteoartritis, una enfermedad degenerativa de las articulaciones, muy discapacitante), y
- Algunos cánceres (endometrio, mama, ovarios, próstata, hígado, vesícula biliar, riñones y colon).

Durante muchos años, las complicaciones derivadas de la obesidad se consideraban poco frecuentes en la infancia. Sin embargo, hoy conocemos una gran cantidad de consecuencias a corto y a largo plazo de la obesidad en niños y adolescentes (Figura 8); la mayoría de estas consecuencias tienen un impacto considerable en la calidad de vida, y algunas incluso pueden llegar a reducir la expectativa de vida (Asociación Española Contra el Cancer, 2017; Leis y Gil, 2015; Liria, 2012); de ahí, la necesidad de intervenir durante la niñez y la adolescencia en la prevención y control del sobrepeso y obesidad y uno de los motivos por los que en esta tesis se incide en esta etapa del desarrollo y en el problema del sobrepeso/obesidad.

Con respecto a las consecuencias a corto plazo, Liria (2012) reseña la aparición de alteraciones metabólicas (dislipidemias, alteración del metabolismo de la glucosa, diabetes, hipertensión, entre otras) a edades más tempranas. La Asociación Americana de Diabetes informó que el 85% de los niños con diagnóstico de diabetes tipo 2 tienen sobrepeso u obesidad; además, 10% de niños con obesidad podrían sufrir de tolerancia alterada a la glucosa. En adolescentes con obesidad, se encontró que el 25% presentan hipertensión, 39% bajos niveles de HDL, y 46% altos niveles de triglicéridos (frente a 4, 18 y 17% en adolescentes con peso adecuado respectivamente). Del mismo modo, se ha descrito que adolescentes con oligomenorrea y obesidad están en mayor riesgo de desarrollar síndrome poliquístico ovárico. El 77% de niños obesos en China mostraron hígado graso y en EE.UU. se encontró que casi todos o todos los niños con esteatosis tenían obesidad (en un grupo reducido de niños). La apnea del sueño ha sido observada hasta en 50% de niños con obesidad en EE.UU. También se encontró dos veces mayor prevalencia de asma en niños con obesidad en Alemania, Israel y EE.UU. Otro problema del exceso de peso es el estrés mecánico, haciendo susceptible al niño de anomalías ortopédicas y fracturas.

Figura 8. **Complicaciones de la obesidad Infanto-Juvenil**

Fuente. Casas, R. y Gómez, S.F. (2016). P. 36.



También se ha asociado la obesidad en la infancia y adolescencia con mayor probabilidad de presentar desórdenes de la alimentación (bulimia, anorexia). Además, un niño/adolescente obeso puede sufrir discriminación social, baja autoestima y depresión; por ello, algunos estudios transversales han asociado a la obesidad en este periodo con burlas, *bullying*, marginación y pobres resultados académicos. Asimismo, se ha descrito que niños y adolescentes con obesidad informan mayores limitaciones funcionales, físicas y psicosociales lo que repercutiría en una baja calidad de vida debido al estigma social y las consecuencias de la obesidad sobre la salud (Casas y Gómez, 2016; Leis y Gil, 2015; Liria, 2012).

El acoso o “*bulling*”, suele ser más frecuente en las chicas haciéndoles comer compulsivamente para calmar la ansiedad o el ánimo depresivo y además, el propio temor al acoso puede llevarles a realizar menos actividades y a quedarse más tiempo en casa, es decir, aumenta el sedentarismo (Casas y Gómez, 2016).

Además de esas alteraciones en la infancia /adolescencia (a corto plazo) la obesidad en la infancia y la adolescencia se asocia con un mayor riesgo de obesidad en la edad adulta y las consiguientes consecuencias a largo plazo. En general, la proporción de niños con obesidad que en la edad adulta continúan siendo obesos aumenta con el aumento de la edad de aparición de la obesidad, de tal manera que se estima que 40%, o más, de los niños, y 70% o más de los adolescentes con obesidad, llegarán a ser adultos obesos, con un impacto negativo en la salud y en la carga de enfermedad. Niños y adolescentes con sobrepeso y obesidad tienen mayor riesgo de presentar enfermedades crónicas (enfermedad cardiovascular, ciertos tipos de cáncer, diabetes y asma) en la

edad adulta, aunado a elevada mortalidad por estos problemas de salud (Leis y Gil, 2015; Liria, 2012).

Este aumento del riesgo parece más acentuado para los varones adolescentes con obesidad de moderada a severa. Las consecuencias a largo plazo de la obesidad durante la lactancia y la primera infancia en la salud posterior son menos claras (Casas y Gómez, 2016; Leis y Gil, 2015).

Por otra parte, las consecuencias de la obesidad no solo afectan a la calidad de vida del individuo, sino a la sociedad en general, tanto a nivel sanitario como económico, dado el incremento de los costos de salud y la baja productividad de las personas obesas, e incluso ya se ha postulado en algunos países que puede representar una carga insostenible para el sistema de salud.

Según algunas estimaciones, el coste de la obesidad puede representar hasta el 12% del gasto sanitario en algunos países. En España, según un estudio realizado en 2002, se estimó que el coste de la obesidad y las enfermedades asociadas representaba 2.500 millones de euros al año. En 2010, esta estimación se situaba en unos costes anuales de 5.000 millones de euros. Asimismo, en EE. UU. se ha estimado que el gasto de un paciente obeso frente a un paciente con peso normal es 46% mayor en hospitalización, 27% mayor en consulta médica y 80% mayor en medicinas.

Por otro lado, la obesidad igualmente trae como consecuencia costos indirectos por disminución de años perdidos por discapacidad, incrementada mortalidad antes de la jubilación, jubilación adelantada, pensiones por discapacidad y reducida productividad por ausentismo en el trabajo. Por todas las consecuencias indirectas de la obesidad, se piensa que estos costos son incluso mayores que los costos médicos (Casas y Gómez, 2016; González, 2014; Liria, 2012).

La obesidad, aunque como veremos en el apartado de la adolescencia no supone un problema de salud para los propios adolescentes, al estar centrados en los múltiples cambios que están viviendo, si que representa un verdadero problema de salud pública que afecta a la sociedad en general. Por tanto, y como Casas y Gómez (2016) afirman: “las estrategias y la forma de abordar este problema han de ser conjuntas desde toda la

sociedad, mediante un esfuerzo colectivo y la cooperación de todos los actores posibles” (p. 5).

Estos esfuerzos deberán dirigirse a los estilos/regímenes de vida, tal y como Gregorio Marañón (citado por Pallaruelo, 2012. P.12) manifestó al afirmar que: “el obeso adulto, constituido, debe tener en cuenta que un adelgazamiento no será obra de un plan médico, sino de un cambio total de régimen de vida”.

2.2 LA OBESIDAD “EPIDEMIA DEL SIGLO XXI”: REALIDAD MUNDIAL, EUROPEA, NACIONAL Y AUTONOMICA

Los múltiples cambios en las connotaciones sociales y culturales de la obesidad a lo largo de la historia se reflejan en una gran diversidad de dichos y refranes populares (Campillo, 2006; Santos, s.f) y determinan la situación actual de la obesidad que es considerada como la epidemia del siglo XXI y cuyo abordaje en ocasiones es incierto. Así, frente al pecado que no tenía perdón para los espartanos y la enfermedad asociada a la pereza individual en el s.XVIII, nos encontramos con la glotonería y el cuerpo obeso como signo de nobleza, riqueza y bienestar de la edad media y los siglos XVI y XVII.

En la segunda mitad del siglo XX, Estados Unidos empezó el estudio de la obesidad experimental y la modificación de la conducta alimentaria como tratamiento de la obesidad. Se luchó para mejorar los resultados terapéuticos de la obesidad, el ejercicio y una alimentación buena fueron las mejores recomendaciones. Pero también se utilizaba como tratamiento la modificación conductual, el tratamiento psicológico, la utilización de fármacos y la cirugía; aunque esta última en contadas ocasiones. En la última década se produjeron grandes avances médicos sobre las funciones hormonales, la regulación del peso corporal y la genética de la obesidad (Falcón s.f ; Pallaruelo, 2012).

A pesar de todos estos avances la obesidad se considera más como un problema estético que como un verdadero problema de salud, predominando la percepción visual (externa) y la valoración en función de la estética. Por ello, en esta época, se produce un cambio radical del ideal de la belleza femenina, un cuerpo sin curvas ni forma, con una delgadez extrema; que se extiende hasta hoy en día, lo que ha hecho que la obesidad se haya estigmatizado tanto cultural como socialmente. La moda de “ser delgada” se ha extendido llegando a límites extremos, como por ejemplo las modelos, lo que ha

producido un aumento de trastornos de la conducta alimentaria como la anorexia o la bulimia, lo que por otro lado dificulta la realización de campañas preventivas contra la obesidad.

No obstante, durante el siglo XX en la infancia estar gordo era equivalente a estar sano y bien alimentado, a “ser fuerte”. La “gordura” era exhibible y sinónimo de éxito social, mientras que estar delgado se equiparaba a estar mal alimentado y a debilidad, con connotaciones cercanas a la enfermedad, e incluso era sinónimo de pobreza y de postguerra. De este modo un niño gordo, “rollizo”, era motivo de orgullo por parte de las madres ya que significaba una reafirmación de su rol nutricional, en el sentido de demostración palpable de niño bien alimentado y por tanto de ser una “buena madre” (Casas y Gómez, 2016; Leis y Gil, 2015).

En el siglo XXI, los datos muestran un incremento alarmante y muy preocupante de la prevalencia del sobrepeso y de la obesidad, ya no sólo en la población adulta, sino también en la población infantil; pasando a constituir la enfermedad crónica no transmisible y el desorden nutricional y metabólico más prevalente en la edad pediátrica con las consiguientes complicaciones comentadas en el apartado anterior. Así, en 1997 la OMS la declara el «nuevo síndrome mundial» (OMS, 2016c).

Aunque esta tesis se centrará en la adolescencia y concretamente en la edad de 13 años, considero importante incluir algunos datos entorno al sobrepeso y obesidad en los/as niños/as y adultos ya que este problema durante la adolescencia es consecuencia de lo que ocurre en la niñez y será la causa de lo que acontezca en la edad adulta. Por otra parte será preciso conocer cuál es la situación en el Mundo, Europa y España y no solo limitarnos al ámbito del Principado de Asturias. De este modo, y además de los datos referidos en la introducción de este apartado, pasaré a exponer algunos datos de prevalencia de obesidad y sobrepeso a nivel mundial, europeo, nacional y autonómico.

2.2.1 Prevalencia del sobrepeso/obesidad en el mundo

Ante el alarmante incremento mundial de la prevalencia del sobrepeso y de la obesidad, no solo en la población adulta sino también en la población infantil, en Milán han tenido lugar dos importantes declaraciones entorno a la obesidad, en 1999 se pidió el reconocimiento y la acción concertada para combatir la obesidad y en 2015, con motivo

de los datos publicados por la OMS en los que afirmaba que en 2030 dos de cada tres personas padecerá obesidad, se reafirma el compromiso para luchar contra la obesidad (Acta Sanitaria, 2015; Casas y Gómez, 2016).

En el año 2002 la OMS desarrolló la Estrategia Mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud, aprobada en el año 2004 (57ª Asamblea Mundial de la salud) por los estados miembros; donde se declaró y etiquetó a la Obesidad como la “Epidemia del siglo XXI” a nivel mundial, liderando junto a otras instituciones una llamada internacional para luchar contra el sobrepeso y la obesidad (Casas y Gómez, 2016; Leis y Gil, 2015; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005; Pallaruelo, 2012).

El Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) comunicó que en los Estados Unidos, en el año 2004, el 66,3% de los adultos tenía sobrepeso u obesidad debido a la alimentación y a una vida sedentaria; siendo el país con más obesos del mundo. El 19 de enero del año 2012, en las Noticias de Antena 3 (España) mediante el programa de Prevención Infantil “El Estirón” se publicó que “España supera a Estados Unidos en obesidad infantil” y el reciente estudio sobre la ‘*Carga Mundial de Enfermedades*’ de Naciones Unidas pone de manifiesto que en España, a pesar de ser el séptimo país del mundo con mejor salud, de un total de 188 países, los peores valores son los relacionados con la obesidad, infecciones por VIH, alcoholismo y tabaquismo destacando la baja puntuación de 33 sobre 100 en el control de enfermedades relacionadas con el sobrepeso (Alcalde, 2016; Pallaruelo, 2012).

En la revista The Lancet se ha publicado un estudio sobre cuáles han sido las tendencias en el índice de masa corporal de adultos en 200 países desde 1975 a 2014, mediante un análisis combinado de 1.698 estudios de medición basados en una población de 19,2 millones de participantes. Esta investigación concluye que si las tendencias post-2000 continúan, en 2025 la prevalencia mundial de obesidad alcanzará el 18% en los hombres y superará el 21% en mujeres; la obesidad severa superará el 6% en los hombres y el 9% en las mujeres (Casas y Gómez, 2016). Datos que la OMS (2016a) corrobora a través de su nota descriptiva nº 311 afirmando que:

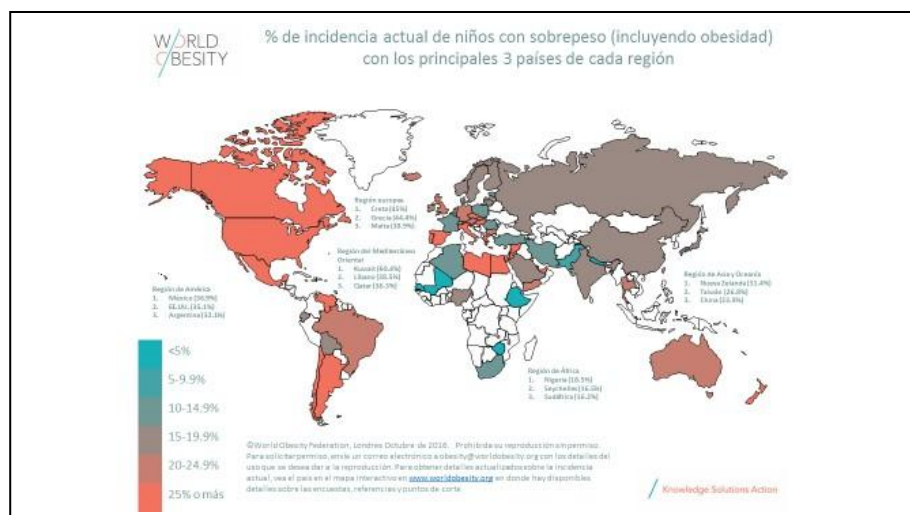
- Desde 1980, la obesidad se ha más que doblado en todo el mundo.

- En 2014, más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de los cuales, más de 600 millones eran obesos.
- En 2014, el 39% de las personas adultas de 18 o más años tenían sobrepeso, y el 13% eran obesas.
- La mayoría de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad se cobran más vidas de personas que la insuficiencia ponderal.
- En 2014, 41 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso o eran obesos.

Según los mapas de la World Obesity Federation (Casas y Gómez, 2016; World Obesity Federation, 2015) los países del sur de Europa, es decir, el arco mediterráneo (con alguna excepción) Figuras 9 y 10, son los que tienen unas cifras mayores, lo cual puede parecer una gran contradicción debido a que su cultura gastronómica está basada en la saludable dieta mediterránea. España concretamente presenta una prevalencia global de sobrepeso del 41.7% y de obesidad del 16,3%. Cuando se analizan los datos según franjas de edad se encuentra que en la franja de 8 a 13 años la prevalencia de sobrepeso es del 25.3% y la de obesidad del 9,6%. Por otra parte y para la franja de 14 a 17 años se encuentra una prevalencia de sobrepeso del 16.4% y de obesidad del 6.7%. (Figura 11)

Fig. 9. % Incidencia actual de niños con sobrepeso-obesidad en el mundo

Fuente: http://www.worldobesity.org/site_media/library/resource_images/M3mSp.jpg



Fuente. http://www.worldobesity.org/site_media/library/resource_images/M4fSp.jpg



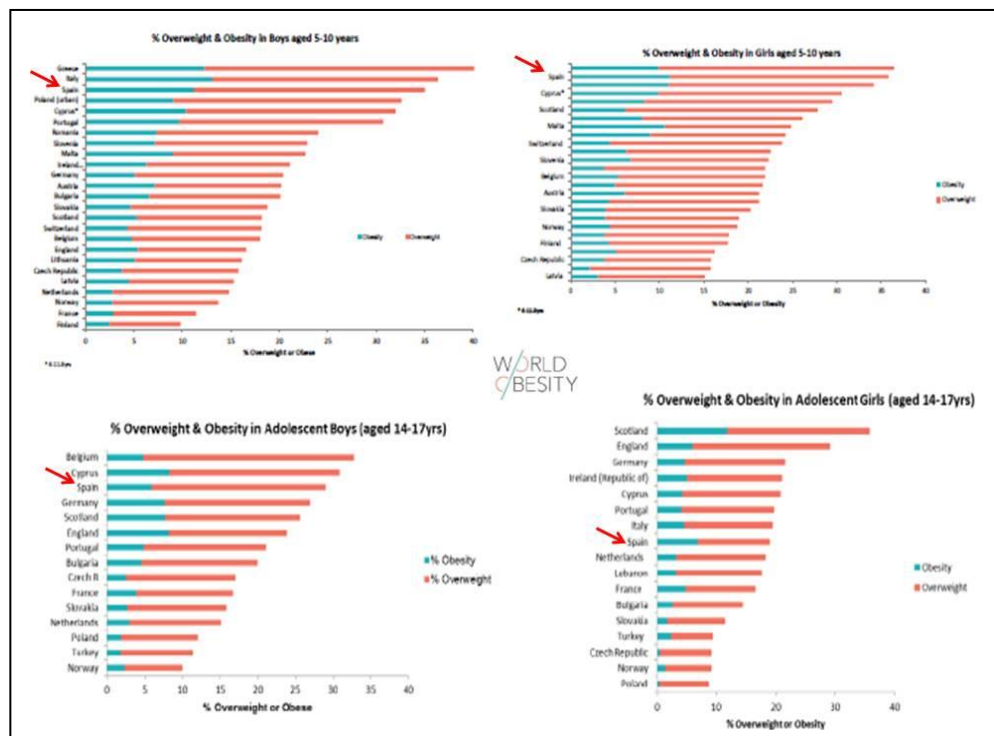
Fuente: World Obesity. Overweight/Obesity by age category



74

Figura 12. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños/as de 5 a 10 años y de 14-17 años según países europeos.

Fuente. Elaboración Propia a partir de: Casas, R. y Gómez, S.F. (2016). Pag. 18-19.



Ante esta realidad la Región Europea de la OMS viene impulsando la Iniciativa COSI (WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative) que ha conseguido que los estados miembros lleven a cabo un sistema armonizado de vigilancia de la obesidad infantil que asegurara la comparabilidad de los datos y que contribuyera a mejorar la evaluación de las políticas llevadas a cabo. Esta iniciativa se ha centrado en la evaluación de la población infantil de entre 6 y 9 años y España es uno de los 25 países que forman parte de la iniciativa COSI, siendo uno de los países que participó activamente y desde el inicio en su diseño. Por este motivo se ha estudiado la población infantil española mediante las diversas ediciones del estudio de Alimentación, Actividad física, Desarrollo Infantil y Obesidad (ALADINO 2011, 2013 y 2015).

2.2.3 Prevalencia del sobrepeso/obesidad en España

Aunque en relación a otros países, del mundo y Europa, España se encuentra en el grupo de países con una mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil tanto para el grupo de las niñas como para el grupo de los niños (Casas y Gómez, 2016; World

Obesity Federation, 2015). Los resultados del último estudio Aladino 2015 no solo confirman la estabilización, sino también el inicio de la inversión de la tendencia en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños/as de 6-9 años (Ortega, et al., 2016). Situación que hace años ya se había dado en Estados Unidos e Inglaterra al tratarse de países que alcanzaron valores muy elevados de sobrepeso y obesidad infantil y en los que se produjo un efecto techo (Casas y Gómez, 2016).

Desde 1984 y ya dentro del siglo actual se han venido recogiendo datos sobre prevalencia de la obesidad en la niñez y adolescencia a través de estudios de ámbito nacional y/o autonómico. En ocasiones los datos recogidos no podían compararse entre sí y no eran representativos de la población española, pero al menos si nos permitieron tener una idea aproximada de la situación. Según Casas y Gómez (2016), los más específicos, relevantes o que han generado más evidencia científica han sido (Tabla 6):

Tabla 6. Características de los estudios de prevalencia de sobrepeso y infantil realizados en España en las últimas décadas

Fuente: Casas, R. y Gómez, S.F. (2016). Estudio sobre la situación de la obesidad infantil en España. Página. 21.

CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTUDIOS DE PREVALENCIA DE SOBREPESO Y OBESIDAD INFANTIL REALIZADOS EN ESPAÑA EN LAS ÚLTIMAS DÉCADAS				
ESTUDIO	AÑO	RANGO DE EDAD	REPRESENTATIVO A NIVEL ESTATAL	MUESTRA TOTAL
GALINUT	2001 (estudios previos '79, '91)	10	No	
PAIDOS	1984	6 a 13	No	4.321
RICARDIN	1992	6 A 18	No	10.683
ARAGÓN	1999-2005			
EnKid	1998-2000	2 a 24	Sí	3534
PONCE	2005	6 a 13	No (Ceuta)	514
AVENA	2000-2002	13 a 18	No	2.320
CUENCA	Estudio 2004 (estudios previos '92, '96 y '98)	9 a 10	No	1.116
PERSEO	2007	6 a 10	No	13.216
HELENA	2005-2008	12 a 18	No	365
ALBACETE	2007	6 a 8	No	1 colegio
ALICANTE	2008	6 a 11	No	394
ALADINO	2011	6 a 9	Sí	7.659
Sánchez-Cruz	2012	8 a 17	Sí	978
ALADINO	2013	7 a 8	Sí	3.426
Thao	2015 (estudios previos anuales 2008-2014)	3 a 12	No	20.308

El estudio enKID (2002) se llevó a cabo en España entre el año 1998 – 2000 e incluye una muestra representativa de la población española contemplando un amplio rango de edad que va de los 2 a los 24 años y una muestra de 3.534 individuos de diferentes comunidades autónomas. La prevalencia de obesidad en España es del 13,9%, y la de sobrepeso y obesidad, del 26,3% (sólo sobrepeso, 12,4%). La obesidad es mayor en varones (15,6%) que en mujeres (12%), y también el sobrepeso. Por edades, los jóvenes de 6 a 13 años presentan valores más elevados de obesidad. Por zonas geográficas, Canarias y Andalucía tienen las cifras más elevadas, y el nordeste peninsular las más bajas. La obesidad es mayor en niveles socioeconómicos y de estudios más bajos, y entre aquellas personas que no desayunan o desayunan mal (Aranceta, et al., 2015a; Serra, et al., 2003). Tabla 7

Tabla 7. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población infantil y juvenil española. Estudio enKid (1998-2000)

Fuente. Serra et al., (2003). pp. 725-32.

Prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población infantil y juvenil española. Estudio enKid (1998-2000)			
Edad (años)	Prevalencia		
	Sobrepeso* ≥ p85-< p97	Obesidad* ≥ p97	Sobrepeso y obesidad* ≥ p85
Total			
2-5	9,9 (6,8-13,0)	11,1 (7,9-14,3)	21,0 (16,8-25,2)
6-9	14,5 (11,1-17,9)	15,9 (12,4-19,4)	30,4 (26,0-34,8)
10-13	14,6 (11,7-17,5)	16,6 (13,5-19,7)	31,2 (27,3-35,1)
14-17	9,3 (7,1-11,5)	12,5 (10,0-15,0)	21,8 (18,7-24,9)
18-24	13,2 (11,5-14,9)	13,7 (11,9-15,5)	26,9 (24,6-29,2)
Total	12,4 (11,3-13,5)	13,9 (12,7-15,1)	26,3 (24,8-27,8)
Varones			
2-5	9,3 (5,2-13,4)	10,8 (6,4-15,2)	20,1 (14,4-25,8)
6-9	16,0 (11,0-21,0)	21,7 (16,1-27,3)	37,7 (31,1-44,3)
10-13	20,0 (15,3-24,7)	21,9 (17,0-26,8)	41,9 (36,1-47,7)
14-17	10,4 (7,1-13,7)	15,8 (11,9-19,7)	26,2 (21,5-30,9)
18-24	14,9 (12,0-17,8)	12,6 (9,9-15,3)	27,5 (23,9-31,1)
Total	14,3 (12,6-16,0)	15,6 (13,8-17,4)	29,9 (27,7-32,1)
Mujeres			
2-5	10,4 (5,9-14,9)	11,5 (6,8-16,2)	21,9 (15,8-28,0)
6-9	13,1 (8,5-17,7)	9,8 (5,8-13,8)	22,9 (17,2-28,6)
10-13	9,1 (5,7-12,5)	10,9 (7,2-14,6)	20,0 (15,3-24,7)
14-17	8,0 (5,1-10,9)	9,1 (6,0-12,2)	17,1 (13,1-21,1)
18-24	11,3 (9,2-13,4)	14,9 (12,5-17,3)	26,2 (23,3-29,1)
Total	10,5 (9,1-11,9)	12,0 (10,5-13,5)	22,5 (20,6-24,4)

Los datos se presentan como porcentaje con el intervalo de confianza del 95% entre paréntesis. *Puntos de corte: percentiles (p) 85 y 97 de las tablas de Hernández et al.¹⁵, 1988.

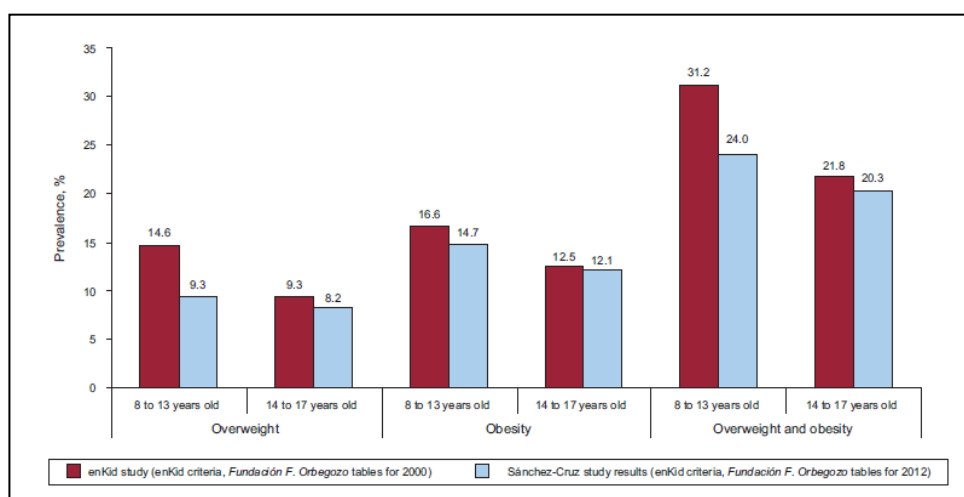
El estudio de Sánchez-Cruz, Jimenez-Moleón, Fernández-Quesada y Sánchez (2013) se ha llevado a cabo sobre una muestra representativa de la población infantil española conformada por 978 niños y niñas de entre 8 y 17 años de edad. Este estudio presenta una prevalencia global de sobrepeso del 26% y de obesidad del 12,6%, según las tablas de referencia de la OMS. Cuando se analizan los datos según franjas de edad se encuentra que en la franja de 8 a 13 años la prevalencia de sobrepeso es del 30,7% y la de obesidad del 14,7%. Por otra parte y para la franja de 14 a 17 años se encuentra una prevalencia de sobrepeso del 17% y de obesidad del 8,5%. Por tanto la prevalencia de exceso de peso es mucho más alta en el grupo de edad de 8-13 años

A su vez cuando se estratifican los datos según sexos este estudio encuentra que la prevalencia de exceso de peso es mayor en los varones respecto las mujeres, ya que la prevalencia de exceso de peso para los primeros es de un 41,5%, mientras que para las segundas es de un 35,8%.

Al contrastar los datos del estudio enkid con los del estudio Sánchez-Cruz nos encontramos que son bastante coincidentes, tal y como se refleja en la Figura 13.

Fig. 13. Comparación entre estudio enkid 2000 y estudio sánchez-cruz 2012 (según referencias fundación orbegozo)

Fuente. Sanchez-Cruz et al., (2013). P. 374.



Liderado en España por la Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN) del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad se han realizado en 2011, 2013 y 2015 sucesivos estudios Aladino representativos de prevalencia de sobrepeso y obesidad en la etapa infantil en nuestro entorno. La primera

edición del Estudio ALADINO, en 2011, ya puso de manifiesto la gran magnitud del problema de la obesidad infantil en España, con una prevalencia del 26,2 % de sobrepeso y del 18,3 % de obesidad en niños y niñas de 6 a 9 años. En el Estudio ALADINO 2013, realizado en niños y niñas de 7 y 8 años, la prevalencia de sobrepeso fue del 24,6 % y la de obesidad del 18,4 % detectando una estabilización con tendencia a la baja en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en esas edades (Casas y Gómez, 2016; Ortega, et al., 2013; Ortega, et al., 2014).

En el estudio ALADINO 2015 se estudiaron a 10.899 niños (5.532 niños y 5.367 niñas) de 6 a 9 años en 165 centros escolares de todas las CC.AA. y ciudades autónomas de España. Además del estudio de prevalencia de exceso de peso también se realiza un estudio de los estilos de vida de la población participante. Este estudio muestra una prevalencia global de sobrepeso del 23,2% (22,4 % en niños y 23,9 % en niñas) y de obesidad del 18,1% (20,4 % en niños y 15,8 % en niñas), utilizando los estándares de crecimiento de la OMS. Además, la reducción de 3 puntos del sobrepeso fue estadísticamente significativa, con ello no solo se confirma la estabilización, sino también el inicio de la inversión de la tendencia.

Este estudio asocia ciertos hábitos y situaciones sociales a una mayor prevalencia del exceso de peso en los niños. Por ejemplo, la prevalencia de la obesidad es mayor entre los niños que declaraban que no desayunaban a diario (el 93% sí lo hace) y entre los que tenían un tiempo de sueño inferior al medio (10,2 horas). Además, el disponer de televisión, ordenador o videojuegos en su habitación, también se asocia a la prevalencia de obesidad: el porcentaje de niños con televisor o DVD en su habitación es del 37 % entre los que tienen obesidad, y del 22 % entre los que tienen un peso normal. Lo mismo ocurre con los que dedican 2 o más horas diarias al ocio pasivo, el 29% entre los que tienen obesidad y el 22% entre los que tienen un peso normal.

Por otro lado, el bajo nivel de ingresos económicos de la familia y el bajo nivel educativo de padres y madres también se asocian con mayores prevalencias de sobrepeso y obesidad, de manera que el porcentaje de niños con obesidad en familias con ingresos menores de 18.000 € anuales era del 54,8%, mientras que en familias con ingresos mayores o iguales a 30.000 €, era del 22,6% (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015; Monserrat, 2016; Ortega, et al., 2016).

A parte de estos estudios específicamente relacionados con el sobrepeso y la obesidad infantil (población infantil y adolescente) y del estudio ENPE (Estudio Nutricional de la Población Española), al que se hizo referencia al inicio de este apartado, a nivel nacional se han venido realizando sucesivas Encuestas de Salud y en algunas ocasiones también a nivel autonómico, que han incluido datos auto reportados (con poca fiabilidad) sobre el peso y la talla para la valoración del estado ponderal. Entre estos estudios más generales destaca la ENSE/EESE (Encuesta Nacional de Salud/Encuesta Europea de Salud en España) 2014 (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014b), donde se recoge información sanitaria relativa a la población residente en España de 18 y más años mediante un cuestionario común europeo y en la que se pone de manifiesto que:

- La prevalencia de obesidad en adultos alcanza el 16,91% en 2014, manteniéndose elevados los niveles alcanzados en 2009 (16,0%) y 2011 (17,03%), en la línea ascendente de los últimos 25 años y ahora ligeramente mayor en hombres que en mujeres.
- Desde 1987, la obesidad en mujeres ha pasado de un 8% a un 16,7% en 2014. En hombres el ascenso ha sido aún mayor, pasando de un 7% en 1987 a un 17,1% en 2014.
- En cuanto al sobrepeso (sin obesidad), la prevalencia se mantiene en valores mucho más estables, desde el 32,3% en 1987 al 35,7% en 2014. Las diferencias por sexo son muy marcadas en el caso del sobrepeso.
- En 2014, la prevalencia conjunta de obesidad y sobrepeso en la población adulta residente en España es el 52,7%, 60,7% de los hombres y 44,7% de las mujeres.

2.2.4 Prevalencia del sobrepeso/obesidad a nivel autonómico

Por Comunidades Autónomas, en España existe poca información sobre la prevalencia de sobrepeso y obesidad. Siendo el estudio ALADINO 2011 y el estudio ENPE dos de los estudios que abordan este aspecto.

Según el estudio Aladino 2011 las comunidades autónomas con una prevalencia de exceso de peso menor para los niños son: Madrid, Catalunya, Aragón, País Vasco, La Rioja y Castilla-y-León, siendo las comunidades con una proporción más alta: Galicia,

Islas Baleares y Extremadura. Para el grupo de niñas las comunidades con una menor frecuencia de exceso de peso son: Madrid, Catalunya, Aragón, País Vasco y Cantabria, mientras que las que presentan unas cifras más altas son: Castilla-y-León, Navarra e Islas Baleares (Casas y Gómez, 2016; Ortega, et al., 2013).

El estudio ENPE pone de manifiesto que la prevalencia más alta de obesidad y sobrepeso en población adulta (25-64 años) encuentra en el Principado de Asturias (25,7%) y Galicia (24,9%), seguidas por Andalucía (24,4%), mientras que las tasas más bajas se observan en Islas Baleares (10,5%), Cataluña (15,5%) y País Vasco (16,8%). La prevalencia en Canarias parece haberse estabilizado en un 20,1% (Aranceta-Bartrina, 2016).

Además, algunas CCAA disponen de datos más o menos actualizados sobre la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la infancia y adolescencia tal y como se presentan a continuación; aunque, muchos de ellos son autodeclarados y por tanto deben ser interpretados con cautela:

— En Cataluña, los últimos datos publicados en diciembre de 2014, correspondientes a la Encuesta de Salud de Cataluña que se realizó en el periodo 2010-2012, señalan que en la población de 2 a 14 años, la prevalencia de sobrepeso fue de un 20,2% y la obesidad de un 15,4%, sobre una muestra total de 4.389 encuestas. Cabe destacar que los datos auto reportados suelen infra estimar la realidad (Casas y Gómez, 2016, p.30).

— En la Comunidad Valenciana la encuesta de salud de 2010, muestra que para la población infantil de entre 0 y 15 la prevalencia de sobrepeso fue de un 16,1% y la de obesidad de un 17,7% (Casas y Gómez, 2016, p.30).

— En Asturias se disponen de resultados específicos del Estudio HBSC-2006 (Moreno, et al, 2008) (Figura 14) a los que se deben añadir los resultados procedentes de la I encuesta de salud infantil 2009 y del estudio ESNUPI-AS. La I encuesta de salud infantil 2009 (Margolles y Donate, 2010) muestra que la población entre 0-15 años el 70% de la población infantil asturiana tiene cifras de normopeso, un 11% tiene problema de sobrepeso, un 13% tiene problemas de obesidad y un 5% de bajo peso. Por otra parte en marzo de 2015 se publicaron los resultados del estudio ESNUPI-AS, realizado a través de las historias clínicas de 89.989 menores de 15 años de Asturias

nacidos entre 1995 y 2012, encontrando una prevalencia de sobrepeso del 22,5% y de obesidad del 10,8% (Casas y Gómez, 2016; Dominguez, et al., 2015).

Figura 14. Resultados del Estudio HBSC-2006. Asturias
Fuente. Elaboración propia a partir de: Moreno et al. (2008).



-- En Andalucía, la Encuesta Andaluza de Salud de 2011-2012 muestra que para la población menor de 16 años, un 23% presentó sobrepeso y un 20% obesidad. Además se disponen de los datos desagregados del estudio ALADINO 2011. En esta Comunidad Autónoma se incluyeron en el estudio un total de 1.722 niños y niñas de 6 a 9 años y se encontró que un 22,5% presentó obesidad (3,4% por encima de la media nacional) y un 24,1% sobrepeso (2% por debajo de la media nacional) (Casas y Gómez, 2016, p.30).

— En Canarias se disponen los datos del estudio ALADINO 2013 sobre una muestra total de 1.611 niños y niñas en los que se observó una prevalencia de sobrepeso del 24,3% y de obesidad del 19,9% (Casas y Gómez, 2016, p.30).

En Asturias además de la I encuesta de salud infantil 2009 (Margolles y Donate, 2010) y del estudio ESNUPI-AS (Domínguez, et al., 2015), se tiene conocimiento de la prevalencia de la obesidad infantil a través de la tesis doctoral de Llada (2014), titulada “Tendencia de la prevalencia de obesidad infantil y adolescente (5-14 años) en Oviedo durante dos décadas 1992-2012” y del Observatorio de Salud de Asturias (2016).

Si se comparan los resultados del estudio ESNUPI-AS (Tabla 8) con los de la encuesta infantil del 2009 podemos observar que ante la prevalencia de obesidad/sobrepeso en el

estudio ESNUPI-AS (sobrepeso 25%-obesidad 10,8%) y en la encuesta de salud infantil en Asturias (70% normopeso, 11% sobrepeso, 13% obesidad y 5% bajo peso), resulta extraño que en el cuestionario que se les pasa a las familias no se considere la obesidad como una enfermedad crónica no interrogando entonces sobre ella (Tabla 9)

Tabla 8. Prevalencia de delgadez, sobrepeso, obesidad y obesidad grave en la población infantil de Asturias (IMC): total, por tramos de edad, ambos sexos y diferenciada

Fuente. Domínguez, et al., (2015). Pag. e25

Grupos de edad		Delgadez grave		Delgadez		Exceso peso		Obesidad		Obesidad grave			
Ambos sexos	n	% < -3 DE	(IC 95%)	% < -2 DE	(IC 95%)	% > +1 DE	(IC 95%)	% > +2 DE	(IC 95%)	% > +3 DE	(IC 95%)	Mediana	DE
Total (0-14 años)	89 989	0,1	(0,1-0,2%)	1,1	(1,1-1,2%)	33,3	(33-33,6%)	10,8	(10,6-11%)	1,9	(1,8-2%)	0,54	1,16
0-4 años	41 926	0,1	(0,1-0,2%)	1,1	(1-1,2%)	26	(25,5-26,4%)	6,2	(6%-6,5%)	1,2	(1,1-1,3%)	0,37	1,07
5-9 años	22 863	0,1	(0,1-0,2%)	1	(0,8-1,1%)	37,3	(36,6-37,9%)	15,2	(14,7-15,6%)	3,7	(3,4-3,9%)	0,68	1,24
10-14 años	25 200	0,2	(0,2-0,3%)	1,3	(1,2-1,5%)	41,9	(41,3-42,5%)	14,5	(14-14,9%)	1,4	(1,2-1,5%)	0,70	1,19
Niños	n	% < -3 DE	(IC 95%)	% < -2 DE	(IC 95%)	% > +1 DE	(IC 95%)	% > +2 DE	(IC 95%)	% > +3 DE	(IC 95%)	Mediana	DE
Total (0-14)	45 876	0,2	(0,1-0,2%)	1,3	(1,2-1,4%)	34,3	(33,8-34,7%)	12,4	(12,1-12,7%)	2,4	(2,3-2,6%)	0,57	1,21
0-4 años	21 371	0,1	(0,1-0,2%)	1,3	(1,2-1,5%)	25,4	(24,8-26%)	6,4	(6,1-6,8%)	1,3	(1,2-1,5%)	0,35	1,09
5-9 años	11 651	0,2	(0,1-0,2%)	1,2	(1-1,4%)	37,8	(36,9-38,7%)	17,1	(16,4-17,8%)	5	(4,6-5,4%)	0,71	1,31
10-14 años	12 854	0,2	(0,1-0,3%)	1,3	(1,1-1,5%)	45,6	(44,8-46,5%)	17,9	(17,2-18,5%)	1,9	(1,7-2,2%)	0,80	1,24
Niñas	n	% < -3 DE	(IC 95%)	% < -2 DE	(IC 95%)	% > +1 DE	(IC 95%)	% > +2 DE	(IC 95%)	% > +3 DE	(IC 95%)	Mediana	DE
Total (0-14)	44 113	0,1	(0,1-0,2%)	1	(0,9-1,1%)	32,4	(31,9-32,8%)	9,2	(9-9,5%)	1,3	(1,2-1,4%)	0,51	1,11
0-4 años	20 555	0,1	(0-0,1%)	0,9	(0,8-1,1%)	26,5	(25,9-27,1%)	6	(5,7-6,4%)	1	(0,9-1,1%)	0,38	1,04
5-9 años	11 212	0,1	(0-0,2%)	0,7	(0,6-0,9%)	36,7	(35,8-37,6%)	13,1	(12,5-13,7%)	2,3	(2-2,6%)	0,65	1,16
10-14 años	12 346	0,2	(0,1-0,3%)	1,3	(1,1-1,5%)	38	(37,1-38,9%)	10,9	(10,3-11,5%)	0,8	(0,6-1%)	0,60	1,14

DE: desviación estándar; IC: intervalo de confianza; IMC: índice de masa corporal.

Tabla 9. Item Enfermedades o Problemas de Salud “Morbilidad crónica” de la encuesta infantil del 2009 de Asturias

Fuente. Margolles y Donate (Coords.) (2010). (P. 154).

A continuación le voy a leer una lista con una serie de enfermedades o problemas de salud. ¿padece o ha padecido (...[nombre] alguna de ellas?:

	¿la ha padecido alguna vez?		¿la ha padecido en los últimos doce meses?		¿le ha dicho el médico que la padece?	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1 Alergias crónicas						
2 Diabetes						
3 Algún tipo de discapacidad						
4 Ansiedad o depresión						
5 Epilepsia						
6 Trastornos de la conducta (hiperactividad, déficit de atención, etc.)						
7 Tumores malignos, leucemias						
8 Asma						
9 Estreñimiento (habitual)						
10 Otitis y amigdalitis de repetición						
11 Enuresis (orinarse en la cama)						
12 Enfermedades digestivas crónicas (úlceras, hepatitis, celiaquía)						
13 Problemas de columna o escoliosis						
14 Otras (especificar)						

Por otra parte a través de las respuestas obtenidas a la pregunta “*Diría que el peso del niño/a en relación a su estatura es...?*” de la I Encuesta Salud Infantil se pone de manifiesto que la percepción de las familias del peso no se corresponde con el IMC de los/as niños/as Tablas 10 y 11.

Tabla 10. Frecuencia de opinión sobre peso y talla por grupo etario
Fuente: Margolles y Donate (Coords.) (2010). (P. 78).

Frecuencia de opinión sobre peso y talla por grupo etario:					
	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
Por encima del peso	4,7	2,8	8,9	11,5	7,8
En su peso	86,5	88,7	82,5	78,5	83,2
Menos del peso	4,9	6,4	5,6	7,6	6,2

Tabla 11. Frecuencia de categorización de IMC por grupo etario en niños y niñas
Fuente: Elaboración propia. Adaptación de Margolles y Donate (Coords.) (2010). (P. 80).

Niños:					
	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
Bajo peso	7,8	12,6	3,7	1,9	5,5
Normopeso	64,6	60,1	66,8	74,1	67,6
Sobrepeso	9,7	9,6	11,5	13,6	11,5
Obesidad	18,0	17,7	18,0	10,4	15,4
Sobrepeso + Obesidad	27,7	27,3	29,5	24,0	26,9

Niñas:					
	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
Bajo peso	11,4	10,5	1,3	1,2	4,7
Normopeso	61,4	66,9	71,9	83,7	73,1
Sobrepeso	8,5	9,4	14,2	9,2	10,6
Obesidad	18,8	13,3	12,6	5,9	11,5
Sobrepeso + Obesidad	27,3	22,7	26,8	15,1	22,1

Otros datos a reseñar de la I Encuesta de salud infantil en Asturias serían:

Con respecto al hábitat de residencia, clase social y nivel de estudios de la familia en que reside el niño/a se puede pensar que se está por encima del peso en zonas rurales (8,5% frente a un 6,6% en cuencas mineras), así como en niños/as procedentes de familias con estudios primarios (10,9% frente a un 5,6% en estudios universitarios). Un 5,3% de los niños/as clasificados en clase social I (Directivos) presentaron este tipo creencia por una mayor frecuencia (13%) en niños/as procedentes de familias en clase social V (trabajadores no cualificados). (Margolles y Donate, 2010, p. 78)

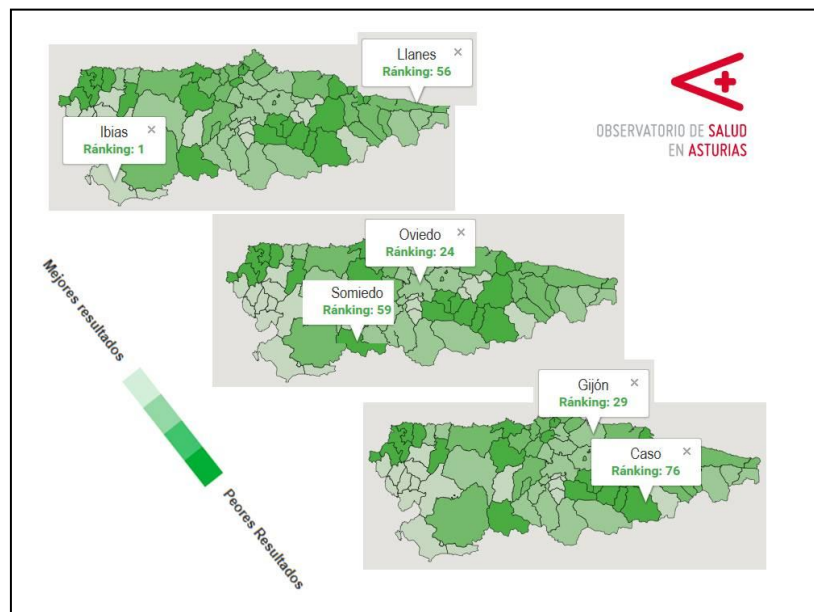
Por edades, en chicos o niños la mayor proporción de personas en normopeso corresponde a los adolescentes (74%): El mayor porcentaje de bajo peso corresponde a las etapas preescolares. La obesidad es mayor en las primeras etapas de la vida y el

sobrepeso es superior a medida que aumentamos la edad. En chicas o niñas la situación es similar: la frecuencia de normopeso aumenta con la edad siendo mayor en adolescentes. El bajo peso desciende en frecuencia con la edad lo mismo que la prevalencia de obesidad. El sobrepeso es más importante en las edades prepúberes. (Margolles y Donate, 2010, p. 80)

El Observatorio de Salud del Principado de Asturias (OBSA) en el año 2015 a partir de los datos registrados en OMI-AP determino la población de 13 años registrada como Obeso infantil (con IMC>94) en las 78 unidades geográficas de Asturias, obteniendo el siguiente mapa de resultados/Ránkings (Figura.15)

Figura 15. Indicadores de Salud-Prevalencia de Obesidad Infantil

Fuente. Elaboración propia a partir de Observatorio de Salud en Asturias: OBSA. (2016).



Los resultados de los estudios mencionados, tanto a nivel mundial como autonómico, ponen de manifiesto que la obesidad es un problema de salud prevalente a cualquier edad constituyendo la epidemia del siglo XXI. A partir de los 13 años la prevalencia suele disminuir pero no debemos bajar la guardia, sino todo lo contrario; pues como hemos visto, en la edad adulta la obesidad vuelve a incrementarse y en la adolescencia los estilos de vida tienden a deteriorarse. Así que, tras determinar las causas del sobrepeso y la obesidad, habrá que pensar en prevenirla y si ya está presente plantearse como tratarla.

2.3 CAUSAS DEL SOBREPESO/OBESIDAD

Según hemos visto, durante los últimos años tanto la obesidad como el sobrepeso se han incrementado en los países desarrollados y también afectan a los países en vías de desarrollo. Es habitual atribuir este incremento en la sociedad a la disminución de la actividad física (las personas hacen menos deporte, los niños ya no juegan en la calle, se desplazan habitualmente en coche, etc.) y también a la modificación de los hábitos dietéticos (abuso de la “comida rápida”, disminución de las comidas familiares, comidas frecuentes fuera de casa y con prisas...etc.).

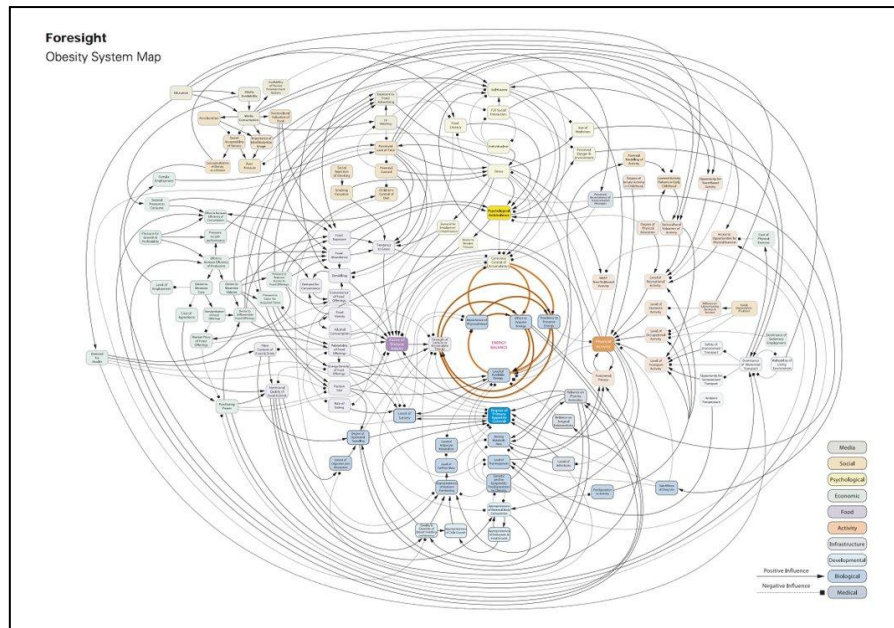
Pero lo cierto es que, la obesidad y el sobrepeso han estado presentes a lo largo de la historia aunque su etiología, consideración y abordaje han ido variando. Hipócrates, Platón, Aetius ya decían que la obesidad se debía a una dieta abundante y a una falta de ejercicio y precisamente este último (médico bizantino) prescribía frutas y vegetales, pescado y pollo, pero nunca mantequilla, marisco, carne, vino o queso. Aetius también aconsejaba la sudación mediante baños termales con agua caliente (Falcon, s.f; Pallaruelo, 2012). En múltiples ocasiones el sobrepeso y la obesidad han llegado a clasificarse según su etiología.

La obesidad se clasifica, según sus características y etiopatogenia, en obesidades que tienen un “patrón patológico” debido a enfermedades genéticas o endocrinas y obesidades que se definen como “exógenas” ligadas a los estilos de vida, condicionados por el entorno en el desarrollan su vida las personas pero también asociados a una predisposición genética para conservar y almacenar energía. (Casas y Gómez, 2016, p.41)

Pero, no debemos quedarnos con esta simplista clasificación, pues una característica común en todas las enfermedades crónicas no transmisibles es que sus factores causales no son concretos, directos y claramente identificables, sino más bien al contrario, ya que su etiología es totalmente multifactorial. (Figura 16)

Figura 16. Obesity System Map

Fuente. [Government Office for Science](#) (2007).. [Entrada Web].



Abordar la obesidad desde este conglomerado de causas puede resultar caótico, no sabiendo por dónde empezar; por ello, para organizar, resumir, explicar la naturaleza multifactorial y multinivel de la epidemia de la obesidad se han ido formulando diversos modelos a lo largo del tiempo, en esta tesis nos centraremos en tres que comparten un enfoque ecológico:

- El modelo ecológico del Desarrollo Humano: Bronfenbrenner, 1979.
- El modelo de los determinantes de la salud o modelo de arco iris “Rainbow Model”: Dahlgren y Whitehead, 1991.
- El modelo ecológico de las 6 C: cell, child, clan, community, country, and culture: Harrison, 2011.

Bronfenbrenner es el primero en incorporar la orientación ecológica “ambiental” a sus teorías, modelos relacionados con el desarrollo humano; posteriormente, esta orientación se trasladará al campo de la salud formulándose diversos modelos ecológicos de la salud entre los que se encuentran el modelo de los determinantes de la salud o modelo de arco iris “Rainbow Model” y el modelo ecológico de las 6 C: cell, child, clan, community, country, and cultura. Dado que, tanto el modelo del arco iris

como de la 6 C representan una adaptación del modelo de Bronfenbrenner al campo de la salud, comenzaré exponiendo el modelo de Bronfenbrenner para continuar con el modelo del arco iris y el modelo de la 6 c, estableciendo así una continuidad e interrelación entre los tres modelos.

2.3.1 El modelo ecológico del desarrollo humano (Bronfenbrenner, 1979)

Urie Bronfenbrenner nació en Moscú en 1917 y murió en 2005 en Nueva York; se graduó en 1938 como Psicólogo en Estados Unidos y en 1979, publica su libro más conocido: “La ecología del desarrollo humano”, donde expone su teoría ecológica con el objetivo de constituir una ciencia del desarrollo humano con una orientación ecológica “ambiental” pues él considera necesario situar el desarrollo “dentro de un contexto” y por tanto estudiar las fuerzas que dan forma a los seres humanos en los ambientes reales en los que viven. Para entender esta teoría hemos de tener en cuenta qué es para Bronfenbrenner el desarrollo humano y los contextos ecológicos (García, 2015; Gifre y Guitart, 2012; Villalba, 1993).

Bronfenbrenner considera el “desarrollo humano” o el “desarrollo psicológico” como los cambios perdurables en el modo en que una persona percibe su ambiente y se relaciona con él y precisamente es el modo de percibir el entorno lo que hace que actúe distintamente. Dicho con otras palabras, entre el estímulo (ambiente) y la respuesta (conducta) existe una mediación psicológica que se traduce en el modo en que una persona interpreta, vive, experimenta la situación. Así, “lo que cuenta para la conducta y el desarrollo es el ambiente como se lo *percibe*, más que como pueda existir en la realidad *objetiva*” (Gifre y Guitart, 2012, p.83).

El contexto o “ambiente ecológico” se entiende como un conjunto de estructuras seriadas y estructuradas en diferentes niveles en donde cada uno de esos niveles contiene al otro, como las muñecas rusas. Por tanto,

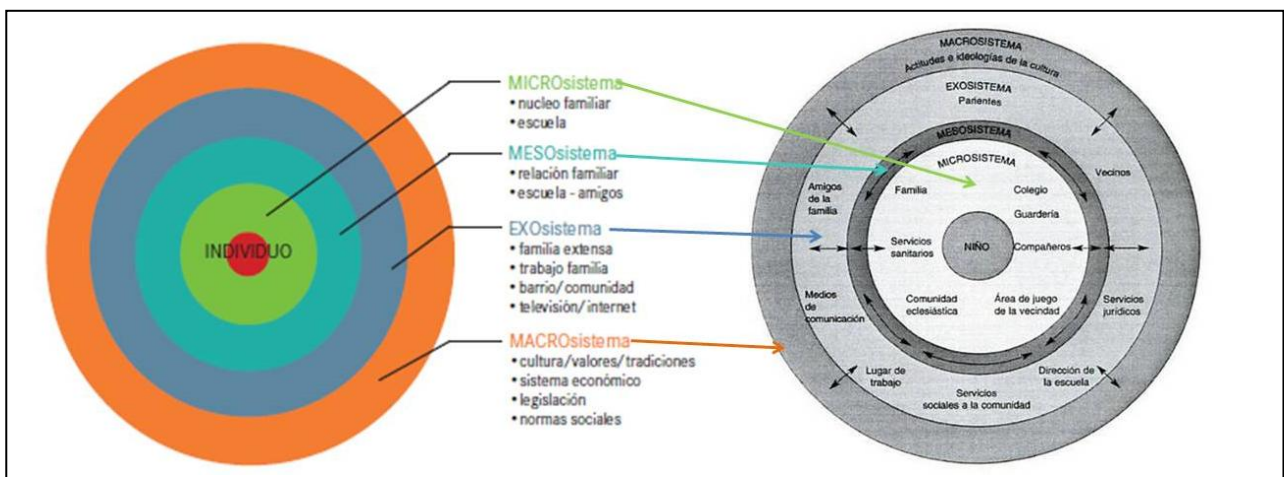
La ecología del desarrollo humano comprende el estudio científico de la progresiva acomodación mutua entre un ser humano activo, en desarrollo, y las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos en los que vive la persona en desarrollo, en cuanto este proceso se ve afectado por las relaciones que se establecen entre estos

entornos, y por los contextos más grandes en los que están incluidos los entornos. (Gifre y Guitart, 2012, p.81)

A partir de esta teoría, que sin duda se considera una de las más aceptadas en el campo de la Educación y de la Psicología Evolutiva moderna, en 1987 Bronfenbrenner propuso el Modelo Ecológico para entender el desarrollo de la conducta humana. Este modelo encierra un conjunto de estructuras “sistemas” ambientales en diferentes niveles dentro de los cuales se desenvuelve el ser humano desde que nace. Cada uno de estos niveles contiene al otro y se categorizan en microsistema, mesosistema, exosistema y el macrosistema, el cronosistema y el globo sistema.

El microsistema constituye el nivel más inmediato en el que se desarrolla y pasa más tiempo el individuo (usualmente la familia), el desarrollo psicológico se sucede como resultado de la participación en estos microsistemas, donde se llevan a cabo roles, se mantienen relaciones interpersonales y se realizan patrones de actividades; el mesosistema comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente; al exosistema lo integran contextos más amplios que no incluyen a la persona como sujeto activo, pero que sus decisiones o acciones influyen en él; finalmente, al macrosistema lo configuran el sistema de creencias, la religión, la organización política, social y económica de una determinada región que afectan el desarrollo humano, moldeando/diseñando los microsistemas, mesosistemas y exosistemas (Bennasar, 2012; García, 2015; Gifre y Guitart, 2012; Villalba, 1993). (Figura 17)

Fig. 17 Teoría ecológica del desarrollo humano de Bronfenbrenner.
Fuente. Elaboración propia a partir de: Bennasar (2012). Pag. 37



Estos sistemas ambientales abarcan desde las relaciones más cercanas de un individuo, establecidas en el microsistema hasta los aspectos socioculturales e históricos, que influyen también en ese individuo. De hecho, la capacidad de formación de un sistema depende de la existencia de las interconexiones sociales entre ese sistema y otros (Bennasar, 2012; García, 2015; Gifre y Guitart, 2012; Villalba, 1993).

Por otra parte, todo fenómeno psicológico emerge en un determinado ambiente ecológico y se expande a través del tiempo; por eso, Bronfenbrenner (como citan Gifre y Guitart, 2012, p. 83) se refiere al cronosistema como el patrón temporo-espacial de los acontecimientos ambientales y las transiciones ecológicas (suceso vital que supone un cambio de rol o de entorno); es decir, las condiciones socio-históricas que influyen en el desarrollo del individuo y dentro del mismo distingue el microtiempo (continuidad versus discontinuidad en los procesos proximales en curso), el mesotiempo (periodicidad de los episodios a través de intervalos de tiempo, como los días y las semanas) y el macrotiempo (expectativas y sucesos cambiantes a lo largo de la sociedad, a través de las generaciones, que afectan y son afectados por los procesos de desarrollo humano a lo largo del curso vital).

Esta teoría ha ganado popularidad en los últimos años al proporcionar uno de los pocos marcos teóricos que examinan de forma sistemática contextos sociales, a niveles tanto micro como macro. De esta manera, Bronfenbrenner cruza la brecha entre las teorías conductuales que se enfocan en pequeños escenarios y las teorías antropológicas que analizan escenarios más grandes. Además, Bronfenbrenner consiguió articular aquello que los psicólogos infantiles estudiaron sobre los niños y niñas, los sociólogos focalizaron en las familias, los antropólogos consideraron acerca de la cultura, así como los economistas y otros científicos, en la sociedad.

En 1994, Bronfenbrenner y Ceci modificaron la teoría original y la denominaron “teoría bioecológica”. Se plantea una nueva concepción del desarrollo humano presentándolo como un fenómeno de continuidad y cambio de las características biológicas, psicológicas y conductuales de los seres humanos, tanto de los grupos como de los individuos. El elemento central de este modelo es la experiencia que incluye no sólo las propiedades objetivas sino también las que son subjetivamente experimentadas por las personas que viven en ese ambiente (Frías-Armenta, et al., 2003; Gifre y Guitart, 2012).

Bronfenbrenner y Ceci (como se cita en Frías-Armenta, et al., 2003, p. 16) sostienen que en el transcurso de la vida, el desarrollo toma lugar a través de procesos cada vez más complejos en un activo organismo bio-psicológico. Por lo tanto el desarrollo es un proceso que deriva de las características de las personas (incluyendo las genéticas) y del ambiente, tanto el inmediato como el remoto y dentro de una continuidad de cambios que ocurren en éste a través del tiempo. Esta perspectiva es referida como un modelo Proceso-Persona-Contexto-Tiempo (PPCT), mediante el cual se reconocen cuatro aspectos interrelacionados: en primer lugar, el “proceso”, es decir, la relación dinámica del individuo y el contexto. Un proceso que tiene lugar a lo largo del “tiempo”. En tercer lugar, la “persona” o el repertorio biológico, cognitivo, emocional, conductual individual. Finalmente, el “contexto” o “ambiente ecológico” (micro-, meso-, exo- y macro- sistemas) (Gifre y Guitart, 2012).

2.3.2 El modelo de los determinantes de la salud o modelo de arco iris “rainbow model” (dahlgren y whitehead, 1991).

Este modelo, definido en 1991 por Göran Dahlgren y Margaret Whitehead , se conoce como el modelo de arco iris “Rainbow Model”, que sitúa el estado de salud de la persona en el centro, el cual se encuentra influenciado por multitud de factores que lo condicionan en un sentido favorable o desfavorable en función de cómo se interprete. De esta manera, y desde el interior al exterior del arco iris, podemos encontrar agrupados los factores determinantes de la salud en los siguientes niveles o estratos (Casas y Gómez, 2016; Dahlgren y Whitehead, 2010) (Figura 18):

Nivel 1-Centro de la figura: factores como la edad, el sexo, y los factores genéticos totalmente inherentes a cada individuo e innatos y que no son modificables.

Nivel 2-1º Estrato: factores de estilos de vida, totalmente inherentes al individuo y dependientes del comportamiento/conducta pero con gran capacidad de modificación y plasticidad.

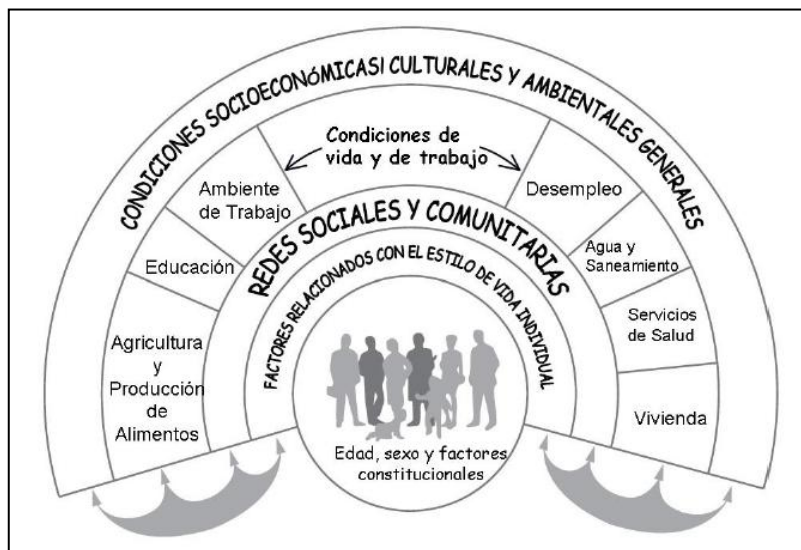
Nivel 3-2º Estrato: factores relacionados con las redes sociales y comunitarias. Los individuos interaccionan con las personas de su entorno y con la comunidad inmediata y se ven influidos por ellas. En este nivel se incluyen la familia, la escuela, el municipio,

los grupos de personas con los que se interacciona a diario o las instituciones que influyen en la vida cotidiana.

Nivel 4-3º Estrato: factores relacionados con las condiciones de vida y de trabajo, la alimentación y el acceso a bienes y servicios esenciales (educación, sanidad, vivienda, medioambiente...)

Nivel 5-4º Estrato: Por último, como mediadores de la salud de la población, se encuentran las influencias económicas, culturales, políticas y medioambientales que actúan sobre el conjunto de la sociedad.

Figura 18. Principales determinantes de la Salud. Modelo de Dahlgren y Whitehead
Fuente. Dahlgren y Whitehead (2010). (P. 27).



Este modelo, al describir los determinantes de la salud, hace hincapié en las interacciones; así, tal y como Dahlgren y Whitehead (2010) afirman: “los estilos de vida individuales se integran en unas normas y redes sociales, así como en unas condiciones de vida y de trabajo que a su vez guardan relación con el entorno socioeconómico y cultural general” (p 28).

Estos determinantes de la salud pueden ser influidos por decisiones personales, comerciales o políticas, pudiendo considerarse como factores beneficiosos para la salud, factores de protección o factores de riesgo (Dahlgren y Whitehead, 2010, p.28).

- **Factores positivos para la salud.** Estos factores contribuyen al mantenimiento de la salud.
- **Factores de protección.** Estos factores eliminan el riesgo de enfermedad o facilitan la resistencia a ella.
- **Factores o condiciones de riesgo.** Estos factores causan problemas de salud y enfermedades que en teoría podrían prevenirse.

El establecimiento de prioridades y la propuesta de intervenciones y estrategias adecuadas supone evaluar la contribución de distintos factores de riesgo a la carga total de enfermedad y precisamente eso es lo que ha hecho la OMS (Tabla 12), pudiendo observarse que el sobrepeso se encuentra en el 5º lugar dentro de los 10 factores que contribuyen a la carga total de enfermedad en la Región Europea según la OMS. El consumo insuficiente de frutas y verduras ocupa el 6º lugar y la Inactividad física el 7º.

Tabla 12. **Factores importantes que contribuyen a la carga total de enfermedad en la Región Europea de la OMS, 2002.**

Fuente: Dahlgren y Whitehead (2010). (P. 29).

Individuales	Generales
Diez factores de riesgo conductuales en Europa, según la OMS 1. Tabaco 2. Hipertensión 3. Consumo excesivo de alcohol 4. Hipercolesterolemia 5. Sobrepeso ✗ 6. Consumo insuficiente de frutas y verduras ✗ 7. Inactividad física ✗ 8. Abuso de drogas 9. Sexo inseguro 10. Deficiencia de hierro	Riesgos más generales para la salud que no han sido considerados en análisis cuantitativos concretos - Políticas neoliberales de comercio internacional - Desigualdades en renta - Pobreza - Riesgos para la salud relacionados con el trabajo - Falta de cohesión social

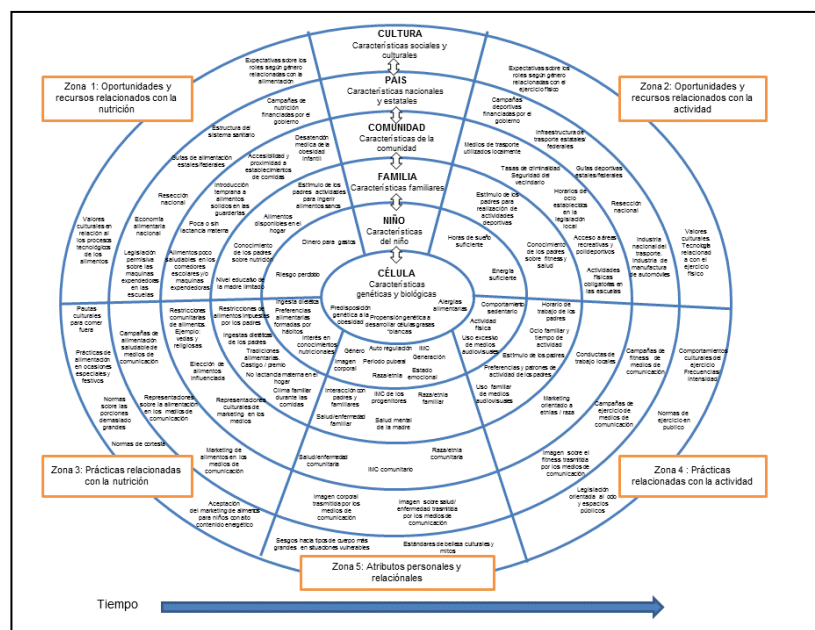
Una estrategia de salud global para un cierto país debe incluir, por supuesto, tanto los determinantes/factores generales como los individuales de la salud, así como las relaciones entre ellos, ya que suelen estar estrechamente vinculados entre sí. Al reafirmarse el sobrepeso/obesidad como factor de riesgo prioritario para la salud se ve necesario conocer la relación que guarda con el resto de factores y así poder establecer prioridades y proponer intervenciones adecuadas.

2.3.3 El modelo ecológico de las 6 c: cell, child, clan, community, country, and culture. (harrison, 2011)

Harrison et al (2011) ofrecen un nuevo modelo ecológico (Modelo de las Seis-Cs) que reconoce no sólo la importancia del medio ambiente en el comportamiento de las personas, sino también la influencia hereditaria; además, especifica un sistema de categorización de las influencias ambientales y puede ser adaptado a cualquier etapa del desarrollo del niño desde la infancia hasta la adolescencia. Este modelo distingue 6 esferas, denominadas “las seis C” que se desarrollan alrededor del niño: cell, child, clan, community, country, culture (células, niño, familia, comunidad, país, cultura) (Figura 19):

Figura 19. El Modelo ecológico del desarrollo de las 6Cs de los factores contribuyentes al sobrepeso y la obesidad en la infancia.

Fuente. Traducción de: Harrison et al., (2011). (P. 51).



Harrison et al. (2011, p.51) identifican cada una de estas esferas del siguiente modo:

- La esfera celda “cell” representa las predisposiciones genéticas, hereditarias de la estructura corporal y otros factores biológicos.
- La esfera niño “child” representa las características personales y de comportamiento (Estilo de Vida), algunos (pero no todos) de los cuales están dentro del control del niño.

- La esfera familia “clan” representa las características familiares, tales como la dinámica parental y los rituales de origen. Sin duda la familia representa el contexto de socialización de los niños.
- La esfera comunidad “Community” representa los factores relativos al mundo social del niño fuera de la casa. Incluye tres esferas de influencia: grupos de iguales, escuela y otras instituciones y factores comunitarios (barrio, municipio...).
- La esfera país “Country” representa el ámbito nacional y estatal es decir las instituciones que influyen en las prioridades de los ciudadanos y limitan sus oportunidades.
- Por último, la esfera cultura “Culture” que incluye las normas culturales, los mitos y prejuicios... que guían a los ciudadanos y a los responsables políticos.

2.3.4 FACTORES DE RIESGO DEL SOBREPESO-OBESIDAD

Tal como hemos adelantado la gran mayoría de las obesidades son consecuencia de una compleja interacción de factores genéticos, hormonales, nutricionales, actividad física y factores físicos, psicológicos y sociales del entorno; y por ello, se habla de una multicausalidad. En este apartado expondremos los factores de riesgo asociados a la obesidad intentando encuadrarlos en los sistemas, estratos y esferas de los modelos ecológicos previamente reseñados.

2.3.4.1 Edad, sexo y factores genéticos (Inherentes al individuo, Nivel 1/Centro del Arco Iris, Cell/Child).

El sobrepeso es un problema de salud que aparece a cualquier edad; no obstante, la prevalencia debería aumentar con la edad pues a medida que uno envejece, tiende a perder masa muscular y la pérdida de masa muscular puede disminuir la velocidad en la que el cuerpo quema calorías; por lo tanto, si la persona no reduce el consumo de calorías a medida que envejece, puede aumentar de peso.

En lo que respecta al sexo, la obesidad suele ser más frecuente en las mujeres ya que durante los embarazos la mujer aumenta de peso para apoyar el crecimiento y desarrollo del bebé y tras el parto, especialmente después de varios embarazos, a algunas mujeres les cuesta trabajo bajar de peso. Además, la menopausia supone para muchas mujeres

un aumento de peso y acumulo de grasa alrededor de la cintura (National Institutes of Health, 2012).

Actualmente se estima que el 95% de los pacientes tienen una obesidad exógena, multifactorial y poligénica (debida a la influencia de múltiples genes), mientras que únicamente un 5% son monogénicas, es decir, debidas a un solo gen que condiciona síndromes característicos. Se sabe que la genética de cada individuo afecta a su predisposición a padecer exceso de peso de modo que los genes aportan información sobre cómo se procesan los nutrientes de forma diferente en cada uno. En este sentido, actualmente se considera que más de 300 genes están implicados en el desarrollo de la obesidad (Casas y Gómez, 2016; Cascales, 2015; Harrison, et al., 2011).

Además, se sabe que el ambiente en el que se desenvuelve un individuo es capaz de modificar la función de sus genes, por tanto al papel de la genética se añade la influencia del ambiente en la información que codifican nuestros genes, lo que conoce como “epigenética”.

La epigenética refiere que determinados factores ambientales (como la alimentación, el estilo de vida, el comportamiento y el estrés) pueden influir en la salud no solo de los individuos que están expuestos a ellos, sino también a la salud de sus descendientes, de tal manera que los estilos de vida de los padres tendrían efectos (posiblemente permanentes) en la salud de sus hijos y descendientes.

Se considera que las condiciones ambientales y las experiencias de vida de padres, abuelos e incluso bisabuelos actuarían activando o desactivando “interruptores de encendido/apagado” en los genes de óvulos y espermatozoides, o en los genes de fetos en desarrollo y, como consecuencia, modificar el código genético de sus hijos y descendientes. De este modo, pueden aparecer nuevos rasgos genéticos en una sola generación, la cual puede transmitirse a los hijos y a las generaciones posteriores. En este mismo sentido, el elevado peso al nacer viene condicionado por estos determinantes epigenéticos y a su vez constituye uno de los factores que determina el riesgo de desarrollar obesidad infantil a lo largo de la etapa infantil (Cabrerizo, et al., 2016; Casas y Gómez, 2016).

Por otra parte, hoy en día se sabe que el tejido adiposo localizado a nivel visceral tiene una función activa, actuando como un verdadero órgano endocrino que libera sustancias llamadas adipoquinas, capaces de actuar en el sistema nervioso central (hipotálamo) regulando el apetito y la saciedad, lo que favorece la obesidad (Casas y Gómez, 2016; Cascales, 2015).

2.3.4.2 Estilos de vida (Inherentes al individuo, Nivel 2/ Primer estrato del Arco Iris, Child)

Aunque de estos factores ya he hablado de forma general en el apartado anterior y los relacionaré con la adolescencia en el próximo apartado, recordaré que a menudo es en la infancia cuando se inicia la tendencia al exceso de peso, lo cual es debido a la falta de control ante unos patrones de conducta y unos estilos de vida poco saludables, que se desarrollan dentro de un entorno que se ha bautizado como “entorno obesogénico” (Amigo, Busto y Fernández, 2007; Busto, 2016; Casas y Gómez, 2016; Cabrerizo, et al., 2016).

Dentro de los estilos de vida existen 4 grandes grupos de factores como son: la alimentación, la actividad física y el sedentarismo, las horas y calidad del descanso/sueño y los factores psicológicos y emocionales. La probabilidad de desarrollar obesidad va a depender en gran medida de la interacción y el equilibrio entre todos los determinantes contenidos dentro de estos 4 grandes grupos de factores, así como de la interacción entre ellos. También es importante tener en cuenta el concepto de equilibrio ya que no existen comportamientos o estilos de vida que de manera aislada sean “buenos” o “malos” sino que van a influenciar más o menos en nuestro estado de salud dependiendo de la interacción y el equilibrio con todos los otros (Bennasar, 2012; Casas y Gómez, 2016; Harrison, et al., 2011).

La exposición a las pantallas se ha llegado a relacionar con esos 4 grandes grupos de factores pues como mencionan Jordan y Robinson (citado por Harrison, et al., 2011, p. 52) la exposición a las pantallas conlleva cuatro mecanismos causales: el reposo, la modificación de la actividad física, la publicidad de alimentos y comer delante de las pantallas. El reposo y la modificación de la actividad física suponen un menor gasto energético mientras que la publicidad de alimentos y comer delante de las pantallas

conduce a una mayor ingesta calórica. Siendo la publicidad de alimentos el que parece influir más en el aumento del IMC al estimular el apetito y una mayor ingesta calórica. La exposición a las pantallas también está implicada en la mala calidad y la duración del sueño, un factor que sí está vinculado con la obesidad. Por otra parte, la obesidad reduce la calidad de dormir, contribuyendo a la apnea obstructiva del sueño; por lo tanto, la relación entre la falta de sueño y la obesidad es cíclica.

Dada la relación existente entre la epigenética y el estilo de vida se puede decir que los estilos de vida determinan el peso antes de nacer, de este modo Casas y Gómez (2016) afirman que: “durante la gestación, los hábitos de la madre van a tener una influencia directa en el riesgo de obesidad en la etapa infantil” (p.44).

2.3.4.3 Redes sociales y la comunidad (Microsistema/Exosistema, Nivel 3/ Segundo estrato del Arco Iris, Clan/Community): Grupos de personas con los que se interacciona a diario o las instituciones que influyen en la vida cotidiana (Familia, compañeros, el centro educativo, centro de trabajo, el municipio, barrio...)

Aunque de la familia hablaremos más extensamente en otro apartado de esta tesis, es importante recordar que la familia es un factor de riesgo antes incluso del nacimiento; de ese modo, comer en exceso y fumar durante el embarazo aumenta la probabilidad del sobrepeso en la descendencia a lo largo de la infancia. Otras de las características de los padres que influyen en el sobrepeso de sus hijos son: la duración de la lactancia materna, el nivel educativo de los padres, el vínculo afectivo “apego” entre el bebé y la madre, la salud mental materna (especialmente la depresión), el nivel socioeconómico, los hábitos alimentarios y actividad física de los padres... (Alzate, 2012; Casas y Gómez, 2016; Harrison, et al., 2011).

Las investigaciones también apuntan a la cantidad y la calidad de las comidas familiares como predictores de la alimentación de los niños. Gable, Chang y Kroll (como se citó en Harrison, 2011, p. 52) señalan que por cada comida familiar perdida a la semana se produce un aumento del 8% en el sobrepeso. El entorno familiar de los niños obesos también está marcado por más conflictos y comportamientos negativos a la hora de la comida que el de los no obesos, mientras que la comunicación positiva y abierta entre padres e hijos se asocia con menos obesidad infantil y un mayor consumo de alimentos

nutritivos. Las características de las comidas en familia que influyen en el peso parecen ser muy amplias; por ejemplo, los problemas en el horario de las comidas marcan diferencias entre los niños obesos y los no obesos, independientemente del sexo o la raza del niño (Beltrán y Cuadrado, 2014; Casas y Gómez, 2016; Harrison, et al., 2011).

A lo largo de la infancia y sobre todo en la adolescencia, el grupo de iguales, amigos y amigas y líderes de opinión del entorno donde viven ejercen una influencia enorme sobre las creencias, actitudes y comportamientos de los niños y adolescentes.

Si a la hora del patio todos los compañeros de clase hacen cualquier actividad divertida, el individuo va a estar muy tentado a participar, igual que si la actividad preferida habitualmente es más sedentaria. Esto mismo cobra una gran importancia durante la adolescencia en los momentos extraescolares en los que se reúnen y comparten vivencias con sus amigos. Por ejemplo, si los amigos más cercanos valoran el hecho de ir habitualmente a cenar a un restaurante de comida rápida o consumir alcohol en las fiestas, la persona a nivel individual se verá muy sugestionada para seguir ese pauta conductual. La presión de los iguales y del grupo social tiene gran influencia y la probabilidad de adoptar este comportamiento no saludable será elevada, aunque individualmente no lo desee.

Habitualmente el grupo de iguales se constituye en el centro educativo a la que se asiste desde pequeño. Por tanto este ámbito ejercerá una influencia sobre el estilo de vida y sobre los hábitos más o menos saludables.

Además, existen centros educativos que son más favorables a incorporar la educación en estilos de vida saludables dentro de su currículo educativo que otros, e incluso algunos que incorporan estos aspectos de forma totalmente normalizada en todas las actividades del día. Algunos ejemplos del entorno son los centros educativos en las que se promueve el consumo de fruta en el desayuno o las pausas activas, entre una extensa variedad de actividades de éxito que se podrían llegar a detallar. En Asturias desde hace más de dos décadas las consejerías de Educación y Cultura y Sanidad promueven el Programa de Educación y Promoción de la Salud en la Escuela siguiendo las premisas de la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud (Consejería de Educación y Cultura del Gobierno del Principado de Asturias, 2016).

A los 12-13 años se comienza la ESO, lo que supone en muchos casos estrenar instituto, con más horas de clase, entre nuevos compañeros, nuevas asignaturas y nuevos profesores con otra manera de enseñar; por lo que es un gran cambio en la vida del/a niño/a-adolescente.

Más allá de la familia, del grupo de iguales o del centro educativo, existen otros condicionantes del entorno que ejercen una gran influencia sobre el estado de salud, y obviamente sobre la obesidad. El municipio en el que los niños/as y adolescentes efectúan su desarrollo vital, condiciona en gran medida la posibilidad de llevar a cabo ciertos comportamientos saludables. Ejemplos claros los encontramos en municipios que han incorporado carriles bici, áreas verdes o caminos al centro educativo; donde, seguro que han notado un incremento notable en el nivel de actividad física de la población. Afortunadamente, cada vez hay más municipios que se autodenominan municipios saludables o municipios amigos de la infancia (UNICEF) u otros calificativos. Lo importante es que cada vez sean más y sobretodo que los que se aplican esos calificativos realmente emprendan acciones eficaces y de alcance para conseguir promover una sociedad del futuro más saludable en la que disminuyan sustancialmente las cifras de sobrepeso y obesidad en general.

Así mismo, las redes comunitarias existentes en el territorio van a condicionar la adopción de ciertos estilos de vida saludables. Así, la existencia de entidades que promuevan un ocio activo o de establecimientos que distribuyan alimentos nutricionalmente saludables a buen precio, van a ser determinantes.

La percepción y comprensión social de la obesidad y el exceso de peso tienen un papel importante en las actitudes y conductas de los padres y de la familia para desarrollar y mantener unos hábitos saludables.

3.3.4.4 Condiciones de vida (Exosistema, Nivel 4/ Tercer Estrato, Country)

Hoy en día vivimos en un entorno “obesogénico” en el que muchos factores del entorno juegan un rol importante y devastador ante la actual epidemia de obesidad. En este sentido se mencionan los desarrollos tecnológicos de producción y conservación de alimentos, la ilimitada disponibilidad de alimentos y bebidas y la ingesta calórica global de los españoles superior a las necesidades, la tendencia a consumir alimentos

precocinados o congelados, que tienen mayor densidad energética y son pobres en micro y macronutrientes esenciales, frente a los alimentos frescos, así como la publicidad de productos muy procesados como snacks, dulces y bebidas azucaradas. En España, a través de la Estrategia NAOS se ha adoptado el llamado código PAOS, que autorregula la publicidad dirigida a niños.

La oferta de alimentos y bebidas con gran atractivo organoléptico y bajo nivel nutricional, hace que estén disponibles en el hogar, centro educativo, lugares de ocio y deporte y en la calle, de modo que los niños y adolescentes se encuentran en su vida cotidiana con numerosas tentaciones o llamadas. Pero además, hoy en día el adolescente dispone de dinero para comprarlas y existe una aceptación social y un control insuficiente por parte de los progenitores para que el niño consuma en cualquier lugar y a cualquier hora.

Respecto al gasto de energía, se resaltan aspectos que influyen en la tendencia a una sociedad sedentaria y poco activa. La mecanización de los medios de transporte, incluidas las escaleras mecánicas y el uso del ascensor o el automóvil para acompañar los niños y adolescentes al centro educativo. El sedentarismo en el hogar se ha disparado debido a las horas de televisión y posteriormente con el ordenador, la Tablet, o el móvil. También se consideran factores del entorno las dificultades el acceso a zonas lúdicas seguras, sobre todo en barrios urbanos de niveles socioeconómicos más desfavorecidos (Casas y Gómez, 2016; Harrison, et al., 2011).

Además, "la contaminación del aire del entorno en el que los niños y adolescentes desarrollan su actividad cotidiana, muestra una asociación con la probabilidad de presentar obesidad, en el sentido de a mayor contaminación mayor riesgo" (Casas y Gómez, 2016, p. 75).

Por otra parte, las desigualdades socioeconómicas y el desempleo son factores que se han acentuado notablemente con la crisis económica e incluso han llevado a una parte de la población a una situación de pobreza. Como ya indicaba la OMS en la Carta Europea contra la Obesidad (Foglietta, 2008), el sobrepeso y la obesidad afectan más a las personas en los grupos socioeconómicos más bajos, y esto a su vez contribuye a un aumento de otras desigualdades. La recesión económica incita a los padres a comprar a

bajo costo alimentos con alto contenido calórico y micronutrientes de baja calidad y a optar por comidas rápidas (Casas y Gómez, 2016; Harrison, et al., 2011).

Por último, y no por ello menos importante, se ha de tener en cuenta el cumplimiento en los barrios, municipios, centros educativos... de las normativas que contribuyen a la instauración de hábitos alimentarios y actividad física saludable; así como, la atención sanitaria y socioeducativa que se proporciona a los niños y adolescentes obesos (Casas y Gómez, 2016; Harrison, et al., 2011).

2.3.4.5. Factores Socioeconómicos, culturales y ambientales (Macrosistema, Nivel 5/ Cuarto Estrato, Country/Culture)

Los cambios en los hábitos alimentarios y de actividad física, la contaminación, las desigualdades socioeconómicas son consecuencia de cambios ambientales y sociales asociados al desarrollo y a la falta de políticas de apoyo en sectores como la salud, la agricultura, el transporte, la planificación urbana, el medio ambiente, el procesamiento, distribución y comercialización de alimentos, y la educación. Además, las creencias y los comportamientos de los ciudadanos y responsables políticos, entorno a la alimentación y el ejercicio, son moldeadas por las normas culturales y sociales generales.

Con respecto a la alimentación es de preocupar tanto el tamaño de la porción, como el tipo de alimentos que se consumen. Así, las normas de consumo (dejar el plato limpio, aceptar una segunda porción, comprar a granel a precios de descuento y comer de cuencos de gran tamaño) han demostrado que aumenta la cantidad de alimentos que consumen los ciudadanos; por otra parte, las tecnologías alimentarias y la publicidad nos hacen creer que comer grandes cantidades de alimentos refinados y de absorción rápida es ubicuo y natural. Además, los personajes en los anuncios publicitarios de las comidas rápidas son típicamente de peso medio, distorsionando la real conexión entre una comida rápida en la dieta y el exceso de adiposidad y la percepción de lo que es atractivo y saludable.

Las decisiones de los gobiernos como reducir o aumentar el número de horas de educación física contemplados en la ley de educación, la restricción o laxitud de ciertos tipos de publicidad en medios de comunicación, la seguridad ciudadana, la regulación

de la industria alimentaria, la creación de compañías de sensibilización y promoción de estilos de vida saludables o la reducción de desigualdades sociales y el desempleo, van a ser determinantes potentes de las cifras de sobrepeso y obesidad (Casas y Gómez, 2016; Harrison, et al., 2011).

Por tanto, los factores macro sociales, políticos y gubernamentales también tienen una influencia clara sobre el estado de salud de la población en general y sobre la epidemia de la obesidad en particular.

Knai (como citan Casas y Gómez, 2016, p.5) manifiesta que la obesidad es una enfermedad de transmisión social, con diferencias importantes ya que afectan más a las clases socioeconómicas más desfavorecidas y con menos nivel sociocultural, con patrones dietéticos menos saludables y menos oportunidades para la actividad física .

2.3.4.6 Interacción entre factores

Aunque los factores causales mencionados se han descrito de forma independiente dentro de cada sistema, nivel y esfera, en realidad los factores de un sistema/nivel/esfera pueden influir sobre factores de ese mismo sistema/nivel/esfera o de otro sistema/nivel/esfera de modo significativo (Casas y Gómez, 2016; Dahlgren y Whitehead, 2010; Harrison, et al., 2011; Neumark-Sztainer, 2005).

Por ejemplo, los padres y los miembros de la familia influyen en el uso de las pantallas de los niños y en las practicas y oportunidades del sueño de los mismos, por lo que una potencial interacción de factores proximal-distal podría ser el papel de los padres en la limitación y la facilitación del uso de pantallas por los niños y los comportamientos de sueño. Otras potenciales interacciones serían el papel de las tiendas de comestibles disponibles en la comunidad en la participación de los niños en el carro de la comida familiar y su posterior preparación, y el efecto de las políticas nacionales y las prioridades de gasto en el desarrollo de infraestructuras municipales de apoyo a la actividad física.

Los factores distales también pueden interactuar con los factores proximales a través de los medios de comunicación; así, representaciones de una cultura "verdades " sobre la salud y el atractivo influyen en las opiniones de los padres sobre el peso corporal de sus

hijos y dar lugar a resistencias en la familia ante las intervenciones educativas o clínicas que desafían estas verdades.

Por tanto, no hay un modelo teórico que pueda proporcionar por sí solo una lista exhaustiva de todos los factores concebibles que determinan el estado del peso de un niño en particular. Así, tal y como proponen Walker et al. (2007), deberemos utilizar el término factor de riesgo para referirnos a los riesgos biológicos, psicosociales y ambientales que pueden poner en peligro el desarrollo saludable.

De todo lo previamente expuesto y antes de abordar más ampliamente el diagnóstico, la prevención y tratamiento del sobrepeso, podemos concluir que (Borrás y Ugarriza, 2013; Casas y Gómez, 2016; Harrison, et al., 2011; Walker et al., 2007):

- Los factores genéticamente heredados no pueden ser modificados por las intervenciones tradicionales, pero sí que interactúan con los factores de otros sistemas/niveles/esferas; de modo que, se deben tener siempre presentes al diseñar las intervenciones socioeducativas.
- Las intervenciones y políticas socioeducativas efectivas que permitan invertir la tendencia del sobrepeso y la obesidad no deben ir dirigidas a un único factor.
- Las intervenciones dirigidas a la prevención del sobrepeso y obesidad deben de tener a los padres y cuidadores como principal foco, incidiendo en su peso, estilo de vida; todos ellos modificables, a través de intervenciones sobre el comportamiento.

2.4 DIAGNÓSTICO-PREVENCIÓN-TRATAMIENTO

Para poder prevenir el sobrepeso y la obesidad y poder tratarlos oportunamente si ya estuviesen instaurados es importante identificar los factores de riesgo que hemos comentado en el apartado anterior y disponer de criterios y herramientas estandarizados que nos permitan detectarlos-diagnosticarlos precozmente, evitando en todo momento las percepciones personales que en muchas ocasiones está mediatizadas por las creencias, cultura... No hemos de obviar que en nuestra cultura es muy difícil que los padres reconozcan que su hijo está obeso y eso demora su diagnóstico y tratamiento.

2.4.1 Diagnóstico del sobrepeso/obesidad

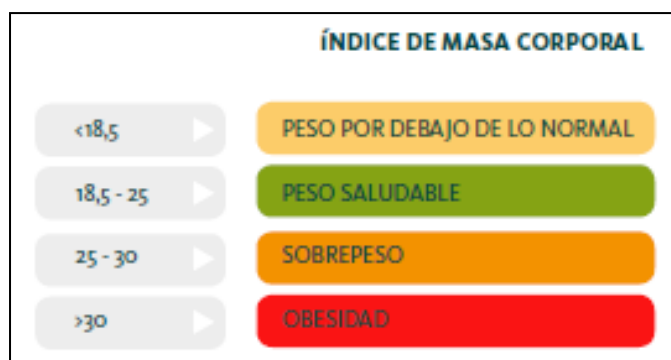
El diagnóstico del sobrepeso y la obesidad consiste en cuantificar el exceso de contenido graso, lo cual se realiza sobre todo por métodos indirectos, principalmente las medidas antropométricas como peso, talla, perímetro de cintura y cadera, pliegues tricipital o subescapular (Casas y Gómez, 2016; Cascales, 2015; Zayas, et al., 2002).

En la práctica, la medida universalmente aceptada para el diagnóstico de la obesidad es el llamado Índice de Masa Corporal o Índice de Quetelet (descrito en 1835 por Adolphe Quételet), en inglés conocido como Body Mass Index (BMI). El IMC es el resultado de dividir el peso corporal en kilogramos por la estatura o talla expresada en metros al cuadrado ($IMC = \text{Peso}/\text{Talla}^2$) (Cásas y Gómez, 2016; Cáscales, 2015; Leis y Gil, 2015).

El IMC es un método que permite estimar la proporción de grasa corporal total pero no hace distinción entre los compartimentos grasos y magros. Sin embargo, por su sencillez de medida, el IMC es el método más práctico que se usa para clasificar el estado nutricional (desde la situación de desnutrición hasta la de obesidad, pasando por la situación de normalidad).

En adultos está definido internacionalmente que un IMC igual o mayor de 25 se considera exceso de peso, superior a 30 obesidad y a 40 obesidad mórbida. Existen así unos puntos de corte fáciles de medir para todas las personas y de manera universal, lo que permite hacer comparaciones a nivel internacional (Cásas y Gómez, 2016; Cáscales, 2015; Leis y Gil, 2015; OMS, 2016a). (Figura 20)

Figura 20. Interpretación del IMC en Adultos.
Fuente. Casas y Gómez (2016). (P. 8).



En niños y adolescentes la media del IMC varía de manera fisiológica durante el desarrollo, con la edad y el sexo. Así, el IMC asciende rápidamente durante el primer año, decrece progresivamente de los 12 meses hasta los 5-6 años, cuando se produce el llamado “rebote adiposo” fisiológico, para volver a ascender progresivamente, especialmente durante la adolescencia, hasta la vida adulta en la que se estabiliza (Casas y Gómez, 2016; Cáscales, 2015).

Debido a esta evolución, para valorar el IMC en niños y adolescentes no es posible utilizar los mismos puntos de corte fijos como en la población adulta, sino que los puntos de corte se establecen como porcentaje respecto a la media, por lo que se necesitan curvas de referencia poblacionales del IMC para niños. Para ello, desde el nacimiento hasta el final del crecimiento puberal (18 años de edad), se utilizan las tablas y curvas de referencia expresadas en función de dos variables clave: la edad y el sexo (Casas y Gómez, 2016; Cáscales, 2015; Leis y Gil, 2015).

Según la OMS (2016a) en el caso de los niños menores de 5 años:

- El sobrepeso es el peso para la estatura con más de dos desviaciones típicas por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS; y
- La obesidad es el peso para la estatura con más de tres desviaciones típicas por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS.

En el caso de los niños de 5 a 19 años, el sobrepeso y la obesidad se definen del siguiente modo:

- El sobrepeso es el IMC para la edad con más de una desviación típica por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS, y
- La obesidad es mayor que dos desviaciones típicas por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS.

Los puntos de corte basados en porcentajes de la media se conocen como “percentiles”. El percentil 85 se considera como exceso de peso, el percentil 95 es el punto de corte

que indica obesidad. Las curvas de IMC son similares según sean niños o niñas, pero los valores son distintos según el sexo.

En España existen diversas curvas de crecimiento, siendo unas de las más utilizadas en pediatría las de la Fundación Orbegozo (1998 y 2002). Basadas en éstas y en otros estudios, la Asociación Española de Pediatría, junto con la SENC y la SEEDO consensuaron las “Curvas de referencia para la tipificación ponderal. Población infantil y juvenil”. Las curvas de la Fundación Orbegozo se actualizaron en 2011, de manera que en pediatría se han comenzado a utilizar estas curvas para la estimación del estado ponderal a nivel individual.

En 2006, la Organización Mundial de la Salud presentó unas tablas de referencia para población infantil menor de cinco años. Estas tablas han sido adoptadas por más de 125 países, varios de ellos europeos. En 2007, se han presentado los estándares de crecimiento de la OMS con valores de referencia para escolares y adolescentes de 5 a 19 años, lo cual permitirá tener unos criterios homogéneos a la hora de hacer cálculos y comparaciones entre diferentes poblaciones.

A su vez y desde la década del 2000 los estudios epidemiológicos han venido utilizando las tablas de referencia de la International Obesity Task Force (IOTF), que respecto a las de la OMS son diferentes tanto en el estudio utilizado para su definición como en los puntos de corte elegidos, por lo cual las prevalencias de obesidad y de sobrepeso publicadas por la OMS o por IOTF no son comparables. Tampoco se ha de obviar que en Estados Unidos se ha utilizado tradicionalmente la referencia propuesta por el Center of Disease Control (CDC), la principal agencia de salud pública en los Estados Unidos (Cásas y Gómez, 2016; Kaufer-Horwitz y Toussaint, 2008).

Ante esta falta de consenso en la interpretación de los indicadores antropométricos para evaluar el sobrepeso y la obesidad en la población infantil y adolescente, en la valoración y diagnóstico del sobrepeso y obesidad, además de estos datos antropométricos, hemos de tener presentes la interacción de la persona (adolescente) y los distintos ambientes (en concreto la familia); así como, los vínculos que se establecen entre ellos.

En lo que respecta a las familias se ha de tener en cuenta que todas las familias, más allá de su condición lingüística, religiosa, ética, económica, acumulan “fondos de conocimiento” (recursos, habilidades, destrezas, saberes) transmitidos en sus formas de vida. Por eso, en la valoración y diagnóstico del sobrepeso y la obesidad en la adolescencia se han de considerar esos “fondos de conocimiento” de las familias de los adolescentes.

2.4.2 Prevención-tratamiento del sobrepeso/obesidad

Actualmente hay muchos avances científicos e investigaciones, como la epigenética, o el mejor conocimiento de los mecanismos de regulación del peso corporal, que pueden favorecer y ayudar a la lucha contra la obesidad. Asimismo, con el descubrimiento de hormonas (tales como la Leptina, el Neuropéptido...) se han podido desarrollar fármacos, que junto con la actividad física y una correcta alimentación, pueden ser efectivos para el tratamiento de la obesidad (Cabrerizo, et al., 2016; Casas y Gómez, 2016; Cascales, 2015).

Existe consenso de que la prevención y el diagnóstico de la obesidad infantil así como su tratamiento, especialmente en períodos críticos del desarrollo, puede mejorar la salud no solo del niño/adolescente sino también de éste cuando sea adulto, aumentando su bienestar y su esperanza y calidad de vida. No obstante, y a pesar de los avances en los sistemas sanitarios en sus vertientes terapéutica y rehabilitadora, la prevención en la infancia/adolescencia se confirma como el arma de mayor potencial para poder disminuir el impacto global de la obesidad, pues una vez instaurada la obesidad, su tratamiento tiene una eficacia limitada y es costoso.

Como se ha visto en el apartado de los estilos de vida, la educación es una herramienta fundamental en toda intervención socioeducativa, que desde una perspectiva ecológica se debe entender como: “un fenómeno social, histórico y cultural que se extiende en distintos contextos de vida y de socialización como la familia, el trabajo, los medios de comunicación o una determinada política económica de un país” (Gifre y Guitart, 2012, p.89). Por ello, la educación constituye una herramienta fundamental de promoción de hábitos y comportamientos saludables con la que se trata de inculcar en la población, y especialmente en niños y adolescentes, los conocimientos básicos sobre los hábitos

alimentarios saludables y la práctica de actividad física de forma regular. Pero para ello son fundamentales unos entornos y comunidades favorables que permitan influir en las elecciones de las personas, de modo que la opción más sencilla (la más accesible, disponible y asequible) sea la más saludable en materia de alimentos y actividad física continuada (Casas y Gómez, 2016; Leis y Gil, 2015; OMS, 2016a).

La prevención y concretamente la educación, debe comenzar en edades tempranas e incluso en la misma gestación ya que, como se ha comentado en el apartado de etiología, van a influir en el desarrollo futuro de la obesidad aspectos como las condiciones y factores durante el embarazo, el bajo peso al nacer o un peso elevado, la duración de la lactancia materna, el vínculo afectivo del bebé con la madre, las experiencias alimentarias precoces, el nivel educativo de los progenitores, entre otros (Casas y Gómez, 2016; Leis y Gil, 2015).

Por otra parte, y dado que su etiología es totalmente multifactorial y representa un verdadero problema de salud pública que afecta a la sociedad en su conjunto, es necesario, buscar estrategias que ayuden a prevenir y disminuir el problema y evitar las consecuencias en la salud y economía para el individuo, familia, comunidad y país (Borrás y Ugarriza, 2013; Casas y Gómez, 2016; Harrison, et al., 2011; Liria, 2012).

En el plano individual, las personas pueden optar por:

- Limitar la ingesta energética procedente de la cantidad de grasa total y de azúcares;
- Aumentar el consumo de frutas y verduras, así como de legumbres, cereales integrales y frutos secos; y
- Realizar una actividad física periódica (60 minutos diarios para los jóvenes y 150 minutos semanales para los adultos).

Cuando un niño/adolescente con exceso de peso debe iniciar un tratamiento para perder peso, no solamente se han de proponer cambios en los estilos de vida sino también identificar si ha sufrido burlas, *bullying*, marginación y pobres resultados académicos.

La responsabilidad individual solo puede tener pleno efecto si las personas tienen acceso a un modo de vida sano. Por consiguiente, en el plano social, es importante

ayudar a las personas a seguir las recomendaciones mencionadas, mediante la ejecución sostenida de políticas demográficas y basadas en pruebas científicas que permitan que la actividad física continuada y las opciones alimentarias más saludables estén disponibles y sean asequibles y fácilmente accesibles para todos, en particular para las personas más pobres. Un ejemplo de una política de ese tipo es un impuesto sobre las bebidas azucaradas, o la regulación del etiquetado de alimentos (Casas y Gómez, 2016; Eldiario.es, 2016; Foglietta, 2008; Harrison, et al., 2011; OCU, 2014).

Así, la industria alimentaria puede desempeñar un papel importante en la promoción de dietas sanas del siguiente modo:

- Asegurando que las opciones saludables y nutritivas estén disponibles y sean asequibles para todos los consumidores;
- Limitando la comercialización de alimentos ricos en azúcar, sal y grasas, sobre todo los alimentos destinados a los niños y los adolescentes;
- Ligando los alimentos saludables a la práctica de actividades físicas periódicas.

Ante esta realidad, la OMS (2004), en su "Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud", describe las medidas necesarias para respaldar las dietas sanas y la actividad física periódica. En la Estrategia se exhorta a todas las partes interesadas a que adopten medidas a nivel mundial, regional y local para mejorar las dietas y los hábitos de actividad física en la población.

Esta Estrategia mundial se ha convertido en el marco de referencia de: la estrategia NAOS (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005), la Carta Europea contra la Obesidad (WHO Regional Office for Europe, 2007), la Estrategia europea sobre problemas de salud relacionados con la alimentación, el sobrepeso y la obesidad (Foglietta, 2008), la Declaración política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles (Asamblea General de las Naciones Unidas, 2011), el Plan de acción global para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020 (OMS, 2013), la Declaración de Viena "Vienna Declaration on Nutrition and Noncommunicable Diseases in the Context of Health 2020" (World Health Organization-Regional office for Europe, 2013), el Plan de Acción Europeo sobre

Alimentación y Nutrición 2015-2020 (World Health Organization, 2014c), el Plan de Acción sobre Obesidad Infantil 2014-2020 “EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020” (European Union, 2014), la Plataforma Europea de Acción sobre Alimentación, Actividad Física y Salud (Dirección General de Salud y Seguridad Alimentaria, 2017a), el Grupo de Alto Nivel sobre Alimentación y Actividad Física (Dirección General de Salud y Seguridad Alimentaria, 2017b).

Estas iniciativas, al igual que la estrategia mundial, tienen como objetivos principales: reducir los factores de riesgo de enfermedades crónicas, incrementar la concienciación acerca de los beneficios de la dieta saludable y la actividad física, establecer políticas a todos los niveles y con participación de todos los sectores y fomentar la investigación en estos ámbitos.

En 2016, la Asamblea Mundial de la Salud, tras acoger con satisfacción el informe de la Comisión y sus seis recomendaciones, solicitó a la Directora General que elaborara un plan ejecutivo de nuevas medidas como respuesta al entorno obesogénico y los periodos cruciales en el ciclo de vida de manera que se combatiera la obesidad infantil (OMS, 2016 d).

Además de todos estos planes y estrategias, se han constituido diversos Grupos de investigación en obesidad infantil: la red SAMID (Instituto de Salud Carlos III-ISCIII, 2017a), CiberObn (Instituto de Salud Carlos III-ISCIII, 2017b).

Y en las diferentes comunidades autónomas se han desarrollado estrategias de prevención de la obesidad infantil que representan un desarrollo de la Estrategia NAOS. Por ejemplo, el PAAS en Cataluña, Xermola en Galicia, PIPO en Canarias, Comedores saludables en Andalucía, Programa de “Alimentación Saludable y de Producción Ecológica en los Comedores Escolares” en Asturias, etc. (Casas y Gómez, 2016; Gobierno del Principado de Asturias, 2017).

A pesar de tener claro lo que se debe hacer a nivel individual para prevenir la obesidad, y las instituciones haber desarrollado los planes, estrategias... previamente expuestos, hoy en día, su prevención/tratamiento resulta muy difícil de instaurar al existir diferentes tipos de barreras (Leis y Gil, 2015, p. 159-160):

- La sociedad no percibe la obesidad como una enfermedad.
- Los padres no aceptan la obesidad de sus hijos y los definen como «fuertes», «anchos de hueso», «pesados».
- El bajo nivel de formación de los padres.
- Dificultad de acceso a una alimentación saludable, la falta de equipamientos deportivos o de ocio activo... en el barrio, municipio.
- Asistencia sanitaria al niño/adolescente inadecuada ante la falta de tiempo y la transición del pediatra al médico de adultos a los 13-14 años, no pudiendo dar consejos nutricionales y educar en hábitos saludables.
- Ausencia de consenso para la definición de la obesidad en la edad pediátrica.
- Dificultad para identificar la población de riesgo de desarrollo de enfermedades asociadas a la obesidad.
- Diversidad de criterios diagnósticos de algunas patologías que se asocian a la obesidad en la edad pediátrica.
- Desarrollo de acciones para la prevención del sobrepeso y/u obesidad, pero no coordinadas y cuya implementación no es evaluada.

En cuanto a la conciencia y percepción social de la obesidad y el sobrepeso hemos de reconocer que poco a poco el exceso de peso dejó de ser “moderno”, mientras que emergían nuevos valores sociales en los que ser moderno y deseable venía de tener una figura y una estética delgadas, como sinónimo de éxito social. Así, en esta evolución de los valores imperantes, la obesidad se ha llegado a considerar como un problema estético, con un significado social de no estar a la altura de los valores sociales vigentes, más que un verdadero problema de salud. De ahí que las actitudes y conductas actuales hacia el control o reducción del peso están determinadas por una vivencia emocional de tener un cuerpo no adecuado a los valores imperantes, un cuerpo “no moderno” y por tanto no exhibible o “deseable”.

Esto se traduce en una presión social por estar delgado, que afecta sobre todo a la población adulta y principalmente a la mujer, ya que en el hombre los valores pueden expresarse de otras formas, desde el cuerpo musculado, hasta la demostración de poder económico y la exhibición de símbolos de poder, como por ejemplo el coche.

Los niños y niñas no son ajenos a esta presión estética y a edades tempranas sufren esta presión por la imagen, lo que puede traducirse por ejemplo en preocupación por el propio esquema corporal y en conductas de restricción de alimentos ya antes de la adolescencia.

Pero además, en el imaginario colectivo la obesidad se asocia a comer en exceso (aunque a veces una persona obesa ingiera incluso menos calorías que la persona con normopeso), se interpreta como glotonería y falta de control, lo que representa culpar consciente o inconscientemente al individuo de su “mala conducta” y de su condición de obeso (Aldaya y Miranda, 2016; Casas y Gómez, 2016; Falcon, s.f.).

Sin duda, en los últimos años, como resultado de las campañas y mensajes de comunicación, esta comprensión estética “externa” ha ido cambiando y ha aumentado la conciencia social y la percepción de que la obesidad y el sobrepeso infantil representan un problema de salud. Pero para conseguir cambios de comportamiento reales en los niños y adolescentes a favor de unos hábitos más saludables es necesario incrementar la conciencia social y estimular la predisposición al cambio sobre todo en el ámbito familiar.

En este sentido, la familia tiene un papel fundamental para crear y desarrollar unos hábitos saludables en sus hijos desde pequeños, previniendo el estilo de vida obesogénico que caracteriza nuestra sociedad; pero, no puede dejarse esta ingente tarea en manos solo de la familia, sino que habrá que aportarle todos los recursos y el apoyo necesarios (Cabello y De Jesús, 2011; Casas y Gómez, 2016; Lindsay, et al., 2006; Organización de Consumidores, 2016).

Y, para aportar a las familias el apoyo y recursos que precisan, deberemos previamente identificarla, valorar sus peculiaridades, conocimientos, destrezas, relaciones que mantiene con el resto de sistemas, estratos, esferas... y determinar sus necesidades; a partir de las cuales sí que podremos intervenir.

Por tanto, y como resumen de este apartado para poder dar paso al siguiente apartado “Adolescencia” podemos afirmar que:

Aunque múltiples estudios han puesto en tela de juicio el IMC como indicador del sobrepeso y obesidad y recientemente, un estudio internacional liderado por la Universidad de Granada (UGR) ha ‘redefinido’ el concepto de la obesidad (Ortega, Sui, Lavie y Blair, 2016), en esta tesis el sobrepeso y la obesidad se vincularán únicamente al exceso de masa grasa y se determinarán a través del Índice de Masa Corporal (IMC).

Que la obesidad tiene consecuencias importantes en la salud y calidad de vida de las personas no es ninguna novedad, pero un IMC elevado además de determinar la presencia de sobrepeso/obesidad es un importante factor de riesgo de múltiples enfermedades no transmisibles. De este modo, la grasa corporal, el gasto energético y los comportamientos de salud modificables (alimentación, ejercicio, sueño...) son más importantes y predicen mejor el riesgo cardiovascular y la salud de las personas (Almedia, Salgado y Nogueira, 2011; Tomiyana y Hunger, 2016).

Aunque los resultados del último estudio Aladino 2015 no solo confirman la estabilización, sino también el inicio de la inversión de la tendencia en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños/as de 6-9 años (Ortega, et al., 2016), no hemos olvidado que en relación a otros países del mundo y Europa, España se encuentra en el grupo de países con una mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad en todas las edades (Benitez, 2016; Casas y Gómez, 2016; EFE-Barcelona, 2017; World Obesity Federation, 2015), con la excepción de la adolescencia en que suele disminuir la prevalencia dados los cambios corporales puberales (Margolles y Donate, 2010; Moreno, et al., 2016; Sanchez-Cruz, et al., 2013; World Obesity Federation, 2015a); pero no debemos bajar la guardia, sino todo lo contrario; pues en la edad adulta la obesidad vuelve a incrementarse y en la adolescencia los estilos de vida tienden a deteriorarse, alejándonos entonces del objetivo de la OMS de detener el aumento de la obesidad para el 2025 (Mendis, et al., 2014),

El establecimiento de prioridades y la propuesta de intervenciones y estrategias adecuadas supone determinar y evaluar la contribución de distintos factores de riesgo/causales a la carga total de enfermedad. En cuanto a las enfermedades crónicas no transmisibles, entre las que se incluye la obesidad, una característica común en todas ellas es que sus factores causales no son concretos, directos y claramente identificables, sino más bien al contrario, siendo sus causas/factores de riesgo múltiples e

interrelacionados. Los factores que en esta tesis se tienen en cuenta al abordar el sobrepeso y la obesidad y que se han encuadrado en los sistemas, estratos y esferas de tres modelos ecológicos son:

- Peso y talla (Inherentes al individuo): como determinantes del IMC
- La edad (Inherentes al individuo): A los 13 años, es decir en la adolescencia los cambios corporales, del gasto energético así como otra serie de cambios que veremos el próximo apartado caracterizan esta etapa del desarrollo humano. Por otra parte, los estilos de vida poco saludables que aparecen a esta edad no suelen inquietarles al estar centrados en los múltiples cambios que están viviendo. A lo que se añade que no existe una relación directa entre estilo de vida y sobrepeso/obesidad en la adolescencia. De hecho Guevara-Valtier, et al. (2015) al estudiar los estilos de vida y el IMC de adolescentes universitarios, comprobaron que la prevalencia de un estilo de vida no saludable es mayor a la prevalencia del sobrepeso /obesidad (79,7% frente al 60,8%).
- El sexo (Inherentes al individuo): Aunque los cambios corporales también preocupan a los chicos, son las chicas las que más pendientes están de todos ellos llegando a veces a obsesionarse con ellos; pues, hoy en día el sobrepeso/obesidad se considera más como un problema estético que como un verdadero problema de salud, predominando la percepción visual (externa) y la valoración en función de la estética
- Los estilos de vida (Inherente al individuo/Nivel 1/EsferaChild): Como se ha comentado en el apartado anterior un estilo de vida obesogénico es el responsable de gran parte de las Enfermedades no Trasmisibles. Los factores que integran el estilo de vida obesogénico se clasifican en 4 grandes grupos: la alimentación, la actividad física y el sedentarismo, las horas y calidad del descanso/sueño y los factores psicológicos y emocionales. Según Jordan y Robinson (citado por Harrison, et al., 2011, p. 52) la exposición a las pantallas se ha llegado a relacionar con esos 4 grandes grupos de factores.
- El entorno familiar (Microsistema/Nivel 2/Esfera Family): la familia es un factor de riesgo antes incluso del nacimiento y desde luego que tras el nacimiento su importancia es incuestionable; pues toda familia, más allá de su condición lingüística, religiosa, ética, económica, acumula “fondos de conocimiento”

(recursos, habilidades, destrezas, saberes) transmitidos en sus formas de vida. En este sentido, la familia tiene un papel fundamental para crear y desarrollar unos hábitos saludables en sus hijos desde pequeños, previniendo el estilo de vida obesogénico que caracteriza nuestra sociedad. (Almeida, et al., 2011; Amigo, et al., 2007; Busto, 2016).

- Entorno “obesogénico” (Exosistema-Macrosistema/Nivel 3-Nivel 4/ Community-Country-Culture): en el que muchos factores del entorno juegan un rol importante y devastador ante la actual epidemia de obesidad. Los cambios en los hábitos alimentarios y de actividad física, la contaminación, las desigualdades socioeconómicas son consecuencia de cambios ambientales y sociales asociados al desarrollo y a la falta de políticas de apoyo en sectores como la salud, la agricultura, el transporte, la planificación urbana, el medio ambiente, el procesamiento, distribución y comercialización de alimentos, y la educación. Además, las creencias y los comportamientos de los ciudadanos y responsables políticos, entorno a la alimentación y el ejercicio, son moldeadas por las normas culturales y sociales generales.

Los modelos ecológicos que se han tenido en cuenta para abordar la etiología de la obesidad todos ellos coinciden en que los factores causales mencionados de forma independiente dentro de cada sistema, nivel y esfera, en realidad interrelacionan entre sí, de modo que los factores de un sistema/nivel/esfera pueden influir sobre factores de ese mismo sistema/nivel/esfera o de otro sistema/nivel/esfera de modo significativo (Casas y Gómez, 2016; Dahlgren y Whitehead, 2010; Harrison, et al., 2011; Neumark-Sztainer, 2005).

Para poder prevenir el sobrepeso y la obesidad y poder tratarlos oportunamente, si ya estuviesen instaurados, es importante identificar los factores de riesgo y las interacciones que hemos comentado y disponer de criterios y herramientas estandarizados que nos permitan detectarlos-diagnosticarlos precozmente, evitando en todo momento las percepciones personales que en muchas ocasiones está mediatizadas por las creencias, cultura... No hemos de obviar que en nuestra cultura es muy difícil que los padres reconozcan que su hijo está obeso y eso demora su diagnóstico y tratamiento (Beltrán y Cuadrado, 2014; Consejo Superior de Deportes, 2010b; EA-

Barcelona, 2016; EFE-Barcelona, 2016; Goldfarb, Tarver, Locher, Preskitt & Sen, 2015).

Dado que una vez instaurada la obesidad, su tratamiento tiene una eficacia limitada y es costoso, la prevención y con ella la EpS representan la estrategia y la herramienta fundamentales para disminuir el impacto global de la obesidad. Pero para ello son fundamentales unos entornos y comunidades favorables que permitan influir en las elecciones de las personas, de modo que la opción más sencilla (la más accesible, disponible y asequible) sea la más saludable en materia de alimentos, actividad física continuada y descanso (Casas y Gómez, 2016; Leis y Gil, 2015; OMS, 2016a).

Ante esta realidad, la OMS (2004), en su "Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud", describe las medidas necesarias para respaldar las dietas sanas y la actividad física periódica, convirtiéndose en el marco de referencia de múltiples estrategias, planes europeos, nacionales y autonómicos. La Estrategia NAOS, el Programa PERSEO y el Programa de "Alimentación Saludable y de Producción Ecológica en los Comedores Escolares" en Asturias, son fruto de dicha estrategia mundial (Casas y Gómez, 2016; Gobierno del Principado de Asturias, 2017).

A pesar de tener claro lo que se debe hacer a nivel individual para prevenir la obesidad, y las instituciones haber desarrollado los planes, estrategias... previamente expuestos, hoy en día, su prevención/tratamiento resulta muy difícil de instaurar al existir diferentes tipos de barreras que hemos de reconocer para poder avanzar (Leis y Gil, 2015, p. 159-160).

Para conseguir cambios de comportamiento reales en los niños y adolescentes a favor de unos hábitos más saludables es necesario incrementar la conciencia social y estimular la predisposición al cambio sobre todo en el ámbito familiar, siendo preciso aportar a las familias todos los recursos y el apoyo necesarios tras la valoración de sus peculiaridades, conocimientos, destrezas, relaciones que mantiene con el resto de sistemas, estratos, esferas... (Cabello y De Jesús, 2011; Casas y Gómez, 2016; Lindsay, et al., 2006; Organización de Consumidores, 2016).

3. LA ADOLESCENCIA

La amplia aceptación de la importancia de la salud y el desarrollo en la adolescencia en la salud en la edad adulta e incluso en la salud y el desarrollo de la siguiente generación es relativamente reciente (OMS, 2014, p.3), de hecho hasta el 2015 no se incluyen a los adolescentes en la estrategia mundial para la salud. Según el Secretario General de las Naciones Unidas la *Estrategia Mundial* para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030) incluye a los adolescentes al ser estos “fundamentales para todo lo que deseamos lograr y para el éxito general de la Agenda hasta 2030. Al ayudar a los adolescentes a gozar de sus derechos a la salud, el bienestar, la educación y la participación plena y por igual en la sociedad, los estamos pertrechando para que realicen su pleno potencial en la vida adulta” (Todas las mujeres, todos los niños, 2015, p.5), siendo por tanto beneficioso para ellos y para la sociedad en que viven.

Hoy en día para numerosas sociedades y comunidades, el límite entre la infancia y la edad adulta es bastante difuso. Además no existe una definición de adolescencia aceptada internacionalmente, ni tampoco unanimidad con respecto a cuántas subetapas la componen, cómo denominarlas y cuál es la duración de cada una de ellas (Hernández, 2010).

A nivel internacional, en el ámbito de la salud y de la educación, se dispone de muchos menos datos sobre el período intermedio de la infancia (5-9 años) y la adolescencia (10-19 años) que sobre la primera infancia (0-4 años), época considerada durante muchos años de mayor riesgo de mortalidad. Por consiguiente, los sistemas nacionales e internacionales de información sobre salud infantil se centran prioritariamente en los primeros años de vida y, particularmente, en indicadores como la mortalidad neonatal, la vacunación infantil y la prevalencia de la insuficiencia ponderal (peso inferior al normal) entre los niños menores de 5 años (Unicef, 2011).

Aunque está comenzando a cambiar la situación, hoy por hoy, la escasa información sobre la salud en la adolescencia de la que disponen muchos países en desarrollo se refiere a indicadores de salud sexual y reproductiva, reunidos mediante encuestas internacionales, sobre todo en el contexto del VIH y el sida. Habitualmente, estos datos no están desglosados por género, grupos de edad u otros factores que podrían revelar

detalles de gran utilidad sobre la situación de los adolescentes. En el ámbito educativo, la situación es semejante

Los esfuerzos internacionales por lograr la universalización de la educación primaria, que han durado varias décadas, y las iniciativas más recientes en pro del desarrollo en la primera infancia, han permitido formular indicadores y desarrollar análisis sobre la educación en la primera década de la vida. Y esto es muy positivo, dado que refleja el creciente compromiso de los interesados internacionales y nacionales con la educación de las niñas y los niños.

Con respecto a la educación secundaria, los fundamentos empíricos a nivel internacional son incluso más escasos. No existen suficientes datos para determinar la proporción de niños en edad de asistir a la escuela secundaria que completan su educación, o para evaluar la calidad de la educación que reciben. Y, como ocurre con la salud, son pocos los países en desarrollo que facilitan datos amplios y desglosados sobre indicadores cuantitativos y cualitativos clave. (Unicef, 2011, p.18)

En el mundo industrializado, los adolescentes sólo representan el 12% de la población, lo que refleja el marcado envejecimiento de Europa y en particular de Japón. Por el contrario, en África subsahariana, Asia meridional y los países menos adelantados, 1 de cada 5 habitantes son adolescentes. Por otra parte, cada vez hay más adolescentes en las zonas urbanas en detrimento de las zonas rurales, en 2009 el número de jóvenes de todo el mundo que vivían en las zonas urbanas era de alrededor del 50% y en el 2050 se prevee que se eleve al 70%, siendo los países en vías de desarrollo los que sufran un aumento mayor (Unicef, 2011).

Uno de los principales debates teóricos en el campo de la psicología evolutiva es el referido a la consideración de la adolescencia, bien como un periodo de frecuentes conflictos familiares y de intensos problemas emocionales y conductuales, bien como una transición evolutiva tranquila y sin especiales dificultades. Quizá la imagen que domine la opinión pública sea la de la adolescencia como una etapa muy complicada en la que son frecuentes las conductas de riesgo, la violencia, la inadaptación personal y los conflictos familiares.

Esta imagen de la adolescencia como un periodo de tensiones y dificultades no es reciente, y tiene su origen en los escritos de los primeros estudiosos de la misma, que basaban sus conclusiones en aquellos casos clínicos que veían en sus consultas, y que eran poco representativos de la población general. Además, muchos de los problemas propios de la adolescencia, como el consumo de drogas o la delincuencia, son muy llamativos y suelen tener un gran impacto en los medios de comunicación, lo que no contribuye a difundir una imagen normalizada de este periodo evolutivo.

Autores más recientes y con acercamientos más empíricos, criticaron duramente esa idea, presentando una visión más favorable de la adolescencia. Sin embargo, en las últimas dos décadas ha venido acumulándose una cantidad importante de datos que también han cuestionado esa imagen tan optimista de la adolescencia, ya que, aunque no pueda mantenerse la idea de dificultades generalizadas, sí hay suficiente evidencia acerca de una importante incidencia de problemas relacionados con tres áreas: *los conflictos con madres y padres, la inestabilidad emocional y las conductas de riesgo*. Las razones de estas dificultades tienen mucho que ver con el carácter transicional de esta etapa, con los cambios físicos y psíquicos que conlleva y con los nuevos roles que chicas y chicos tendrán que asumir. Aunque no es infrecuente que en algunos casos el estrés generado por estos cambios lleve al surgimiento de problemas de conducta o trastornos emocionales, no hay que olvidar que la mayoría de adolescentes irán adaptándose de una forma saludable a los cambios experimentados, y resolverán satisfactoriamente las tareas que se les presenten, por lo que para muchos esta será una etapa feliz y sin especiales dificultades, marcada por la adquisición de nuevas capacidades y por la adopción de nuevos roles (Ramos, 2010; Santinelli, 2011).

Partiendo de lo expuesto y con el fin de concretar la relación que mantienen los adolescentes con los estilos de vida, el sobrepeso/obesidad y la familia, la “Adolescencia” constituye el tercer apartado del marco teórico de esta tesis. En este apartado se determinarán el concepto y etapas que conforman la adolescencia, identificarán los rasgos que caracterizan esta etapa del desarrollo humano haciendo énfasis en los comportamientos-conductas de riesgo y se continuarán abordando diversos aspectos que configuran la salud en la adolescencia: los estilos de vida relacionados con la alimentación, actividad física y descanso y el sobrepeso/obesidad que en algunos casos nos conduce a un Trastornos de la Conducta Alimentaria.

3.1 CONCEPTO DE ADOLESCENCIA

Adolescencia etimológicamente deriva del verbo “adolesco” que significa crecer y desarrollarse. La adolescencia es un importante periodo del desarrollo humano, etapa de transición entre la infancia y la edad adulta. Sin embargo, a pesar de tratarse de una etapa de transición entre dos momentos evolutivos claros, como son la infancia y la adultez, la adolescencia goza de una entidad singular. Además, el hecho de que en las sociedades occidentales haya ido experimentando un progresivo aumento en el número de años que abarca, ha contribuido a consolidar la adolescencia como etapa evolutiva (Alfaro, 2015; Ramos, 2010).

Habitualmente el término adolescencia suele confundirse con el de pubertad al poseer aspectos en común y dado que en párrafos posteriores se mencionarán ambos términos, creo oportuno establecer las diferencias entre ellos. Según Carretero (1985, p.1)

La pubertad se corresponde con una serie de cambios físicos en el organismo humano cuyo producto final es, básicamente, la completa maduración de los órganos sexuales y con ello la plena capacidad para reproducirse y relacionarse sexualmente, de este modo la pubertad puede determinarse con exactitud porque existen índices objetivos que nos dan cuenta de esto. En las mujeres, se trata de la menarca (primera menstruación) y, en los hombres, la primera eyaculación junto con otros cambios físicos.

La adolescencia consiste en una etapa del desarrollo del ser humano que se inicia con la pubertad y en la que se producen no solamente cambios físicos, sino también psicológicos y sociales.

La Unicef (como citan Varea y Moreno, 2015, p.123) definió la adolescencia como una época de cambios que trae consigo grandes variaciones físicas y emocionales, transformando al niño en adulto. En la adolescencia se define la personalidad, se construye la independencia y se fortalece la autoafirmación. La persona joven rompe con la seguridad de lo infantil, corta con sus comportamientos y valores de la niñez y comienza a construirse un mundo nuevo y propio. Para lograr esto, el adolescente todavía necesita apoyo: de la familia, la escuela y la sociedad, ya que la adolescencia sigue siendo una fase de aprendizaje.

Aunque la Unicef lo haya hecho, definir la adolescencia con precisión es problemático por varias razones:

- La *adolescencia* al ser un periodo psicosocial que se prolonga varios años y que se caracteriza por la transición entra la infancia y la adultez, no necesariamente adopta en todas las culturas ni en todas las épocas históricas el mismo patrón (Alfaro, 2015; Carretero, 1985; Ramos, 2010;).
- La pubertad empieza en momentos sumamente distintos para las niñas y los niños, y entre personas del mismo género; además, hay indicios de que la pubertad está comenzando mucho más temprano debido en gran parte a las mejores condiciones de salud y nutrición. Esto significa que algunas/os niñas/as, están llegando a la pubertad y experimentando algunos de los principales cambios fisiológicos y psicológicos relacionados con la adolescencia, antes de ser considerados adolescentes por las Naciones Unidas (10-19 años). Pero también sucede que algunos niños varones entran en la pubertad a los 14 ó 15 años, cuando ya han sido tratados como adolescentes en la escuela durante al menos dos años, y cuando ya han forjado relaciones con niñas y niños mucho más desarrollados física y sexualmente (Ramos, 2010; Unicef, 2011).
- Las leyes de los países sobre la edad mínima para realizar actividades consideradas propias de los adultos, como votar, casarse, vincularse al ejército, ejercer el derecho a la propiedad y consumir bebidas alcohólicas son muy variables de una actividad a otra (Unicef, 2011).
- Y por último, la experiencia adolescente en una región del mundo es muy diferente de otra y, aún más, dentro de un mismo estado geográfico o político, existen diferencias históricas, económicas, políticas y religiosas que influyen en la naturaleza de la adolescencia (Ramos, 2010).

A pesar de que no existe una definición de adolescencia aceptada internacionalmente ni tampoco unanimidad con respecto a cuántas subetapas la componen, cómo denominarlas y cuál es la duración de cada una de ellas, la Unicef (2011) y la OMS (2017f) establecen que los adolescentes son personas con edades comprendidas entre los 10 y los 19 años; es decir, la segunda década de la vida y será este margen de edad el que se tenga en cuenta en esta tesis al referirnos a la adolescencia.

No obstante, dentro de la adolescencia nos centraremos en los adolescentes de 13 años por considerar que entorno a esta edad a los cambios físicos, psicológicos y sociales propios de la adolescencia se suman los cambios educativos, al pasar de la educación primaria a la educación secundaria, los cambios sanitarios al pasar del servicio de pediatría con el programa del niño al sano al servicio de medicina general que no contempla la atención al adolescente como una prioridad. Por otra parte los estudios revisados sobre la adolescencia, estilos de vida, sobrepeso y obesidad y entorno familiar, ponen de manifiesto que la adolescencia, y en particular la edad de 13 años, es una etapa del desarrollo en la que se producen múltiples cambios en el peso, percepción de la salud, y sobre todo en los hábitos alimentarios, actividad física y descanso que iremos exponiendo a lo largo de este apartado.

Poniendo en riesgo la adquisición/consolidación de hábitos saludables que serán decisivos en la salud y calidad de vida en la edad adulta e incluso en las siguientes generaciones.

3.2 ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA

En cuanto a las etapas que conforman la adolescencia, la Sociedad para la Investigación en la Adolescencia (según cita Ramos, 2010, p. 25) denomina la adolescencia temprana al periodo comprendido entre los 10 y los 15 años, la adolescencia media, entre los 15 y los 18 años, y la adolescencia tardía, entre los 18 y los 22 años; en otros estudios, se habla de tres adolescencias (Ramos, 2010, p.24):

- *Primera adolescencia* (12-14 años), etapa en la que se producen la mayor parte de los cambios físicos y biológicos que se mantendrán durante toda la adolescencia.
- *Adolescencia media* (15-17 años), etapa en la que el desarrollo se centra sobre todo en el plano mental, afectivo y social, produciéndose habitualmente cambios de estado de ánimo bruscos y frecuentes e incrementándose la implicación en conductas de riesgo.
- *Adolescencia tardía* (18-20 años), etapa que se inicia a partir del notable desarrollo de la personalidad alcanzado al término de la fase anterior, pero que se está prolongando en los últimos años, a la vez que los jóvenes permanecen

más tiempo en el hogar parental y lejos aún de asumir roles y responsabilidades adultos.

Por otra parte la OMS (2017f) y la Unicef (2011, p.6) consideran la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce entre los 10 y los 19 años y contemplan en esta segunda década de la vida dos partes: la adolescencia temprana (de los 10 a los 14 años) y la adolescencia tardía (de los 15 a los 19 años) que se irán caracterizando según se recoge en el siguiente apartado. Siendo esta clasificación la que se tenga en cuenta en el desarrollo de esta tesis.

3.3 CARACTERISTICAS DEL DESARROLLO EN LA ADOLESCENCIA

El desarrollo humano es un proceso de adquisición de funciones cada vez más complejas, y su sentido y dirección es hacia la independencia y la autonomía del ser humano. Así, como afirma Illingworth (citado por Hernández, 2010, p.51) cada aspecto de este desarrollo está relacionado con los demás y es así como un niño y un adolescente no son un conjunto de órganos y sistemas fisiológicamente en equilibrio, sino seres humanos llenos de pensamientos, espiritualidad, reacciones, percepciones, etc. De este modo y según vimos en el apartado de etiología/causas de la obesidad los adolescentes son capaces de irradiar estímulos hacia el ambiente que les rodea y a su vez son poderosamente influenciados por las personas y situaciones de su entorno.

La adolescencia es un período del desarrollo humano en el que los chicos y chicas deben hacer frente a múltiples cambios (Carretero, 1985; OMS, 2017f; Ramos, 2010; Unicef, 2011). Todas estos cambios se articulan en cuatro grandes áreas: cambios en el desarrollo físico o biológico, cambios en el desarrollo cognitivo, cambios en el desarrollo emocional y cambios en el desarrollo social (Alfaro, 2015; Ramos, 2010).

3.3.1 Desarrollo físico o biológico/fisiológico

Cada periodo del desarrollo humano está bien marcado por unas características propias, interdependientes y estrechamente interrelacionadas entre sí. Una de las características más relevantes de la adolescencia es la pubertad, que se caracteriza por una velocidad de crecimiento acelerada como respuesta a los esteroides sexuales y otros sistemas de liberación hormonal como la somatocrina y somatostatina que determinan el sistema

de saltos en su crecimiento somático que hasta entonces había sido más lineal, mostrándose una clara diferencia en su inicio entre los dos sexos (Carretero, 1985; Oliva, et al., 2007; Unicef, 2011; Varea y Moreno, 2015). Por lo general, las chicas suelen mostrarse más precoces que los chicos; así, y según menciona Santinelli (2011, p.10), en las niñas comienza entre los 8 y los 13 años y se completa en unos 4 años, mientras que en los niños se inicia más tarde, entre los 9 y los 14 años, y dura 3 años y medio. Aunque varía mucho de un sujeto a otro, dependiendo de factores genéticos y ambientales.

Para Carretero (1985) y Oliva, et al. (2007) los cambios físicos/fisiológicos que acompañan a la pubertad señalan el inicio de la adolescencia, se trata de cambios muy llamativos que van a representar una transformación radical del cuerpo del niño o niña. Con la excepción del primer año de vida, en ningún otro momento del ciclo vital se produce una transformación tan importante.

Los cambios físicos/fisiológicos puberales afectan de forma muy importante a la sexualidad, a la figura corporal y al comportamiento más o menos agresivo (Carretero, 1985; Oiva, et al., 2007; Santinelli, 2011).

La aparición de los caracteres sexuales secundarios y de la capacidad de reproducción supone un cambio cualitativo en la sexualidad. Cambio que va acompañado de la definición de la orientación del deseo y un mayor interés por las conductas sexuales. De esta forma, el deseo sexual, la atracción y la capacidad de enamorarse dan a la sexualidad una dinámica nueva. La sexualidad se convierte en una de las motivaciones más significativas, mediatizando el deseo, la fantasía y las conductas interpersonales (Alfaro, 2015; Santinelli, 2011).

La aceleración del crecimiento en longitud y el aumento de la masa corporal, presenta diferencia según el sexo en cuanto a cronología e intensidad. La testosterona y los andrógenos dan lugar a un aumento significativo de la masa magra y los estrógenos y las progesteronas estimulan un mayor depósito de grasa en la mujer. El aumento en la masa muscular o grasa puede apreciarse por el desarrollo de los hombros en los varones, o de las caderas en las mujeres. En ellas, la grasa corporal total aumenta casi en un 120% antes de la menarquia. El hombre, entre los 10 y los 20 años, aumenta su masa

corporal libre de grasa en 35 Kg, mientras que la mujer lo hace sólo en la mitad 18kg. La nueva figura corporal se convierte en la mayor preocupación de la mayoría de los adolescentes, obligándoles a adaptarse a ella y a redefinir su autoestima personal y social. Se sienten más presionados por los modelos de belleza dominantes, tienen frecuentes preocupaciones y deseos de cambiar algún aspecto de su figura corporal.

Además, está demostrado que el aumento en los niveles de la hormona masculina (testosterona) que empiezan a secretar las gónadas sexuales influyen sobre el comportamiento agresivo de los varones. Igualmente, incrementos hormonales también serán responsables de cierta inestabilidad emocional que abordaremos posteriormente al hablar del desarrollo emocional (Frelut, 2011; Oliva, et al., 2007; Santinelli, 2011).

Por último, no debemos de olvidar los cambios internos que tienen lugar en el adolescente pues aunque son menos evidentes, son igualmente profundos y podrían explicar la percepción generalizada de que las chicas maduran mucho antes que los chicos. Se ha comprobado que el desarrollo del cerebro y concretamente la parte del cerebro (el lóbulo frontal), que gobierna el razonamiento y la toma de decisiones, es más tardío en chicos que en chicas; y por ello, éstos suelen actuar impulsivamente y a pensar de una manera acrítica dura mucho más tiempo que las chicas (Carretero, 1985; Unicef, 2011).

3.3.2 Desarrollo cognitivo

A pesar de las numerosas críticas que han ido apareciendo en los últimos años, la teoría del desarrollo cognitivo formulada por Jean Piaget (como se cita en Carretero, 1985; Ramos, 2010; Santinelli, 2011) sigue siendo un referente en el análisis del desarrollo cognitivo durante la adolescencia. Según Piaget, en torno a los 12 años se adquieren una serie de habilidades que permiten pensar de una manera muy parecida a la adulta – pensamiento formal-. Es decir, según esta teoría, en ese momento los chicos y las chicas entienden la realidad como una parte del mundo de lo posible, tiene una lógica de razonamiento hipotético-deductivo y un pensamiento de carácter proposicional que utiliza el lenguaje como vehículo privilegiado. La adolescencia representa el paso del pensamiento operacional concreto al de operaciones lógicas.

Estas nuevas capacidades cognitivas van a tener una importante repercusión sobre su conducta, ya que las utilizará en su vida cotidiana y le servirán para entenderse mejor a sí mismos, a otras personas, y a las relaciones que se establecen entre ellas. Ahora será capaz de comprender mejor las intenciones ocultas de los demás y explicar su comportamiento como producto de la interacción entre sus capacidades personales y factores situacionales. Además, esta capacidad para pensar en abstracto y plantear situaciones hipotéticas o posibles le va a permitir desarrollar una mejor comprensión de ideas sociales y políticas, y evaluar el funcionamiento de diversas instituciones como la familia, la escuela, o el estado; es como si acabase de descubrir que la realidad puede ser de otra forma y por lo tanto puede cambiarse. Esto podría explicar el inconformismo o rebeldía frecuentemente observado entre las y los adolescentes. También podría justificar el tiempo que dedican a pensar sobre sí mismos, sobre sus sentimientos, sus pensamientos y su forma de ser (egocentrismo), y que en ocasiones les lleva a una escasa autoaceptación de sí mismos o a todo lo contrario, a confiar enormemente en el poder de las ideas y a considerarse a sí mismos como importantes elementos de transformación social (Carretero, 1985; Ramos, 2010; Santinelli, 2011).

David Elkind (como citan Carretero, 1985, p.13 y Oliva, et al., 2007, p.8) ha denominado *fábula personal* a la tendencia del chico o la chica a pensar que sus experiencias son únicas y no están sujetas a las mismas reglas que gobiernan las vidas de los demás. Esta tendencia puede resultar peligrosa para el joven, al considerarse único e indestructible y asumir determinadas conductas de riesgo. No hay que olvidar que durante estos años es muy importante para el chico o la chica lo que los demás piensen de él, y tratarán de causar siempre una buena impresión a sus compañeros.

Estas nuevas habilidades cognitivas abren muchas posibilidades al adolescente, no obstante, aún existen algunas limitaciones intelectuales, posiblemente como consecuencia de la falta de experiencia en su uso.

3.3.3.Desarrollo emocional

Las transformaciones físicas y cognitivas que acaban de referirse llevan al adolescente a experimentar una serie de cambios en su autoconcepto y su autoestima, así como en su

búsqueda de identidad personal y sexual, que cobra mucha importancia en estos años (Carretero, 1985; Oliva, et al., 2007; OMS, 2017f ; Ramos, 2010; Unicef, 2011).

En general, podemos decir que las consecuencias psicológicas de la pubertad suelen ser diferentes para chicas y chicos. Entre las chicas son más frecuentes los sentimientos negativos con respecto al propio atractivo físico, en parte debido al aumento de tejido adiposo que está reñido con el estereotipo ideal de delgadez. A esto hay que añadir la discriminación y el abuso basados en el género y la reacción de las personas que rodean a la chica, pues con frecuencia madres, padres y educadores reaccionan ante el nuevo estatus físico de la niña con un aumento de las restricciones (Carretero, 1985; García, 2009; Oliva, et al., 2007).

La autoestima, entendida como el conjunto de sentimientos y valoraciones del chico y de la chica con respecto a sí mismos, también va a sufrir algunos cambios durante la adolescencia. La mayoría de los estudios encuentran un descenso coincidiendo con la pubertad, aunque a partir de los momentos iniciales se observa una cierta recuperación. Hay diversas razones que justifican este descenso en la autoestima. La primera tendría que ver con los cambios en el aspecto físico que ya hemos comentado. En segundo lugar hay que apuntar las variaciones que suelen producirse en el contexto escolar (cambio de la educación primaria a la secundaria). En tercer lugar el incremento de la competitividad que no es exclusivo del ámbito académico sino que suele extenderse al área de la actividad física y los deportes. Por último, se inician las relaciones heterosexuales y chicas y chicos deberán enfrentarse a la complicada tarea de buscar pareja y resultar atractivas y atractivos a otras personas (García, 2009; Oliva, et al., 2007; Unicef, 2011).

Otro motivo que explica la recuperación de la autoestima son los cambios de desarrollo y reorganización que sufre el cerebro durante la adolescencia tardía. La capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo aumenta notablemente y con ello la influencia de las opiniones de los miembros de su grupo disminuye al adquirir los adolescentes mayor confianza y claridad en su identidad y sus propias opiniones (Unicef, 2011).

Así en la adolescencia, tal como Ramos (2010, p. 27) menciona: “el individuo debe desarrollar una identidad, es decir tiene que organizar sus conductas, habilidades,

creencias, valores e historia en una imagen consistente de sí mismo, algo que sin duda será básico para enfrentarse a los retos de la edad adulta”.

3.3.4 Desarrollo social

Un cambio igualmente trascendente durante la etapa adolescente, es el que tiene que ver con las características y las relaciones que el adolescente establece con su red social, que estaría compuesta en esta etapa por tres agentes básicos: iguales, familia y otros adultos significativos.

Sus nuevas capacidades cognitivas les hacen más autónomos de sus progenitores. Autonomía que, con frecuencia, entra en conflicto con el sistema familiar y que va a requerir un cambio en la dinámica de las relaciones familiares. Pero esta autonomía no significa independencia. La familia mantiene una fuerte influencia en los adolescentes que mantienen sus vínculos de apego a sus progenitores, retornan a sus familias en los momentos de necesidad y tienen en cuenta los consejos de padres y madres sobre todo los que atañen a asuntos morales y a su futuro; por tanto, y contrariamente a lo que se viene informando a través de los medios de comunicación, la familia mantiene una fuerte influencia en los adolescentes (Alfaro; 2015; Hernández, 2010; Oliva, et. al., 2007; Ramos, 2010).

La recién adquirida capacidad para diferenciar lo real de lo hipotético o posible permitirá a la chica o chico adolescente concebir alternativas al funcionamiento de la propia familia, y además será capaz de presentar en sus discusiones argumentos más sólidos y convincentes, lo que supondrá un claro cuestionamiento de la autoridad parental. También se produce una desidealización de la madre y el padre, y si hasta ahora sus progenitores eran todopoderosos y omnisapientes, ahora el adolescente comienza a cambiar esa imagen por una más realista en la que sus mayores aparecen con sus virtudes y sus defectos (Alfaro; 2015; Oliva, et. al., 2007).

Otro aspecto destacable es que chicas y chicos empiezan a pasar cada vez más tiempo con los iguales, lo que les permite una mayor experiencia en relaciones simétricas o igualitarias que puede llevarles a desear un tipo de relaciones más democráticas en su familia. Sin embargo, estas aspiraciones a disponer de una mayor capacidad de influencia en las tomas de decisiones familiares no siempre coinciden con las de sus

madres y padres, y la situación más frecuente es la de unos chicos/as que desean más independencia de la que se les concede. Madres y padres suelen pretender seguir manteniendo su autoridad y su forma de relacionarse con sus hijos, incluso en algunos casos pueden aumentar las restricciones como respuesta al surgimiento del interés por el sexo opuesto, lo que va a llevar a la aparición de conflictos. Una vez pasado este primer momento, suelen flexibilizar su postura, y las hijas e hijos irán ganando poder y capacidad de influencia, lo que explicaría la disminución de problemas en la adolescencia media y tardía. Cuando madres y padres no se muestran sensibles a las nuevas necesidades de sus hijos e hijas adolescentes y no adaptan sus estilos educativos a esta nueva situación, es muy probable que aparezcan problemas de adaptación en el chico o chica, aunque como hemos dicho no es lo más frecuente (Alfaro; 2015; Oliva, et. al., 2007; Ramos, 2010).

Por tanto, y tal y como nos recuerda Ramos (2010, p. 28):

Las relaciones familiares basadas en la proximidad, la comunicación y el conocimiento mutuo continúan siendo el mejor factor para predecir el ajuste del adolescente y sirve como un amortiguador contra las conductas no saludables, como fumar, beber, tomar drogas o abandonar la escuela

En la adolescencia, y para ganar mayor autonomía e independencia, los adolescentes incrementan la orientación hacia sus iguales y hacia otros adultos de fuera de la familia.

Aunque los iguales son importantes a todas las edades, durante la adolescencia la amistad adquiere un papel fundamental.

A medida que se va produciendo la desvinculación de madres y padres, las relaciones de compañerismo y de amistad van ganando en importancia, intensidad y estabilidad. Las relaciones de amistad van a experimentar un importante cambio durante la adolescencia, si en los años escolares los amigos y amigas eran sobre todo compañeros y compañeras con los que compartir juegos y actividades, al inicio de la adolescencia empiezan a surgir los conceptos de reciprocidad, lealtad y compromiso a la hora de definir este tipo de relaciones. Si las relaciones con las madres y padres representaban un vínculo o apego vertical, las relaciones de amistad representan vínculos horizontales entre sujetos

de semejante conocimiento y poder. Estos vínculos horizontales van a proporcionar al chico o chica seguridad emocional, y le van a servir para desarrollar habilidades sociales, empezar a comprender las complejidades de la competitividad y la cooperación entre iguales, y para empezar a desarrollar la intimidad en sus relaciones sociales, algo que les será muy útil al inicio de sus primeras relaciones de pareja (Alfaro; 2015; Oliva, et. al., 2007; Ramos, 2010).

Uno de los indicadores que demuestran la importancia de las relaciones de amistad en la etapa adolescente es la continuidad existente entre las relaciones familiares y las relaciones dentro del grupo de iguales. Concretamente, la relación entre ambos contextos parece influir en dos direcciones, de modo que no sólo el tipo de relación familiar influye en las características de la relación con los iguales sino que, además, de estas relaciones con los iguales se puede aprender un tipo de intimidad que posteriormente se traspase a la relación familiar (Delgado, Oliva y Sánchez-Queija, 2011; Oliva, et. al., 2007; Ramos, 2010).

Socialmente, existe una gran preocupación en torno a la presión que el grupo de iguales puede ejercer sobre los adolescentes para la realización de conductas indeseables, antisociales o delictivas. Sin embargo, existen investigaciones que demuestran mayor influencia de los iguales hacia conductas positivas en comparación con las negativas. Desde este punto de vista es fundamental que los adolescentes se puedan relacionar con iguales con los que puedan compartir momentos de ocio sin asumir actividades de riesgo; compañeros y compañeras que les ayuden a sentirse bien, a desarrollar sus capacidades, a explorarse en relaciones sociales, de amistad e íntimas, a compartir ilusiones e ideales, a involucrarse en asociaciones o grupos que luchen por cambiar la realidad y ayuden a los demás.

Es cierto que, en los primeros años que siguen a la pubertad, chicos y chicas se vuelven especialmente sensibles a la influencia de sus compañeros, lo que puede llevarles a mostrarse excesivamente conformistas ante la presión que ejercen y a asumir determinados comportamientos de riesgo como consumir drogas o implicarse en actos delictivos. No obstante, esta influencia no tiene que ser siempre negativa y los compañeros o compañeras también pueden presionar para que un chico o una chica se implique en actividades escolares o deportivas. Probablemente, los jóvenes que tienen

menos apoyo emocional por parte de la familia son quienes están más necesitados del apoyo de amigos/as y compañeros/as y, por tanto, se muestran más conformistas ante su presión. A partir del periodo que sigue a la pubertad, el conformismo tiende a disminuir, y chicas y chicos empiezan a mostrarse más autónomos a la hora de tomar sus decisiones (Alfaro; 2015; Oliva, et. al., 2007).

Por todo lo previamente comentado podemos concluir que al adolescente le falta experiencia ante los profundos y rápidos cambios biológicos, mentales, afectivos y sociales que le van asemejando al adulto; y por ello, la adolescencia representa un período de crisis que exige readaptaciones continuas a los propios adolescentes y a los que conviven con ellos (Alfaro, 2015). En cuanto a la familia, no siempre es capaz de readaptarse y desempeñar el incuestionable papel educativo que se le atribuye, por lo que se pone de manifiesto el apoyo que precisa (García, 2009; OMS, 2017f; Ramos, 2010; Unicef, 2011).

3.4 COMPORTAMIENTOS-CONDUCTAS DE RIESGO

Aunque la búsqueda de sensaciones y experiencias nuevas y las conductas de riesgo pueden encontrarse en sujetos de todas las edades, son mucho más frecuentes durante los años de la adolescencia temprana, declinando durante la adolescencia tardía, en la medida en que se desarrolla la capacidad de evaluar riesgos y tomar decisiones conscientes (Alfaro, 2015; Garrido, 2014d; Rodrigo, Martín y Máiquez, 2010b; Unicef, 2011).

En muchas ocasiones se confunden ambos términos por lo que es preciso diferenciar entre ambos, pudiendo decir que las conductas de riesgo son un subconjunto de las sensaciones y experiencias nuevas. Así, la búsqueda de sensaciones es la necesidad de nuevas experiencias que conllevan una activación fisiológica y una excitación psicológica, encontrándose la diferencia entre unas y otras en la probabilidad de consecuencias negativas sociales o personales a corto o medio plazo (Oliva, et al., 2007; Ramos, 2010).

Las razones que explican la “temeridad”, o la mayor implicación de los adolescentes en conductas de riesgo, no se limitan a la falta de información; por el contrario, son múltiples pudiendo mencionar (Hernández, 2010; Oliva, et al., 2007; Ramos, 2010):

- Tendencia del o la adolescente a considerarse invulnerable y pensar que su vida y sus experiencias personales son únicas y no se rigen por las reglas que gobiernan la vida de las demás personas.
- El estilo de pensamiento adolescente le llevará a centrarse en las consecuencias inmediatas de su comportamiento, más que en los efectos a largo plazo. Por eso suele decirse que son impulsivos y que solo ven la recompensa/beneficio inmediatos sin tener en cuenta los posibles peligros a medio-largo plazo.
- La Presión del grupo de iguales que tienden a pensar de la misma manera, y que van a admirar a aquellas chicas y chicos que asumen más riesgos.
- El alcohol y otras drogas van a favorecer también de forma clara la implicación en conductas de riesgo y temerarias.

Por lo general, los hombres se implican en conductas de riesgo más que las mujeres a todas las edades, aunque las diferencias son menores en la adolescencia temprana que en la tardía. Algunos autores han señalado como causa de estas diferencias el hecho de que en condiciones normales las mujeres tienen niveles más altos de activación fisiológica, por lo que cualquier añadido puede resultar incómodo, y esta activación extra sería percibida más como ansiedad que como excitación. En cambio, en el caso de los varones, sus niveles más bajos de activación les llevan a buscar experiencias arriesgadas que son vividas de forma positiva. Por otra parte, los factores culturales también ejercerán su influencia sobre estas diferencias de género, ya que la socialización ejerce presiones diferentes sobre chicos y chicas: de ellos se espera que sean atrevidos y arriesgados, y de ellas prudentes y cautas (Alfaro, 2015; Oliva, et al., 2007; Ramos, 2010).

A pesar de las evidentes consecuencias negativas de estas conductas, también podríamos pensar en los beneficios que podrían derivarse de la asunción de riesgos. Frente a la concepción de la asunción de riesgos como un problema, especialmente durante la adolescencia, tendríamos que admitir la idea del riesgo como una oportunidad para el desarrollo y el crecimiento personal, y algunas conductas temerarias del chico o la chica adolescente podrían funcionar como indicadores de la transición a un estado más maduro. De hecho es bastante probable que esa actitud tan precavida, conservadora y de evitación de riesgos conlleve un desarrollo deficitario en algunas áreas, como el

logro de la identidad personal, la creatividad, la iniciativa personal, la tolerancia ante el estrés o las estrategias de afrontamiento (Carretero, 1985; Oliva, et al., 2007; Ramos, 2010).

Si bien el sexo y la edad influyen en la probabilidad de los adolescentes para involucrarse en las conductas/comportamientos de riesgo no todos los adolescentes del mismo sexo y edad tienen la misma probabilidad para involucrarse en los mismos, pues estas conductas son fruto de la interacción de factores que les protegen o por el contrario predisponen al riesgo; así, Alfaro (2015, p. 33-34) define:

Los factores predisponentes al riesgo como las características detectables en un individuo, familia, grupo o comunidad que señalan una mayor probabilidad de comprometer la salud, calidad de vida y la vida misma; de modo que, la magnitud del riesgo dependerá del número, fuerza y naturaleza de los factores.

Los factores protectores, inversos a los anteriores, ayudan a los adolescentes a contrarrestar los factores de riesgo y disminuir los efectos negativos. Se incluyen entre éstos: familia y hogar estables, alto grado de motivación para obtener logros, buenas relaciones padres-hijos, adecuada supervisión y disciplina de los padres, relación con instituciones prosociales (la Iglesia, grupos de deporte, música o teatro), relación con compañeros que mantienen actitudes y valores convencionales...

Con respecto a la familia son múltiples los factores que bien protegen o predisponen al riesgo, tal y como se observa en la tabla 13:

Tabla. 13. **Factores familiares predisponentes y protectores al riesgo**

Fuente: Elaboración propia, adaptación de: Alfaro (2015). (P.34-35)

FACTORES FAMILIARES PREDISPONENTES AL RIESGO	FACTORES FAMILIARES PROTECTORES AL RIESGO
• Negligencia en el cuidado paternal, abusos físicos o psicológicos, falta de afecto y aceptación • Gran número de acontecimientos vitales estresantes • Pautas educativas alteradas (ausencia de normas y límites, falta de supervisión,	• Vínculos familiares positivos y apoyo emocional • Sistema familiar estructurado, normativo y coherente • Al menos un progenitor emocionalmente estable, afectivo y acogedor, que potencie la autoestima del niño

exceso de disciplina o de permisividad, refuerzos no consistentes, superprotección) • Falta de cohesión y comunicación, interrupción de los rituales familiares, alto nivel de conflictos • Dificultades económicas y/o culturales • Modelado de patrones de consumo y transmisión de actitudes favorables hacia el consumo de la familia	• Estabilidad y cohesión familiar • Núcleo familiar pequeño (menos de 4 hijos) • Modelos de conducta positivos en la familia y rechazo de conductas de riesgo • Supervisión y controles paternos adecuados • Actividades de ocio familiares, rituales y celebraciones • Comunicación padres-hijos abierta y sincera

Para disminuir el peligro de las situaciones de riesgo es importante que las familias hablen con sus hijos/as adolescentes y les ayuden a calcular de forma justa las posibles consecuencias de su conducta, facilitándoles al mismo tiempo alternativas que les ayuden a canalizar su necesidad de buscar nuevas sensaciones haciéndolo de forma segura y controlada. Por ejemplo, a la hora de practicar ciertas actividades deportivas o de ocio hemos de recordar que algunas de estas actividades no sólo proporcionan excitación y activación fisiológicas, sino que permiten al chico o la chica adolescente sentirse competente y fomentar su identidad y autonomía. (Oliva, et al., 2007)

3.5 LA SALUD EN LA ADOLESCENCIA

Aun cuando muchos piensan lo contrario, los adolescentes del mundo entero son, por lo regular, más saludables que los de las generaciones anteriores y las tasas de mortalidad entre los adolescentes de 10 a 14 años son inferiores a las de cualquier otro grupo de edad. Esto se debe, en gran medida, a la mayor atención e inversión en la primera infancia, a las tasas más altas de vacunación infantil, y a la mejora en la nutrición de los niños, todo lo cual se traduce en beneficios fisiológicos que se reflejan en una mejor salud durante la adolescencia. No obstante, sin una formación adecuada, y sin apoyo, los adolescentes carecen de los conocimientos y la confianza en sí mismos para tomar decisiones bien fundamentadas acerca de su salud y su seguridad, que podrían afectarles por el resto de sus vidas (Sawyer, 2012; Unicef, 2011).

Esta buena salud de los adolescentes es reafirmada por los propios adolescentes, tal y como se puede observar en la comparativa de las ediciones 2002, 2006 y 2010 del

estudio HBSC (Moreno, et al., 2013) y en la última edición de ese mismo estudio (Tabla 14):

Tabla 14. Resultados obtenidos en el ítem “dirías que tu salud es...” en función de las combinaciones de sexo y edad

Fuente: Moreno et al., (2016). (P. 649).

		Total		Sexo							
		Total		Chico				Chica			
		N	%	Grupo de edad				Grupo de edad			
				11-12 años	13-14 años	15-16 años	17-18 años	11-12 años	13-14 años	15-16 años	17-18 años
				%	%	%	%	%	%	%	%
Dirías que tu salud es...	Excelente	11127	39,2	53,4	51,5	43,2	40,0	48,4	31,9	24,5	20,4
	Buena	14813	52,2	42,8	42,4	49,3	51,4	48,7	58,4	61,6	63,1
	Pasable	2179	7,7	3,4	5,2	6,3	7,9	2,6	9,1	12,8	14,3
	Pobre	261	0,9	0,5	0,9	1,2	0,7	0,3	0,7	1,1	2,1

No obstante y como hemos visto al abordar los rasgos característicos de los adolescentes, al inicio de la adolescencia los chicos y la chicas pueden sentirse especialmente vulnerables y tienden a centrarse más en su propio cuerpo, produciéndose un aumento en el número de problemas asociados con la imagen corporal y el aspecto físico, por lo que los problemas de salud suelen estar más relacionados con los asuntos referentes al crecimiento y desarrollo. En este sentido, durante la adolescencia temprana, las actitudes y comportamientos vinculados con la salud están esencialmente influenciados por las necesidades que chicos y chicas tienen en el presente, más que por las consecuencias a largo plazo de sus hábitos y estilos de vida. Posteriormente en la adolescencia, las conductas relacionadas con la salud se vinculan cada vez más con los procesos psicosociales unidos a este periodo de la vida: los adolescentes persiguen su independencia y autoconfianza a través de las actividades sociales con los iguales (Oliva, et al., 2007; Unicef, 2011; Viner, 2012).

Durante este periodo, los jóvenes necesitan experimentar nuevas sensaciones y sentirse vinculados al grupo de iguales, a menudo, como ya se dijo, comportándose de acuerdo con los estándares que el grupo valora. Si esto se une a que los asuntos relacionados con la salud no son su primera preocupación, todo ello ayuda a entender la razón por la que los jóvenes se involucran, aún sabiendo sus inconvenientes, en comportamientos y situaciones que en ocasiones les suponen riesgos y problemas de salud. (Alfaro, 2015; Oliva, et al., 2007; OMS, 2014; OMS, 2016b; Ramos, 2010; Salmerón y Casas, 2013).

Problemas de salud que hemos de tener en cuenta para su prevención, pues de los 1200 millones de personas que tienen entre 10 y 19 años en el mundo (uno de cada seis habitantes del mundo es un adolescente) se calcula que en 2012 murieron 1,3 millones de adolescentes, en su mayoría por causas prevenibles o tratables: Embarazos y partos precoces, VIH y otras enfermedades infecciosas (diarrea, las infecciones de las vías respiratorias inferiores y la meningitis), enfermedades mentales (depresión, suicidio), Violencia, Alcohol y drogas, Traumatismos (accidentes de tráfico, ahogamientos), Malnutrición y obesidad, Alteraciones en la actividad física y nutrición (Inactividad física, Anemia), Consumo de tabaco (Edwards y Davies, 2002; OMS, 2014; OMS, 2016b; OMS, 2016c; OMS, 2017f; Patton, et al., 2012; Salmerón y Casas, , 2013; The Lancet, 2012; World Health Organization, 2014b).

En España y según los datos aportados por Salmerón y Casas (2013, p. 95) el número de adolescentes y su mortalidad, se corresponden con:

- Los adolescentes entre 10 y 21 años eran 5.286.706 (11,5% de la población total), lo que supone una disminución lenta y progresiva desde el año 1988 (INE, octubre 2012).
- Durante el 2011 fallecieron 732 jóvenes entre los 10 y 19 años (227 entre 10 y 14 años y 505 entre 15 y 19 años), lo que representaba el 0,3% de la mortalidad de la población total.
- Los accidentes y actos violentos constituyeron la principal causa de muerte, seguidos por los tumores, neoplasias, enfermedades del aparato circulatorio, del respiratorio y del sistema nervioso.

Por tanto, la mayoría de los jóvenes goza de buena salud, siendo sin duda mejor que la de generaciones anteriores; pero, aún así la mortalidad y la morbilidad entre los adolescentes siguen siendo elevadas y las enfermedades que presentan pueden afectar a su capacidad para crecer y desarrollarse plenamente, a su salud en la edad adulta y a la de generaciones futuras (Patton, et al., 2012; Sawyer, et al., 2012; Unicef, 2011).

Para poder responder a esos problemas de salud y prestar a los adolescentes la atención sanitaria que necesitan, desde la promoción de la salud a la rehabilitación priorizando a los grupos más vulnerables y desfavorecidos, tal y como recomiendan el comité de las

Naciones Unidas en el capítulo 6 “Salud básica y bienestar”, Artículos 50-51 “Salud de los Adolescentes” (Comité de los Derechos del Niño, 2010), se han publicado/ desarrollado:

- El informe "Health for the world's adolescents" de la OMS (2014) en el que se analiza lo que se sabe sobre la salud de los adolescentes, en particular lo que la favorece o la daña; se destacan las deficiencias observadas en diversas políticas y servicios, y se reúnen orientaciones y recomendaciones procedentes de toda la OMS (World Health Organization, 2014a; World Health Organization, 2014d; World Health Organization, 2017a).
- La encuesta de salud *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) o Estudio sobre las conductas saludables de los jóvenes escolarizados, un proyecto auspiciado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el que participan más de 40 países occidentales, incluido España tal y como hemos mencionado en el apartado de estilos de vida (HBSC España, 2017).
- La Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud, en la que se refuerza la colaboración intersectorial en salud con el fin de lograr resultados favorables en la salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas de todas las edades (Ferrer, Orozco y Román, 2012).
- El II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013 -2016 (II PENIA) que hace alusión a la salud integral de los adolescentes en el objetivo 7 (Consejo de Ministros Español, 2013).
- La estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030) (Todas las mujeres, todos los niños, 2015).
- Las competencias básicas en materia de salud y desarrollo de los adolescentes para los proveedores de atención primaria (OMS; 2015a).

En Asturias, hoy en día estamos lejos de poder responder a los problemas de salud del adolescente, que como hemos visto son distintos a los de los adultos y han de abordarse de manera diferente; pues, frente al desarrollo del programa de salud infantil (PSI) de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (Aguilera, et al.,2009) que incluye las actividades de promoción y prevención de los niños y adolescentes desde el nacimiento hasta los 18 años concluyendo con una visita final a los 16-18 años, en

Asturias la transición del pediatra al médico de familia se produce a los 13-14 años siendo la última visita a los 13 años coincidiendo con las últimas vacunaciones infantiles (Consejería de Salud y Servicios Sanitarios de Asturias, 2017). Situación que conlleva, y según se pone de manifiesto en distintos estudios, la evitación de los servicios de salud y la desconfianza del personal sanitario por parte de los adolescentes, lo que resta validez a la atención preventiva (Ramos, 2010; Salmerón y Casas, 2013).

Para ganar la confianza de los adolescentes en los profesionales y facilitar su acceso a los servicios sanitarios, estos han de ser sensibles a las necesidades de los adolescentes, atender en horarios convenientes, no requerir cita previa, brindar los servicios gratuitamente y contar con sistemas eficientes de remisión a especialistas. De igual modo, debe superar las barreras generacionales, culturales y de género, con el objeto de fomentar el diálogo sincero entre los adolescentes y el personal, que debe ser idóneo para fomentar prácticas saludables durante la adolescencia y adoptar medidas para proteger mejor a los jóvenes contra los riesgos sanitarios (Ramos, 2010; Salmeron y Casas, 2013; The Lancet, 2012; Unicef, 2011).

No obstante, lo más oportuno es que los profesionales se acerquen por los ámbitos que mas frecuentan los adolescentes y no esperar a que sean los adolescentes quienes vayan a visitarlos al centro de salud; por ello, otro ámbito en el que se debería de incidir es en el escolar impulsando la coordinación entre el ámbito sanitario y educativo a través del desarrollo de los diversos programas de educación y promoción de la salud en la escuela (Consejería de Educación y Cultura del Gobierno del Principado de Asturias, 2016).

Si bien hablar de la salud en la población en general resulta bastante inespecífico, aún lo es más en la adolescencia según comentamos previamente; por ello, y con el fin de dar continuidad a los apartados anteriores de esta tesis, pasaré a abordar la salud en el adolescente relacionándola con sus estilos de vida y peso corporal (sobrepeso/obesidad).

3.5.1 ESTILOS DE VIDA EN LA ADOLESCENCIA

Tal y como hemos visto hasta ahora los cambios biológicos, cognitivos y psicosociales que se producen en la adolescencia proporcionan abundantes oportunidades de desarrollo para que los adolescentes lleven a cabo tanto conductas que pongan en riesgo

su salud como conductas ligadas a un estilo de vida saludable (Alfaro, 2015; Oliva, et al., 2007; Ramos, 2010).

Los datos que se desprenden de diversos estudios son contradictorios entre sí, pues mientras que Adams (como cita Alfaro, 2015,p. 32) afirmaba que el 20% de los adolescentes en cada generación tiene serios problemas y pueden ser clasificados como disfuncionales frente al 80% de los adolescentes que presentan estilos de vida adecuados para su salud; el estudio ANIBES (Antropometría, Ingesta y Balance Energético en España), pone de manifiesto que un 76,9 % de los niños y adolescentes sigue un patrón de estilo de vida poco saludable, de ellos, el 58,3 % son chicos y el 41,7 % son chicas y en lo que respecta a rangos de edad, el 47,6 % son niños entre 9 y 12 años y el 52,4 % se encuentra en la adolescencia (13-17 años) (Pérez, et al., 2016).

Lo que sí se sabe es que, gran parte de las patologías que provocan más morbilidad y mortalidad tienen relación con los hábitos y costumbres que se adquieren o consolidan durante la adolescencia. Por ello, el estilo de vida de los adolescentes es un asunto que suscita mucha preocupación en nuestra sociedad, y no sólo entre los profesionales, y se insiste en que la promoción de hábitos saludables entre los jóvenes es una de las medidas que pueden contribuir a la mejora de esperanza y calidad de vida de la población (Alfaro, 2015; Bach-Faig, Prados y Salvador, 2015; Hernández, 2010; Ramos, 2010).

En cuanto a la correlación de las conductas que conforman los estilos de vida en la Adolescencia, la investigación ha demostrado que muchas conductas relacionadas con la salud están interrelacionadas y tienden a covariar sistemáticamente durante la adolescencia. Algunos autores señalan aproximadamente los 14-15 años como el momento evolutivo donde las conductas aparecen más relacionadas, dando lugar a un menor número de factores y es a partir de esa edad cuando se incrementa la prevalencia de múltiples conductas de riesgo para la salud (Ramos, 2010, p.89).

En consonancia con el enfoque multivariable en el estudio de los estilos de vida, algunas investigaciones se están dedicando a conocer la manera específica en el que las diferentes variables de estilos de vida correlacionan en la población adolescente. Así, por ejemplo, Kremers, de Bruijn, Schaalma y Brug (como cita Ramos, 2010, p.89) han

mostrado la existencia de una asociación negativa entre las conductas sedentarias, por un lado, y la frecuencia de actividad física y el consumo de fruta y verdura, por otro lado, en una amplia muestra de adolescentes alemanes.

Por todo ello, la adolescencia es considerada la etapa evolutiva más adecuada para intentar evitar la adopción de estilos de vida no saludables y, en caso de que se hayan iniciado de forma experimental, intentar modificarlos antes de que se establezcan de forma definitiva (González y Tur, 2015; Rodrigo, et al., 2004; Unicef, 2011).

El estudio de los estilos de vida de la población adolescente es una pieza clave para apreciar el grado de aislamiento o de integración social que éstos presentan en la esfera familiar, escolar y de los iguales, lo que repercute directamente en su bienestar físico y psicológico. Pero es también un punto de partida para orientar el sentido de la intervención psico-educativa en la adolescencia.

Cuando una parte importante de los adolescentes comprometen su desarrollo con estilos de vida de riesgo, ya sea temporalmente o de modo permanente, es necesario que se cuente con programas específicos de carácter preventivo. Dicha intervención debe ir encaminada a fomentar las competencias de los adolescentes que se desarrollan en los contextos relacionales más próximos, pues es ahí donde el adolescente puede aprender a regular la expresión de dichas conductas de riesgo. Pero debe hacerse de manera que la familia y la escuela cooperen y se impliquen, ya que todos los agentes educativos deben ser conscientes del importante papel que juegan en todo el proceso (OMS, 2017f; Rodrigo, et al., 2004).

Tanto en el centro educativo, desde los comedores escolares y la asignatura de educación física, como en las familias que deben mantenerse en la misma actitud educacional en casa, el ejemplo va a ser la guía que sigan los adolescentes para mantener unos hábitos saludables (alimentación, actividad física, el sueño-descanso...) con los que proteger el estado de salud en la edad adulta y prevenir, controlar la obesidad (García, 2009; Varea y Moreno, 2015).

3.5.1 .1 El Patrón Alimentario en la Adolescencia

Llevar una dieta sana y equilibrada es fundamental durante todo el ciclo vital, ya que contribuye claramente a nuestro bienestar físico y emocional, y a la posibilidad de gozar de una vida larga y saludable; sin embargo, durante la adolescencia esta necesidad es aún mayor (Hernández, 2010; Ramos, 2010; Varea y Moreno, 2015).

Las necesidades nutritivas en la adolescencia vienen marcadas por los procesos de maduración sexual, aumento de talla y aumento de peso relacionado con el aumento de masa muscular y masa ósea, estos últimos suponen una ganancia del 20% de la talla y el 50% del peso que va a tener como adulto. Estos procesos requieren una cantidad elevada de energía y de ciertos nutrientes (Frelut, 2011; Fundación Eroski, s.f; Madruga y Pedrón, 2002; Palenzuela, 2014; Vitoria, Correcher y Dalmau, 2016).

Las necesidades proteicas aumentan extraordinariamente, hasta ser probablemente en términos cuantitativos las mayores de la vida. El aporte de proteínas debe suponer el 15-20% del total de calorías ingeridas, en comparación con un 6% y un 12% de los periodos anteriores. Esta variación en los requerimientos de proteínas se explica por las enormes necesidades que conlleva el estirón puberal. En la primera infancia y el periodo escolar los requerimientos de proteínas se cubren fácilmente con sólo asegurar las calorías que deben consumirse. Sin embargo, en esta etapa las proteínas pueden ser el nutriente limitante de crecimiento. En nuestro medio, donde la cantidad de proteínas está más que asegurada, pueden ser otros, como la carencia de determinadas vitaminas o el déficit de algún oligoelemento, por ejemplo zinc o hierro, los responsables de que disminuya la velocidad de crecimiento. Por lo tanto, es muy importante que los y las adolescentes consuman una dieta variada, rica en verduras, frutas, legumbres, pescado y aceite de oliva (Hernández, 2010; Madruga y Pedrón, 2002; Oliva, et al. 2007; Palenzuela, 2014; Vitoria, Correcher y Dalmau, 2016).

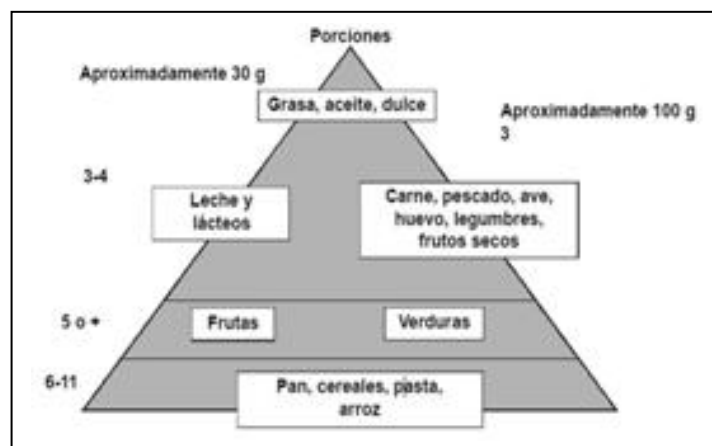
Habitualmente es suficiente con mantener las recomendaciones de una dieta sana y equilibrada, semejante a la Dieta Mediterránea (Fundación Dieta Mediterránea, 2010) expuesta en el apartado de estilos de vida o a la pirámide de los alimentos propuesta por la AECOSAN en la Estrategia NAOS. Las recomendaciones de hidratos de carbono y proteínas en cantidad y calidad son las mismas que para un adulto sano, sin olvidar que

el aporte correcto de grasas supone cubrir adecuadamente las necesidades de ácidos grasos esenciales (que el organismo no puede producir por sí sólo) y de vitaminas liposolubles (A, D y E) (Madruga y Pedrón, 2002; Palenzuela, 2014; Vitoria, Correcher y Dalmau, 2016).

El esquema clásico de distribución energética a mantener sería de un 15% de proteínas, un 30-35% de grasas y un 50-55% de hidratos de carbono (Figura 21). Estos últimos se distribuirían en cuatro tomas diarias habituales en las que el desayuno recibe el 20-25% del total calórico diario, el 30-35% en la comida, el 15-20% en la merienda y un 25% en la cena, debiendo además cumplir dos premisas: la primera es que se ajuste de forma dinámica atendiendo a su rápido crecimiento y su grado de actividad física. La segunda es que la calidad de los principios inmediatos de los alimentos sea la recomendable y se mantenga el equilibrio nutricional (Fundación Eroski, s.f.; Madruga y Pedrón, 2002; Varea y Moreno, 2015; Vitoria, Correcher y Dalmau, 2016).

Figura 21. Guía dietética recomendada para adolescentes

Fuente. Madruga y Pedrón C. (2002). (P. 309).



Según el estudio ANIBES (Antropometría, Ingesta y Balance Energético en España) en los niños y adolescentes españoles se han podido identificar cuatro patrones diferentes de alimentación (Soteras, 2016):

- Patrón “mediterráneo”: caracterizado por un mayor protagonismo de verduras, aceite de oliva, pescado, frutas, yogur y leches fermentadas, así como agua, y

con una ingesta menor de carnes procesadas, salsas, bollería, bebidas azucaradas y suplementos alimenticios. Este patrón es más cercano a la dieta mediterránea tradicional.

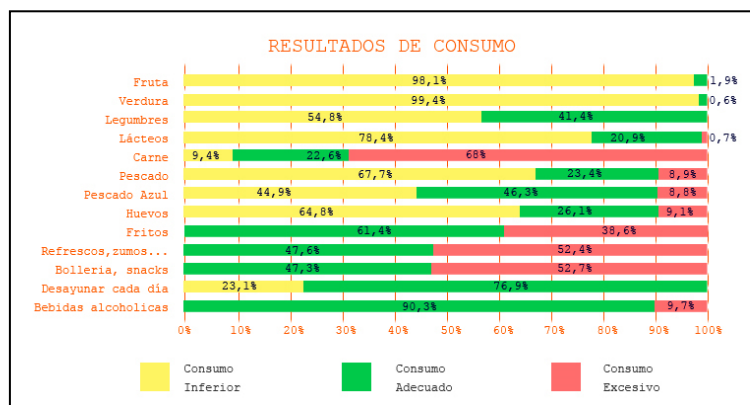
- Patrón “bocadillos”: caracterizado por un mayor aporte de pan, carnes procesadas y queso.
- Patrón “pasta”: con un alto aporte de pasta, salsas y aderezos, así como productos de bollería, pero con bajo consumo de legumbres.
- Patrón “leche y alimentos azucarados”: con alto aporte de leche, azúcar, alimentos azucarados y suplementos alimenticios.

Las chicas son las que más se aproximan al patrón alimentario mediterráneo, hallazgo que está en sintonía con los resultados de otros estudios que reflejan que las chicas obtienen puntuaciones más altas en patrones alimentarios más tradicionales (Moreno, et al, 2016; Pérez, et al., 2016; Soterias, 2016). Además se puede reseñar, que chicos y chicas consumen respectivamente 117 y 128 gramos diarios de verduras, 88,7 y 106 gramos diarios de frutas, 12,9 y 13,2 gramos al día de legumbres y 37,8 y 41,9 gramos diarios de pescado.

En consonancia con el estudio ANIBES, la Fundación Alicia y Kraft Foods Foundation iniciaron en 2011 el programa TAS (Tú y Alicia por la Salud), un programa trienal para estudiar los hábitos de alimentación y actividad física de los adolescentes españoles. Los resultados preliminares tras analizar 2516 individuos fueron esclarecedores: el 98% consumen menos de 5 raciones al día de fruta y verdura; el 23% nunca toma legumbres; el 78,4% no toma las raciones de lácteos diarias recomendadas; en el 68% la ingesta de pescado es escasa y nula en el 20% (Varea y Moreno, 2015; Fundación Alicia, 2016).

Figura 22

Figura 22. Resultados de consumo alimentario de los adolescentes españoles. Fase 1-Programa TAS
Fuente. Fundación Alicia (2016).



La adolescencia se ha convertido en un momento de riesgo nutricional. Los problemas asociados con la alimentación pueden venir por exceso de consumo, por consumo insuficiente o por consumo poco equilibrado o irregular. El retraso del crecimiento y de la maduración sexual son las principales consecuencias físicas de una dieta pobre en algunos nutrientes básicos durante la adolescencia, mientras que el exceso de consumo está claramente relacionado con la prevalencia de obesidad, hipertensión y enfermedades cardiovasculares. Por otra parte, es conocido el auge que entre los jóvenes españoles están tomando los trastornos del comportamiento alimentario como la anorexia, la bulimia. Numerosos estudios llegan a conclusiones en parte coincidentes, señalando que, por lo general, la dieta del adolescente no es lo suficientemente equilibrada (Bach-Faig, Prados, Salvador, 2015; Hernández, 2010; Ramos, 2010).

La adolescencia es una etapa difícil de la vida, por cuanto supone la transición entre dejar de ser niño y empezar a ser adulto. La nutrición adecuada en este periodo entraña también dificultades por la personalidad más independiente del adolescente, que lo lleva con frecuencia a no aceptar los valores existentes y a querer experimentar nuevos estilos de vida, incluidos los hábitos alimentarios. Varea (2015) muestra a través de la tabla 15 los factores que configuran el DAFO de la adolescencia y que en mayor o menor medida pueden repercutir en la nutrición en esta época de la vida.

Tabla 15. **Factores que configuran el DAFO de la alimentación en la adolescencia**

Fuente: Varea y Moreno (2015). (P. 124)

DEBILIDADES	AMENAZAS
Autoestima: autocomparaciones. Cambios fenotípicos rápidos. Vergüenza del físico: pudor, figura. Imagen de sí mismo. Antecedentes alimentarios inapropiados desde la infancia. Hiperafirmaciones por inseguridad en sí mismo. Sensación de incompreensión e incomprendido. Oposición visceral a los adultos. Requerimientos nutricionales muy individualizados.	Redes sociales. Internet. Publicidad. Opinión de grupo. Gusto por probar. Riesgo de inicio de hábitos tóxicos. Rechazo de los modelos válidos en su infancia. Búsqueda de nuevos modelos: héroes, artistas, compañeros... Abandono de hábitos nutricionales saludables. Aumento de las necesidades nutricionales.
FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
Sensibilidad por la salud y la ecología. Gusto por la conservación del físico. Capacidad de discernimiento de los mensajes. Acceso fácil a la información positiva. Se inicia la reafirmación de una personalidad positiva. Generosidad e idealismo.	Aportación a la familia de hábitos alimentarios correctos. Creación de nuevos ídolos ejemplares en deporte, solidaridad... Los buenos hábitos que se mantienen en la adolescencia, se conservan. La creación de programas educativos sobre hábitos y alimentación, apropiados a su edad, consiguen efectos duraderos.

Las debilidades y amenazas sin duda contribuyen a la falta de diversificación de la dieta, omisión de comidas principales como el desayuno y el almuerzo, falta de tiempo para las preparaciones caseras, comer fuera de casa, comprar comidas preparadas, horarios irregulares, incorrecta distribución de alimentos durante el día, escaso consumo de verduras, hortalizas, frutas y pescado, preferencia por los fritos sobre cualquier otra preparación culinaria, abuso de dulces, snacks, grasas y excesiva sal que estimulan el picoteo, consumo de refrescos o bebidas azucaradas que suelen ocupar el lugar de la leche y el agua, seguir dietas para adelgazar sin control profesional, abuso de proteínas en la dieta de los deportistas... Todos ellos errores alimentarios que sin duda deberemos de evitar (Alfaro, et al., 2016; Casas y Gómez, 2016; Fundación Eroski, s.f; Moreno, et al., 2013; Moreno, et al., 2016a; Oliva, et al., 2007; Ramos, 2010; Santinelli, 2011).

El desayuno y el almuerzo son las comidas más frecuentemente saltadas, pero las actividades sociales o deportivas pueden ser también causa de la ausencia del joven en su casa a la hora de la cena. En algunas ocasiones comen muy poco durante el día, y lo hacen exageradamente en la tarde o por la noche (Casas y Gómez, 2016; Hernández, 2010; Santinelli, 2011).

Aunque el picoteo entre horas se considera que disminuye el apetito para las comidas regulares y provee de pobre contenido nutricional (Casas y Gómez, 2016; Varela y Moreno, 2015), algunas raciones de queso, yogur y leche y/o frutas frescas pueden ser de interés en la alimentación regular de los adolescentes. La ventaja que el adolescente tiene sobre el adulto es que sus requerimientos calóricos son tantos que muchas veces esas calorías vacías no le impiden consumir los alimentos de buena calidad durante el resto del día. De todas maneras, es un hábito que no debe ser fomentado, ya que al terminar el crecimiento y disminuir las necesidades calóricas, este exceso puede conducir con facilidad a la obesidad (Casas y Gómez, 2016; Santinelli, 2011).

Frente al hecho de que las comidas rápidas contribuyen a la aparición de diversas enfermedades en la edad adulta al ser ricas en energía, grasa y sodio, y pobres en fibra, vitaminas C, A y ácido fólico por su carencia de frutas y hortalizas (Casas y Gómez, 2016; Santinelli, 2011). Palenzuela, et al. (2014, p53), manifiestan que el consumo de comida rápida a diario y semanalmente, a los 13 años es mayor que a los 11 y 12 años;

de modo que, a los 11, 12 y 13 años a diario la frecuencia es respectivamente: 7, 14 y 19 y semanalmente es de: 42, 39 y 47.

Por el contrario, la frecuencia con que los adolescentes comen con sus familias disminuye con la edad, tal y como se pone de manifiesto en las diversas ediciones del estudio HBSC (Tabla 16). Las comidas familiares no sólo permiten una mayor comunicación entre los adolescentes y sus padres, sino que también proporcionan un entorno ideal en el que los padres pueden ofrecer un modelo saludable de elecciones de comidas y bebidas y de actitudes hacia la alimentación. Se ha observado que los jóvenes que comen a menudo en casa consumen más frutas y vegetales y menos alimentos fritos. También se ha observado que el rendimiento académico es mejor cuando comen con sus familias (Beltran y Cuadrado, 2014; Casas y Gómez, 2016; Santinelli, 2011).

Tabla 16. Frecuencia con que los adolescentes desayunan y/o cenan en familia
Fuente: Elaboración propia a partir de: Moreno et al., (2016). (P. 126 y 128).

"¿CON QUÉ FRECUENCIA DESAYUNAS CON TU MADRE O TU PADRE?" EN FUNCIÓN DE LAS COMBINACIONES DE SEXO Y EDAD											
		Total		Sexo							
		Total		Chico				Chica			
		N	%	Grupo de edad				Grupo de edad			
				11-12 años	13-14 años	15-16 años	17-18 años	11-12 años	13-14 años	15-16 años	17-18 años
				%	%	%	%	%	%	%	%
¿Con qué frecuencia desayunas con tu madre o tu padre?	Todos los días	4298	28,1	44,8	34,5	23,1	16,6	45,8	27,5	16,3	10,8
	5-6 días a la semana	1075	7,0	7,1	7,0	5,0	9,3	7,6	6,2	6,2	7,9
	3-4 días a la semana	1178	7,7	9,4	8,6	7,7	6,3	7,0	9,4	7,0	6,1
	1-2 días a la semana	3988	26,1	19,2	25,1	27,9	25,7	23,1	28,1	29,3	31,9
	Menos de una vez a la semana	1455	9,5	5,8	7,4	11,4	12,9	6,2	8,2	11,7	13,9
	Nunca	3287	21,5	13,7	17,5	25,0	29,2	10,3	20,6	29,6	29,4
"¿CON QUÉ FRECUENCIA CENAS CON TU MADRE O TU PADRE?" EN FUNCIÓN DE LAS COMBINACIONES DE SEXO Y EDAD											
		Total		Sexo							
		Total		Chico				Chica			
		N	%	Grupo de edad				Grupo de edad			
				11-12 años	13-14 años	15-16 años	17-18 años	11-12 años	13-14 años	15-16 años	17-18 años
				%	%	%	%	%	%	%	%
¿Con qué frecuencia cenas con tu madre o tu padre?	Todos los días	9759	63,6	75,9	70,4	57,7	50,8	74,4	70,9	59,0	44,9
	5-6 días a la semana	1921	12,5	8,8	11,0	13,6	17,6	8,1	8,7	11,8	22,5
	3-4 días a la semana	1243	8,1	4,6	6,2	9,9	10,3	6,1	6,2	7,8	15,0
	1-2 días a la semana	1081	7,0	4,8	5,9	8,7	9,3	5,5	7,0	8,9	6,8
	Menos de una vez a la semana	524	3,4	2,8	2,7	3,7	4,1	2,5	3,2	5,3	3,3
	Nunca	822	5,4	3,1	3,8	6,4	8,0	3,4	4,0	7,3	7,6

Por otro lado, merece especial mención, aunque se comentará de nuevo en el apartado de obesidad, la preocupación que tienen los adolescentes en cuanto a su imagen corporal y que, en bastantes ocasiones, condiciona a llevar cabo dietas restrictivas para acercarse a un patrón ideal de belleza, influenciado por los modelos sociales del momento y que puede dar lugar a serios trastornos de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia y vigorexia) (Casas y Gómez, 2016; Fundación Eroski, s.f.; Moreno, et al., 2013; Moreno, et al., 2016a).

Teniendo en cuenta todo lo comentado y dado que la adolescencia es la última oportunidad de aplicar normas alimentarias y consejos de promoción de la salud, antes de la instauración de los hábitos definitivos de la edad adulta, es imprescindible instaurar/reforzar en la adolescencia un buen modelo de alimentación para que así los adecuados hábitos de alimentación adquiridos y/o consolidados en la adolescencia se conviertan en la adultez en rutinas que protejan la salud. El papel de la familia es fundamental en la educación y transmisión de las pertinentes pautas alimentarias.

Ante ello, es muy importante el rol educativo de la familia que ha de ayudar a sus hijos a adaptarse a las transformaciones corporales, al mismo tiempo que le ha de transmitir unos adecuados hábitos alimentarios y de vida (OMS, 2017f; Ramos, 2010; Santinelli, 2011).

3.5.1.2 El Patrón Actividad Física en la Adolescencia

La Actividad Física es importante para mantener el cuerpo en buen estado físico. Como hemos visto el cuerpo del adolescente está en pleno crecimiento y formación; por esto, es necesario formarlo adecuadamente y fortalecer los músculos para tener un cuerpo sano (Bobadilla, 2012; García 2009).

Pero además de esos innegables beneficios físicos, la práctica deportiva se sitúa entre una de las principales actividades realizadas por las/os adolescentes en su tiempo libre al tratarse de una práctica lúdica que resulta muy gratificante (García 2009; Oliva, et al., 2007), contribuye a mejorar el autoconcepto, disminuye los niveles de ansiedad y depresión (Candel, Olmedilla y Blas, 2008; García, 2009) y previene el consumo de tabaco, alcohol o drogas, ya que tiene ventajas en el proceso de maduración personal de los adolescentes (Bobadilla, 2012; García 2009; Santinelli, 2011).

La promoción de la actividad física en la infancia y adolescencia es importante no solo por el deterioro a corto plazo de la salud asociado con la inactividad física, sino también porque los bajos niveles de actividad en las primeras décadas de la vida están asociados con más factores de riesgo fisiológico en la edad adulta y el fomento de un estilo de vida sedentario a lo largo de toda la vida (Casas y Gómez, 2016; Hernández, 2010; Ramos, 2010).

Además de los beneficios para la salud, la práctica continuada de cualquier deporte contribuye a que:

Los adolescentes aprendan la importancia de la disciplina, la constancia y el esfuerzo. Fomenta igualmente la competitividad, que si se desarrolla con moderación puede ser muy beneficiosa en su vida. Los chicos y las chicas aprenden a disfrutar de las victorias y a hacerse fuertes con las derrotas. En el caso de los deportes de equipo, se amplía además la cantidad de beneficios para los chicos. Aprenden la importancia de contar con los demás, lo que desarrolla su sociabilidad; entienden la importancia de respetar la autoridad, la necesidad de seguir las reglas y la trascendencia de respetar a los rivales. (Bobadilla, 2012).

Según las recomendaciones de la OMS (2017a), “los adolescentes deben hacer una hora de actividad física aeróbica de intensidad moderada la mayoría de los días de la semana y otras 2-4 horas semanales de actividad más intensa”. Una actividad física aeróbica de intensidad moderada es cualquier ejercicio (marchar, correr, montar en bicicleta, nadar...) que hace trabajar al corazón entre un 55% y un 85% de sus pulsaciones máximas (Aznar, Webster y López, 2006; Bobadilla, 2012; González y Tur, 2015; Martínez y Grupo Previnfad, 2014; OMS, 2017^a). Para conseguir estas recomendaciones los niños y adolescentes pueden realizar las actividades que figuran en la Tabla 17.

TABLA 17. Actividades que permitirán a niños/as y adolescentes cumplir los niveles recomendados de actividad física.

Fuente: Aznar, Webster y López (2006). (P. 39).

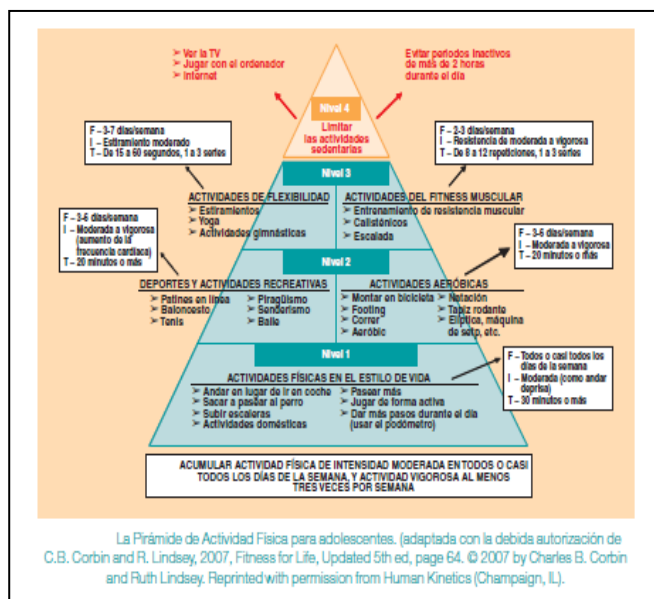
¿Cómo pueden llevar a cabo los niños, niñas y adolescentes estos niveles recomendados de actividad?	
Grupo de edad	Actividades
Niños/as	– Desplazamientos diarios a pie hasta y desde el centro escolar. – Sesiones diarias de actividad en el centro escolar (recreos y clubes de actividades). – 3 o 4 oportunidades de realizar juegos por las tardes. – Fines de semana: paseos más largos, visitas al parque o a la piscina, paseos en bicicleta, etc.
Adolescentes	– Paseo diario (o en bicicleta) desde y hasta el centro escolar. – 3 o 4 deportes o actividades organizados o informales de lunes a viernes. – Fines de semana: paseos, montar en bicicleta, natación, actividades deportivas.

La mayoría de los adolescentes más jóvenes en los países que aplican el GSHS (Global School-based student Health Survey) o HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) no alcanzan ese nivel. Los hombres más jóvenes tienden a ser más activos que las mujeres más jóvenes y los adolescentes de los países bajos y medios ingresos son más propensos a ser activos que en los países de altos ingresos. Aún así, en ningún país ni la mitad de sus adolescentes cumple con el nivel de actividad diaria recomendada (Bach-Faig, Prados, Salvador, 2015; Hernández, 2010; Moreno, et al., 2013; Moreno, et al., 2016; Ramos, 2010).

Datos que coinciden con los obtenidos en la Encuesta Europea de Salud de España 2014, el Informe 2016 sobre Actividad Física en niños y adolescentes en España y el programa PERSEO. Según la Encuesta Europea, la cifra de niños entre 5 y 14 años que realizan ninguna actividad física es del 12% (8% en varones y 16% en mujeres); y entre los 15 y los 24 años, un 45% realiza nada o muy escasa actividad (Comité de Actividad Física de la Asociación Española de Pediatría, 2014; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014). Por otra parte y según el Informe 2016 sobre Actividad Física en niños y adolescentes en España, solo el 30% de los niños y el 12% de las niñas menores de 10 años realiza un mínimo de 60 minutos diarios de actividad física global, teniendo en cuenta los juegos, los desplazamientos, las clases de educación física, los recreos en el colegio y la actividad física en el tiempo libre. En la franja de edad de los 11 y 12 años, las cifras de no cumplimiento varían entre el 39% de los niños y el 24% de las niñas. En los adolescentes –entre 13 y 17 años–, el 50% de los chicos cumple las recomendaciones diarias de actividad física, pero en el caso de las chicas solo el 14% alcanza los niveles requeridos (Fominaya, 2017; López, 2017), resultados coincidentes con los obtenidos en el programa PERSEO (Programa para la promoción de la alimentación y la actividad física saludables en el ámbito escolar), que indicaba que las chicas hacen menos ejercicio físico que los chicos, sobre todo en la adolescencia (Pérez, et al., 2016).

La Pirámide de Actividad Física de Corbin para adolescentes permite valorar cada uno de los componentes de la condición física relacionada con la salud, así como de la inactividad. (Figura 23)

Figura 23. Pirámide de Actividad Física de Corbin para adolescentes
Fuente: Aznar, Webster y López (2006). (P. 41).



No obstante, estas recomendaciones tendrán que estar principalmente adaptadas al estado de condición física, a la edad y el sexo del individuo, y también se tendrán en cuenta otros determinantes socioculturales y las preferencias del propio sujeto, así como las situaciones socioeconómicas (Aznar, Webster y López, 2006; Comité de Actividad Física de la Asociación Española de Pediatría, 2014).

En el caso de los niños y jóvenes inactivos, se recomienda un aumento progresivo de la actividad para alcanzar finalmente el objetivo indicado más arriba. Es conveniente empezar con una actividad ligera y aumentar gradualmente con el tiempo la duración, la frecuencia y la intensidad. También hay que señalar que si los niños no realizan ninguna actividad física, cualquier actividad inferior a los niveles recomendados será más beneficiosa que no hacer nada en absoluto (Aznar, Webster y López, 2006; OMS, 2017a).

Los adolescentes que padecen afecciones médicas crónicas o discapacidades no deben ser excluidos de las actividades físicas. Es posible que se deban modificar o adaptar algunas actividades, y que otras sean demasiado arriesgadas, en función de la afección concreta que padezcan (Aznar, Webster y López, 2006; Gavin, 2014).

No siempre la actividad física resulta saludable llegando a tener consecuencias negativas que hemos de tener siempre en cuenta y si se detectasen actuar para controlarlas. Entre las consecuencias negativas se encuentran la merma de la autoestima, la práctica excesiva acompañada de dietas muy restrictivas para perder peso, excesiva musculación de algunas actividades que en ocasiones se acompañan del uso de esteroides para ganar volumen y fuerza (Gavin, 2014; Oliva et al., 2007).

La frecuencia de práctica de deporte y de ejercicio físico, en el periodo extraescolar, entre los adolescentes de nuestro país ha descendido notablemente y además los adolescentes españoles figuran entre los menos activos de Europa (Hernández, 2010). El Consejo Superior de Deportes en su “Estudio de los hábitos deportivos de la población escolar en España” (2011) muestra que el 46% de los escolares en España son moderadamente sedentarios (11%) o sedentarios (35%) (Consejo de Ministros Español, 2013; González y Tur, 2015).

Entre los factores identificados en favorecer las conductas sedentarias se encuentran el tener una televisión u ordenador con juegos en la propia habitación del niño/adolescente, ir en coche u otro medio de locomoción al colegio, ver la televisión, jugar a la playstation o videojuegos y el uso de computadoras-internet en el tiempo libre, así como el menor nivel educativo y socioeconómico de los padres o un escaso número de horas de descanso nocturno (Casas y Gómez, 2016; González y Tur, 2015; Moreno, et al., 2013; Ramos, 2010; Santinelli, 2011).

Y precisamente las actividades que suelen desarrollar los adolescentes en su tiempo libre durante la semana o el fin de semana son: jugar con la videoconsola o ver la televisión. De modo que, un 80% de estos adolescentes superan la recomendación a nivel mundial de la Academia Americana de Pediatría y de la OMS de no dedicar al día más de 2 horas de uso de pantallas para un adecuado desarrollo físico, psicológico y social, dedicando una media de 4 horas diarias al tiempo invertido en ver televisión, jugar a videojuegos o navegar por Internet (Bach-Faig, et al., 2015; Oliva et al., 2007). Algunos adolescentes se sienten más cómodos haciendo vídeos de actividad física en su propia casa. Pero, aunque los videojuegos de ejercicios o de actividad física (como el tenis o los bolos) son una buena alternativa a las actividades sedentarias, no deberían sustituir al juego activo ni a la participación en el deporte.

Aunque el uso de las nuevas tecnologías y medios de comunicación está muy generalizado entre la juventud, también en este caso hay diferencias entre adolescentes en el volumen de tiempo que dedican a estas actividades (Tabla 18).

Tabla 18. Índices descriptivos de “¿cuántas horas al día, en tu tiempo libre, sueles dedicar a ver la televisión, videos (incluyendo youtube o similares), dvds, y otros entretenimientos en una pantalla?”
Fuente: Moreno et al. (2016). (P. 158-159).

				Media	Desviación estándar	N
Total	Total			2,3	1,6	14487
Sexo	Chico			2,4	1,6	7084
	Chica			2,2	1,6	7403
Grupo de edad	11-12 años			1,9	1,6	3842
	13-14 años			2,4	1,6	3592
	15-16 años			2,6	1,6	3560
	17-18 años			2,4	1,6	3493
Sexo por edad	Chico	Grupo de edad	11-12 años	2,1	1,7	1844
			13-14 años	2,4	1,6	1797
			15-16 años	2,6	1,6	1700
			17-18 años	2,4	1,6	1744
	Chica	Grupo de edad	11-12 años	1,6	1,4	1998
			13-14 años	2,3	1,7	1795
			15-16 años	2,6	1,7	1860
				Media	Desviación estándar	N
		17-18 años	2,4	1,6	1749	
Hábitat	Urbano			2,3	1,6	8693
	Rural			2,3	1,7	5793
Titularidad	Público			2,3	1,6	9724
	Privado			2,3	1,7	4763
Índice de Capacidad Adquisitiva Familiar	Bajo			2,5	1,7	3241
	Medio			2,3	1,6	7124
	Alto			2,1	1,6	3560

No obstante, lo cierto es que la mayoría de los adolescentes pasan mucho tiempo delante de las pantallas no quedando horas para mucho más, así Gavín (2014) afirma:

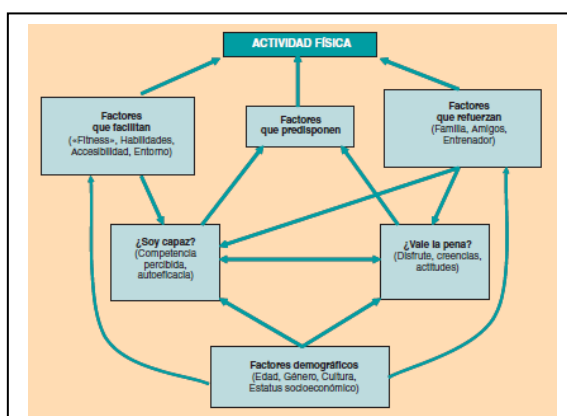
Los adolescentes han de afrontar muchas presiones sociales y académicas nuevas, aparte de tener que lidiar con los cambios físicos y emocionales propios de la adolescencia. Los estudios indican que, como promedio, los adolescentes dedican más de 7 horas y media diarias a distintos medios, como ver la televisión, escuchar música, navegar por Internet y jugar a videojuegos. No es de extrañar que los adolescentes parezcan no poder encontrar el momento para hacer ejercicio o que sus padres no consigan motivarlos para que estén activos. Además, el entorno ambiental y social, nos invita al sedentarismo y nos aleja de las actividades aeróbicas en espacios abiertos.

Si bien las personas que empezaron disfrutando del deporte y del ejercicio desde niños tienden a mantenerse activos durante toda la vida, en la adolescencia se produce una disminución importante de la actividad física (entre los 10 y 17 años, disminuye un 2,7 % anual en chicos y un 7,4 % en chicas), debido a: la pereza y una determinada actitud de pasotismo o abulia que caracteriza este periodo vital, limitaciones de tiempo, las horas de sofá, televisión y de pasatiempos electrónicos, inexistencia de un adulto-referente activo, los estereotipos de género que tienden a considerar que algunas actividades son más apropiadas para los varones, la competitividad que muchos deportes llevan aparejada, y que hace que aquellos chicos y chicas que no pueden alcanzar ciertos niveles de exigencia decidan abandonar con el consiguiente menoscabo de su autoestima (Aznar, et al., 2006; García 2009; González y Tur, 2015; Hernández, 2010; Oliva, et al., 2007; Varea y Moreno, 2015).

Ante ello, hay que intentar establecer unos buenos hábitos en la niñez para que durante la adolescencia solo haya que mantenerlos/motivarlos con un poco de apoyo o de estímulo y habrá que ofrecer razones para practicar deportes que vayan más allá de la búsqueda de éxito deportivo como pueden ser el sentirse más saludables y atractivos/as, divertirse, conocer gente, etc... (García, 2009; Gavin, 2014; Martínez y Grupo Previnfad, 2014; Oliva, et al., 2007).

Recientemente, Welk propuso un modelo (ver Figura 24) para predecir de forma específica la conducta de actividad física infantojuvenil. El Modelo de Promoción de la Actividad Física Infantojuvenil constituye una herramienta prometedora a la hora de explicar y de predecir la conducta de actividad física de niños, niñas y adolescentes, y puede ser utilizada para proporcionar una orientación sobre cómo promover eficazmente la actividad física en esta población.

Figura 24. El Modelo Welk de Promoción de la Actividad Física Infantojuvenil
Fuente. Aznar, Webster y López (2006). (P.49).



Ante la disminución de actividad física en la adolescencia que se pone de manifiesto en los estudios previamente mencionados hemos de tener en cuenta, al igual que se comentó en el patrón alimentario, que la adolescencia es una etapa difícil de la vida en la que los adolescentes se están definiendo a sí mismos como individuos y quieren tomar sus propias decisiones, de modo que son reacios a hacer otra cosa más de las muchas que ya les mandan. Para motivarles y fomentar la autonomía de los hijos/as, las actividades han de ser divertidas, adecuadas a sus horarios y en sintonía con sus amigos y los padres deben intentar ceder el control a los adolescentes sobre la forma en que deciden mantenerse activos físicamente y enfatizar que no importa lo que hagan, es suficiente con que sean activos físicamente de forma regular (Bobadilla, 2012; García, 2009; Gavín, 2014; Varea y Moreno, 2015).

Además de fomentar la autonomía de los adolescentes hemos de incidir en su autoestima para conseguir jóvenes activos; pues y tal como indica Torre (citado por García, 2009), la propia percepción de la habilidad motriz va a incidir en la elección, práctica y hábito de determinadas actividades físico-deportivas, refiriéndose la aptitud percibida a cómo un individuo compara la suya con la de sus pares de su misma edad y sexo. Por ello, los padres y madres deben ser conscientes del importante papel que juegan y no deben limitarse a animarles y facilitar la práctica, sino que además debe interesarse por la forma en la que practican y se organizan (Nuviala, Ruíz y García, 2003) y en la medida de lo posible ofrecerle un modelo positivo haciendo ejercicio también con su hijo/a (Fundación para la Investigación Nutricional, 2016; Gavin, 2014).

Según datos recogidos por la Fundación para la Investigación Nutricional (2016, p.16) en el Informe 2016 sobre Actividad Física en niños y adolescentes en España, el 71% de los niños y adolescentes de 6 a 18 años que practican deporte declaran que una parte de la actividad física la realizan con algún familiar, siendo el porcentaje superior entre los niños que entre las niñas y disminuyendo con la edad; así el 80% de los niños activos entre 8 y 9 años declaran que una parte de la actividad física la realizan con algún familiar frente al 40% de los adolescentes de 16 a 18 años.

Aunque el fin de semana resulta un buen momento para realizar actividad física en familia no se debe olvidar que el día a día ofrece multitud de oportunidades para educar en hábitos de actividad física a los/as hijos/as. Ir caminando al centro educativo, utilizar

las escaleras en lugar de los medios mecánicos, ayudar en las tareas domésticas y colaborar en la compra, etc., son excelentes oportunidades para realizar actividad física, además de favorecer la colaboración y la comunicación familiar.

En el centro educativo, los recreos son momentos óptimos para promocionar la actividad física. Muchas veces los espacios donde se llevan a cabo esos momentos de recreo están monopolizados por deportes como el fútbol relegando a la población que no participa en esta actividad a permanecer más sedentarios. Las estrategias de prevención de la obesidad deberán de tener en cuenta estos espacios de recreo para proponer diferentes tipos de actividades y juegos que motiven a la mayoría y que permitan que se activen sin fomentar ciertas desigualdades de género o de condición física.

Las horas lectivas dedicadas actualmente a la educación física son consideradas insuficientes y aunque muchos adolescentes realizan actividades extraescolares de tipo deportivo o baile, no alcanzan al conjunto de la población adolescente. Por ello, hay que recordar que después del centro educativo también existen multitud de oportunidades para moverse e interiorizar la actividad física como un hábito normalizado (Aznar, et al., 2006; Gavin, 2014).

Una vez que los adolescentes consiguen realizar el ejercicio físico preciso con regularidad el mantenimiento suele ser más sencillo, pues la sensación de bienestar, reducción del estrés e incremento de la fuerza y de la energía que aporta el ejercicio, les impulsa a continuar,

3.5.1.3 El Patrón Ritmo “Vigilia-Sueño” en la Adolescencia

Algunos de los ritmos biológicos, como el ciclo vigilia/sueño, siguen una periodicidad circadiana, es decir se repiten cada 24 horas. El ciclo diario de vigilia/sueño permite organizar nuestra conducta en el tiempo y sincronizar internamente la regulación de muchos procesos biológicos, también de periodicidad circadiana, como puede ser el ritmo de la temperatura corporal, el ritmo del cortisol, el ritmo de la excreción de la hormona de crecimiento, etc.

El ritmo vigilia/sueño está regulado por el núcleo supraquiasmático del hipotálamo y este núcleo, que actúa como nuestro reloj biológico precisa de sincronizadores externos e internos que ayudan a mantener el ritmo encarrilado. Dentro de los sincronizadores externos más importantes están la luz y las normas o hábitos sociales. Entre los sincronizadores internos destacan la secreción de Melatonina, el ritmo de la temperatura y el ritmo de excreción de cortisol (García-Portilla, 2012; Merino y Pin, 2013).

Durante las últimas horas del día el organismo segrega melatonina, que es la hormona que induce el sueño. Y durante el sueño nocturno, se produce sobre todo otra hormona, el cortisol, que nos prepara para afrontar con energía el nuevo día. Este ritmo de secreción hormonal se denomina ritmo circadiano, sigue la luz del sol y representa nuestro reloj biológico.

Otro de los procesos importantes que suceden durante el sueño, es la secreción de hormona de crecimiento, produciendo la regeneración celular y restauración del organismo que acompaña a la pubertad. Por supuesto que no podemos decir sin más, que los que descansan menos crecen menos, pues otros factores como la herencia genética tienen que ver con la talla que alcance una persona, pero si es cierto que el sueño es fundamental (Key Melatonin Clavis health for longevity, 2009; Lomonaco, 2013; Merino y Pin, 2013).

Es precisamente este reloj biológico el que nos hace tener sueño durante la noche y estar despiertos durante el día. El ritmo de vigilia sueño del recién nacido no tiene una periodicidad circadiana sino que es de tipo ultradiano (repetición de las fases de vigilia y sueño cada 3 o 4 horas). No es hasta los 6 meses que el núcleo supraquiasmático del hipotálamo adquiere la periodicidad circadiana ayudado por los sincronizadores externos (rutinas o hábitos de sueño, exposición a la luz y ruido, etc.) e internos (establecimiento del ritmo circadiano de secreción de Melatonina y del ritmo de la temperatura corporal) (Merino y Pin, 2013).

El requerimiento de horas de sueño depende de la etapa del ciclo vital y de las características individuales. En el adulto puede ser suficientes 7/8 y a medida que nos hacemos longevos las necesidades de sueño nocturno descienden a 5/6 horas. En la etapa de adolescente, se requiere entre 8 a 10 h al día para reponer energías, poder rendir al día

siguiente, y sobre todo para cumplir con los procesos biológicos que sólo tienen lugar durante el sueño, la preparación para la actividad, la regeneración neuronal y la secreción de hormona del crecimiento (Key Melatonin Clavis health for longevity, 2009; Paruthi, et al., 2016).

En condiciones normales, los despertares durante el sueño disminuyen significativamente en la etapa prepuberal, respecto a la infancia (Grupo de trabajo de la GPC sobre trastornos del Sueño en la Infancia y adolescencia en Atención Primaria, 2011; Merino y Pin, 2013) y suele producirse un retardo en el horario de dormir al demorarse la secreción de la melatonina que se refleja también en el despertar más tardío (Gavin, 2013; Key Melatonin Clavis health for longevity, 2009; Pikolin, 2012).

Respecto a las siestas, se puede decir que un niño después de los 3 años ya no la requeriría, sin embargo es común que hasta los 18 meses los niños duerman dos siestas, una por la mañana y otra por la tarde, reapareciendo la necesidad de dos siestas cortas de 10/20 minutos en el adulto infancia (Grupo de trabajo de la GPC sobre trastornos del Sueño en la Infancia y adolescencia en Atención Primaria, 2011; Merino y Pin, 2013).

Pero los estudios realizados ponen de manifiesto que la norma se cumple parcialmente, pues los adolescentes deberían dormir entre 8 a 10 h en 24 horas y la realidad desvela que el total de tiempo dormido decrece durante las noches de los días que asisten a clases, durmiendo en promedio, entre 6,5 a 8,5 h. La disminución de las horas de sueño se hace más extrema las noches de fin de semana, donde los adolescentes pueden llegar a pasarlas en vigilia debido a las actividades festivas que suelen realizar. En este contexto, también es conveniente considerar que en la adolescencia ocurre un complejo proceso de adaptación social, que en un sin número de casos se ve alterado por las presiones sociales. Ante éstas, los jóvenes adoptan comportamientos de interacción social asociados con la vida noctámbula, que no están acordes con la edad, como fiestas que se inician en horas de la madrugada, en los fines de semana y también durante la semana, ingesta de alcohol, entre otras conductas que generan alteraciones del ciclo sueño-vigilia (Masalán, Sequeida y Ortiz; 2013; Oliva, et al., 2007).

Datos que no coinciden con los obtenidos en la última edición del estudio HBSC (Moreno, et al., 2016) (Tabla 19), en el que aunque disminuyen ligeramente a medida

que aumenta la edad, los adolescentes suelen dormir entre 7,5 y 9,1 horas durante semana y 8,9 y 10,2 durante el fin de semana las horas de sueño son muy semejantes por grupos de edad no estando muy alejados de las recomendaciones dadas.

Tabla 19. Índices descriptivos de “Número de horas de sueño”

Fuente: Elaboración propia a partir de: Moreno et al. (2016). (P. 146-147).

ÍNDICES DESCRIPTIVOS DE "NÚMERO DE HORAS DE SUEÑO						
				Número de horas de sueño, los días de entre semana		
				Media	Desviación típica	N
Total		Total		8,2	1,1	16844
Sexo por edad	Chico	Grupo de edad	11-12 años	9,0	1,0	2170
			13-14 años	8,3	0,9	2171
			15-16 años	7,8	1,0	2031
			17-18 años	7,5	0,9	1917
	Chica	Grupo de edad	11-12 años	9,1	0,8	2343
			13-14 años	8,3	0,9	2075
			15-16 años	7,8	0,9	2161
			17-18 años	7,6	1,0	1975

					Número de horas de sueño, los días de fin de semana		
					Media	Desviación típica	N
Total		Total		9,5	1,7	16870	
Sexo por edad	Chico	Grupo de edad	11-12 años	9,5	2,0	2189	
			13-14 años	9,5	1,7	2180	
			15-16 años	9,1	1,7	2025	
			17-18 años	8,9	1,6	1931	
	Chica	Grupo de edad	11-12 años	10,2	1,5	2343	
			13-14 años	10,0	1,4	2077	
			15-16 años	9,6	1,4	2160	
			17-18 años	9,1	1,5	1965	

Ante todo esto podría haber en la adolescencia una alteración importante del ritmo circadiano pues la capacidad de quedarse despiertos hasta muy tarde con la televisión, internet y video-juegos (asociada a demora en la secreción de melatonina) se acompaña del levantarse pronto para ir al centro educativo durante la semana y el trasnochar, acompañado de la ingesta de alcohol, durante el fin de semana al comenzar las fiestas y bailes muy tarde. Con lo cual lejos de reponer energías durante el fin de semana, el desgaste es mayor, y las horas de sueño son menos, así que están en una especie de déficit crónico de sueño que conlleva una insuficiente producción de cortisol y con ello los problemas/consecuencias negativas (Key Melatonin Clavis health for longevity, 2009; Masalán, et al., 2013; Saludemia, 2017).

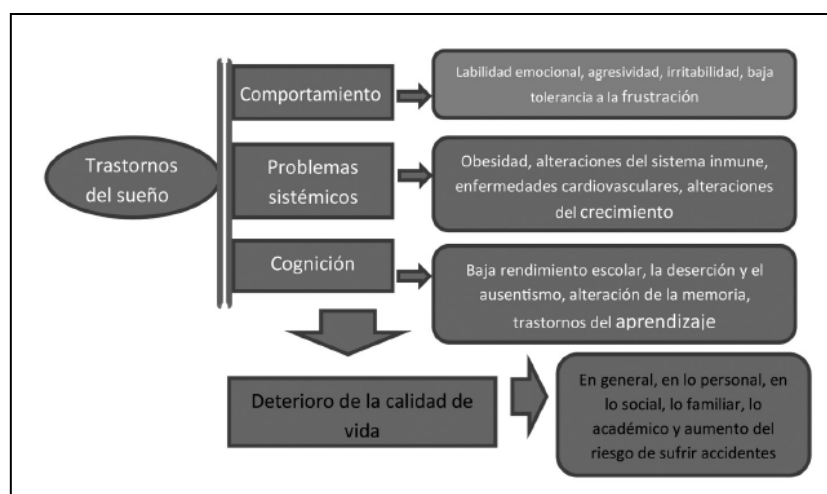
En otras ocasiones, los adolescentes no trasnochan el fin de semana e intentan ganar horas de sueño durante el fin de semana pero tampoco funciona, pues al llegar de nuevo el lunes no se tiene sueño a la hora de ir a la cama, llegando a un punto que el

propio reloj biológico se descontrola (Lomonaco, 2013). Se ha llegado a decir incluso que modificar el patrón sueño-vigilia en unas horas durante los fines de semana puede alterar el ciclo normal de sueño más que el jet-lag de los viajes largos (Saludemia, 2017).

Los problemas del sueño en los niños y adolescentes, a diferencia de lo que les sucede a los adultos, tendrán un impacto negativo en el desarrollo, referido al comportamiento, al rendimiento académico y el crecimiento. Sin duda que también esto puede asociarse a estrés o a indicadores de un estilo de vida poco saludable (Busto, 2016; Masalán, et al., 2013) y afectara la dinámica y la calidad de vida familiar (Grupo de trabajo de la GPC sobre trastornos del Sueño en la Infancia y adolescencia en Atención Primaria, 2011). Cuanto más descansados estén, más motivados se sentirán, la autoestima y la creatividad aumentan, se desenvuelven mejor en la vida cotidiana e incluso mejora el rendimiento deportivo (Lomonaco, 2013; Pikolin, 2012).

La falta de sueño nocturno tiene otras consecuencias negativas a largo plazo en el organismo (Figura 25), ya que puede incidir en la generación de alteraciones en el propio sueño (insomnio), la memoria y la manifestación de dificultades en el razonamiento lógico. También se ha relacionado la falta de sueño con comer en exceso, sedentarismo, un aumento de peso (obesidad), diabetes, depresión y abuso de medicamentos, cafeína, alcohol, tabaco. Asimismo, existen relaciones con alteraciones del sueño, alteraciones del sistema inmune, enfermedades cardiovasculares, incremento de accidentes (Bach-Faig, et al., 2015; Busto, 2016; Gavin, 2013; Key Melatonin Clavis health for longevity, 2009; Martin y Zieve, 2016; Masalán, et al., 2013; Saludemia, 2017).

Figura 25. Efectos de los trastornos del sueño
Fuente. Masalán, Sequeida y Ortiz (2013). (P. 559)



La alta prevalencia de trastornos del sueño en la población constituye un tema transversal del cuidado de la población, no sólo por el notorio aumento de tales alteraciones, sino por las variadas consecuencias que conlleva en el cumplimiento de las tareas propias del desarrollo, en el mantenimiento de la salud y en las proyecciones para las etapas futuras.

Pero, a partir de los diferentes estudios realizados no solo se han obtenido evidencias de la presencia de hábitos poco adecuados en la población en general, y en los adolescentes, en particular, sino también de la carencia de conocimientos sobre como afecta el buen dormir en el desarrollo de una vida saludable; aún más, se evidencia un desconocimiento generalizado acerca de los beneficios que reporta en cada etapa del ciclo vital el dormir bien. Lo anterior trae como consecuencia la formación de hábitos inadecuados y una escasa o inexistente valoración del sueño en la vida del ser humano; con lo cual no están dadas las condiciones para generar comportamientos autorregulatorios, que contribuyan en la prevención de las nefastas consecuencias que traen consigo las alteraciones del ciclo normal del sueño, tanto en términos funcionales, orgánicos como psicológicos (Masalán, 2013).

Ante ello hay que concienciar a los adolescentes y a las familias que descansar por la noche no es secundario, y los padres al igual que inciden en la alimentación de sus hijos también deben ser firmes con el sueño/descanso teniendo en cuenta una serie de recomendaciones generales que ayudaran a regular el ritmo vigilia-sueño (Gavin, 2013; Lomonaco, 2013; Martín y Zieve, 2016; Pikolin, 2012). (Tabla 20)

Tabla 20. Recomendaciones para regular el ritmo vigilia-sueño
Fuente. Elaboración propia

RECOMENDACIONES PARA REGULAR EL RITMO VIGILIA-SUEÑO	
• Establecer reglas respecto a la hora de dormir/periodos de sueño: ○ Ir a la cama a la misma hora todas las noches. El hecho de acostarse cada día a la misma hora indica al cuerpo que ha llegado el momento de irse a dormir. Por ello habrá que intentar no retrasar más de una hora el momento de acostarse. ○ Levantarse cada día a la misma hora también ayudará a establecer un patrón regular de sueño, de modo que habrá que intentar adaptarse a ese horario, incluso los fines de semana, no levantándose más de 2 ó 3 horas más tarde de lo que se hace el resto de la semana. ○ Levantarse con la luz de la mañana. La luz matutina le indica al cuerpo que es hora de levantarse y ponerse en marcha. Si en la habitación no entra el sol, encender la luz en cuanto suene el despertador. ○ No hacer siestas demasiado largas. Si se duerme la siesta, no dormir más de 30 minutos durante las horas de sol o evitar la siesta demasiado tarde. ○ Controlar las horas de sueño extra los fines de semanas	
	• Limitar la cantidad de noches entre semana y durante el fin de semana que se está fuera de casa más allá de la hora de la cena.

• Restringir el uso de la cama sólo para dormir, no para mirar TV ni para leer.
• Realizar diariamente actividad física que canse un poco y ayude a necesitar el sueño. Pero intentar no hacer ejercicio justo antes de acostarse, porque podría activar y dificultar que se concilie el sueño.
• Controlar la ingesta de alimentos y líquidos por la tarde-noche: No es bueno acostarse con hambre, pero tampoco habiendo comido demasiado. Respecto a los líquidos habrá que tratar de no tomar demasiado líquido antes de acostarse
• Evitar actividades estimulantes al menos dos horas antes de ir a dormir: una sobre estimulación en el último cuarto del día, hace que nuestro cerebro experimente un nivel de activación que nos impide conciliar el sueño.
• Evitar los estimulantes. No tomar bebidas con cafeína, como los refrescos de cola o el café, después de las 4 de la tarde. La nicotina también es un estimulante. Y beber alcohol por la noche puede provocar inquietud e insomnio.
• Organizar y realizar las tareas y actividades durante el día para evitar pasar noches sin dormir para estudiar.
• Establecer límites a la tecnología. Intentar evitar la televisión, la computadora u otros aparatos electrónicos, así como el teléfono móvil (incluyendo los mensajes de texto) durante por lo menos una hora antes de acostarse.
• Promover actividades de relajación. Cerca de una hora antes de la hora de dormir es aconsejable hacer algo relajante como leer un libro, escuchar música relajante o tomar un baño tibio. Cada persona debe encontrar el modo de relajarse para poder dormir.
• Asegurar condiciones ambientales adecuadas para dormir: Tener un dormitorio bien ventilado, con temperatura adecuada. Evitar ruidos y exceso de luz. Dotar de un equipo de descanso (colchón, almohada, somier...) adaptado a cada persona.

3.5.2 LOS ADOLESCENTES Y LA OBESIDAD

Diversos autores (Cascales ,2015; Cinfasalud, 2015; Hernández, 2010 y Sevilla,2016) recuerdan que la principal causa de la obesidad en los adolescentes es el abandono de la dieta mediterránea, a la que se suman el progresivo abandono de hábitos alimenticios saludables, el cambio hacia un ritmo de vida acelerado (que lleva a consumir más *comida rápida* o *comida basura*) y la escasa práctica del ejercicio físico. Además, la FAO advierte que “estos hábitos alimenticios se forjan en la juventud y, de hecho, 4 de cada 5 niños obesos lo seguirán siendo de mayores” (Cascales, 2015,p.23).

Por otra parte, la OMS al evaluar los factores de riesgo que contribuyen a la carga total de la enfermedad (Dahlgren, y Whitehead, 2010) ha identificado un conjunto básico de 10 indicadores/factores entre los que se encuentran el sobrepeso y obesidad (5º lugar), el consumo insuficiente de frutas y verduras (6º lugar) y la Inactividad física (7º lugar). Por otra parte, se sabe que el sobrepeso y la obesidad están fuertemente asociadas con un aumento de la mortalidad cardiovascular en la edad adulta, siendo la asociación más fuerte en la adolescencia que a principios de la infancia (Aranceta-Almeida, et al., 2011; Bartrina, et al., 2016; Güemes-Hidalgo y Muñoz-Calvo, 2015; Twig, et al., 2016)

Ante ello, la OMS en el Plan de acción mundial de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020 (conocido como Plan de acción mundial de la OMS sobre las ENT), al que hemos hecho referencia con anterioridad,

incluye nueve metas mundiales de aplicación voluntaria siendo la meta 3 “Reducción relativa de la prevalencia de la actividad física insuficiente en un 10% para 2025” y la meta 7 “Detención del aumento de la diabetes y la obesidad para 2025” (Mendis, et al., 2014).

Los resultados internacionales del estudio (HBSC) muestran en sus últimas ediciones que España se encuentra entre los países con más prevalencia de obesidad en la etapa adolescente, junto a Estados Unidos, Malta, Canadá, Gales o Italia. Y el estudio AVENA llevado a cabo con adolescentes españoles, constata que casi 1 de cada 5 jóvenes en España se encuentra en la actualidad en riesgo de presentar algún problema de índole cardiovascular cuando sea adulto (Ramos, 2010; Moreno, et al., 2013; Moreno, et al., 2016a).

Por todo ello, y aunque los adolescentes constituyen un grupo de población con indicadores de morbilidad y mortalidad baja (Unicef, 2011), disminuyendo incluso la prevalencia del sobrepeso/obesidad si se comparan con otros grupos de población, tal y como se como de manifiesto en la edición del 2014 del HBSC (Moreno, et al., 2016^a) (Tabla 21) y la World Obesity Federation, (2015a) (Figura26). La obesidad y la inactividad física, que además son unos factores que se inician o potencian en la adolescencia, constituyen una preocupación tanto en los países industrializados como en el mundo en desarrollo (Guevara-Valtier, et al., 2015; Salmerón y Casas, 2013; Unicef, 2011; Valerio, 2016; World Health Organization, 2014a).

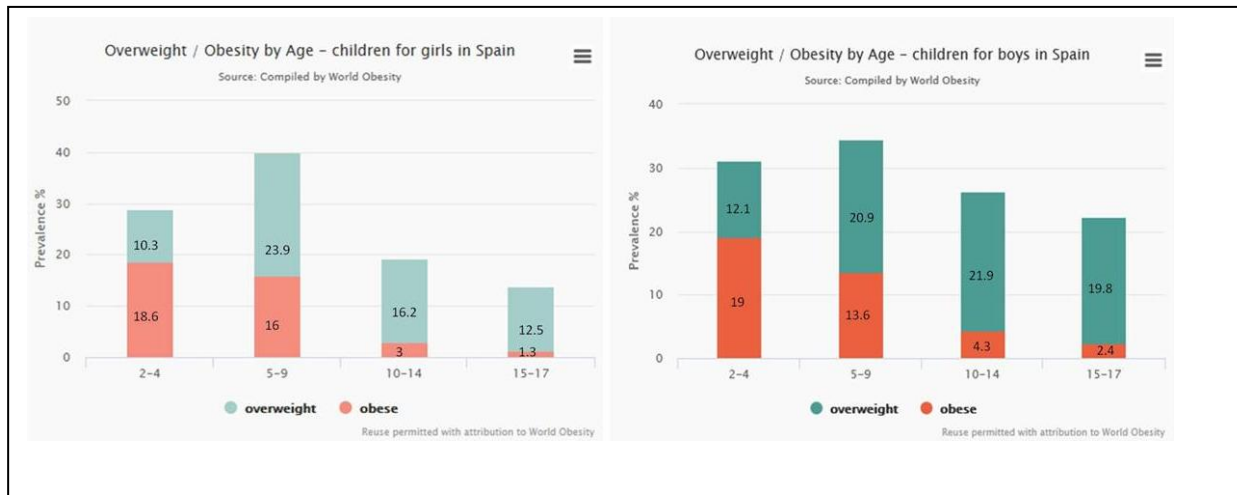
Tabla 21. Índice Masa Corporal y Seguimiento de dietas u otro modo para perder peso

Nota. Fuente: Elaboración propia a partir de datos Moreno et al. (2016b). (P. 15-16).

Estudio HBSC 2014 sobre las conductas de los escolares relacionadas con la salud				
Índice de Masa Corporal*				
		Índice de Masa Corporal		
		No sobrepeso ni obesidad	Sobrepeso	Obesidad
Resultados con toda la muestra de ESPAÑA	N total	23352	4096	748
	% total	82,8%	14,5%	2,7%
	11-12 años	79,2%	17,1%	3,6%
	13-14 años	82,3%	15,0%	2,7%
	15-16 años	82,8%	14,7%	2,5%
	17-18 años	86,8%	11,3%	1,9%
Seguimiento de alguna dieta u otro método para perder peso				
		¿En este momento estás siguiendo alguna dieta o haciendo otra cosa para perder peso?		
		No	Si	
Resultados con toda la muestra de ESPAÑA	N total	27907	5175	
	% total	84,4%	15,6%	
	11-12 años	82,7%	17,3%	
	13-14 años	85,4%	14,6%	
	15-16 años	83,9%	16,1%	
	17-18 años	84,9%	15,1%	

Figura 26. Prevalencia sobrepeso/obesidad infancia-adolescencia

Fuente: Elaboración propia a partir de: World Obesity. Overweight/Obesity by age category



Como en los adolescentes prevalecen dos factores: cómo es visto y tratado por los demás y cómo se percibe por sí mismo, la obesidad además de ser predictora de enfermedad, es un potente factor de insatisfacción corporal y un factor de riesgo de llevar a cabo comportamientos no saludables, con el objetivo de adelgazar. De este modo, otro elemento a tener en cuenta al valorar el problema de la obesidad en la adolescencia no solo es su prevalencia, sino también la percepción que los adolescentes tienen de su cuerpo, el modo en que consideran son vistos por los demás y el como ellos controlan su peso (Raich, 2008; Sevilla, 2016). El análisis comparativo de las tres ediciones (2002, 2006 y 2010) del estudio HBSC (Moreno, et al., 2013) pone de manifiesto que:

- La percepción de la imagen corporal no muestra cambios destacables a lo largo de las tres ediciones analizadas. Alrededor de la mitad de los adolescentes españoles se percibe con una talla adecuada, seguidos de aquellos que se ven un poco gordos (en torno al 30%). Por último, el menor porcentaje de adolescentes se coloca en los extremos, en torno al 3% en ambos lados de la distribución.
- La percepción de la imagen corporal como un poco o demasiado gorda varía entre chicos y chicas, siendo más las chicas las que perciben su cuerpo como más gordo de lo que consideran adecuado que los chicos. Concretamente las chicas tienden a aumentar esta imagen negativa de su cuerpo de manera

llamativa desde los 11 a los 16 años, mientras que los chicos se mantienen prácticamente constantes en los distintos rangos de edad.

- La variable de capacidad adquisitiva familiar muestra que conforme disminuye el nivel socioeconómico de los adolescentes, existe mayor porcentaje de percepción de obesidad.
- La mitad de los adolescentes no realiza ninguna conducta de control de peso porque consideran que su peso es correcto y, además, esta actitud ha aumentado desde 2002 hasta 2010.

Los resultados de la última edición de ese mismo estudio (Tabla 22) manifiestan que las chicas tienen peor percepción de su imagen corporal que los chicos, además mientras en los chicos la percepción se mantiene estable a lo largo de los años (13-14 años: 68,7%, 15-16 años:59,3%, 17-18 años: 63,0%) en las chicas va empeorando con la edad (13-14 años: 54,6%, 15-16 años:42,7%, 17-18 años: 41,6%).

Tabla 22. Satisfacción con la imagen corporal

Fuente. Elaboración propia a partir de Moreno et al., (2016). (P. 825, 828, 831).

		Total		Sexo							
		Total		Chico				Chica			
		N	%	Grupo de edad				Grupo de edad			
				11-12 años	13-14 años	15-16 años	17-18 años	11-12 años	13-14 años	15-16 años	17-18 años
				%	%	%	%	%	%	%	%
Qué sientes tú por tu cuerpo. Me siento frustrado/a con mi apariencia física.	Totalmente en desacuerdo	4071	31,4	-	43,8	39,4	36,6	-	31,3	21,2	18,4
	En desacuerdo	2790	21,5	-	21,7	23,4	23,1	-	20,7	20,9	19,5
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3326	25,6	-	18,2	22,1	25,2	-	26,2	28,6	32,2
	De acuerdo	1781	13,7	-	10,6	10,7	9,6	-	12,3	17,1	21,1
	Totalmente de acuerdo	1003	7,7	-	5,7	4,4	5,5	-	9,5	12,2	8,9

		Total		Sexo							
		Total		Chico				Chica			
		N	%	Grupo de edad				Grupo de edad			
				11-12 años	13-14 años	15-16 años	17-18 años	11-12 años	13-14 años	15-16 años	17-18 años
				%	%	%	%	%	%	%	%
Qué sientes tú por tu cuerpo. Estoy satisfecho/a con mi apariencia.	Totalmente en desacuerdo	937	7,3	-	5,4	7,0	3,9	-	8,1	10,5	8,5
	En desacuerdo	1630	12,6	-	7,7	11,8	12,0	-	10,9	17,5	15,1
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3304	25,6	-	18,2	22,0	21,1	-	26,4	29,4	34,7
	De acuerdo	4248	32,9	-	31,8	32,8	39,1	-	31,9	28,7	32,5
	Totalmente de acuerdo	2809	21,7	-	36,9	26,5	23,9	-	22,7	14,0	9,1

		Total		Sexo							
		Total		Chico				Chica			
		N	%	Grupo de edad				Grupo de edad			
				11-12 años	13-14 años	15-16 años	17-18 años	11-12 años	13-14 años	15-16 años	17-18 años
				%	%	%	%	%	%	%	%
Qué sientes tú por tu cuerpo. Odio mi cuerpo.	Totalmente en desacuerdo	6553	50,7	-	66,0	59,0	59,3	-	47,3	37,7	37,5
	En desacuerdo	2541	19,7	-	16,1	18,8	19,6	-	19,3	22,1	21,6
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2214	17,1	-	11,9	13,9	14,6	-	16,7	20,9	23,7
	De acuerdo	805	6,2	-	3,0	4,0	3,5	-	8,7	8,4	9,2
	Totalmente de acuerdo	805	6,2	-	2,9	4,3	3,0	-	8,1	10,8	8,0

Pallares y Baile (2012) en el estudio que realizaron con 62 niños y niñas de una media de 11.5 años de la Comunidad de Madrid, en relación a la insatisfacción corporal, confirmaron que a partir de los 11 años los niños y las niñas ya se muestran insatisfechos con su figura y refieren: creer que no tienen el peso adecuado, no estar satisfechos con su imagen física y peso corporal y, al menos en alguna ocasión, haber controlado la ingestión de comida para evitar engordar. Los valores de satisfacción corporal son más altos cuando el índice de masa corporal (IMC) es inferior y, al contrario, se reducen de forma muy significativa a medida que se incrementa dicho IMC.

Según lo visto, en la adolescencia no serán solo las prevalencias/incidencias del sobrepeso/obesidad lo que nos incite a actuar sino las percepciones del peso e imagen corporal y los hábitos alimentarios, actividad física y descanso de los adolescentes que en muchas ocasiones están alterados siendo el peso normal. Por ello, el objetivo de las intervenciones no será la obesidad ni el sobrepeso sino los estilos de vida y percepciones de los adolescentes (Hernández, 2010; Madruga y Pedrón, 2002).

3.5.2.1 Adolescencia y trastornos de la conducta alimentaria (tca)/ desórdenes alimentarios (de)

Como hemos ido comentando en apartados anteriores, aunque la obesidad no es un trastorno de la conducta alimentaria propiamente dicho, sí constituye un factor de riesgo importante para el desarrollo de esos trastornos, de hecho muchos adolescentes que desarrollan anorexia o bulimia nerviosa tuvieron sobrepeso u obesidad con anterioridad y algunos tienen bulimia y obesidad al mismo tiempo.

La clave para considerar un patrón alimentario determinado como trastorno de conducta no está sólo en el grado de preocupación que la persona tiene por la comida y por el acto de comer, sino además por el grado de preocupación que esa persona tiene por cómo es y cómo se ve, incluyendo un amplio conjunto de sentimientos, actitudes y conductas relacionadas con la comida (Oliva, et al., 2007; Raich, 2008; Sevilla, 2016).

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son la tercera enfermedad crónica más común en los adolescentes, después de la obesidad y el asma (Golden, Schneider y Wood, 2016; López y Treasure, 2011). Por lo que los trastornos de la conducta

alimentaria constituyen un importante problema de salud pública hoy día (Golden, et al., 2016; Leis y Gil, 2015; López y Treasure, 2011; Veses, et al., 2011; Villa y Ferrer, 2006). En los países occidentales estos trastornos han aumentado de forma muy significativa en los últimos años, siendo cada vez más frecuentes no sólo en las chicas, sino también entre los chicos (Oliva, et al., 2007). Aproximadamente entre un 2% y un 4% de mujeres jóvenes sufre síndromes completos de trastornos del comportamiento alimentario (TCA). En España, teniendo en cuenta las formas clínicas y subclínicas, la tasa de morbilidad oscila entre un 3,3% y 5,56% en adolescentes de 12 a 20 años (Raich, 2008).

En cuanto a las causas de los trastornos de la alimentación podemos recordar que existen distintos factores que son responsables de su aparición, pero que no deben ser considerados de forma aislada, ya que se necesita de una combinación de varios de ellos para que el trastorno se desarrolle (Asociación contra la anorexia y la Bulimia, 2017; Beresovsky, 2016; Golden, et al., 2016; Merino, Pombo y Godás, 2001; Oliva, et al., 2007; Santinelli, 2011; Unicef, 2011; Valerio, 2016) (Tabla 23).

Tabla 23. Causas de los trastornos de la conducta alimentaria
Fuente. Elaboración Propia

CAUSAS DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	
FACTORES SOCIOCULTURALES	Modificación de los modelos de belleza en los países occidentales, asociando la belleza con la delgadez.
	Consideración de la obesidad como problema de salud y el abordaje con regímenes dietéticos milagrosos, con escasas bases científicas.
FACTORES PERSONALES Y FAMILIARES	El desarrollo puberal: ante los cambios corporales que se producen en la pubertad las chicas se preocupan por su imagen y sienten que se alejan del ideal de belleza.
	Impacto de acontecimientos vitales estresantes: divorcio de progenitores, muerte de familiar cercano...
	Rasgos de la personalidad: perfeccionismo, baja autoestima, sumisión excesiva a los padres...
	Trastornos afectivos: irritabilidad, ansiedad, tendencia a la tristeza, sentimientos de infelicidad...

Aunque como hemos dicho, la obesidad no es condición necesaria para desarrollar TCA, el estudio AFINOS (2000) (actividad física como un agente preventivo del desarrollo de sobrepeso, obesidad, infecciones, alergias y factores de riesgo cardiovascular en adolescentes) ha demostrado que los adolescentes con exceso de grasa corporal muestran un mayor riesgo de sufrir trastornos de la alimentación que aquellos

con peso normal, estando en consonancia con los resultados de otros estudios (Jáuregui, 2011; Veses, 2011).

En esa línea varios autores manifiestan que los adolescentes que terminan adoptando comportamientos alimenticios desordenados son adolescentes que tienen sobrepeso y que han comenzado por eliminar alimentos que ellos consideran “malos” o “poco saludables” al tratar de bajar de peso “comiendo sano”. De ese modo, los primeros intentos para bajar de peso comiendo de manera saludable pueden progresar a graves restricciones en la dieta, la omisión de comidas, períodos prolongados de hambre, o el uso auto-inducido del vómito, pastillas para adelgazar o laxantes. Con el ejercicio ocurre algo semejante pues los intentos iniciales de aumentar la actividad física para alcanzar las recomendaciones saludables pueden progresar hasta el ejercicio compulsivo y excesivo, incluso hasta el punto en el que el adolescente se despierta por la noche para hacer ejercicio (Golden, et al., 2016; Jáuregui, 2011; Santinelli, 2011; Veses, et al., 2011).

Los TCA que se desarrollan en el contexto de la obesidad anterior pueden tardar en diagnosticarse y tratarse; al ser, en un principio, alabada y reforzada la pérdida de peso por miembros de la familia, amigos y profesionales sanitarios, posteriormente la excesiva y permanente preocupación con la pérdida de peso puede conducir al aislamiento social, irritabilidad, dificultad para concentrarse, pérdida de la autoestima, profundo temor a ganar el peso perdido de nuevo, y la distorsión de la imagen corporal (Golden, et al., 2016; Jáuregui, 2011; Santinelli, 2011; Veses, et al., 2011).

Si bien no hay duda del incremento de la obesidad en las últimas décadas, la incidencia y prevalencia de los TCA no son tan claras y menos aún la relación que guarda con la obesidad en la población general; por ello, Jáuregui (2011, p.626) afirma:

Tal vez el reto más importante en el estudio de la relación entre sobrepeso-obesidad y TCA sea analizar la tendencia en el tiempo. Pues, hoy en día nos encontramos con dos hechos probados: por un lado, la progresiva mayor presencia de sobrepeso-obesidad no ha originado un aumento de incidencia de TCA, y por otro lado, sistemáticamente, el riesgo de TCA es mayor en personas con sobrepeso-obesidad.

La participación de la familia en el tratamiento tanto de la obesidad como de los TCA en la adolescencia se ha determinado que es más eficaz que si el foco es solo el adolescente. Un enfoque integrado para la prevención de la obesidad y TCA se centra menos en el peso y más en la modificación mantenida del estilo de vida de la familia (Golden, et al., 2016). Además, se debe enseñar a las/os adolescentes que la belleza no es algo que se pueda comprar o vender, que no se adquiere comprando pastillas adelgazantes, maquillaje o ropa cara. Es preciso que promovamos una imagen propia que sea saludable y realista, ensalzando virtudes que vayan más allá de la imagen corporal, como la honestidad, la inteligencia, la integridad y la generosidad (Oliva, et al., 2007; Unicef, 2011).

Como resumen de este apartado y así poder dar paso al siguiente apartado “Familia” estableciendo una continuidad entre los contenidos de los cuatro apartados se puede resaltar que:

La adolescencia es un período del desarrollo humano de cambios que transforman al niño en adulto (Carretero, 1985; OMS, 2017f; Ramos, 2010; Unicef, 2011). Todos estos cambios se articulan en cuatro grandes áreas: cambios en el desarrollo físico o biológico, cambios en el desarrollo cognitivo, cambios en el desarrollo emocional y cambios en el desarrollo social (Alfaro, 2015; Ramos, 2010). Definiéndose así la personalidad y construyendo la independencia y se fortalece la autoafirmación.

A pesar de que no existe una definición de adolescencia aceptada internacionalmente ni tampoco unanimidad con respecto a cuántas subetapas la componen, cómo denominarlas y cuál es la duración de cada una de ellas, la Unicef (2011) y la OMS (2017f) establecen que los adolescentes son personas con edades comprendidas entre los 10 y los 19 años; es decir, la segunda década de la vida y será este margen de edad el que se tenga en cuenta en esta tesis al referirnos a la adolescencia.

Habitualmente suelen confundirse los términos adolescencia y pubertad, y aunque están relacionados no son lo mismo de modo que la pubertad se corresponde con una serie de cambios físicos en el organismo humano cuyo producto final es, básicamente, la completa maduración de los órganos sexuales y La adolescencia consiste en una etapa del desarrollo del ser humano que se inicia con la pubertad y en la que se producen no

solamente cambios físicos, sino también cambios cognitivos, emocionales y sociales (Carretero, 1985).

Coincidiendo con la pubertad se produce una disminución de la autoestima debido a: los cambios en el aspecto físico las variaciones que suelen producirse en el contexto escolar (cambio de la educación primaria a la secundaria), el incremento de la competitividad que no es exclusivo del ámbito académico sino que suele extenderse al área de la actividad física y los deportes y por último, se inician las relaciones heterosexuales y chicas y chicos deberán enfrentarse a la complicada tarea de buscar pareja y resultar atractivas y atractivos a otras personas (García, 2009; Oliva, et al., 2007; Unicef, 2011).

Sus nuevas capacidades cognitivas les hacen más autónomos pero no más independientes de sus progenitores. Autonomía que, con frecuencia, entra en conflicto con el sistema familiar y que va a requerir un cambio en la dinámica de las relaciones familiares pues la familia continua manteniendo una fuerte influencia en los adolescentes (Alfaro, 2015; Hernández, 2010; Oliva, et. al., 2007; Ramos, 2010).

Durante la adolescencia temprana, las actitudes y comportamientos vinculados con la salud están esencialmente influenciados por las necesidades corporales que chicos y chicas tienen en el presente (relacionadas con la imagen corporal, el aspecto, crecimiento y desarrollo físicos), más que por las consecuencias a largo plazo de sus hábitos y estilos de vida. Posteriormente en la adolescencia, las conductas relacionadas con la salud se vinculan cada vez más con los procesos psicosociales unidos a este periodo de la vida “necesidad de sensaciones y experiencias nuevas” (Oliva, et al., 2007; Unicef, 2011; Viner, 2012).

Aunque los cambios que se producen en la adolescencia proporcionan abundantes oportunidades de desarrollo para que los adolescentes lleven a cabo tanto conductas que pongan en riesgo su salud como conductas ligadas a un estilo de vida saludable (Alfaro, 2015; Oliva, et al., 2007; Ramos, 2010) y los datos que se desprenden de diversos estudios (Alfaro, 2015; Pérez et al., 2016) son contradictorios entre sí. Lo cierto es que los cambios físicos, emocionales (desconfianza, inseguridad, cambios de humor, etc.), la personalidad más independiente del adolescente, lo llevan con frecuencia a no aceptar

los valores existentes y a querer experimentar nuevos estilos de vida (incluidos los hábitos alimentarios, actividad física, descanso), acompañándose de:

- Riesgos nutricionales, estando asociados los problemas alimentarios con un exceso de consumo, un consumo insuficiente o un consumo poco equilibrado o irregular. Por otra parte, los cambios físicos, emocionales (desconfianza, inseguridad, cambios de humor, etc.)
- Abandono, disminución de la actividad física del chico/a si lo que oferta la práctica deportiva no despierta interés (García, 2009).
- Problemas del sueño que tienen un impacto negativo en el desarrollo, referido al comportamiento, motivación, autoestima, creatividad, rendimiento académico y deportivo y el crecimiento, (Busto, 2016; Masalán, et al., 2013) y en la dinámica y la calidad de vida familiar (Grupo de trabajo de la GPC sobre trastornos del Sueño en la Infancia y adolescencia en Atención Primaria, 2011; Lomonaco, 2013; Pikolin, 2012).

A pesar de ello, la mayoría de los jóvenes goza de buena salud, siendo sin duda mejor que la de generaciones anteriores y en cuanto a la obesidad/sobrepeso su prevalencia es menor que en otros grupos de edad; pero, aún así la mortalidad y la morbilidad entre los adolescentes siguen siendo elevadas y las enfermedades que presentan pueden afectar a su capacidad para crecer y desarrollarse plenamente, a su salud en la edad adulta y a la de generaciones futuras (Patton, et al., 2012; Sawyer, et al., 2012; Unicef, 2011).

De hecho está demostrado que gran parte de las patologías que provocan más morbilidad y mortalidad en la edad adulta tienen relación con los hábitos y costumbres que se adquieren o consolidan durante la adolescencia. En cuanto al sobrepeso y la obesidad se ha demostrado que: el riesgo de persistencia de la obesidad es de un 79% en la edad adulta cuando la obesidad está presente entre los 10-14 años y uno de los padres es obeso (Frelut, 2011; Güemes-Hidalgo y Muñoz-Calvo, 2015; Whitaker, et al., 1997) y que la asociación del sobrepeso y obesidad con el aumento de la mortalidad cardiovascular en la edad adulta es más fuerte en la adolescencia que a principios de la infancia (Aranceta-Almeida, et al., 2011; Bartrina, et al., 2016; Güemes-Hidalgo y Muñoz-Calvo, 2015; Twig, et al., 2016).

Por ello, el estilo de vida de los adolescentes es un asunto que suscita mucha preocupación en nuestra sociedad, y no sólo entre los profesionales, y se insiste en evitar la adopción de estilos de vida no saludables y, en caso de que se hayan iniciado de forma experimental, intentar modificarlos antes de que se establezcan de forma definitiva para así contribuir a que esos hábitos sean rutinas protectoras de la salud e la edad adulta y a la mejora de esperanza y calidad de vida de la población (Alfaro, 2015; Bach-Faig, Prados y Salvador, 2015; González y Tur, 2015; Guevara-Valtier, et al., 2015; Hernández, 2010; Ramos, 2010; Rodrigo, et al., 2004; Salmerón y Casas, 2013; Unicef, 2011; Valerio, 2016; World Health Organization, 2014a).

En cuanto a los sentimientos negativos de las chicas con respecto al propio atractivo físico/imagen corporal que en ocasiones les lleva a seguir dietas restrictivas para acercarse a un patrón ideal de belleza, hay que añadir la discriminación y el abuso basados en el género y la reacción de las personas que rodean a la chica pudiendo desencadenar serios trastornos de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia y vigorexia) (Carretero, 1985; Casas y Gómez, 2016; Fundación Eroski, s.f.; García, 2009; Moreno, et al., 2013; Moreno, et al., 2016a; Oliva, et al., 2007; Raich, 2008; Sevilla, 2016). Por ello, aunque la obesidad en la adolescencia no es una patología prevalente y no es un trastorno de la conducta alimentaria propiamente dicho, sí constituye un factor de riesgo importante para el desarrollo de esos trastornos, no pudiendo establecer la relación que existe entre ambas.

Los diferentes estudios realizados no solo ponen en evidencia la presencia de hábitos poco adecuados y la percepción errónea del peso y la imagen corporal en la población en general, y en los adolescentes en particular, sino también de la carencia de conocimientos de como afectan la percepción del peso y la imagen corporal y los hábitos de alimentación, actividad física y descanso en el desarrollo de una vida saludable; aún más, se evidencia un desconocimiento generalizado acerca de los beneficios que suponen en cada etapa del ciclo vital (Alfaro, 2015).

Fruto de todo lo previamente concluido la adolescencia representa un período de crisis que exige readaptaciones continuas a los propios adolescentes y a los que conviven con ellos (familia, grupo de iguales y otras personas de referencia) (Alfaro, 2015). En cuanto a la familia, no siempre es capaz de readaptarse a los cambios del adolescente y

desempeñar el incuestionable papel educativo que se le atribuye en el fomento, modificación, instauración, transmisión de hábitos saludables en sus hijos; por lo que, se pone de manifiesto el apoyo que precisa (García, 2009; OMS, 2017f; Ramos, 2010; Unicef, 2011) y adquieren sentido las intervenciones socioeducativas de las familias con hijos/as adolescentes.

Y como, en la adolescencia no son solo las prevalencias/incidencias del sobrepeso/obesidad lo que nos incite a actuar sino las percepciones del peso e imagen corporal y los hábitos alimentarios, actividad física y descanso de los adolescentes que en muchas ocasiones están alterados siendo el peso normal, el objetivo de las intervenciones no será la obesidad ni el sobrepeso sino los estilos de vida y percepciones de los adolescentes y las necesidades socioeducativas de las familias que se derivan de su incapacidad para adaptarse a los cambios del adolescente y desempeñar el incuestionable papel educativo que se le atribuye (Hernández, 2010; Madruga y Pedrón, 2002).

4. LA FAMILIA

Preparar a los adolescentes para la edad adulta, y en particular para su responsabilidad como ciudadanos, es la labor fundamental de las familias, las comunidades y los gobiernos durante esta etapa de su crecimiento.

Un informe reciente en el *Journal of Community Psychology* (en Unicef, 2011, p.70) arroja luz sobre esta cuestión, al explicar que organizar a los jóvenes supone una nueva función para los adultos. “En lugar de dirigir, los adultos necesitan estar en un segundo plano, realizando tareas de seguimiento, ofreciendo orientación, facilitando las cosas, pero sin ponerse al mando. Los jóvenes quieren el apoyo de adultos en forma de diálogo, de asesoramiento y de conexiones con las fuentes del poder institucional, comunitario y político”.

Recordando el microsistema de Bronfenbrenner (Gifre y Guitart, 2012), el segundo estrato o nivel 3 “Redes sociales y comunitarias” descrito por Dahlgren y Whitehead (2010) o la esfera de la familia que menciona Harrison (2011); la creación de un entorno que favorezca el desarrollo positivo y adaptación a la sociedad de los adolescentes, implica abordar los valores, actitudes y comportamientos de las entidades y agentes que tienen que ver con la socialización de los adolescentes –**la familia**, los compañeros, las escuelas y los servicios–; así como, el contexto más amplio de las normas establecidas dentro de las comunidades, los medios de comunicación, la legislación, las políticas y los presupuestos (Gimeno, 1999; Miquelez, et al., 2015; Unicef, 2011).

Aunque los hogares españoles cada vez son más pequeños y numerosos (Ine, 2016), los ciudadanos españoles continúan situando a la familia entre sus mayores prioridades, por delante de la pareja, los amigos, el trabajo, el dinero o el tiempo libre, como señala el estudio Meaningful Brands 2013 (Casassus, 2013); por lo que, la conveniencia de su protección es incuestionable. Ante ello, el Gobierno de España ha puesto en marcha el Plan Integral de Apoyo a la Familia (PIAF) 2015-2017 (Consejo de Ministros Español, 2015) y el Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales en el OBJETIVO 2 del II PENIA (Consejo de Ministros Español, 2013, p. 2) se plantea: “Avanzar en la promoción de

políticas de apoyo a las familias en el ejercicio de sus responsabilidades, y facilitar la conciliación de la vida laboral y familiar”.

El desarrollo de la vida familiar está directamente condicionado por el entorno en el que se produce tal y como afirman Bronfenbrenner (Gifre y Guitart, 2012), Dahlgren y Whitehead (2010) y Harrison (2011) ; por ello, en la línea estratégica 3 del PIAF se hace referencia a dicho entorno y a diversas actuaciones/medidas para mejorarlo; concretamente, y centrándonos en el tema de la obesidad, podemos ver que la medida 89 sociosanitaria de apoyo a la familia consiste en: “Llevar a cabo acciones de sensibilización y concienciación sobre el papel de la familia en la prevención de la obesidad en el marco de la Estrategia NAOS, incluyendo el desarrollo de un portal educativo dirigido tanto a profesores como a familias en la página web de la Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN)” (Consejo de Ministros Español, 2015, p.54).

Desde una perspectiva socio-psico-pedagógica la familia podría entenderse como “un sistema de participación y exigencias entre personas unidas por vínculos afectivos y/o consanguíneos, Así y desde una perspectiva socio-psico-pedagógica, tal y como Martínez, Pérez y Álvarez (2007) afirman:

La familia constituye un contexto social, educativo y de aprendizaje, que puede contribuir, de darse las condiciones adecuadas, al desarrollo humano y personal de todos sus componentes, ya sean niños, jóvenes o adultos, en todas las etapas de su desarrollo biológico y evolutivo y contribuye también al desarrollo social, dada la función socializadora que cumple la familia a través de la educación. (p.13)

4.1 La función educadora de la familia

Ante todo, la familia tiene una función educadora inicial de sus hijos, pues debe cumplir dos objetivos generales: desarrollar un auto-concepto sano y la habilidad de aprender a aprender. Al analizar la influencia educativa de la familia se han de tener en cuenta tres aspectos fundamentales: la continuidad, la duración o tiempo de exposición y el afecto que atraviesa a las anteriores (Martínez, Pérez y Álvarez, 2007; Reparaz y Naval, 2014; Rodrigo, Martín y Máiquez, 2010). La fuerza y la especificidad de esa influencia familiar en la educación infantil está cimentada no solamente en que desde

muy temprano la familia influye en el desarrollo social, físico, intelectual y moral de sus hijos, sino también porque todo ello se produce sobre una base emocional tan fuerte que esta influencia queda marcada de por vida; el esfuerzo posterior que se necesite hacer para transformar efectos no adecuados de esas influencias (creencias, hábitos o actitudes) será grande, tanto si la intención de modificarlo procede de motivaciones internas como si la actuación proviene del exterior.

En cuanto a la modificación de los hábitos, es preciso recordar que estos constituyen formas repetidas de reaccionar frente a una situación determinada, que se obtiene a través de un entrenamiento sistemático; o lo que es lo mismo, es la tendencia que existe de repetir un acto que se ha realizado previamente y que, una vez establecido, se realiza automáticamente, sin necesidad de analizar qué se está haciendo. Para el niño, la formación de un hábito pasa primeramente por ver cómo debe actuar. El ejemplo que ofrecen los padres y demás adultos que viven con él, genera una huella que se actualiza en momentos clave, y si son constantes logran el propósito por lo que es importante alertar a los padres que el ejemplo es lo más importante para conseguir buenos resultados en el proceso educativo de sus hijos (Jimenez, 2005; López, 2016; Oliva, et al., 2007; Ortega, 2014).

Los primeros hábitos a formar son, indiscutiblemente, aquellos que están relacionados con las necesidades básicas infantiles, como son: la alimentación, el sueño/descanso, la actividad física, entre otras (Fundadeps, 2012; Jimenez, 2005; Montesinos, et. al, 2014). Y que como hemos visto en los apartados anteriores pueden prevenir o predisponer al desarrollo de la obesidad.

La educación familiar se circunscribe al ámbito de la educación informal/no intencional, y se caracteriza por ser un proceso permanente, sin estructuración preconcebida, sino que las pautas van surgiendo en la medida en que se den las necesidades. Esta educación exige de los padres y cuidadores, el desarrollar competencias para atender a sus descendientes y para crear ambientes sanos y seguros para su desarrollo integral, que le permitan realizar un acompañamiento afectuoso e inteligente al proceso de crecimiento, desarrollo, estimulación y salud integral, recurriendo a diversas formas de expresión de sus potencialidades y al reconocimiento de sus necesidades y desarrollos (Alfaro, 2015; Rodrigo, Martín y Máiquez, 2010).

Este tipo de educación tiene que ver con conocimientos, actitudes y conductas o hábitos, que se adquieren mediante las experiencias de vivir en contacto con los demás, es decir, en la familia se aprende por contacto directo en la vida cotidiana, a partir de la observación y la imitación, siendo de gran importancia el modelado del comportamiento de los mayores (Canovas, 2010; Gimeno, 1999; Rodrigo, Martín y Máiquez, 2010).

Es en el hogar donde los adolescentes adquieren los valores básicos, las actitudes y creencias, las ideas, las normas, los hábitos y las destrezas que van configurando su bagaje cognitivo y experiencial; por ello, es importante que progenitores sean conscientes de los mensajes que transmiten en cada momento a sus hijos, ya que se constituyen en referentes de aprendizaje para ellos (Aldaya y Miranda, 2016; Alzate, 2012). Las características sociodemográficas y la estructura del hogar pueden asociarse en ocasiones a patrones educativos diferenciales en el hogar (Alzate, 2012; Canovas, 2010; INE, 2017a; INE, 2017b; INE, 2017c; INE, 2017d).

Aunque muchos padres sienten ante sus hijos adolescentes que tienen poco poder de influencia educativa sobre ellos, los estudios indican que la familia sigue siendo la principal responsable de la función educadora del adolescente, al constituir el contexto más importante que modula la influencia de los demás contextos (centro educativo, los compañeros, la tecnología o la comunidad), potenciando o moderando su influencia (Alfaro, 2015; Rodrigo, Márquez y García 2004; Rodrigo, Martín y Márquez, 2010b).

Cada familia crea su modelo educativo familiar propio, pues no todos los padres asumen de la misma forma su responsabilidad educativa; dicho modelo familiar está influenciado por las competencias parentales, que se reflejarán en el conjunto de creencias, hábitos, valores, mitos y propósitos que fundamentan la acción educativa de los padres sobre sus hijos y que se manifiestan en normas, estilos educativos y de comunicación, actitudes, estrategias y pautas de conducta que regulan no solo la relación entre padres e hijos sino la de estos entre sí. (Gimeno, 1999; Iglesias, 2016; Rodrigo, Martín y Márquez, 2010a).

El diálogo, la escucha, comprensión, el afecto, normas negociadas y flexibles, fomento de la participación, respeto de autonomía... son algunas de las competencias parentales necesarias para llevar a cabo una acción educativa familiar positiva con hijos

adolescentes (Garrido, 2014d; Oliva, et al., 2007; Rodrigo, Martín y Márquez, 2010b). Según este nuevo enfoque de Parentalidad Positiva (Consejo de Europa, 2006), la tarea de ser padres en la sociedad actual conlleva varios aspectos, tal y como Rodrigo, Martín y Márquez (2010b) mencionan:

En primer lugar, supone el establecimiento de vínculos afectivos sanos, protectores y estables con los hijos. Los hijos necesitan relaciones cálidas, que les den la seguridad de ser aceptados y permitan satisfacer sus necesidades evolutivas. En segundo lugar, los padres deben proporcionarles apoyo, acompañamiento e implicarse positivamente en su educación. Los hijos necesitan que los padres estén ahí en el día a día, apoyándoles no sólo en lo material sino también en lo emocional y ejerciendo su tarea con autoridad parental, no como amigos sino como padres. En tercer lugar, la tarea de los padres supone proporcionarles una estructura, guía y supervisión para que aprendan las normas y valores y pongan límites a su comportamiento. Los hijos necesitan contar con dichas normas y orientaciones así como con la supervisión parental para el desarrollo de sus propios valores y de la responsabilidad personal y social. En cuarto lugar, los padres deben mostrar reconocimiento a sus hijos, interesándose por su mundo, deseosos de escucharles, de comprenderles y de tener en cuenta sus puntos de vista, permitiéndoles que jueguen un papel activo en la vida de la familia y en sus decisiones. Los hijos necesitan que sus padres tengan en cuenta sus experiencias y les ayuden a interpretarlas, contrastarlas o validarlas. Por último, los padres deben promover la capacitación de los hijos, potenciando su percepción de que son agentes activos, capaces de realizar transformaciones sobre el mundo e influir sobre la conducta de los demás. Los hijos necesitan que los padres potencien sus fortalezas ya existentes y favorezcan el desarrollo de nuevas capacidades. (p 10-11)

4.2 Estilos educativos familiares

Tal y como lo plantean Aroca y Cánovas (2012) la familia por ser la primera estructura de acogimiento para el menor, posee gran importancia respecto a otros espacios en el desarrollo integral de éste, pues en la familia tienen lugar transmisiones decisivas y persistentes para ese ser humano en formación, las cuales se expresan a partir de estilos parentales concretos.

Así, uno de los esfuerzos más importantes por analizar qué variables del comportamiento de los progenitores favorecen en mayor medida el bienestar de hijas e hijos ha sido el realizado por diferentes autores a través del constructo de los *Estilos Educativos*. El origen de esta clasificación lo encontramos en los trabajos de Diana Baumrind, que en la década de los 60 del pasado siglo creó una tipología de madres y padres en función del grado de control y supervisión que ejercían sobre la conducta de sus hijos e hijas y del cariño y afecto que les demostraban. Así identificó tres estilos: *Democrático, Autoritario, y Permisivo o Indulgente*. Las madres y padres democráticos se caracterizaban por elevados niveles de exigencia y afecto hacia sus hijos e hijas. Los autoritarios eran progenitores muy exigentes y poco comunicativos y afectuosos. Finalmente, los permisivos o indulgentes, aún siendo muy cariñosos y comunicativos con sus hijas e hijos, no les ponían límites ni normas (Baumrind, 1973; Canovas y Aroca, 2012; Castrillon y Giraldo, 2014; Oliva, et. al, 2007).

En 1983 Maccoby y Martín (como cita Oliva, et. al, 2007, p. 143) completaron la clasificación de Baumrind añadiendo un cuarto tipo de progenitores al que llamaron *Negligente o Indiferente*, y que estaba formado por aquellos que ni eran afectuosos, ni establecían ningún tipo de límite sobre la conducta de hijos e hijas. El modelo final quedó configurado por cuatro estilos de madres y padres en función de dos dimensiones: *afecto/comunicación y control/establecimiento de límites*.

Estos estilos educativos han ido tomando diferentes denominaciones, como Perfil de Estilos Educativos Familiares (PEF), Estilo Educativo Familiar (EEF), o Estilo Educativo Parental (EEP). En España se han explorado varios modelos de estilos educativos, entre los cuales cabe mencionar el de Magaz y García (1998), que define dichos estilos como “el conjunto de ideas, creencias, valores, actitudes y hábitos de comportamiento de los padres y profesores respecto a la educación de sus hijos y alumnos”. Todos estos aspectos constituyen habilidades de comportamiento cognitivo, emocional, personal y social ampliamente valorados en la sociedad actual, que facilitan la adaptación personal, académica, social y laboral del individuo. (Martínez, Pérez y Álvarez 2007; Rodrigo, Martín y Márquez, 2010a).

Si bien los aspectos afecto/comunicación y control/establecimiento de límites son fundamentales para el correcto desarrollo de hijas e hijos, durante la adolescencia una

tercera dimensión cobra especial importancia: el fomento de la autonomía. La adolescencia es una etapa de transición que sitúa a chicos y chicas al inicio de la vida adulta, esto supone que sus madres y padres deben hacer un esfuerzo por mantener la cercanía al mismo tiempo que estimulan su independencia y les animan a crecer de forma autónoma (Iglesias, 2016; Oliva, et. al, 2007; Rodrigo, Martín y Márquez, 2010b). En los últimos años se han realizado diversos estudios en los que se ha analizado la relación entre los estilos educativos y el ajuste adolescente, llegando a demostrar que:

El estilo democrático es el que favorece en mayor medida el desarrollo de chicos y chicas. Las hijas e hijos de progenitores democráticos presentan niveles más altos de autoestima y de desarrollo moral, manifiestan un mayor interés hacia los estudios, un mejor rendimiento académico y una mayor motivación, consumen con menor frecuencia alcohol y otras drogas, son menos influenciados por el grupo de iguales, y presentan menos problemas de conducta en general. Por el contrario, adolescentes que han crecido en un estilo indiferente tienden a presentar toda una gama de problemas académicos, emocionales y conductuales, debido por un lado a que han carecido de un ambiente cálido y afectuoso, y por otro, a que no han tenido ningún tipo de guía ni control para su comportamiento. En niveles intermedios aparecen los adolescentes hijos e hijas de progenitores autoritarios y permisivos. Los primeros, debido al ambiente familiar excesivamente frío y controlador, aunque pueden ser obedientes y disciplinados y manifestar un buen rendimiento escolar, al menos en un primer momento, presentan más dificultades internas, caracterizadas por problemas emocionales, síntomas depresivos y poca confianza en ellos mismos. Es frecuente que cuando el control es muy severo estos chicos y chicas terminen rebelándose ante sus padres, especialmente al principio de la adolescencia, momento en el que suelen buscar una mayor libertad y autonomía mientras que sus padres y madres intentan seguir manteniendo un control estricto. Finalmente, las hijas y los hijos de familias con un estilo permisivo suelen manifestar dificultades a nivel conductual, tales como el consumo abusivo de alcohol y drogas o dificultades para controlar sus impulsos. (Oliva, et al., 2007, p. 144-145)

A partir de los datos obtenidos en la Encuesta del CIS sobre opiniones y actitudes sobre la familia (2014) el Consejo de Ministros Español (2015, p. 61) afirma que:

Los nuevos estilos educativos de padres y madres dirigidos a solventar de forma negociada y por consenso los conflictos con sus hijos, propios de las sociedades avanzadas, con un mayor nivel educativo de los padres y donde prima el estilo democrático, requieren lógicamente de mayores habilidades educativas por parte de los progenitores (Tablas 24 y 25)

Tabla 24. Representación gráfica de los estilos educativos.

Fuente. Adaptado de: Oliva et al., (2007). Pag. 144.



Tabla 25. Relación entre el grado de exigencia y de receptividad en los diferentes estilos parentales

Fuente. Castrillón y Giraldo (2014). (P. 9).

GRADO DE RECEPTIVIDAD	GRADO DE EXIGENCIA	ESTILO PARENTAL
↑	↑	DEMOCRÁTICO
↑	↓	INDULGENTE
↓	↑	AUTORITARIO
↓	↓	NEGLIGENTE

Nota: Baumrind (1966/1971).

Aunque con matices, la clasificación de los progenitores en función de su Estilo Educativo sigue estando muy vigente al recoger elementos que son fundamentales para el adecuado funcionamiento familiar y para el buen desarrollo de hijos e hijas, siendo el cariño y la comunicación, el control y establecimiento de límites justificados y

razonados y el fomento de la autonomía los elementos que se tienen en cuenta al establecer los estilos educativos.

En relación con la comunicación y el afecto, los diálogos frecuentes, un clima de apoyo, confianza y la comunicación en positivo son elementos imprescindibles para la satisfacción familiar y para la seguridad y el ajuste de las hijas y los hijos en desarrollo. Sin embargo, la comunicación en el hogar durante los años que coinciden con la adolescencia parece sufrir un deterioro, y son frecuentes las quejas de madres y padres por los obstáculos que encuentran a la hora de dialogar con sus hijas e hijos (Oliva et al., 2007).

La receptividad, también llamada calidez o aceptación, implica que los padres se involucren y muestran interés en las actividades del niño, a la vez que lo escuchan y apoyan, se expresa por tanto a través de acciones que refuerzan la individualidad, la autorregulación y la autoafirmación del niño.

Con respecto al control, la supervisión y el establecimiento de límites, hay que tener en cuenta que tras la etiqueta «control» podemos estar entendiendo comportamientos muy diferentes, que van desde el establecimiento de límites hasta la supervisión directa de la conducta, pasando por la imposición de sanciones o el conocimiento que tienen madres y padres de lo que hacen sus hijos e hijas cuando están fuera de casa. La forma de control ligada al conocimiento que madres y padres tienen sobre lo que hacen sus hijos e hijas fuera y dentro de casa, es especialmente importante, y se relaciona positivamente con el ajuste adolescente.

Los padres y madres deberán obtener la información a través del discurso libre, sincero, abierto y espontáneo del hijo o de la hija; para ello, es importante que los progenitores creen un clima de confianza, escuchan y atiendan las necesidades de sus hijos (Oliva et al., 2007; Rodrigo et al., 2010b)

Por otro lado, los beneficios del control dependerán de la forma de ejercerlo, ya que cuando el control es excesivo o se mantiene de una forma muy coercitiva y con límites muy restrictivos, puede generar rebeldía y problemas conductuales. Si queremos que los adolescentes cumplan las normas, dos requisitos serán necesarios: por un lado, que las

entiendan y las perciban como necesarias, y por otro, que participen en su construcción (Oliva et al., 2007).

Con respecto al fomento de la autonomía, es importante que madres y padres animen al hijo o a la hija a pensar por sí mismo y a comportarse de forma autónoma e independiente (Oliva et al, 2007; Ramos, 2010)

Al hablar de los estilos de interacción parental o estilos parentales, Ceballos y Rodrigo (como se cito en Castrillón y Giraldo, 2014, p.66), señalan que las prácticas más frecuentes utilizadas por los padres o los adultos se presentan de manera flexible, se manifiestan en diferentes contextos y son seleccionadas por los padres de acuerdo a sus creencias respecto a la situación, a las características del hijo o la hija y a los factores socioculturales.

Aunque de la descripción clásica de los *Estilos Educativos* se desprende una visión de las relaciones familiares de carácter unidireccional, donde son padres y madres los que a través de un determinado estilo de comportamiento ejercen una influencia directa sobre sus hijos e hijas, hoy existe consenso al entender que las relaciones son recíprocas y bidireccionales. Por tanto, el Estilo Educativo no es una característica del progenitor, sino de la relación particular que mantiene con su hijo o hija (Oliva et al., 2007; Rodrigo et al., 2010a).

4.3 La familia del adolescente

Como ya hemos visto, la familia constituye un contexto fundamental de socialización, y las relaciones entre padres e hijos van a influir de forma clara sobre el desarrollo familiar en general y del adolescente en particular. Sin embargo, con la llegada de la adolescencia surgen otros contextos, como el grupo de iguales, que van a ir ganando poder de influencia, y podríamos estar inclinados a pensar que desaparece la influencia familiar. Nada más alejado de la realidad, ya que existe una abundante evidencia empírica que indica que lo que ocurre en la familia continúa jugando un papel fundamental en la adaptación psicológica y conductual de jóvenes y adolescentes.

El chico y la chica adolescentes están atravesando una etapa de muchos cambios y dificultades en la que tendrán que resolver de forma secuencial muchos retos evolutivos

que son fundamentales para el desarrollo posterior, como desvincularse de los padres, establecer relaciones de amistad y de pareja, o lograr una identidad personal. Cuando estas tareas se afrontan en un contexto familiar y social favorable caracterizado por el afecto y el apoyo, es probable que el adolescente las resuelva de forma exitosa y salga fortalecido y preparado para iniciar la transición a la vida adulta. Por tanto, una fuente principal de factores protectores durante la adolescencia es sin duda la propia familia y, en particular, el modo en que los padres llevan a cabo su tarea educativa (Oliva et al., 2007; Rodrigo et al., 2010b).

Hoy en día junto a la idea negativa de los adolescentes y los jóvenes con sus conductas de riesgo, se suele añadir una visión catastrofista de las relaciones entre padres e hijos adolescentes. A los adolescentes se les presenta como indisciplinados, conflictivos y continuamente enfrentados a los valores de los adultos. La prensa mantiene viva y agudiza esta imagen negativa de la adolescencia con sus noticias sobre el consumo de drogas, la delincuencia juvenil o el acoso escolar. Se generaliza la visión de que la adolescencia trae necesariamente dificultades y conflictos que deterioran la convivencia familiar y crean abismos insalvables en las relaciones padres-hijos. Otra imagen muy distinta la dan, por cierto, los resultados de las encuestas a los jóvenes sobre sus relaciones con la familia que siguen presentando una imagen general más positiva según la cual estamos ante la generación con menos distancia y mejor comunicación entre padres e hijos y mayor valoración de la familia (Garrido, 2014d; Rodrigo et al., 2010b).

Aunque la realidad de la adolescencia no sea tan catastrofista no se puede obviar que la llegada de las hijas y los hijos a la adolescencia se trata de una importante transición que viene provocada, principalmente, por los procesos de desarrollo que experimentan las niñas y los niños al alcanzar la pubertad y, necesariamente, supone una etapa de cambios, redefiniciones y adaptaciones para todo el sistema familiar. La llegada de las hijas y los hijos a la adolescencia es, en realidad, una doble transición, porque además de ser una transición familiar, constituye una importante transición personal para la niña o el niño que tienen que afrontar el tránsito de la infancia a la edad adulta (Oliva et al., 2007).

Los cambios que experimenta el sistema familiar con la llegada de los hijos e hijas a la adolescencia implican, por un lado, una redefinición de las tareas de los progenitores en

relación con sus hijas e hijos (conforme aumenta la autonomía del adolescente, pierde sentido la tarea de protección y cuidado físico que eran necesarios con las niñas y los niños pequeños) y, en segundo lugar, un cambio sustancial en la forma de relación entre las madres y los padres y las chicas y los chicos (la adolescencia requiere prácticas educativas que permiten en mayor medida la toma de decisiones personales; estrategias diferentes de supervisión y control, etc. (Oliva et al., 2007; Rodrigo et al., 2010b).

Se trata, en definitiva, de una etapa de redefinición de las relaciones entre madres/padres e hijas/hijos (pasar de ser verticales y jerárquicas a tender a ser más horizontales y democráticas), porque algunas de las prácticas educativas y el estilo interactivo que se había utilizado durante la infancia resultan poco adecuados en esta nueva etapa, siendo necesaria la adaptación de las prácticas educativas a las nuevas y crecientes capacidades de los adolescentes (Oliva et al., 2007; Rodrigo et al., 2010b). Aunque se oyen frecuentemente voces que claman a favor de la vuelta a los procedimientos restrictivos tradicionales para asegurarse el control del/la adolescente (Garrido, 2014d; Rodrigo et al., 2010b).

Si bien los cambios que experimentan chicas y chicos con la llegada de la pubertad explican en gran parte las transformaciones de las relaciones familiares durante esta etapa, estos cambios en el sistema familiar también se ven promovidos por los procesos de desarrollo que los propios progenitores suelen experimentar al coincidir con la “Crisis de mitad de la vida” (Oliva et al., 2007; Rodrigo et al., 2010b).

En una familia cualquiera, un conflicto puede surgir cuando algún miembro del sistema percibe que sus ideas, sus deseos, sus necesidades, etc., no están siendo respetados por otro u otros componentes del grupo. Los conflictos familiares tienden a aumentar durante la adolescencia temprana. No obstante, suelen durar poco tiempo y no son intensos ni graves en la mayoría de las familias. La frecuencia de los conflictos parece disminuir a medida que transcurren los años de la adolescencia. En general, los conflictos son una oportunidad para mejorar y fortalecer las relaciones familiares; nos permiten conocer mejor las ideas, los deseos y las necesidades de cada persona de nuestra familia, así como compartir los propios con ellos y ellas. La resolución adecuada de los conflictos favorece el crecimiento de la familia; por eso, lo más importante no es el conflicto en sí mismo, sino la forma en que lo resolvamos. Según el

modo en que se intenten resolver los conflictos el desarrollo del adolescente y su familia se verán fortalecidos o por el contrario serán debilitados. Una de las metas educativas que madres y padres deben perseguir es favorecer que los conflictos familiares se solucionen de forma adecuada (Oliva et al., 2007).

Estableciendo un paralelismo con los estilos de interacción parental o estilos parentales podremos distinguir los siguientes modelos/estrategias de resolución de conflictos:

Autoritarismo. Consiste en la imposición de una solución al conflicto sin que alguno de los implicados/as participe en la elaboración de dicha solución. En estos casos, padres y madres optan por imponer las reglas y las formas de actuación ante un conflicto sin que los deseos y necesidades del o la adolescente sean tenidos en cuenta, por lo que es muy probable que la hija o el hijo no se sienta motivado para seguir las reglas o solucionar la situación. Si el o la adolescente percibe que los padres le imponen las reglas, es probable que aparezcan en él o ella sentimientos negativos que dificultarán las relaciones dentro de la familia. Esta estrategia para resolver conflictos resulta, en general, inadecuada. Sólo sería adecuado utilizarla en situaciones muy excepcionales de emergencia que requieren una solución inmediata.

Permisividad/Indulgencia (permisivo). En este caso, la forma de acabar con el conflicto pasa por acceder a los deseos e intereses del chico o la chica. Este tipo de solución no debe convertirse en un hábito, ya que el abuso de este tipo de estrategia no suele ser adecuado para la educación y el desarrollo del o la adolescente y tampoco para el resto de la familia. Las consecuencias de esta forma de actuación son negativas ya que generan en el o la adolescente falta de respeto a las normas, baja tolerancia a la frustración y, en general, problemas de conducta. Sin embargo, puede ser muy conveniente en el caso de los y las adolescentes tímidos/as o cuando el ceder ante su opinión no viola ninguna norma importante ni supone ningún perjuicio para los miembros del sistema familiar.

Evitación (indiferente/negligente). En algunas familias ocurre que los conflictos tienden a ser evitados a toda costa. Las madres y padres o el o la adolescente hacen lo posible por escapar de un enfrentamiento. +Aunque esta estrategia no es adecuada para resolver conflictos, la evitación puede ser útil en casos de menor importancia (por ejemplo, si el

o la adolescente ha olvidado cumplir con una pequeña tarea de la que tenía que encargarse) o cuando no sea el momento más adecuado para buscar soluciones.

La negociación (democrático). La negociación tiene como objetivo la búsqueda de soluciones que satisfagan a los y las participantes y tengan en cuenta sus ideas, deseos y necesidades. En la negociación como estrategia para la resolución de conflictos deben darse una serie de fases en las que hay que atender tanto al lenguaje verbal como al no verbal. Estas fases serían:

- Fase 1: Establecimiento de reglas básicas para la comunicación
- Fase 2: Conocimiento y comprensión de los distintos puntos de vista.
- Fase 3: Definición de posibles soluciones.
- Fase 4: Elección negociada de posibles soluciones
- Fase 5: Acuerdo
- Fase 6: Evaluación y seguimiento

Esta última estrategia sería la de elección por todas las familias, pues ninguna de las anteriores estrategias resuelve realmente el conflicto; ya que, las ideas, deseos o necesidades de todas o algunas de las personas implicadas no son atendidas o, simplemente, han sido ignoradas. En el caso del autoritarismo, el o la adolescente pierde; las madres y los padres permisivos que dejan en manos de la hija o el hijo la decisión final, también pierden; la evitación supone que ambas partes pierden.

A pesar de que existe una gran preocupación social por los problemas que surgen durante la adolescencia (trastornos alimentarios, conducta antisocial, abuso en el consumo de drogas, trastornos depresivos) no podemos decir lo mismo acerca del interés por proporcionar apoyo a los padres y madres de adolescentes. Con frecuencia nos encontramos con progenitores preocupados y desorientados que ven como con la llegada de sus hijas e hijos a la adolescencia las relaciones con ellos empiezan a deteriorarse, y la conflictividad familiar alcanza una frecuencia e intensidad que amenaza con socavar la convivencia cotidiana, lo que sin duda va a repercutir negativamente sobre el ajuste psicológico tanto de los adolescentes como de sus madres y padres. Por ello, todas las familias tienen ciertas necesidades de apoyo cuando sus hijas e hijos llegan a la adolescencia (Oliva et al. 2007)

4.4. La familia ante el control de peso, estado nutricional, actividad física y ritmo vigilia sueño de los/as adolescentes

Según se ha visto en los apartados anteriores las conductas y patrones, los estilos de vida de las personas no son rígidos pues estos varían de acuerdo a los cambios en el ciclo vital, la edad, la adquisición de hábitos, los procesos de socialización con sus pares, entre otros (Ogden, 2005). Por tanto, las conductas y los patrones y los estilos de vida se forman y se aprenden pero no se heredan.

En cuanto a la adquisición/modelaje de los estilos de vida hemos de recordar que para educar es necesario motivar y ofrecer información pertinente. Pero la información y la motivación no bastan, pues los hábitos, en especial los alimentarios y actividad física obedecen más a factores subconscientes o externos que a la razón. Un grave error es confiar en la simple información como agente de cambio, y peor aún confiar en la información de tipo biológico, compleja, de difícil comprensión, irrelevante a menudo, que no llega a la mayoría de la gente y aún en quienes esta información produce motivación, se requiere algo más para la modificación de hábitos. Si los hábitos forman parte de la práctica repetida, su modificación es un asunto práctico. En consecuencia el hábito erróneo debe ser sustituido mediante la práctica reiterada del hábito adecuado.

En 1985 se realizaron estudios que indicaban que los niños de padre y madre obesos tenían un 50% de probabilidades de convertirse en adultos obesos, pero que si los progenitores eran de peso normal o delgado, estas posibilidades se reducían hasta un 10% (Garn, 1985) y se simplificó el problema aludiendo a la causa genética. Más allá de esta aparente relación causal se ha comprobado que “los niños empiezan a asimilar y a mimetizar las selecciones de alimentos de sus cuidadores de manera muy temprana, incluso antes de ser capaces de apreciar las implicaciones de dichas selecciones” (Mateo, 2012). En este sentido, el dato de prevalencia de obesidad en hijos en función del peso de los padres deja de ser una causa exclusivamente relacionada con la genética y se detecta el hábito aprendido como factor determinante añadido. En esta línea la Asociación Española de Dietistas-Nutricionistas, apuntaba que “la influencia de los adultos no sólo abarca lo que estos ofrecen a los niños para comer, o los consejos que dan al respecto de la alimentación, sino sobre todo el modelo que ofrecen a dichos

niños”; es decir, el ejemplo de un estilo de vida saludable comienza por incorporarlo los padres.

Sin duda las familias son modelos reales de imitación e identificación constantes y aportan a sus hijos e hijas pautas para interpretar y entender la vida, así como pautas de comportamiento, que incluyen estilos de vida y comportamientos en salud que durante la vida adulta estarán, en mayor o menor medida, presentes. De hecho, los niños copian los comportamientos de sus mayores, así por ejemplo, si los adultos realizan actividad física, les están transmitiendo un modelo de vida activa y saludable.

Por otra parte, hay que recordar que existe una abundante evidencia empírica que indica que lo que ocurre en la familia continúa jugando un papel fundamental en la adaptación psicológica y conductual de jóvenes y adolescentes; por ello, el contexto familiar continuará siendo básico la adquisición/modelaje de estilos de vida saludables, como la cultura gastronómica y las preferencias alimentarias, los hábitos de actividad física, las creencias en relación a la salud o la percepción de los que son comportamientos saludables en la adolescencia.

Frente a los resultados de la encuesta del CIS que confirman la importancia que sigue teniendo el hecho de compartir actividades familiares entre padres e hijos (hablar diariamente con ellos o el juntarse a comer o ver la televisión) para instaurar estilo de vida saludables. El estudio HBSC en el que se evalúan las actividades que comparten los adolescentes con sus familias en el tiempo libre (ver la televisión o un vídeo, jugar juntos dentro de la casa, comer juntos, salir de paseo, ir juntos a sitios, sentarse juntos y charlar sobre cosas, visitar a amigos o familiares y hacer deporte) se observa que cuanto mayores sean éstos, menor es el número medio de días a la semana que comparten actividades en familia: aunque, en las tres ediciones el promedio de días de realización de actividades familiares aumenta conforme lo hace la capacidad adquisitiva familiar, de este modo, los adolescentes de nivel alto realizan más días actividades en familia que los de nivel bajo, tal y como ya se había avanzado en otros estudios.

Frente a los resultados de la encuesta del CIS que confirman la importancia que sigue teniendo el hecho de compartir actividades familiares entre padres e hijos (hablar diariamente con ellos o el juntarse a comer o ver la televisión) para instaurar estilo de

vida saludables. El estudio HBSC en el que se evalúan las actividades que comparten los adolescentes con sus familias en el tiempo libre (ver la televisión o un vídeo, jugar juntos dentro de la casa, comer juntos, salir de paseo, ir juntos a sitios, sentarse juntos y charlar sobre cosas, visitar a amigos o familiares y hacer deporte) se observa que cuanto mayores sean éstos, menor es el número medio de días a la semana que comparten actividades en familia: aunque, en las tres ediciones el promedio de días de realización de actividades familiares aumenta conforme lo hace la capacidad adquisitiva familiar, de este modo, los adolescentes de nivel alto realizan más días actividades en familia que los de nivel bajo, tal y como ya se había avanzado en otros estudios.

Ante las evidencias que indican que el patrón de conducta alimentaria familiar (prácticas alimentarias) tiene un papel relevante en el comportamiento de alimentación del hijo en la adolescencia, el riesgo nutricional que caracteriza esta etapa del desarrollo se suma el alto porcentaje de progenitores que intentan dar una buena nutrición a sus hijos desconociendo los efectos a largo plazo de sus prácticas alimentarias. Prácticas alimentarias basadas en la confusión entre cantidad y calidad induciéndolos a comer más allá de lo necesario, vulnerando las señales de saciedad, los mecanismos innatos de autorregulación y sobre todo su autonomía y bienestar. Además, los padres durante este periodo tampoco son conscientes de que la selección y preparación de los alimentos y el establecimiento de los horarios tiene consecuencias en la adolescencia y en la edad adulta. Por tanto, los problemas de alimentación no clínicos pueden convertirse en problemas de alimentación durante la adolescencia y la adultez .

Dado que la frecuencia de práctica de deporte y de ejercicio físico en el tiempo libre, entre los adolescentes de nuestro país ha descendido notablemente y además los adolescentes españoles figuran entre los menos activos de Europa. Las familias deberían aprovechar el tiempo libre para estar con sus hijos y realizar actividad física favoreciendo así el desarrollo de hábitos saludables, además de convertirse en una oportunidad para potenciar la socialización, la comunicación, el optimismo y la relación afectiva entre sus miembros. En el caso de las y los adolescentes, para que las actividades de ocio familiar resulten atractivas es fundamental permitirles que sugieran ideas y colaboren en su planificación a todos los niveles. Esto garantizará asimismo que se trate de actividades acordes con los gustos y preferencias de cada chico o chica.

Aunque en la adolescencia las salidas nocturnas y el uso de las nuevas tecnologías se han convertido en señas de identidad propias, también es cierto que existen importantes diferencias individuales en el disfrute del tiempo libre y en parte se debe a la familia pues muchas aficiones y gustos (natación, senderismo, lectura...) de niños/as y adolescentes se fraguan en el contexto familiar. Así madres y padres deberían intentar y asegurar que durante esta etapa se mantengan también ciertas actividades de ocio familiar compartido, ya que cuando los adultos comparten actividades de ocio con sus hijos e hijas, sirven como modelos de modelos de ocio divertido, entusiasta y sano. Además, desde la familia se deben favorecer acciones de transporte activo como el bus escolar andando o en bicicleta siempre que existan las condiciones para ello.

En la misma línea, muchas madres y padres se quejan de que sus hijos o hijas están «enganchados» a los videojuegos, pero son esos padres y madres los que permitieron que se pasaran horas delante de la pantalla porque la videoconsola y la televisión funcionan como «magníficos canguros». Adicionalmente, algunos expertos han planteado que el abuso de la televisión y otras pantallas resta tiempo al deporte, estimula el picoteo de chucherías y la inclusión en la alimentación diaria de los productos alimenticios anunciados, muy calóricos y poco nutritivos, que fomentan trastornos nutricionales como la obesidad y la hipercolesterolemia”. (Tirado, Barbancho, Prieto & Moreno, 2004)

Y avanzando en los determinantes de la obesidad no debemos de olvidar que el sueño/descanso está relacionado con los hábitos alimentarios y actividad física del adolescente y estos a su vez sobre el control de peso y el desarrollo o no de la obesidad; por todo ello, resulta importante que los padres cuiden y se impliquen en las actividades de ocio de sus hijos que sobre todo en la adolescencia influyen en el ritmo vigilia sueño.

Otros factores familiares que también están relacionados con los estilos de vida de los adolescente son: el nivel formativo de la madre más que el nivel formativo del padre, la calidad de las relaciones padres-hijos probablemente por su carácter menos tipificado en la sociedad actual.

En estos momentos, existen grandes vacíos y falta de consenso en publicaciones científicas y guías de alimentación/actividad física, en cuanto a la relación entre los estilos de vida y cuidado de los progenitores con la prevalencia de la obesidad infantil, manejo de los problemas de alimentación/actividad física por los padres y madres en las diferentes etapas del desarrollo. Por ello, la pregunta sobre el papel que juegan los padres en el desarrollo de hábitos de alimentación/actividad física en sus hijos, se ha convertido en tema de interés mundial y La Organización Mundial de la Salud y la International Obesity Task Force, (International Association for the Study of Obesity) han establecido como una prioridad, la investigación acerca de la influencia de las conductas parentales en las conductas alimentarias y los comportamientos saludables que muestran los niños y niñas.

A pesar de este vacío y falta de consenso en cuanto a la influencia del contexto familiar en los comportamientos saludables de sus hijos, Por todo lo anteriormente expuesto, la familia se convierte en el agente promotor de estilos de vida saludables, desde una triple proyección (Ortega, 2014):

1. Educativa: crear estilos de vida saludables desde los primeros años.
2. Socializadora: realiza la socialización primaria de los hijos, al ser el entorno cotidiano donde se actúa.
3. Preventiva: agente preventivo al poner en acción estilos de vida saludables, de tal manera que, desde temprana edad, contribuye a que los/as hijos/as adopten unos estilos de vida que prevengan enfermedades y promuevan conductas saludables, que incidan en una mejor salud y bienestar a lo largo de la vida.

La educación para la salud en niños/as y adolescentes debería capacitarles y facilitarles herramientas para adquirir criterio en relación con su salud y promover un estilo de vida saludable y activo. No se debería forzar ningún modelo de comportamiento, evitando tanto el autoritarismo como la negligencia, así como la incoherencia Vereecken, Legiest, De Bourdeaudhuij y Maes (2009), demostraron que los padres que estimulaban a sus hijos a través de la negociación, para consumir alimentos nutritivos, aumentó la probabilidad del consumo de vegetales. Adicionalmente, el estímulo de la madre para

promover una ingesta variada de alimentos, se relacionó con un índice menor de masa corporal en los niños (Eisenmann, Bartee & Wang, 2002).

El estudio de relación entre la familia y la alimentación, la actividad física y el sueño-descanso de los adolescentes con la formación de hábitos alimentarios, actividad física y sueño-descanso saludables (estilos de vida saludables) que les ayuden al adecuado control de peso ha de ir más allá de los datos sociodemográficos, antropométricos, los conocimientos, las conductas (prácticas, hábitos, costumbres) e incluir los estilos educativos “de crianza” de los padres y madres.

Las sociedades occidentales han tendido a un cambio en el modelo educativo de los padres, es decir en el “estilo educativo parental”. En pocas generaciones se ha pasado de un modelo parental muy autoritario basado la respuesta agresiva e imperativa ante los comportamientos de los hijos/as a un modelo mucho más laxo en el que a menudo no se establecen los límites necesarios para su adecuado desarrollo.

Ante este cambio, y los insuficientes conocimientos y conductas inadecuadas que les caracteriza, cada vez es más común que a los padres y madres les cueste confiar en su rol como agente promotor de estilos de vida saludables. La confianza en la función paterna está muy conectada con los dos aspectos: el vínculo afectivo y la construcción y establecimiento de límites.

Los límites se deben expresar de forma confiada y segura bajo un modelo comunicativo asertivo que facilite la comprensión cognitiva y respuesta conductual de los adolescentes a medida que van creciendo. Es obvio que bajo un modelo comunicación agresivo, pasivo o inconsistente la credibilidad y respuesta de los adolescentes, ante las propuestas adultas, va a ser vaga o inexistente.

También es evidente que existen momentos y entornos más o menos favorables para fomentar la comunicación asertiva y posterior cohesión familiar. Un ejemplo son las cenas, o los fines de semana en los que es frecuente que las familias puedan hacer actividades conjuntas.

Tan importante como establecer límites y mostrar una comunicación asertiva es hacer sentir a los adolescentes partes activas de las decisiones familiares y respetar y entender

sus ritmos de desarrollo. Siempre que el establecimiento de límites sea claro y seguro, los padres y madres deben sentirse confiados para escuchar las opiniones de sus hijos y educar en base a estas, así como para dejarles participar en actividades cotidianas tan educativas como ir a la compra, preparar la cena, preparar la ropa para la excursión del día siguiente o escoger el libro que le haga sentir bien y relajado antes de ir a dormir.

Teniendo en cuenta los 4 estilos educativos o de “crianza” descritos en un apartado anterior y según los resultados de diversos trabajos se puede comprobar que: los hijos de madres autoritarias tienen un mayor riesgo de tener sobrepeso en comparación con los hijos de madres democráticas; Los niños de madres permisivas y negligentes tienen el doble de probabilidades de tener sobrepeso en comparación con las madres democráticas. Entre los 4 estilos de crianza, el estilo autoritarios se asocio con mayor riesgo de sobre peso entre sus hijos/as.

Por regla general un padre que muestra calidez y consideración de las capacidades de de desarrollo del niño puede fomentar una mayor capacidad en el niño para regular la conducta alimentaria, en contraste con un padre que es insensible a las necesidades emocionales y de desarrollo del niño que suele hacer que el niño actue guiado por señales externas y no señales internas.

Con respecto a la actividad física ocurre algo semejante pues los padres que exigen a su hijo/a que realice algún ejercicio físico pueden hacer que el niño reaccione de manera negativa hacia la actividad física y perder cualquier deseo de hacer ejercicio físico. Sin embargo un padre que es sensible a los intereses del niño puede ser capaz de involucrarlo en actividades que son más agradables y promover un deseo natural de ser físicamente activo.

Si los padres advierten que su hijo o hija pierde el apetito por una enfermedad y le obligan a comer, están enviándole un mensaje inadecuado, pues el niño o la niña empieza a asociar la comida con algo impuesto por sus padres y no la ve como el medio de satisfacer una necesidad propia del organismo. Cuando el menor advierte que sus padres se preocupan mucho y le imponen la comida o una actividad física, a veces se produce en él un rechazo inconsciente hacia las mismas. En otros casos, aprovecha la hora de la alimentación o de la actividad física para obtener otro tipo de beneficio y así

utilizar la comida o la actividad física como artimaña para obtener lo que desea. (Casas y Gómez, 2016)

Al igual que existe un vacío y falta de consenso en publicaciones científicas y guías de alimentación/actividad física, en cuanto a la relación de las conductas “prácticas” de los padres y madres con respecto a hábitos alimentarios, actividad física y sueño-descanso saludables (estilos de vida saludables) de sus hijos/as que les ayuden al adecuado control de peso en las diferentes etapas del desarrollo. Una revisión realizada por Wardle al examinar la relación entre el modelo de crianza de los padres y la adiposidad de los niños advirtió que no todos los estudios realizados hasta el momento han sido lo suficientemente concluyentes, además de ser escasos, como para justificar la inmediata relación. Por todo ello se deduce la necesidad de continuar investigando y elegir/diseñar medidas que sean válidas para el grupo en estudio y así poder llegar a afirmar “Houston, hemos aterrizado” (Baranowski et al., 2013; Oliva et al., 2007; Power et al., 2013).

4.5 La familia como agente de cambio en la prevención/control de obesidad en sus hijos adolescentes

Según los datos del estudio de Naciones Unidas sobre la ‘Carga Mundial de Enfermedades’, publicado el 23/09/2016 en la revista ‘The Lancet’, España se sitúa en el séptimo lugar con 82 puntos de un total de 188 países. Con este nuevo ranking, España asciende ocho posiciones en los últimos 15 años, ya que en el 2000 se situaba en el puesto 15. Se ha mejorado sustancialmente en casi todos los indicadores. Se alcanzan valores de 99 o 100 en áreas como las tasas de crecimiento infantil, la atención al parto, la calidad del agua o la mortalidad atribuida a contaminación del aire. En vacunaciones y salud ambiental también nos encontramos entre los mejores países del mundo. Por el contrario los peores valores son los relacionados con la obesidad, las infecciones por VIH, el alcoholismo y el tabaquismo destacando la baja puntuación de 33 sobre 100 en el control de enfermedades relacionadas con el sobrepeso.

La etapa infanto-juvenil es un periodo de máximo aprendizaje de hábitos y generación de comportamientos que pueden repercutir de forma importante sobre el estado de salud y la calidad de vida futura. Las familias constituyen el primer entorno de aprendizaje social, condicionan los estilos de vida de sus hijos/as y juegan un papel fundamental en

la prevención/control de la obesidad. Por ello, los programas de modificación de conductas y comportamientos en los que los padres y madres actúan como agentes de cambio, modificando sus propios estilos de vida, son más efectivos que los dirigidos únicamente a los cambios de comportamiento en los adolescentes (Casas y Gómez, 2016; Díaz et al., 2016)

Frente a esta realidad “aumento de la incidencia de la obesidad y papel fundamental de las familias en su prevención/control”, diversos estudios ponen de manifiesto que para las familias la obesidad infantil no es un problema de salud teniendo que recordarles las instituciones sanitarias y educativas que se deben implicar en la prevención/control de la misma pues si la obesidad sigue siendo un problema invisible para la población el cambio de conducta/comportamiento no se producirá o tardará en aparecer.

En relación con lo anteriormente expuesto el estudio realizado por científicos de Cádiz entre 2008 y 2010 a un total de 1620 niños de 3 a 16 años pone de manifiesto que: Los progenitores perciben el problema del sobrepeso y la obesidad de sus hijos en algo más de la tercera parte de los casos, siendo ésta menor cuando la sobrecarga ponderal se da en las niñas. Parece existir consenso en el hecho de que si los progenitores son obesos tienen una mejor percepción de la sobrecarga ponderal en sus hijos. El nivel de cualificación profesional y ocupación de los progenitores mantiene una relación directa con el grado de percepción real del sobrepeso y obesidad de sus hijos. Sin embargo, y aquí el mayor problema, en contra de lo que cabría esperar, la percepción de los progenitores del sobrepeso y la obesidad de sus hijos no conlleva cambios de comportamiento en estos en cuanto a un mayor cumplimiento de recomendaciones sobre actividad física, disminución de sedentarismo o mejora en los hábitos alimentarios. Tan sólo en padres con niños pequeños de 3-9 años sí se encuentran diferencias estadísticamente significativas en estos hábitos, lo que atribuye a un mayor control y seguimiento por parte de los padres, principalmente la madre, o también se interpreta por el hecho de que a partir de los 10 años, con el comienzo de la adolescencia, hay menor control de los padres hacia sus hijos y el seguimiento de unos hábitos de forma más independiente (Rodríguez et al., 2012).

Este estudio español ofrece resultados similares a otras investigaciones realizadas en otros países que afirman que un alto porcentaje de padres juzga insuficientemente el

estado ponderal de sus hijos y además tan sólo la mitad tiene intención de ayudar a su hijo a conseguir un peso más saludable.

Datos que se confirman en el estudio realizado por Martínez (2016) ,en el estudio Aladino 2015 y en el estudio cinfa . En el estudio Aladino con respecto a la pregunta de cómo percibe la familia la situación ponderal de sus niños y niñas, un 88,4 % de las familias de los niños clasificados con sobrepeso según el criterio de la OMS piensan que sus hijos tienen una situación ponderal adecuada. Además, un 45,2 % y un 50,3 % de las familias cuyos hijos tienen obesidad creen que sus descendientes tienen normopeso o un ligero sobrepeso, respectivamente.

En el estudio Cinfa la percepción de los padres y madres encuestados en relación con el peso de sus hijos no se corresponde con la realidad en cuatro de cada diez casos (42,3%). Y un 13,1% no tiene conciencia del sobrepeso u obesidad de su niño o niña. Este mismo estudio Cinfa pone de manifiesto que el 43,1% de los padres y madres que declara que el peso de sus hijos e hijas no es el adecuado no toma ninguna medida para solucionar el problema. En cambio, el 40,3% lo lleva al pediatra o al médico de familia, el 3,9%, a un nutricionista y uno de cada diez (12,7%) lo ponen a dieta ellos mismos, sin consultar a un profesional.

Otro dato interesante de estos estudios es que al preguntar sobre las causas por las que los entrevistados piensan que sus hijos tienen exceso de peso, más de la mitad de los padres estima que el problema deriva de causas genéticas. Esta comprensión indicaría también cierta falta de conciencia de que el exceso de peso depende de los estilos de vida y podría explicar la pasividad ante el problema en el sentido de la intención de adoptar hábitos saludables.

Por otra parte en el estudio HBSC al evaluar “cuánto saben los padres sobre las vidas de sus hijos e hijas fuera de casa (amistades, gastos o actividades del tiempo libre)”, se observa que el valor medio del conocimiento paterno disminuye conforme aumenta la edad. De este modo, es más alto entre los adolescentes de menor edad que entre los de mayor edad.

A lo que se añade la escasa participación de las familias en intervenciones que se organizan para concienciar, educar sobre la importancia de los estilos de vida en la

prevención/control de la obesidad infantil. El taller de familias “Menú Escolar-Menú Familiar” dentro del programa de “Alimentación Saludable y de Producción Ecológica en los Comedores Escolares de Asturias” es una de esas intervenciones que ha dejado de organizarse por falta de asistencia.

Si la toma de conciencia/percepción y el nivel de implicación constituyen aspectos cruciales para la configuración de los hábitos alimentarios y otros estilos de vida que persistirán en etapas posteriores y actualmente estos aspectos son escasos en nuestra sociedad; entonces, es necesario realizar intervenciones conductuales que incrementen el grado de percepción de los padres hacia el problema de sobrepeso y obesidad infantil y les movilicen hacia una acción apropiada modificando la actividad física y los patrones alimentarios inadecuados que están en la base del sobrepeso y obesidad, convirtiendo a los padres y madres en agentes de cambio (Casas y Gómez, 2016; Rodríguez et al., 2012).

En la planificación y desarrollo de esas intervenciones un aspecto que no debemos olvidar es que entre las causas de la obesidad se encuentra la cultura (conjunto de costumbres, mitos, creencias, normas, valores que guían y estandarizan el comportamiento/conducta del ser humano como miembro de un grupo social) y la cultura crea sus alternativas terapéuticas así como procedimientos para prevenir Y/o controlar la obesidad, de hecho para que la obesidad sea considerada como una enfermedad es necesario que la sociedad la estime como tal.

Y si la conducta/comportamiento antes se consideraba un proceso netamente cognitivo, consciente y racional, regido por proposiciones lógicas; actualmente, se considera que la mayor parte de la conducta no es racional y depende de las creencias de la persona. Entonces en la planificación y desarrollo de las intervenciones conductuales que incrementen el grado de percepción de los padres y la implicación hacia el problema del sobrepeso y obesidad hemos de tener en cuenta las creencias y por tanto a la cultura/modelos culturales que establecen las distintas formas de comportarse con respecto a la higiene, la sexualidad, el trabajo, la alimentación, el ejercicio físico, el sueño, etc,

Una creencia es una premisa o idea que se toma como cierta, aun cuando no se haya comprobado o no se pueda comprobar con los métodos científicos conocidos. Se propone que estas ideas se estructuran y se integran formando las convicciones de la persona. La integración puede ocurrir a nivel consciente o a nivel subconsciente. Las creencias con base en la mente emocional (subconsciente), tienen una relación estrecha con los valores de la persona y al ser autoconfirmadoras determinan la conducta. Se puede decir que las creencias constituyen el “deber ser” de cada persona y por tanto se hace lo que nuestras creencias nos permiten hacer (Schenel, 2014).

Con frecuencia las creencias son aprendidas de las personas significativas: familiares, docentes, líderes que nos rodean. También pueden provenir de la cultura a la cual se pertenece, pues se imita la conducta del entorno y se adquieren las normas de comportamiento del grupo social. Es así como se generan creencias respecto al mundo, a las personas, a las conductas, a las cosas y por supuesto a la alimentación, actividad física, sueño/descanso.... De este modo las experiencias tempranas con la comida como tal, con el acto de comer y con las personas que intervienen en estos actos, generan creencias que organizan y rigen la conducta alimentaria (Ramos, 2010).

Los modelos conductistas o modelos de cambios de conducta indican que la capacidad y la disposición de la persona para adoptar comportamientos/conductas más sanos depende de sus características individuales: nivel de conocimiento, habilidades, percepciones, creencias, valores, móviles, grado de auto eficacia (“¿Puedo hacer esto?”) y auto estima (“¿Merezco estar sano?”), así como de su necesidad de recibir aprobación de los demás (Murphy, 2005). Por lo tanto las intervenciones/acciones que se lleven a cabo han de tener en cuenta esas características individuales (Esparza, 2013).

En los últimos años se han propuesto diversos modelos/teorías para explicar la conducta/comportamiento de los individuos en referencia a su salud, entre las que se encuentran las “Etapas de cambio” y los “Modelos de creencias de salud”. Estas teorías están centradas en las personas y los conductistas las emplean para explicar el cambio de comportamiento y la actuación personal e influencia sobre la misma a nivel individual. Estas dos teorías se encuadran en una perspectiva ecológica que gira en torno a dos ideas clave para contribuir a guiar las intervenciones de salud. En primer lugar, los comportamientos asociados a la salud afectan y reciben el efecto de múltiples

niveles de influencia: factores individuales, factores interpersonales, factores institucionales, factores comunitarios y factores de política pública La segunda idea clave reconoce que existe una *influencia recíproca* entre las personas y el ambiente en el que se mueven: La conducta influye en el ambiente social donde tiene lugar y viceversa (Murphy, 2005).

Tabla 26. Resumen de las teorías de comportamiento a nivel individual
Fuente. Murphy (2005). (p.9)

Nivel	Teoría	Enfoque	Conceptos principales
Individual	Modelo de etapas de cambio	Describe la disponibilidad de la persona a cambiar o tratar de adoptar conductas saludables.	Precontemplación Contemplación Decisión/resolución Acción Mantenimiento
	Modelo de creencias de salud	Evalúa la percepción de la persona sobre el riesgo en salud y contempla los comportamientos recomendados para prevenir o corregir el problema.	Susceptibilidad percibida Gravedad percibida Percepción de los beneficios de actuar Percepción de las barreras para la acción Estímulos a la acción Auto eficacia

4.5.1 Modelo transteórico de Prochascka & D’Clemente “Modelo de Etapas de cambio”

El Modelo de etapas de cambio surgió de los esfuerzos de lucha contra el tabaquismo y el tratamiento de la adicción al alcohol y las drogas en los Estados Unidos, pero se ha aplicado a otra serie de comportamientos/conductas en salud. La premisa básica es que el cambio de comportamiento/conducta es un proceso, no un acto aislado, y que las personas tienen diferentes niveles de motivación y voluntad de cambio. Según los diferentes puntos del proceso de cambio en que se encuentre la persona, así se pueden aplicar diversas intervenciones que coincidan con su situación en ese momento.

El modelo transteórico como modelo de intenciones para el cambio integra tres importantes conceptos para el examen y la intervención sobre las conductas de salud a través de las distintas fases: balance individual en la toma de decisiones (la evaluación entre los pros y los contras del cambio), autoeficacia (La confianza y la capacidad para conseguir el cambio) y procesos de cambio (lo que la gente piensa y hace para cambiar

su conducta) (Murphy, 2005; Ramos, 2010). Este modelo involucra emociones, cogniciones y conducta, y esto implica confianza o dependencia en la propia respuesta. Ha sido ya aplicado a una gran variedad de problemas conductuales, como el dejar de fumar, hacer ejercicio, hacer dietas bajas en calorías, dejar de tomar alcohol, controlar el peso.

Las fases/estadios por las que progresan las personas que cambian sus conductas de salud son: (J. O. Prochaska & DiClemente, 1983; Murphy, 2005).

- Precontemplación. Etapa en la cual los individuos no tienen la intención de cambiar su conducta en un futuro cercano. Este periodo dura alrededor de seis meses, y en él las personas pueden estar ancladas debido al desconocimiento acerca de las consecuencias de su comportamiento o al intento fallido de cambiar varias veces dejándolos desmoralizados acerca de su habilidad para el cambio. La consideración seria de cambio sería entonces la meta a alcanzar y para ello se debería concienciar al individuo acerca de la necesidad de cambio
- Contemplación. Los individuos en esta etapa declaran abiertamente la intención de cambiar a lo largo de seis meses. Los contempladores son vistos frecuentemente como ambivalentes en su decisión de cambiar o para aplazar el momento del cambio. En esta etapa la meta a alcanzar sería la evaluación profunda que lleva a la decisión de cambio y para ello como tareas se plantearían el análisis de pros-contras del patrón actual de conducta y de los costos y beneficios del cambio y la toma de decisiones
- Preparación. Etapa en la cual los individuos tienen la intención de tomar medidas para el cambio, por lo general al cabo de un mes. La meta en esta etapa sería el plan de acción a ser implementado en el corto plazo y las tareas deberían contribuir al aumento de compromiso con el cambio.
- Acción. Es esta una etapa en la cual el individuo ha hecho modificaciones manifiestas y perceptibles en su forma de vida al menos por seis meses. Hay abiertamente un cambio en el comportamiento que ha durado menos de seis meses. Las tareas de implementación de estrategias para el cambio, revisión del plan si es necesario y el mantenimiento del compromiso de cara a las dificultades favorecerán la acción efectiva para el cambio del patrón actual

- **Mantenimiento.** En este estadio los individuos trabajan para sostenerse en el compromiso, prevenir la recaída y consolidar los beneficios asegurados.. En esta etapa el cambio a largo plazo del viejo patrón por un nuevo patrón de conducta será posible al mantener el cambio en el tiempo y en una amplia gama de situaciones.

Este es un modelo en el cual las personas avanzan de una etapa a otra en forma espiral, lo que quiere decir que quien se encuentra en la de mantenimiento puede recaer a la etapa de contemplación, y desde ahí recorrer las mismas etapas hasta llegar al final. Los retrocesos en este modelo se consideran esenciales para mejorar la técnica.

Tal y como afirma Mayor (1995) es muy cotidiano que al realizar un programa de tratamiento o de autoayuda se vean pocas personas interesadas, o que muchas de las que se inscriben abandonen el programa. Esto es debido a que la mayoría de programas están dirigidos a personas que se encuentran en el estadio de Acción (10-15%), mientras que las personas se encuentran en la etapa de prcontemplación o contemplación. Si los profesionales ofrecen un producto estándar indiscriminadamente, se encontrarán con que es ineficaz porque va dirigido sólo a un 10 o un 15% de de ellos. Entonces lo que se deben hacer son programas destinados a que el sujeto progrese en las etapas de abandono hasta llegar a la etapa de acción (Prochaska y DiClemente, 1992).

Álvarez (2008) propone que para cada etapa hay intervenciones y técnicas específicas que tienen un mayor impacto para ayudar a la persona a avanzar a las siguientes etapas de cambio de comportamiento. Para la etapa de la precontemplación en la que desconocen el riesgo o piensan que no les afecta necesitan información y formas de entender el peligro y relacionado con la actividad física se sugieren estrategias tales como mencionar los riesgos de ser sedentario y los beneficios de estar activo, desarrollar un diario de actividades físicas diarias y describir las posibles redes de apoyo. En la etapa de contemplación y preparación se sugieren otras estrategias, como fijar metas y firmar contratos basados en la realidad, reforzar pequeños cambios y planear con la familia actividades durante el fin de semana. En la etapa de acción se recomiendan ciertas estrategias, como confeccionar una lista de beneficios que le ha traído la actividad física, determinar si hay algún obstáculo para su logro y escoger tareas que mantengan la motivación alta. En la etapa de mantenimiento se sugieren

estrategias como apoyo social, anticipación de dificultades y desarrollo de un plan, sin asumir la permanencia en esta etapa.

4.5.2 Modelo de Creencias de Salud.

Uno de los enfoques teóricos sobre la creencia que las personas tienen de su salud y que mayor atención ha recibido, quizá por el atractivo de la sencillez de su estructura y por la aplicabilidad teórica de sus hipótesis fundamentales de trabajo (Nouvilas, 2000), es el Health Belief Model (HBM), en su traducción al castellano, Modelo de Creencias de Salud (MCS)

El embrión del MSC se gesta en los años 50, en un esfuerzo por explicar el corto éxito de los programas del servicio de salud pública de los Estados Unidos. Uno de los puntos básicos de referencia fueron los hallazgos del trabajo realizado a comienzos de 1952 a más de 1.200 adultos en tres ciudades norteamericanas, valorando su disposición, que resulto escasa, a someterse a rayos X, como parte de los programas oficiales de lucha contra la tuberculosis.

Así pues, en estos primeros años, el modelo, centrado en la prevención, intenta explicar la conducta de salud de los sujetos sanos. Esto es, se centró en el estudio de la *conducta de evitación* de la enfermedad, debiendo pasar casi veinte años para que, el modelo se aplicase también a las respuestas de los pacientes ante síntomas manifiestos (Kirscht, 1974) y al cumplimiento de los regímenes médicos prescritos (M. H. Becker, 1974a)

En los años 70, el MCS era ya sistemáticamente usado en diversos países para preciso explicar cómo las personas construyen y modifican sus decisiones y acciones y respaldar investigaciones e intervenciones en salud, educación en salud y ciencias aplicadas al comportamiento. Tal fue el interés que despertó, que en 1974 la revista *Health Education Monographs*, publicación oficial de la Society for Public Health Education, editada entonces por Lawrence Green, dedicó un número monográfico al Modelo de Creencias de Salud. Fue la primera recopilación de evidencias respecto del uso del MCS en la práctica.

El Modelo de Creencias de Salud (Becker, 1974) se centra en que el cambio o la probabilidad de ejecutar una acción para evitar una enfermedad o alteración de la salud

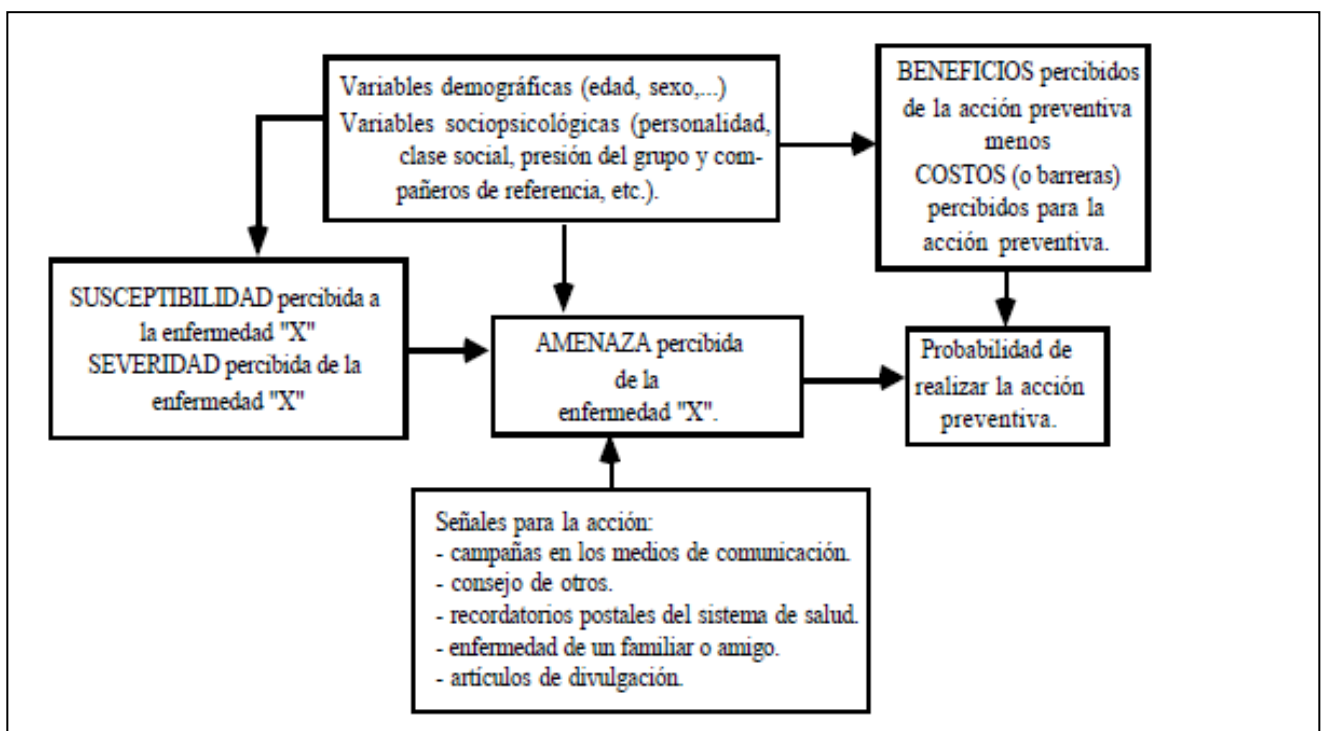
es producto de un proceso en que la persona necesita creer varias cosas. Primero, que es susceptible de sufrir dicha enfermedad “suscetibilidad percibida”; segundo, que la ocurrencia de la enfermedad puede tener una severidad moderada en su vida “severidad percibida” y tercero, que tomar una acción factible y eficaz en particular puede ser benéfico al reducir la suscetibilidad o la severidad, superando o representando mayor importancia que las barreras psicológicas acerca de costos, conveniencia, dolor, incomodidad del examen o de la acción preventiva. “beneficios y barreras percibidos”

Estos *componentes básicos* del Modelo de Creencias de Salud Rosenstock (1974) y Becker (1974) que determinan la evaluación del beneficio del cambio de comportamiento (percepción del riesgo/susceptibilidad percibida, severidad/gravedad percibida, beneficios percibidos y las barreras/obstáculos percibidos) se derivan de la hipótesis de que la conducta de los individuos descansa principalmente en dos variables: a) el *valor* que el sujeto atribuye a una determinada meta y b) la *estimación* que ese sujeto hace de la probabilidad de que una acción dada llegue a conseguir esa meta. Si circunscribimos estas variables estrictamente al ámbito de la salud, tal y como han hecho Maiman y Becker (1974), podríamos traducirlas en los siguientes términos: a) el deseo de evitar la enfermedad (o si se está enfermo, de recuperar la salud) y b) la *creencia* de que una conducta saludable específica puede prevenir la enfermedad (o si se está enfermo, la creencia de que una conducta específica puede aumentar la probabilidad de recuperar la salud.)

Además de los componentes anteriores, algunos autores han señalado la necesidad de considerar ciertos estímulos como imprescindibles para desencadenar el proceso de toma de decisiones, estímulos que han recibido el nombre de *claves para la acción*. En el ámbito de la salud, estas claves pueden ser internas (por ejemplo, síntomas físicos o percepciones corporales) o externas (recomendaciones de los medios de comunicación de masas, recordatorios de los servicios de salud, consejos de amigos, etc.). La intensidad necesaria de una de estas claves para desencadenar la conducta puede variar de sujeto a sujeto, e incluso en el mismo sujeto dependiendo de sus niveles de suscetibilidad y del grado de severidad percibida. Por último, también se asume que diversas *variables demográficas, sociopsicológicas y estructurales*, puedan afectar la percepción del individuo y de esa forma influir indirectamente en sus conductas de salud

Los mensajes para promover la salud (mediante los medios de comunicación masiva, la educación de pares y otras intervenciones) señalan la necesidad de actuar, y ayudan a convertir la buena disposición de la persona en acciones concretas. Estos recordatorios suelen ser necesarios para superar conductas poco saludables que se han convertido en hábito, como no llevar cinturón de seguridad, comer gran cantidad de alimentos con alto contenido de grasa, o fumar. El modelo de creencias de salud también puede ayudar a identificar formas de impulsar el cambio. (Fig. 27)

Figura 27. Aplicación del modelo de creencias sobre la salud aplicado a la predicción de la conducta de salud o conducta preventiva, de acuerdo a Becker y Maiman (1975)
Fuente Moreno y Gil. (2003). Pag. 96



Por otra parte, las acciones que conllevan una buena salud, se llevan a cabo cuando las personas creen que pueden tener efectos beneficiosos y/o disminuir la gravedad de su estado de salud; y sobre todo si creen que los costos que suponen que lleve a cabo esas acciones son menores que los beneficios obtenidos (Becker en Cockerham, 2002). Por consiguiente, la acción preventiva tomada por un individuo para evitar la enfermedad se debe a la percepción particular del individuo de que es personalmente susceptible y que la incidencia de la enfermedad tendría por lo menos algunas implicaciones personales graves. Así, los componentes previamente reseñados del MSC se integran en

dimensiones interrelacionadas: las percepciones individuales, los factores modificantes y la probabilidad de acción.

En resumen, según este Modelo se puede predecir la ocurrencia de una conducta de salud (Weinstein, 1993), cuando el sujeto en cuestión se percibe como susceptible a un problema de salud que le amenaza, que valora como grave y respecto al cual considera que la acción que puede emprender será beneficiosa y no demasiado onerosa.

El marco conceptual del MCS propone una guía general que puede y debe aplicarse a una amplia variedad de situaciones de la educación para la salud que ayudará a conseguir el objetivo último de la promoción de estilos de vida saludable y/o el cambio de hábitos no beneficiosos para la salud. (Greene y Simons-Morton, 1988).

Ante la importancia del problema que representa la obesidad infantojuvenil y la influencia de las familias en su prevención/control, tal vez a través de:

- El Modelo de Creencias de Salud podamos ayudar a la persona en la evaluación del beneficio del cambio de comportamiento al determinar: los conocimientos y creencias de las familias sobre la obesidad, los aspectos del estilo de vida de las familias relacionados con los estilos de vida de los adolescentes, las conductas alimentarias, la práctica de actividad física y deporte y el tiempo de ocio dedicado a actividades sedentarias como conductas que facilitan o previenen la obesidad y, sobre todo, cómo influyen los conocimientos, hábitos y las creencias de las familias relacionados con la obesidad sobre las conductas de salud llevadas a cabo por los adolescentes.
- El modelo de transteórico de Prochaska & D'Clemente “Modelo de Etapas de cambio” consigamos identificar las intervenciones/acciones y técnicas específicas que tienen un mayor impacto para ayudar a la persona a avanzar a las siguientes etapas de cambio de comportamiento.

Y dado que “No se trata de hacer más o menos... se trata de hacer lo correcto en el momento indicado” (DiClemente, 2006), las intervenciones a desarrollar para conseguir el cambio de conducta/comportamiento deberían basarse en la estrategia de las 5 Aes:

«Ask» (Averiguar), «Advise» (Aconsejar), «Assist» (Ayudar), «Arrange» (Asegurar el seguimiento).

- **Averiguar (Assess):** Proceso de identificación de aquellos pacientes con los que trabajar una intervención conductual y de medición rápida de las características y factores claves a partir de los cuales poder personalizar o individualizar los objetivos y métodos implicados en el cambio comportamental, maximizando su efectividad y el beneficio en salud. Se procedería a realizar una medición de las etapas de cambio
- **Aconsejar (Advise) y Acordar (Agree):** Proporcionar un consejo claro, específico y personalizado sobre cambio de hábitos o conducta, incluyendo información sobre los riesgos y el beneficio personal. Negociar de manera cooperativa con el paciente los objetivos y procedimientos de intervención apropiados, basándose en los intereses y capacidad de cambio del individuo.
- **Ayudar (Assist):** Ayudar al paciente a conseguir los objetivos acordados, adquiriendo las habilidades y recursos que faciliten el cambio y aborden las barreras, mediante la utilización de técnicas de cambio conductual.
- **Asegurar el seguimiento (Arrange):** Realizar contactos de seguimiento para proporcionar asistencia y apoyo continuado, con el objetivo de ajustar los planes terapéuticos.

4.6 Necesidades socio-educativas de las familias con hijos/as adolescentes ante el control de peso

Numerosas investigaciones, organizaciones y medios de comunicación están centradas en sensibilizar sobre la importancia de la adopción de estilos de vida saludables fundamentalmente, alimentación y ejercicio físico, desde la infancia (Organización Mundial de la Salud, 2004; Domínguez- Vázquez et al, 2009; Fuster, 2010; Estrategia NAOS, 2005 y dentro del marco de dicha estrategia el programa piloto Perseo (6-10 años), 2008; y Estudios en KID (1998-2000); Telecinco en la campaña: 12 meses 12 Causas. Por una alimentación sana, 2008 y Antena 3 con El Estirón, entre otras, 2012). También, muestran que la adopción de estilos de vida saludables desde la infancia colabora a que los niños estén más sanos, y que las buenas conductas en familia logren

evitar problemas en la edad adulta y, en consecuencia, favorezcan una mejor calidad de vida.

Sin duda el papel de los padres para evitar la aparición de la obesidad en sus hijos/as o tratarla cuando ya está instaurada es fundamental. Entre las responsabilidades paternas se mencionan como importantes: ser buenos modelos, poner límites, comprar alimentos saludables, mantener rutinas familiares saludables como la actividad física en familia y la alimentación.

Como hemos visto en diversos estudios, los progenitores no perciben la obesidad como un problema de salud, subestiman el sobrepeso y la obesidad de sus hijos, lo atribuyen a causas genéticas y no al estilo de vida, por lo que muestran actitudes poco predispuestas al cambio en la alimentación y la actividad física, poca solicitud de demanda de ayuda profesional, así como incluso explicaría las resistencias de algunos progenitores para actuar positivamente ante un hijo con problemas de exceso de peso.

Las actitudes de estos padres de hijos con sobrecarga ponderal muy posiblemente representan el reflejo de las actitudes, creencias que están presentes en el conjunto de la sociedad, o al menos, en determinados segmentos socioculturales, ya sea ante la obesidad infantil ya sea sobre la obesidad en general, también entendida hacia ellos mismos.

Se deduce la importancia de realizar intervenciones que incrementen el grado de percepción de los padres hacia el problema del sobrepeso y obesidad infantil, ayuden a conocer los posibles factores que influyen en el hecho de que aún cuando se percibe adecuadamente este problema en la práctica no se produce un cambio de comportamientos en los hábitos alimentarios, de actividad física y sedentarismo

En la adolescencia la situación se complica/agrava pues las familias parecen preocuparse aún menos por el peso, la alimentación, actividad física, sueño-descanso de sus hijos y no perciben la obesidad como un problema de salud en el que se deben de implicar. Algunos de los motivos que justifican esa situación serian (Oliva et al., 2007; Rodrigo et al. 2010b):

- La familia tiene que afrontar los cambios que experimentan chicas y chicos con la llegada de la pubertad y los cambios que los propios progenitores experimentan con la “Crisis de mitad de la vida”.
- A pesar de que existe una gran preocupación social por los problemas que surgen durante la adolescencia (trastornos alimentarios, conducta antisocial, abuso en el consumo de drogas, trastornos depresivos) no se puede decir lo mismo acerca del interés por proporcionar apoyo a los padres y madres de adolescentes.
- La investigación de las interacciones entre las prácticas, las creencias y los estilos educativos de los padres con los hábitos de sus hijos es escasa y no concluyente. Por lo que los padres no cuentan con guías, recomendaciones que les permitan prevenir los problemas de alimentación, actividad física, fortalecer habilidades para afrontarlas y solicitar ayuda para abordarlos.
- La obesidad no se considera un problema de salud prioritario en la adolescencia pues hasta ahora la salud en la adolescencia ha quedado relegada a un 2º puesto frente a la salud infantil y cuando se hace mención a los problemas de salud en los adolescentes se mencionan: los accidentes de tráfico, el consumo de drogas legales e ilegales, los trastornos de comportamiento alimentario (Anorexia, Bulimia) el abandono del deporte, la llamada movida o marcha y el VIH / SIDA , ligados gran parte de ellos a conductas de riesgo
- La mayor parte de los estudios sobre obesidad se centran en la alimentación, obviando o abordando muy superficialmente la actividad física y el sueño-descanso
- En consonancia con las necesidades del adolescente y con la Convención de los Derechos del Niño, la atención a la salud en pediatría debería alcanzar hasta los 18 años tanto a nivel de atención primaria como hospitalaria; por el contrario, el cambio de la atención sanitaria de pediatría a adultos tiene lugar a los 14 años produciéndose una fragmentación muy brusca de la atención sanitaria. Fruto de ello es la dificultad que algunas familias refieren en la identificación y control de alteraciones del IMC, alimentación y actividad física de sus hijos; la modificación, instauración de hábitos de alimentación y actividad física...

Ante ello las familias precisan de conocimientos, estrategias y apoyos que les permitan mejorar sus competencias y fortalecer sus nexos con su hijo adolescente y la comunidad

y hacer frente a las necesidades socioeducativas que entraña la tarea educativa del adolescente.

En esta misma línea, el Consejo de Europa, consciente de la complejidad y de las necesidades de apoyo que conlleva dicha tarea, ha promovido la Recomendación Rec (2006), sobre políticas de apoyo al ejercicio positivo de la parentalidad.

Pero, y al igual que Rodrigo (2010a) se planteaba la imposibilidad de planificar y desarrollar programas de educación parental sin contar con buenas descripciones de las competencias parentales, en este caso tampoco podemos ayudar/apoyar a las familias en el control de peso de sus hijos/as adolescentes si no conocemos sus necesidades socioeducativas respecto a la alimentación, actividad física, sueño-descanso, que sin duda serán variadas según sus propias circunstancias (Martínez, 2007).

ESTUDIO EMPÍRICO

1. OBJETIVOS Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Presentación y contextualización de las temáticas de estudio

Tal y como se ha puesto de manifiesto en la introducción y en los apartados que constituyen la fundamentación teórica de esta Tesis Doctoral, la consolidación y promoción de un estilo de vida obesogénico parece ser la responsable de gran parte de las enfermedades no transmisibles como las enfermedades cardiovasculares, cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes y, en concreto, de la creciente emergencia del sobrepeso y obesidad (Amigo, et al., 2007; Busto, 2016; OMS, 2017g). Como ya se expuso, los factores que integran el estilo de vida obesogénico se clasifican en cuatro grandes grupos, a saber: 1) alimentación; 2) actividad física y sedentarismo; 3) horas y calidad del descanso/sueño y 4) factores psicológicos y emocionales, articulándose este estudio en los dos primeros aspectos citados.

En este orden de cosas, este estilo de vida, ya iniciado desde prácticamente el momento del nacimiento a través del proceso de socialización del menor, se consolida en la adolescencia, etapa del desarrollo humano en la que se producen múltiples cambios físicos, cognitivos, emocionales y sociales (Alfaro, 2015; Carretero, 1985, Oliva, et al., 2007; Ramos, 2010). Dicho proceso de transformaciones convierte al adolescente en vulnerable ante el ambiente obesogénico que caracteriza a la sociedad actual sin que él sea consciente del riesgo que supone para su salud actual y, especialmente, futura. En esta Tesis, y teniendo como referencia numerosos informes a los que ya hemos aludido en la primera parte de este documento, de instituciones como Unicef (2011) y la OMS (2017f), consideraremos como adolescentes a las personas con edades comprendidas entre los 10 y los 19 años; es decir, la segunda década de la vida.

Asimismo, y considerando las nefastas consecuencias que el estilo de vida obesogénico representa para la salud, se insiste en su prevención optando, en caso de que se haya iniciado por una modificación que minimice el riesgo de que dichas problemáticas de salud se hagan patentes (Alfaro, 2015; Bach-Faig, Prados y Salvador, 2015; González y Tur, 2015; Guevara-Valtier, et al., 2015; Hernández, 2010; Ramos, 2010; Rodrigo, et al., 2004; Salmerón y Casas, 2013; Unicef, 2011; Valerio, 2016; WorldHealthOrganization, 2014a).

Por otro lado, y aunque en ocasiones se haya afirmado lo contrario, en la sociedad española actual y en lo que respecta a la adolescencia, la familia representa el principal agente socializador y, en términos generales, los conocimientos, creencias, valores, costumbres y hábitos familiares influyen de manera importante en los hábitos de control del peso, alimentarios y de actividad física de sus hijos/as (Alzate, 2012; OMS, 2017e; Ortega, 2014; Ramos, 2010). En este sentido, la percepción de los progenitores sobre el estilo de vida de sus hijos/as puede condicionar la propia percepción de estos/as, implicando la ausencia de modificaciones en el descanso, actividad física o en los patrones alimentarios que se encuentran en la base del estilo de vida y posible sobrepeso del adolescente. No obstante, hoy en día, la relación que existe entre la percepción y la aceptación por parte de los padres del estilo de vida obesogénico y sobrepeso de sus hijos/as es un aspecto poco estudiado en la “epidemia de sobrepeso” que caracteriza nuestra realidad social (Aldaya y Miranda, 2016; Baez, 2017; Cabello y De Jesús, 2011; Casas y Gómez, 2016; Organización de Consumidores, 2016; Rodríguez, 2012). Esta carencia, conforme los estudios revisados, también se acentúa con los bajos niveles de concienciación y preocupación políticos con respecto a este problema en otros países de Europa (TheEconomistIntelligenceUnit, 2016).

De este modo, para conseguir cambios de comportamiento reales en los adolescentes a favor de mantener, mejorar u optimizar su estilo de vida, es necesario incrementar la conciencia social, estimulando la predisposición al cambio, especialmente en el ámbito familiar. Sin embargo, las familias no siempre son capaces de readaptarse a la secuencia de transformaciones propias del adolescente, al desempeñar ese incuestionable papel educativo que se le atribuye en el fomento, modificación, instauración, transmisión de hábitos saludables en sus hijos (Álvarez, et al., 2016; Lindsay, et al. 2006; Oliva, et al., 2007). Por ello, se hacen necesarios programas formativos con las familias que les ayuden a desarrollar adecuadamente esta función educativa (Alfaro, 2015; Cabello y De Jesús, 2011; Casas y Gómez, 2016; García, 2009; Lindsay, et al., 2006; OMS, 2017f; Organización de Consumidores, 2016; Ramos, 2010; Unicef, 2011). Sin embargo, antes de abordar el diseño de cualquier intervención socioeducativa con las familias, parece preciso determinar las peculiaridades, necesidades, conocimientos, destrezas, hábitos... de las mismas; en este caso, y en lo que respecta a este estudio, acerca de sus

conocimientos y hábitos sobre alimentación, actividad física e Índice de Masa Corporal (IMC) en adolescentes de 13 años.

1.2 Definición de objetivos

Con la intención de delimitar las líneas base sobre las que se articulará el estudio empírico de esta tesis, procedemos a presentar en primer lugar los objetivos generales a los que se pretende dar respuesta, mencionando seguidamente los objetivos específicos que se derivan de estos.

1.2.1 Objetivos Generales y Dimensiones de Estudio

Esta formulación de objetivos se fundamenta en afirmar la relevancia de conocer el papel que las familias pueden jugar en la instauración de hábitos saludables en sus hijos, relacionados expresamente en esta Tesis con la alimentación y la actividad física, reflexionando también sobre la prevención y/o actuación ante posibles episodios de sobrepeso u obesidad. Desde esta óptica se decide proponer un diseño de investigación que se irá describiendo detalladamente en los siguientes apartados, articulado en dos estudios: estudio 1) se recoge información que alude a los **hábitos** de las familias relacionados con la alimentación, actividad física e IMC propios y de sus respectivos/as hijos/as adolescentes y estudio 2) que contiene información referente a los **conocimientos** de las familias relacionados con la alimentación, actividad física e IMC propios y de sus respectivos/as hijos/as adolescentes. Así pues, los objetivos generales que se han planteado para estos estudios son los siguientes:

1. Identificar las necesidades socioeducativas de familias con adolescentes de 13 años relacionadas con los **hábitos** que previenen el estilo de vida obesogénico (estudio 1).
2. Identificar las necesidades socioeducativas de familias con adolescentes de 13 años relacionadas con los **conocimientos** que facilitan prevenir y/o controlar el estilo de vida obesogénico (estudio 2).
3. Ofrecer procedimientos estructurados de recogida de información sobre *Hábitos de los padres y madres y de los hijo/as sobre alimentación, ejercicio físico y control del peso* y sobre *Conocimientos de los padres y madres sobre hábitos saludables y obesidad infantil*.

Este estudio se centrará únicamente en las familias de adolescentes con 13 años, por ser a esta edad cuando se realiza la última revisión de pediatría dentro del programa del

niño sano con el posterior cambio, a los 14 años, del servicio de atención sanitaria de pediatría (más cercana e integral guiada por el programa del niño sano) a la atención sanitaria del médico de familia. Además, entre los 12-13 años se ha producido la transición de la educación primaria a la educación secundaria que supone variaciones en los contenidos y metodologías educativas, nuevos compañeros y profesores. Todo ello en un momento en que, se ha iniciado, en el ámbito personal, una situación relativamente diferente, la entrada en la adolescencia.

De estos objetivos generales se derivan los correspondientes objetivos específicos, que se han formulado a partir de las dimensiones que se han establecido en cada uno de los dos estudios anteriormente mencionados. Por esta razón, antes de enumerar estos objetivos se procede a presentar en la tabla 1 las dimensiones incluidas en cada uno de ellos.

Tabla 1. Dimensiones de análisis en los estudios sobre Hábitos y Conocimientos sobre Alimentación, Actividad Física y Sobrepeso/Obesidad

Dimensiones de análisis en los estudios sobre Hábitos y Conocimientos sobre Alimentación, Actividad Física y Sobrepeso/Obesidad	
<u>ESTUDIO 1-HÁBITOS</u> <i>“Hábitos de los padres y madres y de los hijo/as sobre alimentación, ejercicio físico y control del peso”</i> ▪ Dimensión 1. Hábitos Alimentación en casa ▪ Dimensión 2. Hábitos de Alimentación asociados al Centro Escolar ▪ Dimensión 3. Hábitos de Actividad Física ▪ Dimensión 4. Hábitos relacionados con el Control del Peso	<u>ESTUDIO 2-CONOCIMIENTOS</u> <i>“Conocimientos de los padres y madres sobre hábitos saludables y obesidad infantil”</i> ▪ Dimensión 1. Conocimientos sobre Alimentación saludable ▪ Dimensión 2. Conocimientos sobre Actividad Física saludable ▪ Dimensión 3. Conocimientos sobre Prevención del Sobrepeso/Obesidad

1.2.2 Objetivos específicos

Teniendo en cuenta las dimensiones mencionadas y tomando como marco de referencia los objetivos generales inicialmente planteados, los objetivos específicos de cada uno de los dos estudios de esta investigación se resumen en las tablas 2 y 3.

Tabla. 2. Objetivo general, dimensiones de estudio y objetivos específicos del estudio 1 de Hábitos de los padres y madres sobre alimentación, ejercicio físico y control de peso

<u>ESTUDIO 1-HÁBITOS DE LOS PADRES Y MADRES SOBRE ALIMENTACION EJERCICIO FISICO Y CONTROL DE PESO</u>
<i>Hábitos de los padres y madres y de los hijo/as sobre alimentación, ejercicio físico y control del peso</i> Objetivo General: ▪ Identificar Necesidades socioeducativas de familias con adolescentes de 13 años relacionadas con los hábitos que previenen el estilo de vida obesogénico. ▪ Ofrecer un procedimiento estructurado de recogida de información sobre <i>Hábitos de los padres y madres y de los hijo/as sobre alimentación, ejercicio físico y control del peso</i> Objetivos Específicos: Dimensión 1. Hábitos de Alimentación en casa ▪ Conocer la percepción de los padres y madres sobre sus hábitos/conductas alimentarios y los de sus

hijos adolescente en el hogar ▪ Analizar la implicación que el adulto tiene en los hábitos alimentarios del adolescente ▪ Determinar las dificultades/problemas que el familiar tiene al organizar/regular la alimentación del adolescente Dimensión 2. Hábitos de Alimentación asociados al centro escolar ▪ Conocer los hábitos alimentarios/conductas del adolescente en el centro escolar desde la perspectiva familiar ▪ Determinar el interés del adulto hacia el menú escolar Dimensión 3. Hábitos de actividad física ▪ Conocer la actividad física del adolescente, desde la perspectiva del familiar ▪ Conocer la actividad física del familiar ▪ Analizar la implicación que el adulto tiene en la actividad física del adolescente ▪ Determinar cómo percibe el familiar su actividad física y la del adolescente ▪ Determinar el interés del adulto hacia la asignatura de Educación Física/Gimnasia ▪ Determinar las dificultades/problemas que el familiar tiene al organizar/regular la actividad física del adolescente Dimensión 4. Hábitos relacionados con el control del peso ▪ Identificar las pautas alimentarias y de actividad física que se adoptan en la familia para controlar el sobrepeso tanto de los padres y madres como de los hijos ▪ Identificar las medidas que el adulto sigue cuando el adolescente tiene sobrepeso u obesidad Información cualitativa ▪ Conocer las dificultades de las familias en cuanto a organización y regulación de la alimentación y actividad física de los adolescentes ▪ Conocer las demandas de los familiares ante el centro educativo y ante el centro de salud para abordar los problemas que tiene con la alimentación y/o actividad física del adolescente

Tabla 3. Objetivo general, dimensiones de estudio y objetivos específicos del estudio sobre *Conocimientos de los padres y madres sobre hábitos saludables y obesidad infantil*

<u>ESTUDIO 2-CONOCIMIENTOS DE LOS PADRES Y MADRES SOBRE HABITOS SALUDABLES Y OBESIDAD INFANTIL</u> <i>“Conocimientos de los padres y madres sobre hábitos saludables y obesidad infantil”</i> Objetivo General: ▪ Identificar necesidades socioeducativas de familias con adolescentes de 13 años relacionadas con los conocimientos que facilitan prevenir y/o controlar el estilo de vida obesogénico. ▪ Ofrecer un procedimiento estructurado de recogida de información sobre <i>Conocimientos de los padres y madres sobre hábitos saludables y obesidad infantil</i> Objetivos Específicos: Dimensión 1. Conocimientos sobre Alimentación saludable ▪ Identificar los conocimientos que tienen las familias del adolescente sobre Alimentación Saludable ▪ Determinar la consideración que el familiar tiene de sus conocimientos para adaptar la alimentación al peso del adolescente. Dimensión 2. Conocimientos sobre Actividad Física saludable ▪ Identificar los conocimientos que tienen las familias del adolescente sobre Actividad Física saludable ▪ Determinar la consideración que el familiar tiene de sus conocimientos para adaptar la actividad física al peso del adolescente. Dimensión 3. Conocimientos sobre prevención del Sobrepeso/Obesidad ▪ Identificar los conocimientos que el familiar del adolescente tiene sobre sobrepeso y obesidad

1.3. Diseño de la investigación

1.3.1. Metodología de investigación

El estudio sobre el que se articula esta Tesis Doctoral se plantea como objetivo identificar en el colectivo de familias con hijos/as adolescentes de 13 años sus

necesidades socioeducativas relacionadas con la prevención del estilo de vida obesogénico desde una perspectiva descriptiva y exploratoria a través de una metodología de investigación "ex post facto", caracterizada, de acuerdo con Kerlinger (1985) (citado por Bisquerra, 1989, p.218) por:

“una búsqueda sistemática empírica, en la cual el científico no tiene control directo sobre las variables independientes, porque ya acontecieron sus manifestaciones o por ser intrínsecamente no manipulables. Se hacen inferencias sobre las relaciones entre ellas, sin intervención directa, a partir de la validación concomitante de las variables independientes y dependientes”.

1.3.2. Concreción y definición de las dimensiones y variables de estudio

En respuesta a los objetivos planteados en esta investigación, se ha establecido un primer estudio centrado en analizar los ***hábitos de los padres y madres y de sus hijo/as adolescentes sobre alimentación, ejercicio físico y control del peso***, con la finalidad de identificar las conductas/comportamientos de adultos y adolescentes al respecto. Se espera que la información obtenida permita identificar si existen patrones conductuales en las familias que determinan o descartan la existencia de un estilo de vida obesogénico; ello permitiría conocer las principales necesidades socioeducativas que presentan las familias para instaurar y mantener un estilo de vida saludable en adolescentes de 13 años.

Para ello, se han establecido varias dimensiones de análisis que aglutinan un conjunto de variables traducidas en ítems que se incluyen en cuestionarios elaborados específicamente en esta investigación para la recogida de información. Estos ítems, acompañados de una escala de respuesta de Likert de cuatro alternativas (*1-TD: Total Desacuerdo (Nunca)*; *2-D: Desacuerdo (A veces)*; *3-A: Acuerdo (Casi siempre)*; *TA: Total Acuerdo (Siempre)*) actúan como indicadores a través de los que medir y valorar las dimensiones establecidas.

Dimensión 1. Hábitos de alimentación en casa.

En este estudio se han definido los hábitos alimentarios que forman parte de un estilo de vida saludable o de un “estilo de vida obesogénico” como aquellas conductas/comportamientos relacionadas con la alimentación que se mantienen durante un tiempo, ocurren consistentemente y comparten algunas causas (Hernández, 2010; Pastor, 1998; Ramos, 2010). Específicamente, para el estudio de los hábitos

alimentarios en casa se han tenido en cuenta variables como: la percepción del adulto sobre su implicación en la alimentación del adolescente y de la capacidad para detectar alguna anomalía en la misma, manejo de la alimentación ante el peso del adolescente, número de comidas que el adulto y el adolescente realizan al día, especificando las realizadas en casa de lunes a viernes y los fines de semana y festivos. También se analiza la compra de alimentos, planificación y preparación de las comidas, valoración de la alimentación del adulto y la del adolescente, rutinas al coincidir el adulto y el adolescente a la hora de cenar y por último la satisfacción que atribuye el adulto al acto de comer y cocinar. La tabla 4 incluye los aspectos analizados en esta dimensión.

Tabla 4. Ítems analizados en la Dimensión 1. Hábitos de Alimentación en Casa

Dimensión 1. Hábitos de Alimentación en Casa	
Identificados con una escala de respuesta de Likert de cuatro alternativas: 1-TD: Total Desacuerdo (Nunca); 2-D: Desacuerdo (A veces); 3-A: Acuerdo (Casi siempre); TA: Total Acuerdo (Siempre)	
<i>Acciones del padre/madre respecto a la Alimentación</i>	
▪ Responsabilizarse de la alimentación del hijo/a ▪ Adaptar la alimentación al peso del hijo/a ▪ Realizar 5 comidas al día (desayuno, media mañana, mediodía, merienda y cena) ▪ Planificar las cenas ▪ Comprar los alimentos ▪ Preparar las cenas ▪ Disfrutar cocinando ▪ Disfrutar comiendo ▪ Desayunar en casa de lunes a viernes ▪ Almorzar en casa de lunes a viernes ▪ Cenar en casa de lunes a viernes ▪ Desayunar en casa los fines de semana y festivos ▪ Almorzar en casa los fines de semana y festivos ▪ Cenar en casa los fines de semana y festivos ▪ Reconocer la causa por la que el/a niño/a no quiere comer si coinciden en casa a la hora de cenar ▪ Dificultades/problemas en la organización/regulación de la alimentación del menor (respuesta abierta)	
<i>Acciones del adolescente respecto a la Alimentación</i>	
• Realizar 5 comidas al día (desayuno, media mañana, mediodía, merienda y cena) • Desayunar en casa de lunes a viernes • Almorzar en casa de lunes a viernes • Cenar en casa de lunes a viernes • Desayunar en casa los fines de semana y festivos • Almorzar en casa los fines de semana y festivos • Cenar en casa los fines de semana y festivos	
<i>Acciones de ambos -padres/madres y adolescentes- respecto a la Alimentación</i>	
• Sentarse juntos si coinciden en casa a la hora de cenar • Tener la televisión encendida si coinciden en casa a la hora de cenar • Responder al teléfono fijo y/o móvil si coinciden en casa a la hora de cenar • Esperar a que termine el último para levantarse de la mesa si coinciden en casa a la hora de cenar • Hablar entre ellos si coinciden en casa a la hora de cenar • Permanecer menos de 40 minutos sentados a la mesa comiendo si coinciden en casa a la hora de cenar	
<i>Sugerencias/Solicitudes del familiar ante los centros educativos y de salud</i> (Respuestas abiertas)	
▪ Peticiones del familiar al centro educativo ante los problemas surgidos en la organización/regulación	

de la Alimentación del menor
▪ Peticiones del familiar al centro educativo ante los problemas surgidos en la organización/regulación de la Actividad Física del menor
▪ Peticiones del familiar al centro de salud ante los problemas surgidos en la organización/regulación de la Alimentación del menor
▪ Peticiones del familiar al centro de salud ante los problemas surgidos en la organización/regulación de la Actividad Física del menor

Dimensión 2. Hábitos de alimentación asociados al Centro Escolar.

Al igual que en la dimensión anterior, los hábitos alimentarios que informan sobre un estilo de vida saludable o “estilo de vida obesogénico” se han definido como aquellas conductas/comportamientos relacionadas con la alimentación que se mantienen durante un tiempo, ocurren consistentemente y comparten algunas causas (Hernández, 2010; Pastor, 1998; Ramos, 2010). Concretamente para el estudio de los hábitos alimentarios en el centro escolar se han tenido en cuenta ítems como: la realización de la comida del mediodía en el comedor escolar y conocimiento del menú escolar, ingesta de algún alimento a media mañana en el centro educativo, indicando a su vez el tipo de alimento consumido, implicación del centro educativo en el consumo y modo en que se adquiere el alimento. Finalmente se contempla el conocimiento de la existencia de un taller y la posible participación en el mismo: “Menú Escolar-Menú Familiar”. La tabla 5 incluye los aspectos analizados en esta dimensión.

Tabla 5. Ítems analizados en la Dimensión 2. Hábitos de Alimentación asociados al Centro Escolar

Dimensión 2. Hábitos de Alimentación asociados al Centro Escolar Identificados con una escala de respuesta de Likert de cuatro alternativas: 1-TD: Total Desacuerdo (Nunca); 2-D: Desacuerdo (A veces); 3-A: Acuerdo (Casi siempre); TA: Total Acuerdo (Siempre) Acciones del padre/madre asociadas a la Alimentación en el Centro Escolar ▪ Preparar en casa comidas que complementen el menú escolar ▪ Participar en el Taller “Menú Escolar-Menú Familiar” ▪ Complementar a la cena el menú escolar Acciones del adolescente asociadas a la Alimentación en el Centro Escolar ▪ Tomar la comida del mediodía en el comedor escolar ▪ Comer en casa alimentos que no le gustan pero que ha empezado a comer en el comedor escolar ▪ Comer algo a media mañana en el centro escolar ▪ Llevar dinero al centro escolar para comprar algo que comer a media mañana ▪ Comer a media mañana en el centro escolar Frutas ▪ Comer a media mañana en el centro escolar snacks salados (patatitas, cortezas, gusanitos, frutos secos...) ▪ Comer a media mañana en el centro escolar snacks dulces (bombones, caramelos, galletas...) ▪ Comer a media mañana en el centro escolar Pan con queso, jamón, chorizo, Nocilla... ▪ Comer a media mañana en el centro escolar yogur, batidos ▪ Comer a media mañana en el centro escolar refrescos, zumos azucarados Acciones del Centro Educativo respecto a la Media mañana Indicar lo que debe llevar el niño/a para tomar a media mañana

Dimensión 3. Hábitos de Actividad Física.

Por su parte, los hábitos físicos que forman parte de un estilo de vida saludable o de un “estilo de vida obesogénico” se han definido por aquellas conductas/comportamientos relacionadas con la actividad física que se mantienen durante un tiempo, ocurren consistentemente y comparten algunas causas (Hernández, 2010; Pastor, 1998; Ramos, 2010). Para el estudio de dichos hábitos físicos se han considerado variables como: la percepción que tiene el familiar de la cantidad y el tipo de ejercicio físico que él y el adolescente hacen, su implicación en el ejercicio físico del adolescente y de la capacidad para detectar alguna anomalía en el mismo, manejo del ejercicio físico según el peso del adolescente, actividad física que realiza el adulto y ejercicio físico extraescolar que realiza el adolescente por semana y durante el fin de semana. Se contempla también la exposición a pantallas del adolescente por semana y durante el fin de semana, acompañamiento al adolescente en el ejercicio físico por semana y durante el fin de semana, y por último, la importancia que el adulto otorga a la asignatura de gimnasia/educación física. La tabla 6 incluye los aspectos analizados en esta dimensión.

Tabla 6. Ítems analizados en la Dimensión 3. Hábitos de Actividad Física

Dimensión 3. Hábitos de Actividad Física
Identificados con una escala de respuesta de Likert de cuatro alternativas: 1-TD: Total Desacuerdo (Nunca); 2-D: Desacuerdo (A veces); 3-A: Acuerdo (Casi siempre); TA: Total Acuerdo (Siempre)
<i>Acciones del padre/madre respecto a la Actividad Física</i> ▪ Responsabilizarse de la actividad física del niño/a ▪ Adaptar la actividad física al peso del niño/a ▪ Usar el coche para trayectos cortos (menos de 500 m) ▪ Subir a casa por las escaleras al menos 1 vez al día ▪ Pasear a buen ritmo entre 30 y 60 minutos al día, 3 o 4 días a la semana ▪ Realizar algún ejercicio físico con el/a niño/a durante el fin de semana ▪ Realizar algún ejercicio físico con el/a niño/a de lunes a viernes ▪ Preguntar al niño o a la niña por lo que hace en la asignatura de Gimnasia/ Educación Física ▪ Dormir por la noche ▪ Echar la siesta ▪ Sentarse en clase/trabajo ▪ Sentarse en casa por tareas escolares/laborales ▪ Sentarse durante las comidas ▪ Sentarse medio de transporte ▪ Sentarse frente a pantallas ▪ Realizar Educación Física/Gimnasia ▪ Dificultades/problemas en la organización/regulación de la actividad física del menor (respuesta abierta)
<i>Acciones del adolescente respecto a la Actividad Física</i> ▪ Realizar algún ejercicio físico extraescolar de Lunes a viernes ▪ Ver la televisión o usar el ordenador más de 1 hora/día en casa de Lunes a viernes ▪ Realizar algún ejercicio físico durante el fin de semana

- Ver la televisión o usar el ordenador más de 4 horas/día en casa durante el fin de semana
- Dormir por la noche
- Echar la siesta
- Sentarse en clase/trabajo
- Sentarse en casa por tareas escolares/laborales
- Sentarse durante las comidas
- Sentarse medio de transporte
- Sentarse frente a pantallas
- Realizar Educación Física/Gimnasia
- Realizar deportes en gimnasio, centro deportivo
- Realizar actividades al aire libre
- Caminar trayectos fijos diariamente

Dimensión 4. Hábitos relacionados con el control del peso. Bajo esta denominación se engloban un conjunto de conductas o comportamientos relacionados con la prevención y tratamiento de esta alteración del Índice de Masa Corporal (IMC). Específicamente, para el estudio de los hábitos relacionados con el control del peso se han tenido en cuenta variables como: actitud del adulto ante el exceso de peso, medidas alimentarias y físicas para evitar la ganancia de peso, medidas alimentarias y físicas para reducir peso, posible solicitud de ayuda a profesionales especializados y recurrencia a medidas farmacológicas y quirúrgicas que ayuden a perder peso. La tabla 7 incluye los aspectos analizados en esta dimensión.

Tabla 7. Ítems analizados en la Dimensión 4. Hábitos relacionados con el control del peso

Dimensión 4. Hábitos relacionados con el control del peso
Identificados con una escala de respuesta de Likert de cuatro alternativas: 1-TD: Total Desacuerdo (Nunca); 2-D: Desacuerdo (A veces); 3-A: Acuerdo (Casi siempre); TA: Total Acuerdo (Siempre)
<i>Acciones del padre/madre respecto al control del peso</i>
▪ Organizar la alimentación y el ejercicio físico del/a niño/a para que no engorde ▪ Cuidar la propia alimentación y actividad física del adulto para no engordar ▪ Incrementar el consumo de frutas, verduras, legumbres, cereales integrales al hijo/a con sobrepeso ▪ Limitar las grasas y el aceite en las comidas al hijo/a con sobrepeso ▪ Obligar a realizar ejercicio físico varios días a la semana al hijo/a con sobrepeso ▪ Limitar la ingesta de alimentos dulces al hijo/a con sobrepeso ▪ Obviar o restar importancia al incremento de peso ▪ Ayudar a reducir el peso al hijo/a con sobrepeso si quiere y pide ayuda ▪ Determinar conjuntamente la causa y manera de perder peso ▪ Llevar al hijo/a con sobrepeso a un médico para que le trate médicamente

Con relación al segundo estudio sobre ***Conocimientos de los padres y madres sobre hábitos saludables y obesidad infantil***, se pretende identificar los conocimientos que tienen los adultos en la familia sobre alimentación, actividad física y control de peso. Todo ello con la finalidad de identificar necesidades socioeducativas de las familias con hijos/as adolescentes (13 años) a este respecto.

Como en el estudio anterior, se han establecido varias dimensiones de análisis que aglutinan un conjunto de variables traducidas en ítems que se incluye en un cuestionario elaborado específicamente en esta investigación para la recogida de información. Estos ítems, acompañados de una escala de respuesta de Likert de cuatro alternativas (1-TD: *Total Desacuerdo (Nunca)*; 2-D: *Desacuerdo (A veces)*; 3-A: *Acuerdo (Casi siempre)*; TA: *Total Acuerdo (Siempre)*) actúan como indicadores a través de los que medir y valorar las dimensiones establecidas.

Dimensión 1. Conocimientos sobre Alimentación Saludable. Los conocimientos en torno a la alimentación se han conceptualizado como la información que el adulto/familia ha adquirido a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica o práctica de los aspectos que configuran el Patrón Alimentario (Cheesman2010; Segarra y Bou, 2005). Al mismo tiempo, se entiende como “Patrón Alimentario” el marco de referencia del consumo alimentario de un grupo de población; es decir, el tipo y las cantidades de alimentos usualmente ingeridos por la mayoría de los individuos en un tiempo determinado (Álvarez y Álvarez, 2009; Hernández, 2010; Ortiz, 2011). Para el estudio de estos conocimientos se han tenido en cuenta en este estudio variables como: número de comidas y de raciones de pescado frutas y/o vegetales que se deben tomar al día, aporte nutricional de varios grupos de alimentos (lácteos y legumbres), expresiones comunes relacionadas con la alimentación (comida variada y equilibrada, crasas saturadas-crasas malas, no es igual beber zumos que agua...), responsabilidad familiar de la alimentación del adolescente, así como su valoración de los conocimientos que posee para adaptar la alimentación al peso del adolescente. La tabla 8 incluye los aspectos analizados en esta dimensión.

Tabla 8. Ítems analizados en la Dimensión 1. Conocimientos sobre Alimentación saludable

Dimensión 1. Conocimientos sobre Alimentación saludable	
Identificados con una escala de respuesta de Likert de cuatro alternativas: 1-TD: Total Desacuerdo (Nunca); 2-D: Desacuerdo (A veces); 3-A: Acuerdo (Casi siempre); TA: Total Acuerdo (Siempre)	
Información adquirida por el padre/madre entorno al Patrón Alimentario	
• Hay que hacer 5 comidas al día (desayuno, media mañana, mediodía, merienda y cena) • Comer saludable significa comer una variedad amplia de alimentos y controlar la cantidad • Los lácteos como leche, yogur y queso aportan calcio para la salud de huesos y dientes • No es lo mismo beber zumos que agua para prevenir el sobrepeso • Las grasas saturadas (mantequilla, embutidos, leche entera y derivados...) son las que llamamos "grasas malas" • Conviene comer pescado al menos 2 veces a la semana por ser beneficioso para el organismo • Hay que comer al menos 5 raciones de fruta y/o vegetales al día aunque se debe intentar comer 7	

• raciones por día • Las legumbres son ricas en proteínas y tienen un alto contenido en fibra ▪ La alimentación propia es saludable • La alimentación del niño es saludable • Usted tiene los conocimientos suficientes para adaptar la alimentación al peso del niño/a • Usted conoce el menú escolar semanal. ▪ Usted conoce la existencia del Taller “ Menú Escolar-Menú Familiar”

Dimensión 2. Conocimientos sobre Actividad Física Saludable. Se han definido los conocimientos sobre la actividad física como la información que el adulto/familia ha adquirido a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica o práctica de los aspectos que configuran el Patrón de Actividad Física (Cheesman, 2010; Segarra y Bou, 2005). Asimismo, la “Actividad Física” se evalúa y operativiza como un término amplio que engloba los conceptos de ejercicio físico y deporte, al designar el movimiento corporal producido por la acción muscular voluntaria que aumenta el gasto de energía (Grupo de trabajo del sector sanitario con el sector deportivo, 2015; Merino, 2006; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014). Las variables de estudio que se han seleccionado para esta investigación son aquellas que permiten relacionar el cuerpo humano con la actividad física, determinando la diferencia entre actividad física y ejercicio físico, estableciendo igualmente el modo en que se debe desarrollar el ejercicio físico y valorar los conocimientos que posee la familia para adaptar el ejercicio al peso del adolescente. La tabla 9 incluye los aspectos analizados en esta dimensión.

Tabla 9. Ítems analizados en la Dimensión 2. Conocimientos sobre Actividad Física Saludable

Dimensión 2. Conocimientos sobre Actividad Física Saludable Identificados con una escala de respuesta de Likert de cuatro alternativas: 1-TD: Total Desacuerdo (Nunca); 2-D: Desacuerdo (A veces); 3-A: Acuerdo (Casi siempre); TA: Total Acuerdo (Siempre) Información adquirida por el padre/madre entorno al Patrón de Actividad Física • El cuerpo humano está diseñado para moverse • La actividad física diaria incluye la que se hace durante el trabajo (ocupacional) y la que se realiza en el tiempo libre (de ocio) • Los individuos que se limitan a realizar la actividad física básica se consideran inactivos • Hay que prestar atención tanto a la duración total, como a la intensidad y frecuencia de la actividad física • Todo ejercicio físico es un tipo de actividad física pero no toda actividad física es considerada ejercicio físico • Los ejercicios dinámicos o aeróbicos (como caminar, correr, nadar, montar en bicicleta, bailar) también se denominan ejercicios cardiovasculares • Al hacer ejercicio físico debemos variar las actividades para evitar el aburrimiento y no perder las ganas de hacerlo • El ejercicio físico debe comenzarse con actividades de calentamiento, después seguir con otras más intensas y terminar con otras más suaves • Para hacer ejercicio de una manera segura y efectiva, debemos hacer el ejercicio a un nivel moderado, de modo que podamos hablar cómodamente durante el ejercicio

- Usted tiene los conocimientos suficientes para adaptar el ejercicio físico al peso del niño/a
- Usted conoce los motivos (enfermedad, cansancio, no le gusta...) por los que el/a niño/a algunas veces disminuye su ejercicio físico.
- El ejercicio realizado por el familiar es adecuado
- El ejercicio realizado por el familiar debería incrementarse
- El ejercicio realizado por el/a niño/a es adecuado
- El ejercicio realizado por el/a niño/a debería incrementarse
- La asignatura de Gimnasia/Educación Física es menos importante que las Matemáticas o el lenguaje
- La asignatura de Gimnasia/Educación Física es menos importante que el Dibujo o la Informática

Dimensión 3. Conocimientos sobre Prevención del Sobrepeso/Obesidad. Por último, en esta tercera dimensión se conceptualiza la expresión “conocimiento” adoptando la definición recogida por Cheesman (2010) y Segarra y Bou (2005), según la cual este término engloba la información que el adulto/familia ha adquirido a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica o práctica de los aspectos relacionados con un Índice de Masa Corporal (IMC) igual o mayor a 25 en adultos o un percentil superior a 85 en niños/as y adolescentes. El estudio de los conocimientos relacionados con el sobrepeso/obesidad en esta investigación se ha llevado a cabo a través de variables que posibilitan identificar el IMC (Índice de Masa Corporal) como indicador del sobrepeso y la obesidad, categorizar el peso como bajo peso, normopeso, sobrepeso u obesidad y determinar algunas de las causas (gasto energético, edad, estado de ánimo) explicativas de estados de sobrepeso/obesidad, planteándose finalmente la autorresponsabilidad/responsabilidad colectiva como una opción válida en su prevención/abordaje. La tabla 10 incluye los aspectos analizados en esta dimensión.

Tabla 10. Ítems analizados en la Dimensión 3. Conocimientos sobre Prevención del Sobrepeso/Obesidad

Dimensión 3. Conocimientos sobre Prevención del Sobrepeso/Obesidad	
Identificados con una escala de respuesta de Likert de cuatro alternativas: 1-TD: Total Desacuerdo (Nunca); 2-D: Desacuerdo (A veces); 3-A: Acuerdo (Casi siempre); 4-A: Total Acuerdo (Siempre)	
Información adquirida por el padre/madre sobre Prevención del Sobrepeso/Obesidad	
• El índice de masa corporal (IMC) indica la relación entre el peso y la talla y se utiliza para saber si hay sobrepeso y obesidad en los adultos • El sobrepeso (IMC igual o superior a 25) y la obesidad (IMC igual o superior a 30) se producen cuando se acumula grasa anormalmente o en exceso • Cuando se come hay que prestar atención al estado de ánimo pues las emociones pueden influir en el tipo y cantidad de alimento que se come • El sobrepeso y la obesidad se producen cuando se ingieren más calorías de las que se gastan • El sobrepeso y la obesidad no se pueden prevenir, ni tampoco las enfermedades que tienen asociadas • Para que las personas puedan prevenir la obesidad y el sobrepeso necesitan controlar su alimentación y su actividad física • Lo/as niño/as obeso/as tienen más probabilidad de serlo también de mayores y de desarrollar otras enfermedades que lo/as niño/as no obesos. • La obesidad es un problema de salud que es responsabilidad de cada uno. ▪ La obesidad es un problema de salud de la sociedad y por ello la responsabilidad de prevenirla es de los centros escolares, centros sanitarios, ayuntamientos y otras entidades sociales.	

Características Sociodemográficos y Antropométricas

Además de los aspectos analizados en las dimensiones descritas de los dos estudios realizados, se ha recabado información sobre características socio-demográficas y antropométricas de la muestra de padres y madres que han participado en esta investigación, y de sus hijo/as adolescentes de 13 años. En el caso de los **padres y madres**, estas características son: vinculación familiar, sexo, edad, país de nacimiento, municipio actual de residencia, estado civil, estudios cursados, situación laboral, peso y altura. Para categorizar el peso en términos de “normal, sobrepeso, obesidad o bajo peso” se utiliza el Índice de Masa Corporal –IMC- o índice de Quételet (1835) que considera el peso de la persona en relación a su estatura. El procedimiento de su cálculo consiste en dividir su peso en kilogramos entre el cuadrado de su estatura en metros. En el caso de personas adultas está definido internacionalmente que un IMC menor de 18,5 se corresponde con un peso por debajo de lo normal, entre 18,5 y 25 se trata de un peso normal, igual o mayor de 25 es considerado sobrepeso, mientras que las puntuaciones superiores a 30 se asocian con obesidad u obesidad mórbida (más de 40).

Por su parte, **en los hijo/as adolescentes**, se han considerado las siguientes características: sexo, edad, centro escolar en el que cursó los estudios primarios, existencia de comedor escolar en el centro de educación primaria, centro escolar en el que estudia actualmente, curso académico que realiza actualmente y asignaturas aprobadas en las dos últimas evaluaciones. También se considera el número de personas que residen en el domicilio familiar, los ingresos mensuales y estructura de la unidad familiar, el total de niños/as que integran la unidad familiar, posición que ocupa el adolescente de 13 años entre sus hermanos, peso, talla e IMC. En referencia al ítem “edad” se tendrán en cuenta los criterios fijados por Unicef (2011) y la OMS (2017f). Así, consideraremos que los adolescentes son aquellas personas con edades comprendidas entre los 10 y 19 años, contemplándose a su vez en esta segunda década de la vida dos subintervalos: adolescencia temprana (entre los 10 y 14 años) y adolescencia tardía (desde los 15 a los 19 años). En consecuencia, cuando en este estudio aludamos a sujetos de 13 años, estaremos pensando en la figura de un adolescente, ubicado concretamente en la etapa de la adolescencia temprana. No obstante, a medida que se vaya avanzando en la redacción, iremos empleando como

sinónimos de este “adolescente” al que estamos aludiendo, términos como “menor”, “sujeto”, “niño/a”, “chico/a”...

Como es obvio, en el caso al trabajar con el IMC de estos/as niños/as, no se podrá realizar una valoración del mismo recurriendo a los mismos puntos de corte fijos como en la población adulta, sino que estas puntuaciones se establecerán como un porcentaje respecto a la media, razón por la que se precisan curvas de referencia poblacionales del IMC para niños con información expresada en “percentiles”. Así pues, en este estudio las curvas de referencia que se tendrán en cuenta para categorizar el IMC serán las del Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades crónicas y promoción de la salud – CDC-, de manera que cuando el percentil sea inferior a 5 estaremos ante un bajo peso. Si se ubica entre 5-85 el peso es normal, considerándose sobrepeso entre 85-95 y obesidad cuando se rebase la cifra de 95.

La tabla 11 incluye la operativización de las características sociodemográficas y antropométricas consideradas en esta investigación.

Tabla 11. Operativización de las características sociodemográficas y antropométricas analizadas en padres/madres y en hijo/as adolescentes

Operativización de las Características Socio-demográficas y Antropométricas
<i>Características Socio-demográficas de los padres/madres</i> Edad: Menos de 30 años, Entre 30-34 años, Entre 35-39 años, Entre 40-44 años, Entre 45-49, Entre 50-54, Más de 54 años Sexo: Hombre, Mujer Procedencia y zona geográfica: País de nacimiento; Municipio de residencia; Área Sanitaria de referencia del adolescente Nivel de Estudios: Sin estudios, Obligatorios, Secundaria no obligatoria, Módulo Superior, Universitarios, Otros Situación laboral: Desempleo con prestación, Desempleo sin prestación, Estudiante, Pensionista, Dedicación exclusiva tareas del hogar y cuidado familia, Trabajo remunerado jornada completa, Trabajo remunerado media jornada, Otros Ingresos mensuales de la unidad familiar: Menos de 600€/mes, Entre 600-1200€, Entre 1201-1800€, Más de 1800€/mes Estado civil: Casado/a, Soltero/a, Separado/a, Divorciado/a, Viudo/a, Pareja de hecho Tipología Familiar: • Estructura familiar: Ambos padres con los/as hijos/as de ambos, Madre/padre solo con los hijos/as, Madre/padre y nueva pareja con los/as hijos de ambos, Abuelos u otros familiares, Otra situación • N° de personas que residen en el domicilio del adolescente (respuesta abierta) • N° de niños/as que integran la unidad familiar (respuesta abierta) • Posición que ocupa el/a adolescente entre sus hermanos: Primero, Segundo, Tercero, Cuarto, Otro • Vínculo familiar con el adolescente: Padre/madre, Abuelo/a, Otro familiar, No familiar Centro Sanitario: Nombre del centro de Salud al que acude cuando lo precisa Sesión grupal: Deseo de participar en sesión grupal propuesta por la investigadora: Si/No <i>Características Antropométricas de los padres/madres</i> Peso (respuesta abierta) Talla (respuesta abierta) IMC: menos 18,5:-Bajo Peso; entre 18,5 y 25-Normopeso; igual o más 25-Sobrepeso, más 30-Obesidad,

Características Socio-demográficas de los adolescentes (expresadas por sus padres y madres)

Edad: 12 años, 13 años, Otra edad

Sexo: Hombre, Mujer

Curso académico del adolescente en la actualidad (respuesta abierta)

El adolescente aprueba todas las asignaturas en las 2 últimas evaluaciones: Si/No

Centro Escolar:

- Nombre del Centro Escolar en el que el/a niño/a curso la Educación Primaria (respuesta abierta)
- Presencia de comedor escolar en el Centro Escolar en el que el/a niño/a curso la Educación Primaria: Si/No
- Nombre del actual centro escolar (respuesta abierta)
- Presencia de comedor escolar en el centro escolar actual: Si/No

Características Antropométricas de los hijos/as Adolescentes, expresadas por sus padres/madres

Peso del Adolescente a los 10 años (respuesta abierta)

Peso del Adolescente a los 13 años (respuesta abierta)

Talla del Adolescente a los 10 años (respuesta abierta)

Talla del Adolescente a los 13 años (respuesta abierta)

IMC del Adolescente a los 10 años: Percentil menor 5-Bajo Peso, Percentil entre 5-85-Normopeso, Percentil entre 85-95-Sobrepeso, Percentil mayor de 95-Obesidad

IMC del Adolescente a los 13 años: Percentil menor 5-Bajo Peso, Percentil entre 5-85-Normopeso, Percentil entre 85-95-Sobrepeso, Percentil mayor de 95-Obesidad

1.3.3. Procedimiento y criterios de selección de las muestras

En un principio y según se recoge en la solicitud de admisión del Plan de Investigación de la presente Tesis Doctoral del 6 de mayo de 2013, y en el Proyecto presentado ante el Servicio de Salud del Principado de Asturias –SESPA- el 5 de agosto de 2013, se plantea el desarrollo de un *estudio de campo de carácter exploratorio*, que se gestará atendiendo a las siguientes informaciones:

- **Ámbito:** El Principado de Asturias, recurriendo a una estratificación por áreas sanitarias y centros de salud.
- **Población diana:** familias de niños/as que en 2012 cumplieron 10 años y que acuden a su centro de salud para realizar la revisión del niño/a sano de los 10 años.
- **Muestra:** Se persigue seleccionar una muestra representativa de los/as menores que, para el conjunto del Principado de Asturias, cumplieron 10 años en el 2012. Para ello se partió del listado facilitado por el Centro de Gestión de Servicios Informáticos (CGSI) con todos los menores de 10 años que durante el 2012 tenían anotados el peso y talla y/o IMC en su historia clínica informatizada del centro de salud (4518 Niños /as). De este listado se seleccionó una muestra de 570 sujetos mediante muestreo aleatorio estratificado según Áreas Sanitarias con afijación

proporcional. El tamaño se predeterminó para una confianza del 95%, una precisión del 4% y una previsión de pérdidas del 30%, utilizando el programa Epidat 4.0"

- **Criterios de selección de la muestra (inclusión de sujetos):** El/la menor seleccionado debía cumplir 10 años a lo largo del 2012, acudiendo al mismo tiempo al centro de salud correspondiente para realizar la revisión infantil. Es imprescindible haber registrado en la historia clínica los datos de peso y talla, procurando también la autorización de las familias.

Para recabar datos de la muestra de adolescentes seleccionados para llevar a cabo la investigación se precisó pasar previamente por un proceso de autorización institucional (Anexo), y se consideró, además, solicitar colaboración de las enfermeras de pediatría para seleccionar la muestra y acceder a las familias de los menores. Para que el Centro de Gestión de Servicios Informáticos –CGSI- facilitase los datos necesarios se presentó ante la comisión de investigación del Área Sanitaria V el proyecto y correspondiente solicitud, **que no obtuvo respuesta hasta casi siete meses después**. Una vez recibida la autorización por parte de la comisión de investigación de dicha área se trasladó al CGSI, a través de la dirección de enfermería, la solicitud de los datos precisos para realización del estudio. Inicialmente los datos demandados fueron los siguientes:

- Niños y niñas de Asturias con fecha de nacimiento entre el 1/01/2002 y el 31/12/2002.
- Registro de visita en el centro de salud (cualquier profesional) entre el 1/01/2012 y el 31/12/2012.
- Registro en el mismo día de peso y talla y/o Índice de Masa Corporal –IMC- entre el 1/01/2012 y el 31/12/2012 realizado por cualquier profesional.

También se consideró el interés de que el listado que se derivase de la búsqueda previamente indicada contuviese en formato Excell los siguientes parámetros: 1) ASTU (Código de Identificación del Paciente en el Sistema Nacional de Salud); 2) Área sanitaria; 3) Centro de salud de referencia; 4) Pediatra asignado; 5) Fecha de nacimiento; 6) Edad; 7) Sexo ;8) Peso en Kgs; 9) Talla/altura en cms; 10) IMC (Índice de Masa Corporal) y 11) fecha de registro del peso, la talla y del IMC.

La primera recepción de datos por correo electrónico, a fecha de 3 de julio de 2014, incluía pesos, tallas e IMC registrados a lo largo del 2012 de los niños/as de 10 años que

habían acudido a los centros de salud por cualquier motivo, si bien no puede obviarse el hecho de que identificar la revisión de los 10 años que interesaba para la presente investigación, resultaba imposible de registrar informáticamente. Con ello, y tras revisar detenidamente la base de datos recibida, se decidió conservar para cada uno de los/as menores el dato referente al IMC por ser el parámetro que se precisa para determinar si nos encontramos con un sujeto con bajo peso, normopeso, sobrepeso u obesidad. En este orden de cosas se han obtenido los datos recogidos en la tabla 12:

Tabla 12. Categorización del IMC de los/as niños/as de 10 años que acudieron a los centros de salud asturianos durante el 2012

VALORACION IMC DE NIÑ@S DE 10 AÑOS QUE ACUDIERON A LOS CENTROS DE SALUD ASTURIANOS DURANTE EL 2012																	
	Área I: 182		Área II: 108		Área III: 873		Área IV: 1369		Área V: 1209		Área VI: 186		Área VII: 256		Área VIII: 336		
	Niñas F	Niños M	Niñas F	Niños M	Niñas F	Niños M	Niñas F	Niños M	Niñas F	Niños M	Niñas F	Niños M	Niñas F	Niños M	Niñas F	Niños M	Total
Bajo Peso	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	0	0	0	0	0	4
Peso Saludable	64	73	42	40	364	315	563	562	511	453	85	61	97	87	120	112	3549
Sobrepeso	15	14	5	6	63	41	61	66	65	61	5	9	19	15	25	24	494
Obesidad	7	9	8	7	23	67	39	77	46	70	15	11	12	26	23	32	472
Total	86	96	55	53	450	423	663	706	623	586	105	81	128	128	168	168	4519

	Niñas F	Niños M	Total
Bajo Peso	1	3	4
Peso Saludable	1846	1703	3549
Sobrepeso	258	236	494
Obesidad	173	299	472
Total	2278	2241	4519

N:4519
Niñas: 2278
Niños: 2241

dentada la población, se concertó un encuentro con el representante de la Unidad de Investigación del Área V-Gijón, profesional que facilitó una muestra total que, seleccionada mediante un muestreo aleatorio estratificado según Áreas Sanitarias con afijación proporcional, ascendió a 570 sujetos. Dicho tamaño muestral se predeterminó para una confianza del 95%, una precisión del 4% y una previsión de pérdidas del 30%, utilizando el programa Epidat 4.0. Con ello se preveía recoger, al menos, 400 cuestionarios o respuestas de dichos menores.

De este modo, se descartó el muestreo por conglomerados bietápico estratificado, es decir, dentro de cada área se eligen CS (conglomerados o unidades de primera etapa) y después se eligen consultas de pediatría (unidades de segunda etapa). Ya que aunque estos muestreos complejos son más eficientes se precisaría una muestra mayor y, sobre todo, dificulta el análisis posterior que debería tomar en cuenta el diseño muestral empleado.

En este sentido, considerando la muestra especificada (Tabla 12), se distribuye entre los sujetos seleccionados por profesionales de enfermería de pediatría y centros de salud de

referencia, contactando con estos para solicitarles su colaboración en el proceso de localización de familias a través del ASTU, distribución individualizada y posterior recogida de cuestionarios y, por último, devolución de los cuestionarios por correo interno.

Tabla 12. Sujetos incluidos en la muestra por Área Sanitaria y Centro de Salud

Área I Jarrio	Área II C. del Narcea	Área III Avilés	Área IV Oviedo	Área V Gijón	Área VI Arriandas	Área VII Mieres	Área VIII Langreo
CS Luarca: 4	CS Tineo: 6	CS Sabugo: 11	CS La Lila: 1	CS de Candás: 8	CS Infiesto: 6	CS Mieres Norte: 7	CS Riaño: 4
CS Navia: 2	CS C. del Narcea: 8	CS Quirinal: 10	CS Paulino Prieto: 7	CS La Calzada: 17	CS Colunga: 2	CS Mieres Sur: 6	CS La Felguera: 11
CS Tapia: 4		CS Magdalena: 11	CS La Éria-S. Claudio: 16	CS Natahoyo: 8	CS Arriandas: 4	CS Figaredo: 5	CS Sama: 11
CS La Caridad: 1		CS Villalegre: 17	CS El Cristo-Trubia: 7	CS Puerta la Villa: 9	CS Cangas de Onís: 4	CS Pola de Lena: 7	CS Sotrondio: 2
CS Vegadeo: 12		CS Corvera/las Vegas: 20	CS Otero: 2	CS Perchera: 10	CS Llanes: 6	CS Moreda: 3	CS Blimea: 1
		CS Cudillero/Raíces: 3	CS Ventanielles: 18	CS Severo Ochoa: 10	CS Carreña: 1	CS Cabañaquinta: 4	CS Pola de Laviana: 7
		CS Pravia: 12	CS Testinos: 34	CS Contrucos: 11			CS El Entrego: 6
		CS Castrillo/Piedras Blancas: 19	CS Pumarín: 9	CS El Llano: 16			
		CS Gozon/Luanco: 2	CS Posada de Llanera: 10	CS El Coto: 12			
		CS Llano Ponte: 5	CS Noreña-El Berrón: 6	CS Zarracina: 10			
			CS Lugones: 16	CS Parque Somio: 13			
			CS Pola de Siero: 16	CS Villaviciosa: 9			
			CS de Nava: 6	CS Laviana: 7			
			CS de Salas: 4	CS Rocas Montevín: 12			
			CS de Grado: 5				
			CS de Soto de Ribera: 1				
			CS Belmonte: 1				
			CS Vallobín-La Florida: 10				
			CS Naranco: 5				
Total: 23	Total: 14	Total: 110	Total: 174	Total: 152	Total: 23	Total: 32	Total: 42

Entre finales del año 2014 y principios de 2015 se inició el proceso de contacto personal con las direcciones de enfermería de cada área sanitaria, con la finalidad de presentar a las personas responsable de la misma el instrumento inicial de recogida de información y la necesidad de colaboración que se precisaba para poder llegar a la muestra de estudio seleccionada. La respuesta obtenida en esta toma de contacto inicial fue muy diversa, pues mientras que en las Áreas II, III y IV (Cangas del Narcea, Avilés y Arriandas respectivamente), se facilitan inmediatamente los datos de las enfermeras para conversar directamente con ellas, en otras (Áreas I-Jarrio, IV-Oviedo y VIII-Langreo) el proceso se relentiza, al exigirse la disponibilidad de un visto bueno por parte del comité de ética (Anexo 1) y, además, en el caso del Área VII-Mieres, también la autorización de los Servicios Centrales del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Tras esta sucesión de circunstancias, a finales del año 2015 se dio por concluida la distribución de los cuestionarios entre las familias de los/as 570 niño/as seleccionados a

través de los profesionales de enfermería de Pediatría, fijándose el fin de la recogida en mayo 2016. Los datos de participación de las familias fueron muy reducidos, puesto que de los 570 cuestionarios distribuidos, tan solo 153 fueron devueltos (26,84% del total entregado), tal y como puede observarse en la tabla 13.

Tabla 13. Cuestionarios enviados y recogidos por área sanitaria

AREA SANITARIA	C. ENVIADOS	C. RECIBIDOS	% RTA
AREA I	23	17	73,91%
AREA II	14	10	71,42 %
AREA III	110	44	40,00%
AREA IV	174	19	10,91%
AREA V	152	28	18,42%
AREA VI	23	5	21,73%
AREA VII	32	12	37,5%
AREA VII	42	18	42,85%
TOTAL	570	153	26,84%

Por su especial relevancia en la explicación del tamaño muestral final sobre el que se articula el estudio empírico de la presente Tesis Doctoral, comentamos a continuación algunas de las causas detectadas que justifican esta reducida participación. A saber:

- Cambio de domicilio y, en consecuencia, de centro de salud de los/as menores.
- Incomunicación telefónica, bien por cambio de número de las familias o imposibilidad por parte de estas de identificar la llamada del centro (número oculto) y no poder responder a la misma.
- Falta de voluntariedad de implicación de ciertos profesionales de enfermería.
- Extensión de los cuestionarios a cumplimentar y dificultad para poder rellenarlos.
- Desconfianza hacia los profesionales de enfermería que entregan el cuestionario a las familias. En este caso, algunos de los argumentos explicativos son:
 - Cambio reciente por traslado
 - Ausencia del profesional habitual por baja médica.
 - Escasa relación con el profesional sanitario sobre todo en el ámbito urbano.
 - Información ambigua sobre el objetivo de los cuestionarios

Además de la recopilación de datos cuantitativos a través de cuestionarios, se realizó también una recogida de información cualitativa, de manera que, considerando las 63 familias que en el cuestionario manifestaron expresamente su interés en participar en

una sesión grupal a modo de grupo de discusión, se inició un contacto telefónico con ellas. En éste se informó, primeramente, de la creación de un blog: <http://obesidadinfantilfamilia.blogspot.com.es/> y de un perfil (Familiasturiana Obesidad Infantil) y web (<https://www.facebook.com/familiasobesidadinfantil/>) en Facebook, concertándose posteriormente fecha y hora con quienes mantenían aún su deseo en participar en la sesión. El total de personas interesadas ascendió a 10. Por otro lado, a quienes ya no estaban interesados en participar (53 personas restantes), se les solicitó cumplimentasen por email o en un espacio existente en el blog, las preguntas abiertas previstas para la citada sesión grupal. Finalmente ésta solamente pudo organizarse en Avilés tal y como se observa en la tabla 14. Esta sesión en que se trabajó con el grupo de discusión se celebró el 30 de Mayo de 2016 en el Centro Cívico de los Canapés, acudiendo al mismo tan solo dos madres y una acompañante.

Las tres asistentes, conforme su experiencia previa de trabajo y contacto con familias (miembro de AMPA y dueñas de una guardería), corroboran la dificultad de conseguir que en investigaciones o convocatorias de este tipo acudan las familias, sugiriendo el interés o factibilidad de trabajar con los/as menores, intentando con ello planificar estrategias más globales. Por su parte, tan solo se recibieron tres mensajes de contestación por correo electrónico y una aportación cualitativa en el cuestionario remitido. Por su parte, a través del blog no se obtuvo respuesta alguna.

Tabla 14: Familias que manifestaron en el cuestionario interés por participar en el grupo-Familias que confirman telefónicamente su asistencia

AREA SANITARIA	C. RECIBIDOS	SI GRUPO/ASISTEN	% GRUPO
AREA I	17	6/0	35,29%
AREA II	10	3/0	30,00 %
AREA III	44	20/10	45,45%
AREA IV	19	9/0	47,36%
AREA V	28	10/0	35,71%
AREA VI	5	4/0	80,00%
AREA VII	12	4/0	33,33%
AREA VII	18	7/0	38,88%
TOTAL	153	63/10	41,17%

En este punto de la investigación y valorándose insuficiente el tamaño de muestra recabado, se decide ampliar el proceso de búsqueda, en un intento por complementar familias de los centros de salud con familias de diferentes centros escolares, integrándose así los contextos educativo y sanitario. Se optó también por revisar

nuevamente los instrumentos de recogida de información (cuestionarios) y modificar el formato, que no su contenido, para facilitar con ello su comprensión y óptima cumplimentación. Así pues, a los cuestionarios sobre 1) *“Hábitos de padres y madres sobre alimentación, ejercicio físico y control de peso”* y 2) *“Conocimientos de los padres y madres sobre hábitos saludables y obesidad infantil”*, se añade otro tercer instrumento con las preguntas abiertas que se habían planteado en la sesión grupal (Anexo 2).

Conforme lo expuesto, a partir del total de centros educativos que impartían enseñanzas de Educación Secundaria Obligatoria en Asturias (144), dato obtenido en el directorio de centros educativos de la Consejería de Educación del Principado de Asturias (<https://www.educastur.es/directorio-de-centros>) (tabla 15), se seleccionaron 28 centros educativos a través de un muestreo incidental (tabla 16). A principios de mayo de 2016 se contactó telefónicamente con los equipos directivos respectivos de los 28 centros seleccionados, informándoles sobre los objetivos de esta investigación y solicitándoles su participación en la misma. De esos 28 centros se obtuvo una respuesta favorable de 15 institutos (53,57%), distribuyéndose en los mismos, a lo largo de los dos siguientes meses, un total de 1034 copias de los cuestionarios, que fueron recogidas hasta el mes de julio de 2016; al final del mes de julio se obtuvieron 136 nuevos cuestionarios, cuya información fue incorporada a la base de datos de la presente Tesis Doctoral.

Tabla 15. Centros educativos que impartían enseñanzas de Educación Secundaria Obligatoria en Asturias

	Área I	Área II	Área III	Área IV	Área V	ÁreaVI	Área VII	Área VIII	7
CPEB	2	4	0	0	0	2	1	0	
COL	2	0	10	22	16	1	4	8	
IES	4	2	11	19	15	7	6	8	
Total	8	6	21	41	31	10	11	16	

Tabla 16. Centros educativos seleccionados a través de un muestreo incidental

DIFUSION-RECOGIDA CUESTIONARIOS CENTROS EDUCATIVOS SECUNDARIA-2º ESO

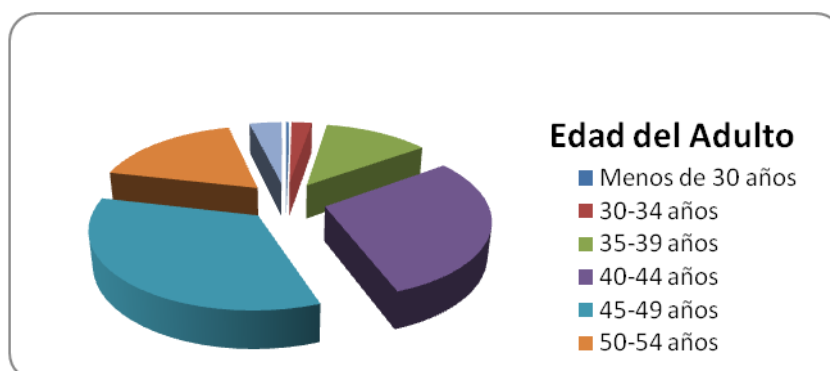
CENTRO EDUCATIVO	RESPUESTA/CUESTIONARIOS	C.RECOGIDOS
IES de Candas	Si, 55	17
IES de Navia	No, problemas previos con familias	
IES de Langreo	No, Final de curso	
IES de Villaviciosa	No, Final de curso	
Colegio San Rafael-Villaviciosa	Si, 21	0
IES de Nava	Si, 46	1
IES de Luces	Si, 19	5
Colegio la Milagrosa-Gijón	Si, 29	9
IES Aramo-Oviedo	Si, 100	17
IES Fleming-Oviedo	No, trabaja con módulos	
CODEMA- Gijón	No, Final de curso	
IES Virgen de la Luz	Si, 85	8
IES Isla de la Deva- Piedras Blancas	Si, 87	16
IES Nº 1-Gijon	No, Final de curso	
IES Los Selgas-Cudillero	Si, 32	3
IES Nº 5-Aviles	No, Final de curso	
IES La Magdalena-Avilés	Si, 84	17
IES Cristo del Socorro- Luanco	No, Final de curso	
IES Dña. Jimena-Gijón	Si, 100	14
IES Corredoria-Oviedo	Si, 150	5
IESO el Sueve (Arriendas)	No, Final de curso	
IES Universidad Laboral	Si, 98	6
IES Elisa y Luis Villamil (Vegadeo)	Si, 63	10
IES Concejo de Tineo	No, Final de curso	
IES Sánchez Lastra Mieres	No, Final de curso	
IES Bernaldo de Quiros-Mieres	Si, 65	8
Col. La Salle Ujo	No, Final de curso	
Col. Sto. Domingo de Guzman-Mieres	No, Final de curso	
TOTAL: 28	15 SI/1034 COPIAS	136

1.3.4. Características sociodemográficas de la muestra

Tras distribuir los cuestionarios entre las familias asturianas con adolescentes que durante el 2015 cumplieron 13 años, concretamente $n=570$ en los centros de salud y $n=1034$ en los centros educativos, se recogieron un total de $n=290$ cuestionarios válidos, 154 en los centros de salud (53,1%) y 136 en los centros educativos (46,9%). De este modo, la muestra sobre la que se realizará esta investigación asciende a un total de 290 familias.

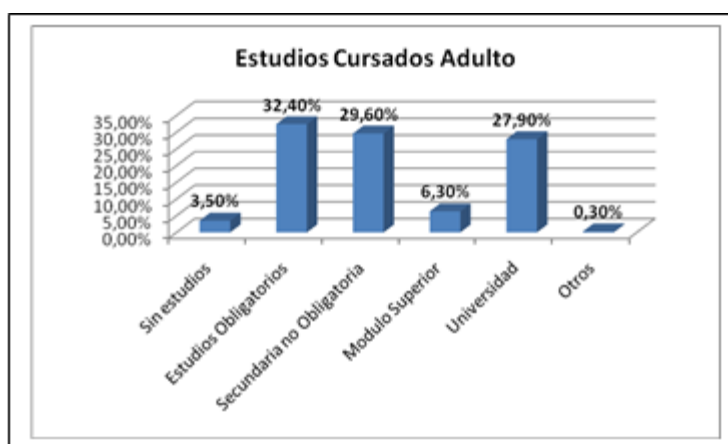
Con relación al **sexo**, el 83,8% son mujeres y el 16,2% hombres, oscilando la **edad** entre los intervalos de 45-49 años con el 34,1%, 40-44 años (29,30%), 50-54 (17,60%) y 35-39 años con el 12,40% (gráfico 1). El **estado civil** más representativo es el de casado (77,9 %), seguido por el de divorciado (12,4%), soltero (3,8%) y otras situaciones (viudedad, pareja de hecho...), con el 5,9%.

Gráfico 1: Edad de los participantes



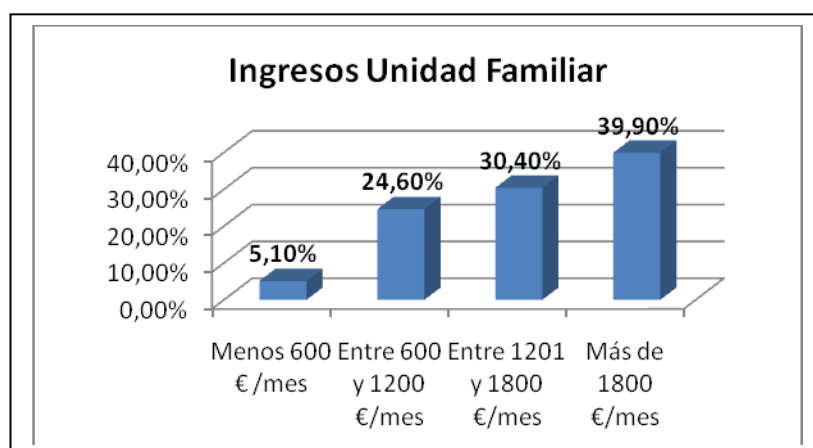
En cuanto al **nivel de estudios** cursados por los/as encuestados/as, el 32,4 % se corresponde con los estudios obligatorios, el 29,6% con la Educación Secundaria no Obligatoria y el 27,9% con estudios universitarios (Gráfico 2). Con respecto al **país de nacimiento** se sabe que la mayoría de los participantes son españoles (91,2%), seguido de Bélgica (1,8%) y Argentina (1,4%). Gijón y Avilés son los **municipios de residencia** más representativos con un 16,7%, seguido de Oviedo y Mieres con un 9,0% y 5,2% respectivamente.

Gráfico 2. Estudios cursados por los participantes



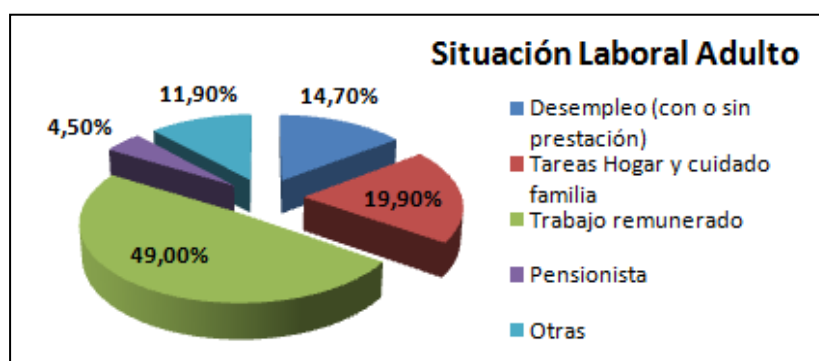
Sobre el **tamaño de la unidad familiar** cabe apuntar que el número de personas que la integran oscila entre tres y siete (8,7% y 1,0% respectivamente), siendo no obstante cinco miembros el tamaño más frecuente, con el 50.7% de los casos, seguido del 25,9% y el 12,4% que representan respectivamente a las unidades familiares de cuatro y seis personas. En cuanto a su **estructura, la tipología** que representa a la mayoría de las

familias es la biparental (76.7%), seguida con bastante menos cifra por la monoparental (13,6%), alcanzándose el 10,1% en otras situaciones. El **número** mayoritario de **niños/as** que la integran (53%), incluyendo al adolescente de 13 años, asciende a dos, a uno en el 35,7% de los casos y a tres o más en el 11,3%. El adolescente, a su vez, es el primogénito en 67,1% de las ocasiones, ocupando respectivamente el segundo y tercer lugar entre sus hermanos en el 26,3% y 4,8% de los casos. Por último, en referencia al **vínculo familiar** del adolescente con el adulto, las dos únicas opciones que sobresalen son la de hijo/a (97,6%) y nieto/a (2,4%). Aludiendo al **nivel de ingresos**, se observa que en el 39,9% de las unidades familiares se superan los 1800 € mensuales, alcanzándose la cifra de 30,4% en hogares con ingresos de 1201-1800 € al mes y de 24,6% de las familias con ingresos entre 600 y 1200 € mensuales.



Finalmente, tras consultar sobre la **situación laboral** se ha encontrado que el trabajo remunerado, integrando las opciones de media y jornada completa, es el más representativo (49,0%), seguido de la dedicación exclusiva a las tareas del hogar y/o cuidado de la familia (19,9%), desempleo (14,7%), pensionista (4,5%) y otras situaciones (11,9%). El siguiente gráfico 3 ilustra estos porcentajes.

Gráfico 3. Situación Laboral del Adulto

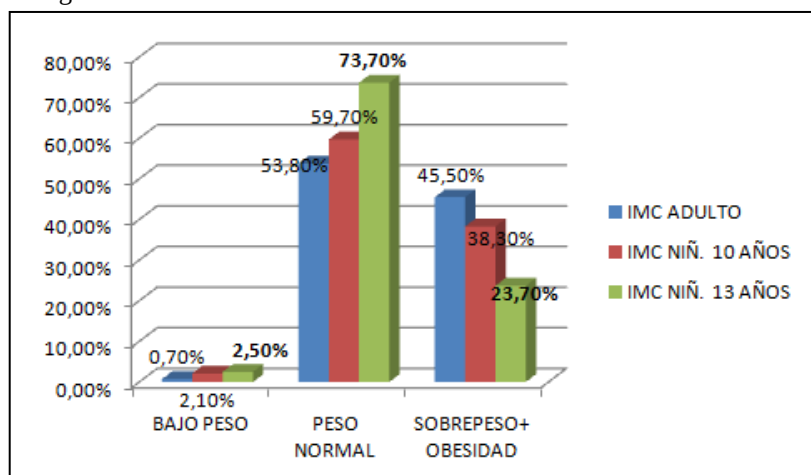


En la tabla 17 y gráfico 4, que hacen referencia a las características antropométricas de la muestra con respecto al **IMC** del adulto y del niño/a a los 10 y 13 años, se observa que el mayor porcentaje se corresponde con el normopeso, tanto en adultos (53,8%) como en los niños/as-adolescentes (59,7%) a los 10 años y 73,7% a los 13 años. Por otra parte, el porcentaje resultante de la unificación de las opciones de sobrepeso+obesidad es mayor en el caso de los adultos (45,5%) que en los niños/as-adolescentes (38,3% a la edad de 10 años y 23,7% a los trece). (Tabla 17) (Gráfico 4)

Tabla 17. Categorización del IMC de los adultos y niños/as de 10 y 13 años

	ADULTO	NIÑO/A 10 AÑOS	NIÑO/A 13 AÑOS
BAJO PESO	0,7%	2,1%	2,5%
PESO NORMAL	53,8%	59,7%	73,7%
SOBREPESO+ OBESIDAD	45,5%	38,3%	23,7%

Gráfico 4. Categorización del IMC



En cuanto al **proveedor de los servicios de salud**, la mayoría de las familias (96,2%) pertenecen al Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), frente al 3,8 % restante del que se desconoce su denominación o es privado. Por **áreas sanitarias**, el área de Avilés (Área III) es la más representada con un 30,3%, seguida de Área V-Gijón (25,9%), Área IV-Oviedo (14,5%), Área I-Jarrio (9,3%), Área VII-Mieres (6,9%), Área VIII-Langreo (6,2%) y las Áreas II-Cangas del Narcea y VI-Arriondas con idéntico

porcentaje: 3,4%.

En otro orden de cosas, cabe reseñar que aunque esta investigación se centra en los adolescentes de 13 años, la **edad** de estos/as puede oscilar entre los 12, 13 y 14 años, puesto que los adolescentes de 12 años cumplieron los 13 años a lo largo del 2015 y los de 14 años eran los adolescentes que cumplieron el cuestionario en el centro educativo durante el año 2016. De este modo, el 67% tiene 13 años, el 29,2% 12 años y el 3,8 % 14 años. Con respecto al **sexo** de estos hijos/as, el 50,5% son chicas y el 49,5% chicos.

Considerando el **centro escolar** en que lo/as s niños/as-adolescentes cursaron la Educación Primaria, el 79,7% confirma la disponibilidad de comedor escolar, careciendo del mismo el 20,3%. Por el contrario, basándonos en el centro escolar actual (Educación Secundaria) se sabe que solamente el 18,3% dispone de comedor escolar, no ofreciéndose este servicio en el 81,7% de los restantes centros.

Finalmente, considerando el **curso académico**, se ha obtenido que el 90,6% de los niños/adolescentes de esta muestra cursa actualmente 2º de la E.S.O. El resto, 9,4%, cursan 6º de Primaria, 1º de la ESO y 3º de la ESO. Considerando la denominación de los centros escolares en los que la mayoría de los adolescentes cursan estos estudios son el IES de Candás (7,7%), el IES Aramo (6,3%) y los IES Elisa y el IES Isla con 5,6%. La última variable que se ha estudiado tiene que ver con el hecho de haber alcanzado la **calificación de “aprobado”** en todas las asignaturas en las dos últimas evaluaciones, dándose esta circunstancia en el 75,6% de los casos. No obstante, el 24,4% de las familias corrobora la no superación de estas dos últimas evaluaciones por parte de sus hijos/as.

1.4. Instrumentos y procedimientos de recogida de información

Tras revisar la literatura científica sobre el tema analizado se encontraron algunos instrumentos ya elaborados que sirvieron de base para diseñar los cuestionarios propios de esta investigación que permitieran responder a los objetivos propuestos. Los instrumentos consultados son:

- Cuestionario para evaluar prácticas alimentarias en familias chilenas de escolares de 4 a 7 años (Lera et al., 2013, Proyecto FONDECYT N° 1110044 “Elaboración, aplicación y

evaluación de un programa de intervención con materiales educativos en alimentación saludable para profesores, alumnos de prebásica, básica y sus familias”).

- Cuestionario sobre Hábitos Alimentarios de la Familia, del Proyecto PERSEO (Ministerio de Sanidad y Consumo y Ministerio de Educación y Ciencia, 2007, Proyecto de promoción de hábitos de alimentación y actividad física saludable en medio escolar y entorno comunitario para prevenir la obesidad).
- Cuestionario INTA. Test clínico para evaluar actividad física en niños chilenos. (Godard et al., 2008, Programa de Obesidad del Instituto Chileno de Nutrición y Tecnología de los Alimentos)
- Cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea (Consejería de Salud, Junta de Andalucía, 2010)
- Cuestionario Familia del Estudio Aladino-Ref.10-069 (Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición y Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011, Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España)
- Cuestionario sobre Competencias Parentales (Martínez González, 2013, proyecto (EDU2012-38074).
- Cuestionario sobre Prevención del consumo de drogas desde el contexto familiar (Martínez González, R.A., Pereira González, M. y Corral Blanco, 1998).
- Escalas de Identificación de Prácticas Educativas Familiares "PEF" (García y Román Sánchez, 2003).

Fruto de dicha revisión, y tras construir un primer borrador de cuestionario específico para esta investigación, se procedió a su validación de formato y contenido en un grupo de trabajo interdisciplinar formado por profesorado de distintos niveles educativos, profesionales de servicios sociales especializadas en intervención con menores, padres, madres y una abuela, y expertas en investigación educativa, celebrado quincenalmente en la Facultad de Formación del Profesorado y Educación de la Universidad de Oviedo y coordinado por la Dra. R.A. Martínez González. Este proceso duró varios meses y permitió mejorar sustancialmente el borrador inicial tanto en contenido como en formato. La versión final obtenida tras esa revisión grupal fue administrada en un proceso de pilotaje a diversos grupos comunitarios de discusión y/o padres/madres pertenecientes a diferentes centros de salud y escolares del Principado de Asturias, cuyos hijos/as cumplieron 13 años durante el año 2015. Así, 10 cuestionarios fueron cumplimentados por 10 madres en un intento de validación del instrumento, labor que

ayudó a realizar otras revisiones y modificaciones en la formulación, inclusión o exclusión de ítems en el instrumento.

Finalmente, se obtuvieron dos instrumentos que analizan, respectivamente: 1) *Hábitos de los padres y madres y de los hijo/as sobre alimentación, ejercicio físico y otros relacionados con el sobrepeso/obesidad*”, con cuatro dimensiones de estudio ya especificadas en un apartado anterior de este documento (Dimensión 1. Hábitos Alimentación en casa; Dimensión 2. Hábitos de Alimentación en el centro escolar; Dimensión 3. Hábitos de actividad física; Dimensión 4. Hábitos relacionados con el sobrepeso/obesidad); y 2) *Conocimientos de los padres y madres sobre hábitos saludables y obesidad infantil*”, con tres dimensiones también detalladas en un apartado anterior (Dimensión 1. Conocimientos sobre Alimentación saludable, Dimensión 2. Conocimientos sobre Actividad Física saludable y Dimensión 3. Conocimientos sobre prevención del Sobrepeso/Obesidad). Los ítems que incluyen estas dimensiones han sido ya detallados al exponer las dimensiones señaladas. La mayoría de ellos se presentan acompañados en el cuestionario por una escala de respuestas de Likert de cuatro alternativas que expresan tanto frecuencia como grado de acuerdo, según los contenidos tratados: 1-TD-Total Desacuerdo (Nunca); 2-D-Desacuerdo (A veces); 3-A-Acuerdo (Casi siempre); 4-TA-Total Acuerdo (Siempre). Se han incluido también algunos ítems de tipo cualitativo con respuesta abierta. En cada uno de los dos cuestionarios elaborados se han incorporado, además, ítems de tipo sociodemográfico y antropométrico relativos a los padres/madres y a los hijos/as adolescentes, según se ha detallado también al hablar de las dimensiones de estudio.

Por último, además de estos dos cuestionarios, se configuró también un grupo de discusión con madres para contrastar los datos cuantitativos obtenidos de los cuestionarios con otros cualitativos que permitieran dotar de mayor significación e interpretación a los datos estadísticos. El procedimiento de desarrollo de dicho grupo ha sido comentado también en un apartado anterior referido a la muestra de estudio.

1.5. Procedimientos de análisis de datos

Los datos cuantitativos obtenidos de la aplicación del cuestionario se han analizado tanto con técnicas univariadas de tipo descriptivo (frecuencias y porcentajes, medidas de tendencia central y de variabilidad, asimetría y curtosis de los ítems considerando valores $[-2, +2]$ para asimetría y $[-7, +7]$ para la curtosis) (George & Mallery, 2010; Klin, 2011), como una alternativa más flexible en ciencias sociales a las pruebas de chi-cuadrado y Kolmogorov-Smirnov para analizar la tendencia de la distribución de las puntuaciones a la curva normal), como multivariadas de tipo correlacional (análisis factorial de los cuestionarios utilizados en los dos estudios de esta investigación, y análisis de regresión múltiple) y comparativo entre grupos. Para ello se empleó el programa estadístico SPSS 22.0. El análisis factorial se llevó a cabo con el programa Factor (Lorenzo-Seva & Ferrando, 2007, 2011).

Para realizar el estudio métrico de los cuestionarios de ambos estudios sobre Hábitos y Conocimientos se tuvieron en cuenta las especificaciones básicas de la Teoría Clásica del Test (TCT) (Downing & Haladyna, 2006; Gil, 2011, Muñiz, 2010, 2000; Navas, 1994). Se efectuó, en primer lugar, un *análisis de las respuestas a los ítems* para identificar aquellos con: 1) datos perdidos y eliminación de aquellos ítems cuyo porcentaje de datos perdidos supere el 10 % y, efecto techo y suelo -15% para las opciones de respuestas más alta y más baja respectivamente; 2) tendencia a la normalidad calculando la media y desviación típica y los valores de asimetría y curtosis, considerando que aquellos que superen el intervalo $[-2, +2]$ para asimetría y $[-7, +7]$ para la curtosis] se eliminarán del análisis) (Kline, 2011; West, Finch, y Curran, 1995).

Para realizar el Análisis Factorial Exploratorio (AFE) se comprobaron previamente los supuestos de aplicación del análisis mediante la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y el Test de Esfericidad de Barlett. Posteriormente se utilizó la técnica de extracción de factores “UnweightedLeastSquares (ULS)” (McDonald, 1985) y la rotación Promin (Ferrando y Lorenzo, 2014) para conseguir una mejor comprensión de la matriz resultante. Como método de retención de factores se utilizó K1, para retener solo aquellos que tuvieran valores de eigenvalor superior a 1 (Kaiser, 1960; Fabrigar et. al, 1999) y cuyas cargas factoriales fueran $> .30$.

Para valorar la *fiabilidad* se analizó la consistencia interna de cada factor en cada uno de los dos estudios realizados mediante el coeficiente Alfa de Cronbach (Cronbach, 1951)¹.

Además de estos análisis de datos cuantitativos se han realizado algunos otros breves de tipo cualitativo con la información procedente de las preguntas abiertas de los cuestionarios, categorizándola y codificándola como indican Harvatopoulos, Livan y Sarnin (1992) y Miles y Huberman (1994), para extraer significados representativos de los aspectos analizados en esta investigación.

¹ Estas puntuaciones se pueden consultar en el apartado referente a la presentación de los Resultados de esta Tesis Doctoral.

2. RESULTADOS

En esta sección se exponen los resultados obtenidos en los dos estudios planteados en esta investigación: 1) Hábitos de los padres y madres y de los hijo/as sobre alimentación, ejercicio físico y control del peso y 2) Conocimientos de los padres y madres sobre hábitos saludables y obesidad infantil.

2.1. ESTUDIO 1. HÁBITOS DE LOS PADRES Y MADRES Y DE LOS HIJO/AS SOBRE ALIMENTACIÓN, EJERCICIO FÍSICO Y CONTROL DEL PESO

Se exponen en primer lugar los resultados obtenidos del análisis descriptivo de los ítems incluidos en cada una de las dimensiones establecidas para este estudio: Dimensión 1. Hábitos de alimentación en casa; Dimensión 2. Hábitos de alimentación asociados al centro escolar; Dimensión 3. Hábitos de Actividad Física y Dimensión 4. Hábitos Relacionados con el Control de Peso.

Posteriormente se exponen los resultados del análisis factorial exploratorio (AFE) realizado sobre los ítems del cuestionario utilizado en este primer estudio sobre hábitos, con el fin de comprobar su estructura interna y de reducir, en lo posible, el número de elementos a considerar en posteriores análisis por parte de aquellas personas que puedan considerarlo relevante para sus fines de investigación. Se comenta también en esta sección el grado de fiabilidad alcanzado en el total del cuestionario y en cada uno de los factores extraídos.

2.1.1. Dimensión 1. Hábitos de alimentación en casa

Como se ha puesto de manifiesto en la primera parte de este trabajo referida a la fundamentación teórica, el estilo de vida que caracteriza a los adolescentes del siglo XXI está conformado por hábitos alimentarios irregulares, poco equilibrados que ponen en riesgo la salud actual y futura del adolescente, sin que ellos sean conscientes de dichas consecuencias. Por otra parte la adolescencia es una etapa decisiva en la adquisición y consolidación de los estilos de vida, ya que se afianzan algunas tendencias comportamentales adquiridas en la infancia y se incorporan otras nuevas provenientes de los entornos de influencia. En nuestra sociedad española actual la familia representa el principal agente socializador, de este modo, el aprendizaje se produce fundamentalmente a través de la imitación de los comportamientos de los padres por

parte de sus hijos, y también a través de la comunicación abierta entre padres e hijos sobre todo cuando éstos se van haciendo mayores.

Por lo que resulta importante determinar los hábitos alimentarios de las familias desde una aproximación empírica; para ello se tendrán en cuenta, entre otras, variables como la percepción que tiene el familiar de su implicación en la alimentación del adolescente y de la capacidad para detectar alguna anomalía en la misma, manejo de la alimentación ante el peso del adolescente, número de comidas que el/ella y el niño/a realiza al día especificando las que realizan en casa de lunes a viernes y los fines de semana y festivos, compra de alimentos, planificación y preparación de las comidas, valoración de su alimentación y la del niño/a, rutinas al coincidir a la hora de cenar y por último la satisfacción que atribuye al acto de comer y cocinar. En líneas generales, para exponer los resultados se han diferenciado dos niveles de análisis referidos, por un lado, los hábitos del propio familiar y por otra parte los hábitos del niño/a percibidos por el familiar.

La responsabilidad que el adulto asume sobre la alimentación del menor depende tanto de sus conocimientos, como de sus hábitos; por ello, se incluye la variable ***“Soy el principal responsable de la alimentación del niño/a”*** tanto en el apartado de hábitos como en el apartado de conocimientos y se le plantea si se considera el principal responsable de la alimentación del niño/a. Los análisis descriptivos efectuados sobre esta variable indican que la mayoría si se consideran el principal responsable de la alimentación del niño/a; así el 86,6 % están de acuerdo*, frente al 13,4 % que están en desacuerdo** (N= 290, media=3,48, Sx=0,786) (gráfico 5, tabla 18)

Al igual que veremos en el apartado de conocimientos es preciso establecer la diferencia entre “principal” y “único” responsable y por ello se le plantea al familiar si ***se considera el único responsable de la alimentación del niño/a***. En esta ocasión los resultados que se derivan de los análisis descriptivos efectuados sobre esta variable difieren de los obtenidos en la variable anterior pues aunque continúan siendo mayoría lo que están de acuerdo (61,4%), el porcentaje de los que están en desacuerdo aumenta considerablemente siendo del 38,7%. (N= 287, media=2,76, Sx=1,014).

Gráfico 5. Responsabilidad de la alimentación del adolescente

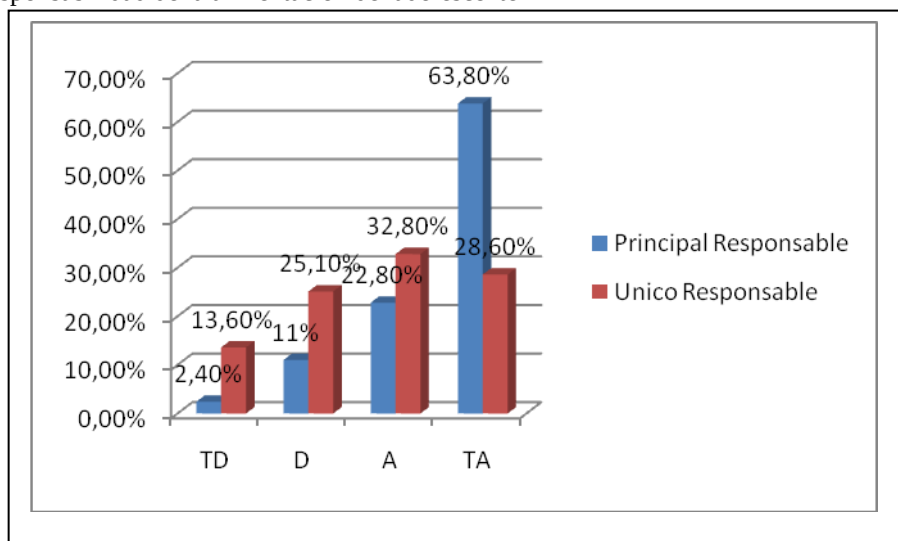
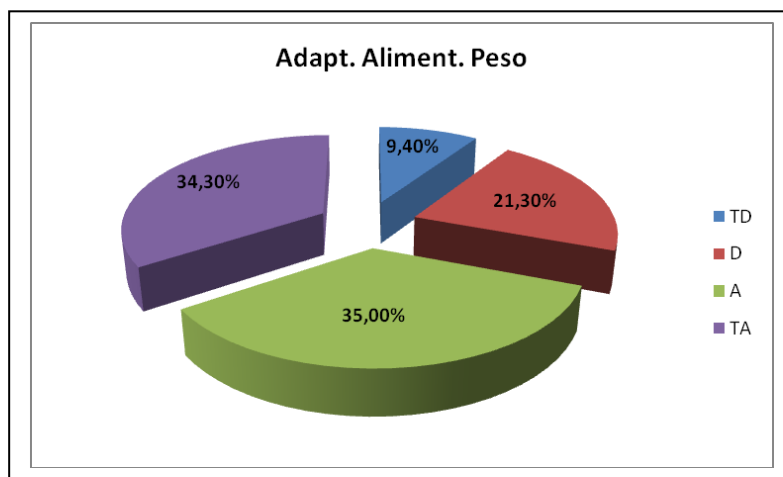


Tabla 18. Dimensión Hábitos de alimentación en casa: Responsabilidad del Adulto en la Alimentación del Adolescente

Título de la dimensión: Hábitos de alimentación en casa							
Subdimensión “ Responsabilidad Alimentación”							
1-Totalmente en Desacuerdo, 2-En Desacuerdo, 3-De Acuerdo y 4-Totalmente de Acuerdo							
Variables	N	M	Sx	TD	D	A	TA
Usted es el principal responsable de la alimentación del adolescente	290	3,48	0,786	2,4%	11%	22,8%	63,8%
Usted es el único responsable de la alimentación del adolescente	287	2,76	1,014	13,6%	25,1%	32,8%	28,6%

La variable “**adapto la alimentación al peso del niño/a- adolescente**” conlleva el conocimiento e interpretación del peso del niño/a-adolescente por parte del familiar y la posterior adaptación de la alimentación al peso del niño/a – adolescente. Tras el análisis descriptivo de esta variable y según muestra el gráfico 6 el 69,3% adapta la alimentación al peso del niño/a-adolescente aunque el porcentaje de los que no la adaptan es bastante elevado el 30,7%. (N= 286, media=2,94, Sx=0,966).

Gráfico 6. Variable “Usted adapta la alimentación al peso del niño/a”



El número de comidas recomendadas al día es de 5 (Desayuno, media mañana, mediodía, merienda y cena) y es necesario conocer si el adulto las realiza o no para posteriormente poder establecer una comparación con la siguiente variable en la que se plantea si el niño/a realiza esas mismas 5 comidas al día. Los análisis descriptivos efectuados sobre la variable “**realizo 5 comidas al día (Desayuno, media mañana, mediodía, merienda y cena)**” indican que la mayoría si realizan 5 comidas al día (69,7%) aunque el resultado de los que no la realizan es bastante elevado (30,2%). (N= 288, media=2,99, Sx=0,966).

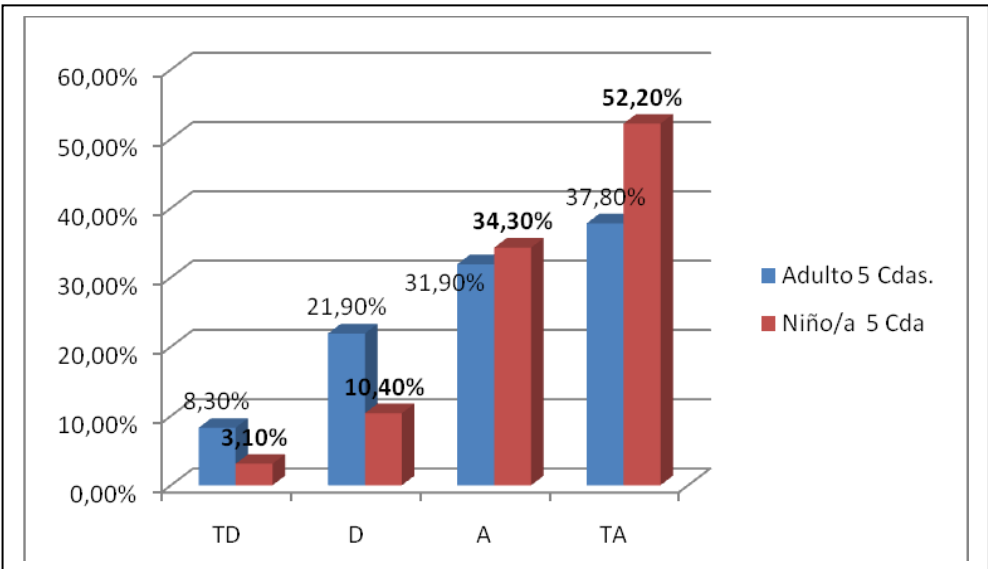
Como se había anticipado en esta ocasión se le plantea al familiar si el “**niño/a realiza 5 comidas al día (Desayuno, media mañana, mediodía, merienda y cena)**” para poder visualizar los resultados de ambas. Los análisis descriptivos efectuados sobre esta variable indican que el 86,5 % de los/as niños/as si realizan cinco comidas frente al 13,5 % que no realizan cinco comidas al día. (N= 289, media=3,36, Sx=0,791).

Por tanto, y como puede observarse en el gráfico 7 y tabla 19, mientras que el 86,5% de los/as niños realizan cinco comidas al día solo el 69,7% de los adultos realizan las cinco comidas/día.

Tabla 19. Dimensión Hábitos de alimentación en casa: Número de comidas/día adulto y adolescente

Título de la dimensión: Hábitos de Alimentación en casa							
Subdimensión: Número de comidas/día adulto y adolescente							
1-Totalmente en Desacuerdo, 2-En Desacuerdo, 3-De Acuerdo y 4-Totalmente de Acuerdo							
Variables	N	M	Sx	TD	D	A	TA
Usted realiza 5 comidas al día (desayuno, media mañana, mediodía, merienda y cena)	288	2,99	0,966	8,3%	21,9%	31,9%	37,8%
El/a niño/a realiza 5 comidas al día (desayuno,	289	3,36	0,791	3,1%	10,4%	34,3%	52,2%

Gráfico 7. Número de comidas/día adulto y adolescente

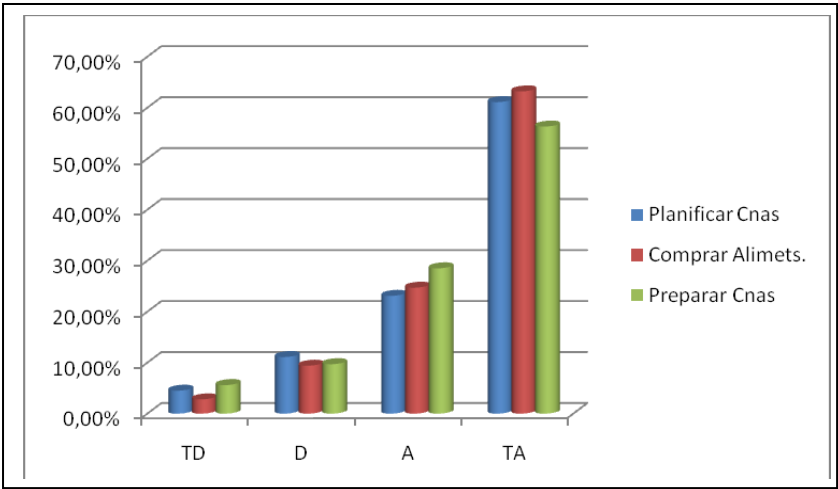


Habitualmente la cena es la comida que casi todos los niños/as y adolescente suelen realizar en casa, teniendo alguien que ocuparse de comprar los alimentos para preparar las cenas que se han planificado. Del análisis descriptivo de las variables que hacen referencia a estos aspectos “**compra de los alimentos y planificación y preparación de las cenas**” y como aparece en el gráfico 8 y tabla 20, se obtienen resultados muy semejantes; aunque podría resaltarse que el porcentaje es un poco mayor en lo que se refiere a la compra de alimentos (87,9%), frente al 84,8% de la preparación y el 84,4% de la planificación de las cenas.

Tabla 20. Dimensión Hábitos de alimentación en casa: Compra de alimentos, planificación y preparación de las cenas

Título de la dimensión: Hábitos de Alimentación en casa							
Subdimensión: Compra de alimentos, planificación y preparación de las cenas							
1-Totalmente en Desacuerdo, 2-En Desacuerdo, 3-De Acuerdo y 4-Totalmente de Acuerdo							
Variables	N	M	Sx	TD	D	A	TA
Usted se encarga de planificar las cenas	288	3,41	0,859	4,5%	11,1%	23,1%	61,1%
Usted se encarga de comprar los alimentos	288	3,48	0,778	2,8%	9,4%	24,7%	63,2%
Usted se encarga de preparar las cenas	288	3,35	0,871	5,6%	9,7%	28,5%	56,2%

Gráfico 8. Compra de alimentos, planificación y preparación de las cenas



Al hilo de la compra de los alimentos y la planificación y preparación de las cenas, las familias al preguntarles por las dificultades/problemas que tenían para organizar y regular la alimentación en múltiples ocasiones hicieron alusión a la falta de tiempo. Los comentarios recogidos en el cuadro 1 lo ponen de manifiesto.

Cuadro 1. Comentarios de madres haciendo alusión a la falta de tiempo para comprar los alimentos y planificar y preparar las cenas

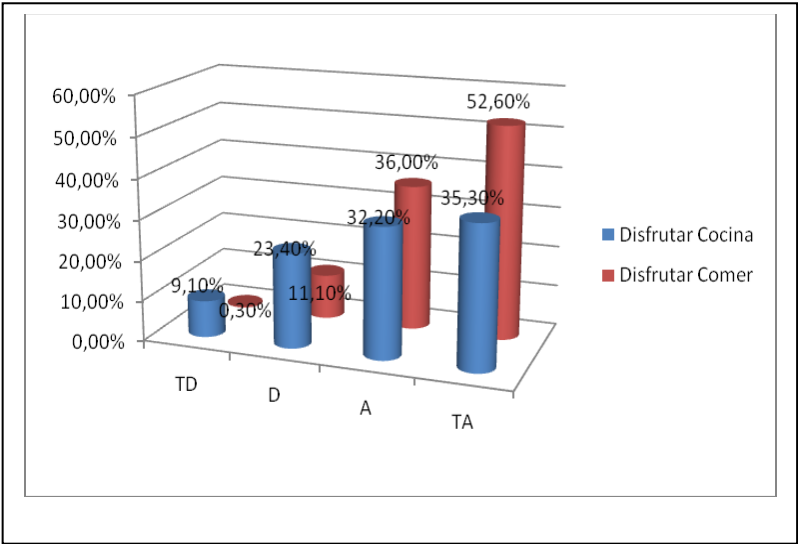
- Es cuestión del tiempo para hacer compra y cocinar (madre, 35-39 años, Gijón, casada, estudios universitarios, trabajo remunerado, 2 hijos)
- Falta de tiempo para programar y cocinar (madre, 50-54 años, Oviedo, divorciada, estudios universitarios, trabajo remunerado, 1 hijo)
- El tiempo que tengo para elaborar la comida es poco (madre, 40-44 años, Piedras Blancas, casada, estudios universitarios, trabajo remunerado, 2 hijos)

Como se anticipó en la justificación teórica el aspecto emocional/afectivo entorno a la alimentación es uno de los factores que se deben incluir en la valoración del peso. Además es sabido que algunas personas disfrutan cocinando y no es extraño escuchar “ya que te gusta cocinar ¿no te importaría seguir haciéndolo?”. Pero, lo cierto es que no se suele adoptar la misma postura ante el hecho de comer que ante el hecho de cocinar. De ahí la necesidad de incluir ambas afirmaciones “**usted disfruta cocinando, comiendo**” y exponerlas conjuntamente (tabla 21, gráfico 9). El análisis descriptivo de las mismas confirma que los adultos disfrutan más comiendo (88,6%) que cocinando (67,5%), con lo cual habrá personas que les guste cocinar, pero son menos que a las que les gusta comer.

Tabla 21. Dimensión Hábitos de alimentación en casa: Disfrute cocinar/comer

Título de la dimensión: Hábitos de Alimentación en casa							
Subdimensión: Disfrute cocinar/comer							
1-Totalmente en Desacuerdo, 2-En Desacuerdo, 3-De Acuerdo y 4-Totalmente de Acuerdo							
Variables	N	M	Sx	TD	D	A	TA
Usted disfruta cocinando	286	2,94	0,975	9,1%	23,4%	32,2%	35,3%
Usted disfruta comiendo	289	3,41	0,697	0,3%	11,1%	36%	52,6%

Gráfico 9. Disfrute cocinar/comer



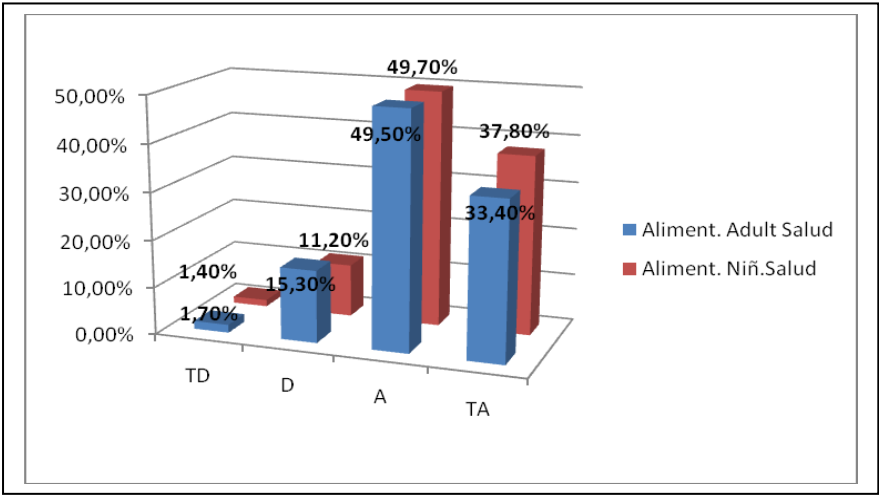
Según se ha visto en la justificación teórica la percepción que uno tiene de su peso, alimentación, actividad física o los de otros va a condicionar la modificación/mantenimiento de estos parámetros. Por ello, se considera necesario conocer la **percepción del familiar ante la alimentación suya y la del niño/a-adolescente** (tabla 22, gráfico 10). El análisis descriptivo de las mismas indica que el

adulto considera saludable tanto su alimentación (82,9%), como la del niño/a (87,5%), con lo cual las modificaciones que se plantee serán mínimas. No obstante, los comentarios de madres/padres que figuran en el cuadro 2 transmiten otro sentir.

Tabla 22. Dimensión Hábitos de alimentación en casa: Alimentación Saludable del Adulto y del niño/a

Título de la dimensión: Hábitos de Alimentación en casa							
Subdimensión: Alimentación saludable del Adulto y del niño/a							
1-Totalmente en Desacuerdo, 2-En Desacuerdo, 3-De Acuerdo y 4-Totalmente de Acuerdo							
Variables	N	M	Sx	TD	D	A	TA
Usted considera que su alimentación es saludable	287	3,15	0,733	1,7%	15,3%	49,5%	33,4%
Usted considera que la alimentación del niño/a es saludable	286	3,24	0,700	1,4%	11,2%	49,7%	37,8%

Gráfico 10. Alimentación Saludable del Adulto y del niño/a



Cuadro 2. Comentarios de madres/padres que hacen alusión a los problemas/dificultades que tienen con la alimentación de sus hijos/as

- Difícil lo de 5-7 piezas de fruta/verdura al día. Problemas con los dulces. Azúcar, zumos, galletas (madre, 45-49 años, Oviedo, casada, estudios remunerados, un hijo)
- Que solo come lo que le gusta (padre, 35-39 años, Mieres, divorciado, estudios secundarios no obligatorios, desempleo, tres hijos)
- La tendencia al consumo de productos fomentados por la televisión y las marcas: hamburguesas, golosinas... y que les cuesta aceptar la comida casera. Que les cuesta aceptar cosas nuevas, productos y sabores naturales (madre, 50-54 años,

A pesar de los múltiples beneficios que tienen las comidas familiares para los menores en nuestra sociedad cada vez es menos frecuente comer en casa y mucho menos sentarse todos juntos a comer; por lo que, a través de las variables **“de lunes a viernes el/a niño/a y usted realizan el desayuno, comida del mediodía y cena en casa”** al menos se

intentará conocer si adultos y niños/as-adolescentes realizan de lunes a viernes el desayuno, comida del mediodía, cena en casa, para después saber si al menos comparten alguna de estas comidas. El análisis descriptivo de estas variables, así como el gráfico 11 y tabla 23, muestran que:

- Los adolescentes desayunan, comen a mediodía y cenan en casa de lunes a viernes con más frecuencia que los adultos: Desayuno (Niños/as: 95,8%, adultos: 90,0%), Comida del Mediodía (Niños/as: 92,0%, adultos: 85,4%), Cena (Niños/as: 96,5%, adultos: 94,8%)
- La cena es la comida más frecuente en el domicilio de lunes a viernes tanto para los menores (96,5%) como para los adultos (94,8%), le sigue el desayuno (niños/as: 95,8%, adultos: 90,0%) y finalmente la comida del mediodía (niños/as: 92,0%, adultos: 85,4%).

Gráfico 11. Comidas en el domicilio de lunes a viernes del Adulto y del niño/a

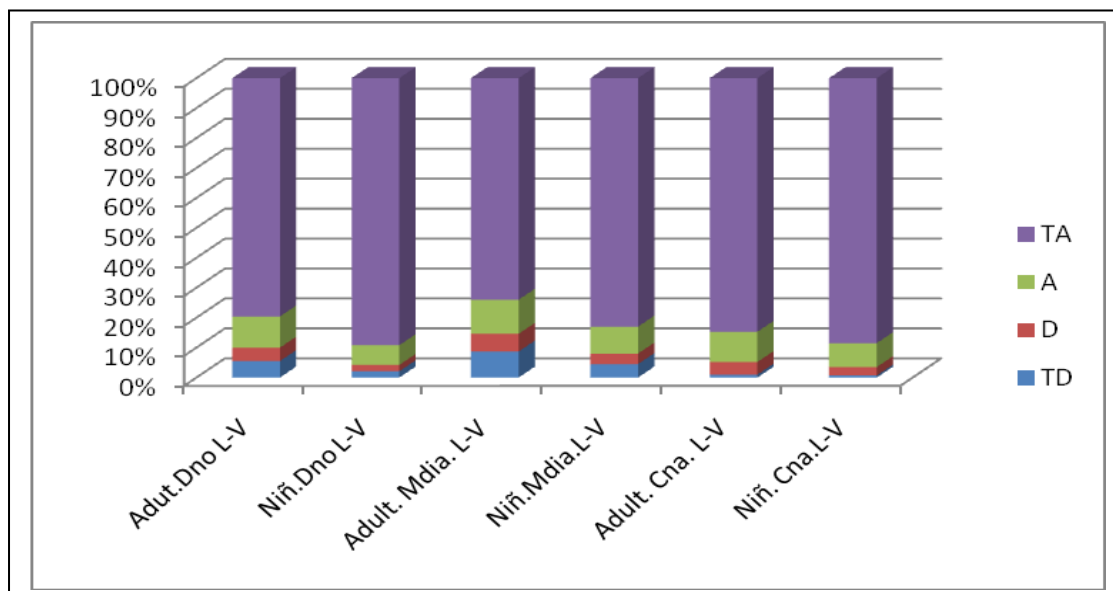


Tabla 23. Dimensión Hábitos de alimentación en casa: Comidas en el domicilio de lunes a viernes del Adulto y del niño/a

Fuente. Elaboración Propia

Título de la dimensión: Hábitos de Alimentación en casa							
Subdimensión: Comidas en el domicilio de lunes a viernes del Adulto y del niño/a							
1-Totalmente en Desacuerdo, 2-En Desacuerdo, 3-De Acuerdo y 4-Totalmente de Acuerdo							
Variables	N	M	Sx	TD	D	A	TA
De lunes a viernes usted desayuna en casa	289	3,64	0,809	5,5%	4,5%	10,4%	79,6%
De lunes a viernes usted hace la comida del mediodía en casa	289	3,51	0,943	8,7%	5,9%	11,4%	74%
De lunes a viernes usted cena en casa	288	3,78	0,562	1%	4,2%	10,1%	84,7%
De lunes a viernes el/a niño/a desayuna en casa	287	3,83	0,557	2,1%	2,1%	6,6%	89,2%
De lunes a viernes el/a niño/a hace la comida del mediodía en casa	288	3,70	0,742	4,5%	3,5%	9%	83%
De lunes a viernes el/a niño/a cena en casa	287	3,84	0,480	0,7%	2,8%	8%	88,5%

Si bien durante la semana las tareas laborales, educativas, extraescolares, deportivas... son una excusa para no desayunar, comer y/o cenar en casa para niños/as y adultos, los fines de semana y festivos debería ser más habitual desayunar, comer, cenar en casa para todos al no existir esas tareas que se consideran obligatorias, inexcusables. Por lo que, a través de las variables *“los fines de semana y festivos el/a niño/a y usted realizan el desayuno, comida del mediodía y cena en casa”* al menos se intentará conocer si adultos y niños/as-adolescentes realizan los fines de semana y festivos el desayuno, comida del mediodía, cena en casa, para después saber si al menos comparten alguna de estas comidas. El análisis descriptivo de estas variables en las que se le pregunta al familiar si él y el niño/a los fines de semana y festivos realizan el desayuno, comida del mediodía y cena en casa (gráfico 12, tabla 24) indican que:

- Los adolescentes desayunan, comen a mediodía y cenar en casa los fines de semana y festivos con más frecuencia que los adultos: Desayuno (Niños/as: 95,5%, adultos: 95,2%), Comida del Mediodía (Niños/as: 90,5%, adultos: 87,8%), Cena (Niños/as: 90,8%, adultos: 87,0%)
- En este caso el desayuno es la comida más frecuente en el domicilio tanto para los menores (95,8%) como para los adultos (95,2%). En los niños luego le sigue la cena (90,8%) y finalmente la comida del mediodía (90,5%). En los adultos, tras el desayuno, le sigue la comida del mediodía (87,8%) y finalmente la cena (87,0%).

Gráfico 12. Comidas en el domicilio fines de semana y festivos del Adulto y del niño/a

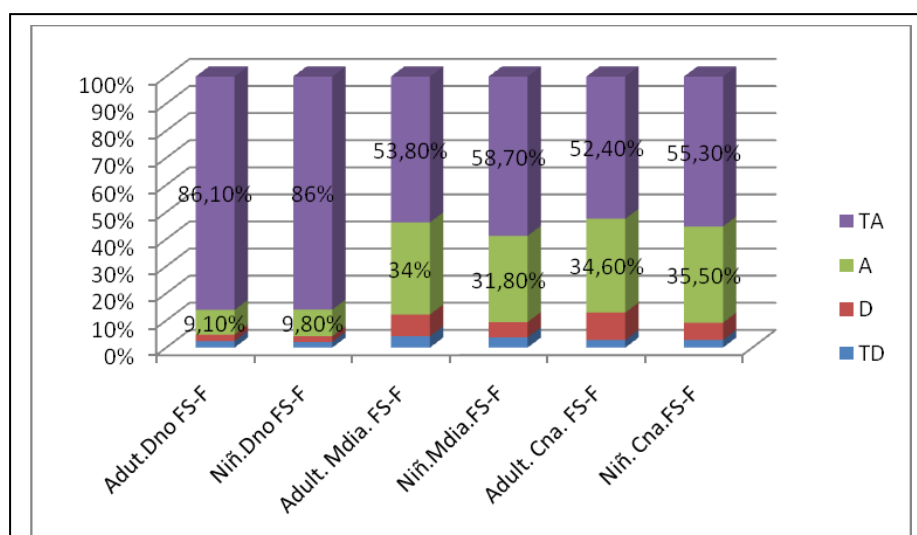


Tabla 24. Dimensión Hábitos de alimentación en casa: Comidas en el domicilio fines de semana y festivos del Adulto y del niño/a

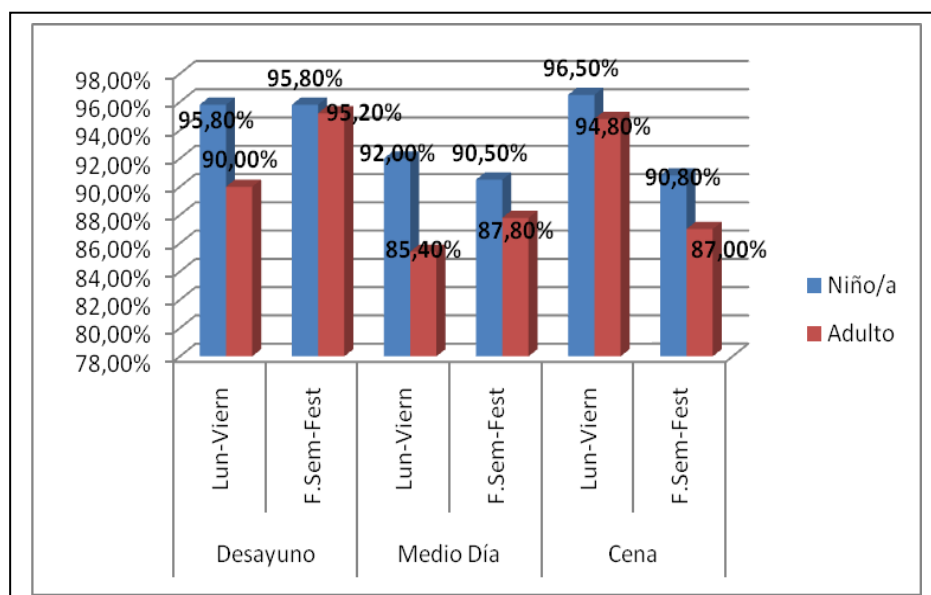
Título de la dimensión: Hábitos de Alimentación en casa							
Subdimensión: Comidas en el domicilio fines de semana y festivos del Adulto y del niño/a 1-Totalmente en Desacuerdo, 2-En Desacuerdo, 3-De Acuerdo y 4-Totalmente de Acuerdo							
Variables	N	M	Sx	TD	D	A	TA
Los fines de semana y festivos usted desayuna en casa	287	3,79	0,603	2,4%	2,4%	9,1%	86,1%
Los fines de semana y festivos usted hace la comida del mediodía en casa	288	3,38	0,804	4,2%	8%	34%	53,8%
Los fines de semana y festivos usted cena en casa	286	3,37	0,778	2,8%	10,1%	34,6%	52,4%
Los fines de semana y festivos el/a niño/a desayuna en casa	285	3,80	0,576	2,1%	2,1%	9,8%	86%
Los fines de semana y festivos el/a niño/a hace la comida del mediodía en casa	286	3,45	0,770	3,8%	5,6%	31,8%	58,7%
Los fines de semana y festivos el/a niño/a cena en casa	287	3,43	0,729	2,9%	6,4%	25,5%	55,2%

Si se comparan las **frecuencias con que niños/as y adultos desayunan, comen a mediodía y cenan de lunes a viernes y los fines de semana y festivos** (tabla 25 y gráfico 13) se observa que los momentos en que más coinciden los adolescentes y los adultos son al Desayuno los fines de semana (niño 95,8%, Adulto 95,2%) y a la cena de lunes a viernes (niño 96,5%, Adulto 94,8%), momentos que serían idóneos para sentarse juntos a la mesa.

Tabla 25. Frecuencia con que niños/as y adultos desayunan, comen a mediodía y cenan de lunes a viernes y los fines de semana y festivos

	Desayuno		Medio Día		Cena	
	Lun-Viern	F.Sem-Fest	Lun-Viern	F.Sem-Fest	Lun-Viern	F.Sem-Fest
Niño/a	95,8%	95,8%	92,0%	90,5%	96,5%	90,8%
Adulto	90,0%	95,2%	85,4%	87,8%	94,8%	87,0%

Gráfico 13. Frecuencia con que niños/as y adultos desayunan, comen a mediodía y cenan de lunes a viernes y los fines de semana y festivos

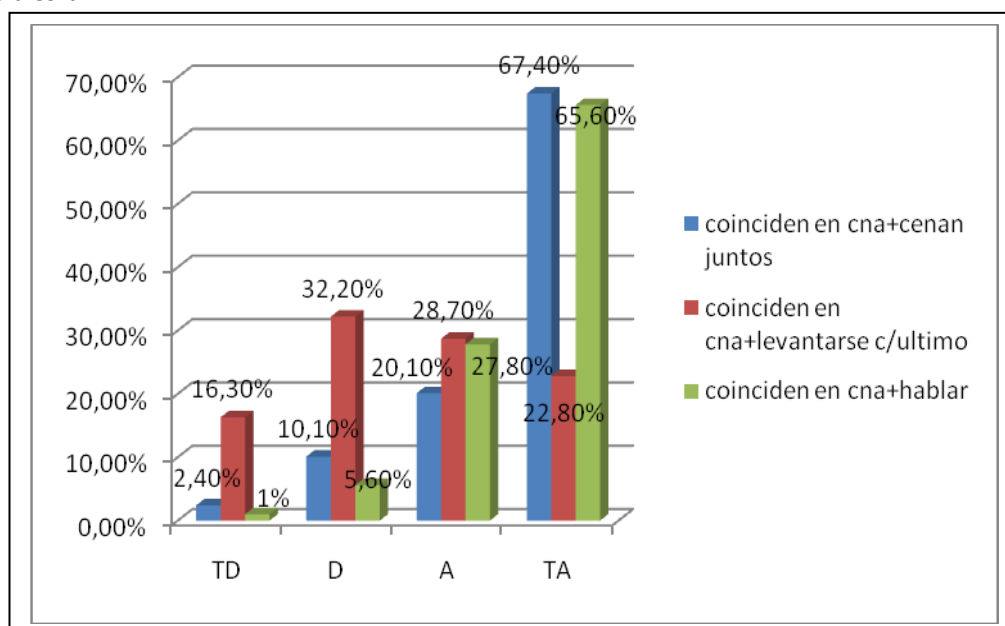


Como adelantábamos, si bien es extraño que la gente desayune, coma a mediodía, cene en casa aún lo es más coincidir y el sentarse a comer juntos. No obstante, y como hemos visto al analizar las variables previas, la comida a la que habitualmente se suele coincidir de lunes a viernes es la cena; por eso, las variables que hacen referencia a los **“elementos favorables a tener en cuenta cuando el adulto y el menor coinciden en casa a la hora cenar”** toman como referencia la cena como el momento en que coinciden juntos en casa y sobre ello se plantean situaciones que favorecen un buen ambiente “sentarse a cenar juntos, esperar a levantarse a que termine el último, hablar entre ellos”. El análisis descriptivo de estas variables y los correspondientes tabla 26 y gráfico 14 indican que si bien el 93,4% hablan entre ellos y el 87,5% se sientan a cenar juntos cuando coinciden en casa a la hora de la cena, solo el 51,5% espera a que termine el último para levantarse de la mesa.

Tabla 26. Dimensión Hábitos de alimentación en casa: Elementos favorables a tener en cuenta cuando el adulto y el menor coinciden en casa a la hora cenar

Título de la dimensión: Hábitos de Alimentación en casa							
Subdimensión: Elementos favorables a tener en cuenta cuando el adulto y el menor coinciden en casa a la hora cenar							
1-Totalmente en Desacuerdo, 2-En Desacuerdo, 3-De Acuerdo y 4-Totalmente de Acuerdo							
Variables	N	M	Sx	TD	D	A	TA
Si el niño y usted coinciden en casa a la hora de cenar se sientan a cenar juntos	288	3,52	0,774	2,4%	10,1%	20,1%	67,4%
Si el niño y usted coinciden en casa a la hora de cenar esperan a que termine el último para levantarse de la mesa	289	2,58	1,014	16,3%	32,2%	28,7%	22,8%
Si el niño y usted coinciden en casa a la hora de cenar	288	3,58	0,647	1%	5,6%	27,8%	65,6%

Gráfico 14. Elementos favorables a tener en cuenta cuando el adulto y el menor coinciden en casa a la hora cenar

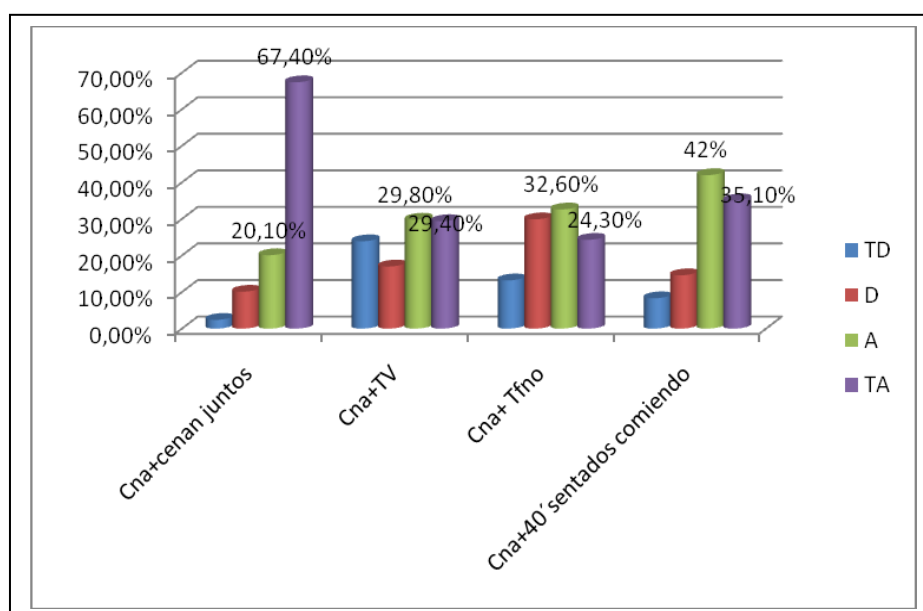


Complementando lo previamente expuesto, ahora abordaremos las variables relacionadas con “**elementos desfavorables a tener en cuenta cuando el adulto y el menor coinciden en casa a la hora cenar**”, es decir situaciones que predisponen a un mal ambiente o simplemente no contribuyen a buen ambiente cuando adultos y niños/as coinciden en casa a la hora de cenar (**tener la televisión encendida, responder al teléfono fijo/móvil, permanecer menos de 40´ sentados a la mesa comiendo**). Se volverá a incluir la variable “sentarse a cenar juntos” para poder visualizar las 4 variables en la tabla 27 y en el gráfico 15. El análisis descriptivo de estas variables revela que ante el 87,5% que se sientan a cenar juntos, más de la mitad de las familias: están menos de 40´ sentados a la mesa (87,1%), tienen la televisión encendida (59,2%) y responden al teléfono fijo y/o móvil (56,9%).

Tabla 27. Dimensión Hábitos de alimentación en casa: Elementos desfavorables a tener en cuenta cuando el adulto y el menor coinciden en casa a la hora cenar

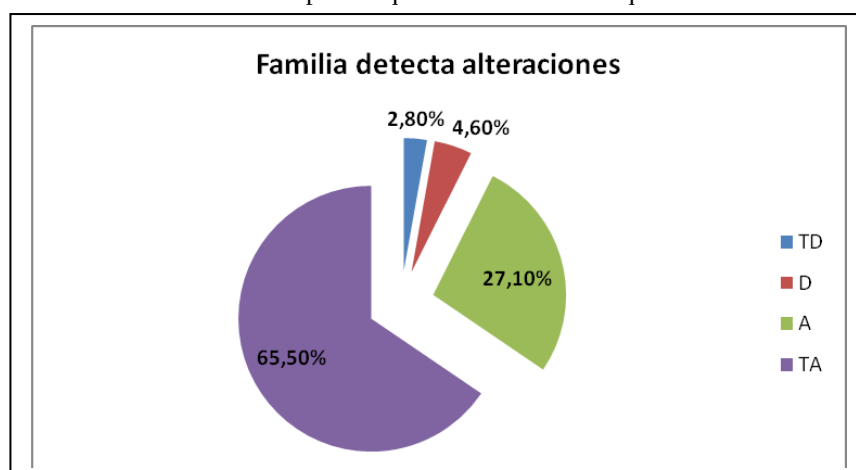
Título de la dimensión: Hábitos de Alimentación en casa							
Subdimensión: Elementos desfavorables a tener en cuenta cuando el adulto y el menor coinciden en casa a la hora cenar 1-Totalmente en Desacuerdo, 2-En Desacuerdo, 3-De Acuerdo y 4-Totalmente de Acuerdo							
Variables	N	M	Sx	TD	D	A	TA
Si el niño y usted coinciden en casa a la hora de cenar se sientan a cenar juntos	288	3,52	0,774	2,4%	10,1%	20,1%	67,4%
Si el niño y usted coinciden en casa a la hora de cenar tienen la Tv encendida	289	2,65	1,140	23,9%	17%	29,8%	29,4%
Si el niño y usted coinciden en casa a la hora de cenar responden al teléfono fijo y/o movil	288	2,68	0,985	13,2%	29,9%	32,6%	24,3%
Si el niño y usted coinciden en casa a la hora de cenar están menos de 40´ sentados a la mesa comiendo	288	3,04	0,912	8,3%	14,6%	42%	35,1%

Gráfico 15. Elementos desfavorables a tener en cuenta cuando el adulto y el menor coinciden en casa a la hora cenar



La adolescencia es una etapa del desarrollo en el que se producen muchos cambios, y entre ellos los hábitos alimentarios, estando en ocasiones relacionados con un rechazo a su imagen corporal, miedo a engordar...; además, en esta etapa se consolidan o adquieren hábitos que probablemente conserve para toda la vida. Por ello, es importante que la familia este pendiente de los cambios que se puedan producir y de intentar que los hábitos alimentarios del adolescente (tanto en lo que respecta a la cantidad como a la calidad) respondan a un patrón alimentario saludable. Los análisis descriptivos efectuados sobre la variable “**cuando usted y el/a niño/a coinciden en casa a la hora de cenar reconoce la causa por la que el/a niño/a a veces no quiere cenar (enfermedad, cansancio, no tiene hambre, no le gusta un alimento en concreto etc...)**” y el gráfico 16 indican que el **92,6 %** de las familias **si** reconocen la causa por la que el menor a veces no quiere cenar (enfermedad, cansancio, no tiene hambre, no le gusta un alimento en concreto etc...) cuando el menor y el adulto coinciden en casa a la hora de cenar.(N= 284, media=3,55, Sx=0,714).

Gráfico 16. Familia detecta causas por las que el adolescente no quiere cenar



Los comentarios de las madres que se encuentran en el cuadro 3 recogen alguna de las causas por las que los adolescentes disminuyen o incrementan la ingesta: miedo a engordar, alimento desconocido, ansiedad y cambios del humor... y que sin duda hemos de tener en cuenta.

Cuadro 3. Comentarios de madres sobre los motivos que pueden alterar la ingesta en el adolescente.

- En esta edad no quiere engordar y come muy mal. Hay que estar encima de ella (madre, 40-44 años, Gijón, casada, estudios secundarios no obligatorios, trabajo remunerado, dos hijos)
- Aunque come variado y no abusa de la bollería y chuches no le gusta probar nuevos alimentos (madre, 45-49 años, Lastres, divorciada, estudios obligatorios, trabajo remunerado, un hijo)
- Tiene mucha ansiedad y muchos cambios de humor que le llevan al desorden

2.1.2. Dimensión 2. Hábitos de alimentación asociados al centro escolar

Como se ha puesto de manifiesto en la primera parte de este trabajo referida a la fundamentación teórica, el centro educativo es una de las instituciones que influyen en su vida cotidiana al constituirse en él el grupo de iguales y donde interacciona con otras personas significativas en su vida (profesorado). Además, existen centros educativos que son más favorables a incorporar la educación en estilos de vida saludables dentro de su currículo educativo que otros, de ese modo no se limitan a garantizar un menú escolar saludable sino que incorporan estos aspectos de forma totalmente normalizada en todas las actividades del día a día implicando en su desarrollo a alumnos, profesores y familias. Algunos ejemplos son los centros educativos en las que se promueve el consumo de fruta en el desayuno o las pausas activas, desarrollan talleres para familias ayudándoles a complementar en casa el menú escolar... entre una extensa variedad de actividades. Por ello, el ámbito educativo ejercerá una influencia sobre el estilo de vida y sobre los hábitos más o menos saludables del adolescente.

Por lo que resulta importante determinar los hábitos alimentarios de los adolescentes que puedan estar relacionados con el centro educativo; para ello se tendrán en cuenta, entre otras, variables como: la realización de la comida del mediodía en el comedor escolar y conocimiento del menú escolar, ingesta de algún alimento a media mañana en el centro educativo indicando que tipo de alimento consume, implicación del centro educativo en el consumo y modo en que se adquiere el alimento y finalmente la oferta y participación en el taller “Menú Escolar-Menú Familiar”. En líneas generales, para exponer los resultados se han diferenciado dos niveles de análisis referidos, por un lado, los hábitos relacionados con el comedor escolar y el menú escolar y por otro los hábitos que se relacionan con la comida de media mañana.

En lo que respecta al **uso y conocimiento del menú escolar y realización de la comida del mediodía en el comedor escolar**, los resultados (tabla 28, gráfico 17) que se derivan de los estudios descriptivos realizados sobre estas variables muestran que:

Los centros de secundaria públicos no tienen comedor escolar y de hecho es una solicitud frecuente de las familias a los centros escolares (cuadro 4); por ello y como era de esperar el 93,9% (D+TD)** **no realizan la comida del mediodía en el comedor escolar** frente al 6,1 % (A+TA)* que **si realizan la comida del mediodía en el comedor**

escolar. (N= 247, media=1,20, Sx=0,714). Partiendo del hecho de que muy pocos adolescentes realizan la comida del medio día en el comedor escolar no es de extrañar que en la variable “**el/a niño/a come en casa alimentos que no le gustan pero que ha empezado a comer en el comedor escolar**” solo un 12,8% este de acuerdo con esta afirmación frente al 87, 2% que no está de acuerdo. (N= 212, media=1,49, Sx=0,890).

Cuadro 4. Comentarios madres solicitando un “comedor escolar” en el centro educativo

Un comedor escolar:

- Madre, 45-49 años, Aviles, casada, estudios secundarios obligatorios, trabajo remunerado, dos hijos.
- Madre, 45-49 años, Piedras Blancas, casada, estudios secundarios obligatorios, trabajo remunerado, dos hijos.

Los centros educativos que disponen de comedor y menú escolar suelen difundirlo en la intranet de su página web y/o entregar a las familias cada cierto tiempo por escrito los menús que tienen programados. En la variable “el **adulto conoce el Menú Escolar semanal**” y en consonancia con los resultados obtenidos en las variables anteriores los adultos que conocen el Menú Escolar solo representan el 16,9% frente al 83,1% que no lo conocen. (N= 160, media=1,48, Sx=1,070).

Con la variable “**el adulto prepara en casa comidas que complementen el Menú Escolar**” no solo se supone la existencia y conocimiento del menú escolar, sino que además se le pregunta al familiar si prepara comidas que complementen el menú escolar. En esta caso un 19,1% si lo preparara frente al 80,9% que no lo prepara. (N= 152, media=1,53, Sx=1,042).

Como hemos visto, en la dimensión “hábitos de alimentación en casa” de lunes a viernes la hora de la cena es el momento del día en que suelen coincidir en casa el adulto y el adolescente y la cena es la comida más habitual que suele hacerse en casa; por ello, en la variable “**al Adulto le resulta sencillo complementar a la cena el Menú Escolar del mediodía**” se relaciona el menú escolar del mediodía con la cena. Aunque el 24,2% si le resulta sencillo complementar a la cena el menú escolar del mediodía y por tanto son más que los que preparan en casa comidas complementando el menú escolar (19,1%) no se puede obviar que a la mayoría de las familias no les resulta sencillo complementar a la cena el menú escolar del mediodía (75,9%). (N= 149,

media=1,65, Sx=1,133). De hecho así lo ponen de manifiesto los comentarios de la madres y padres recogidos en el cuadro 5.

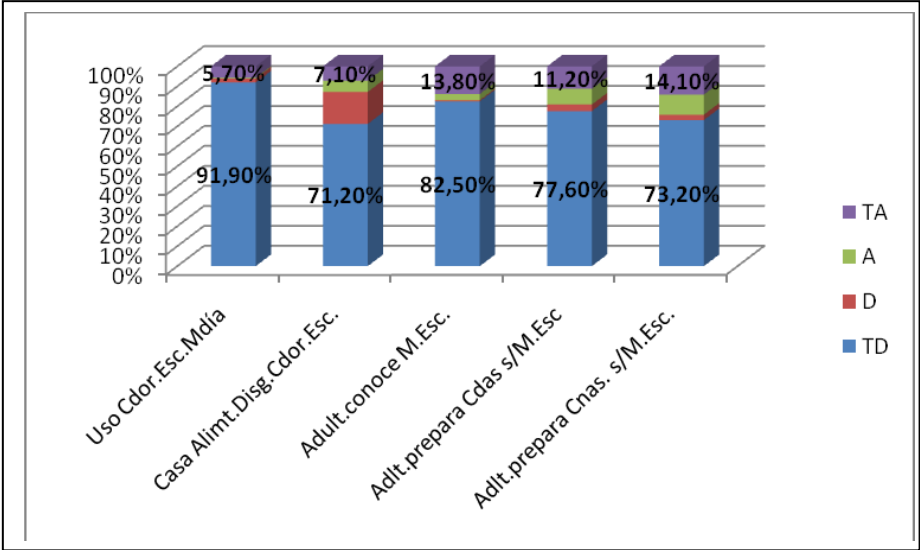
Cuadro 5. Comentarios de padres y madres en cuanto a dificultad para elaborar menús en casa.

- Encontrar menús variados que hagan amenas las comidas (padre, 50-54 años, Gijón, casado, estudios secundarios no obligatorios, desempleo, un hijo)
 - No saber que darle de comer en todas las ocasiones (madre, 40-44 años, Oviedo, divorciada, estudios universitarios, trabajo remunerado, un hijo)

Tabla 28. Dimensión: Hábitos de Alimentación en el Centro Escolar: Comida del Mediodía- Comedor- Menú Escolar

Título de la dimensión: Hábitos de Alimentación en el Centro Escolar							
Subdimensión: Comida del Medio día-Comedor- Menú Escolar							
1-Totalmente en Desacuerdo, 2-En Desacuerdo, 3-De Acuerdo y 4-Totalmente de Acuerdo							
Variables	N	M	Sx	TD	D	A	TA
El/a niño/a toma la comida del mediodía en el comedor escolar	247	1,20	0,714	91,9%	2%	0,4%	5,7%
El/a niño/a come en casa alimentos que no le gustan pero que ha empezado a comer en el comedor escolar	212	1,49	0,890	71,2%	16%	5,7%	7,1%
Usted conoce el Menú Escolar semanal	160	1,48	1,070	82,5%	0,6%	3,1%	13,8%
Usted prepara en casa comidas que complementen el Menú Escolar	152	1,53	1,042	77,6%	3,3%	7,9%	11,2%
A usted le resulta sencillo complementar a la cena el Menú Escolar del mediodía	149	1,65	1,133	73,2%	2,7%	10,1%	14,1%

Gráfico 17. Uso y conocimiento del menú escolar y realización de la comida del mediodía en el comedor escolar



En algunos centros educativos con comedor y menú escolar ofertan a las familias una serie de talleres con el fin de dar a conocer como está configurado el menú escolar y enseñarles a complementarlo con las comidas que realizan en el hogar. Por ello se integran 3 variables que hacen referencia a este taller “**Taller "Menú Escolar-Menú**

Familiar": Conocimiento, participación, interés futuro del adulto en participar". Los resultados de los estudios descriptivos que se han realizado sobre estas variables (tabla 28, gráfico 18) indican que el 90,3 % no conocen la existencia del taller y que el 95% no han participado frente al 9,7% que si conocen la existencia del taller y el 5% que han participado en el mismo. Dado que la oferta del taller va ligada a la existencia del comedor y menú escolar y su realización depende de las demandas de las familias, no es de extrañar estos resultados; pues lo más probable es que no se oferte al no existir muchos centros de secundaria con comedor y menú escolar.

En cuanto al interés del adulto por participar en este taller solo el 25,5% estarían interesados en participar frente al 74,4% que no están interesados, resultado que sorprende ante la escasa participación previa y lo poco saludables que son los hábitos de los adolescentes que con el tiempo tienden a empeorar.

Gráfico 18. Taller Menú Escolar: Conocimiento, participación, interés futuro del adulto en participar

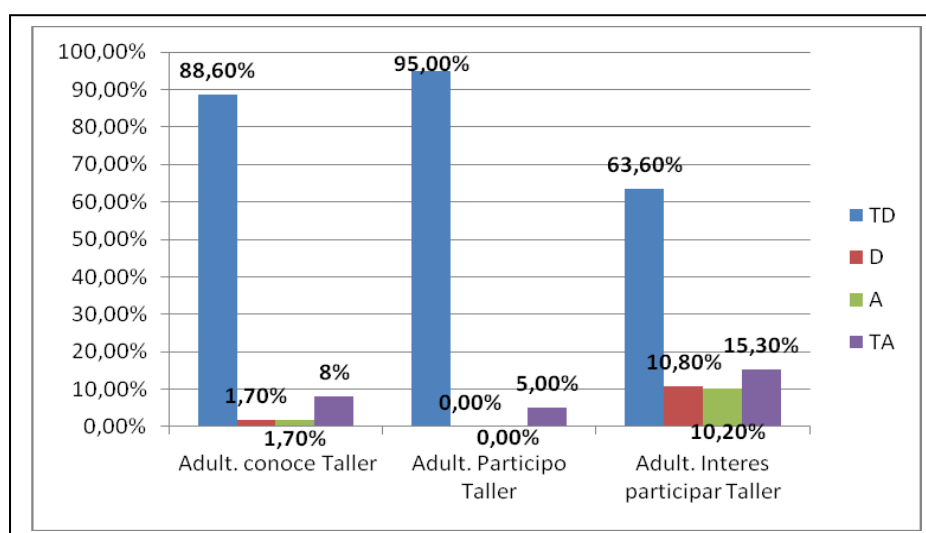
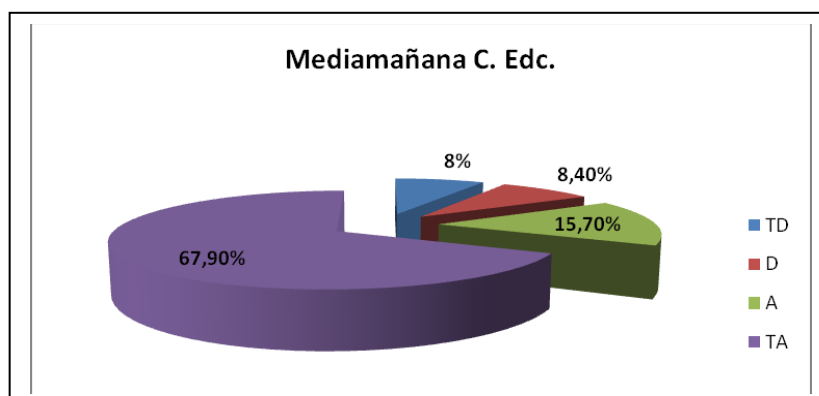


Tabla 28. Dimensión: Hábitos de Alimentación en el Centro Escolar: Taller Menú Escolar

Título de la dimensión: Hábitos de Alimentación en el Centro Escolar							
Subdimensión: Taller Menú Escolar							
1-Totalmente en Desacuerdo, 2-En Desacuerdo, 3-De Acuerdo y 4-Totalmente de Acuerdo							
Variables	N	M	Sx	TD	D	A	TA
Conoce la existencia del Taller "Menú Escolar-Menú Familiar"*	176	1,29	0,849	88,6%	1,7%	1,7%	8%
Ha participado en este Taller	179	1,15	0,657	95%	0%	0%	5%
Estaría interesado/a en participar en este Taller	176	1,77	1,144	63,6%	10,8%	10,2%	15,3%

Una de las comidas que habitualmente realiza el niño/adolescente en el centro educativo es la **comida “tentempié” de media mañana**, de ahí la necesidad de incluir varias variables que hacen referencia al tipo de alimento que consumen los adolescentes, el modo en que se adquiere el alimento y finalmente la implicación del centro educativo en el consumo. Con respecto a si **los adolescentes toman algo a media mañana en el centro escolar** el análisis descriptivo de esta variable indica (gráfico 19) que el 83,6% si que toman algo a media mañana en el centro educativo frente al 16,4% que no lo toma. (N= 249, media=3,43, Sx.= 0,949). En cuanto a sí lo que toman a media mañana lo **llevan de casa o llevan dinero y lo compran**, la mayoría el 73,2% lo llevan de casa, siendo los que lo compran el 33,8%.

Gráfico 19. Realización del “tentempié” en el centro escolar



En algunos centros educativos, al incorporar la promoción de estilos de vida saludables dentro de su curriculum educativo, entre las actividades que desarrollan es la indicación diaria de un alimento para tomar a media mañana, de ahí la inclusión en el cuestionario de la variable **“en el centro escolar le indican al niño/a lo que debe llevar para tomar a media mañana”**. El análisis descriptivo de esta variable (gráfico 20) indica que en la mayoría de los casos (85,7%) no le indican lo que debe llevar, frente al 14,2% que si les indican lo que debe llevar. Este resultado, aunque no sea el deseable, sí que era de esperar; pues, suelen ser los centros de primaria los que habitualmente promueven este tipo de actividades y no tanto los de secundaria. Los comentarios realizados por las madres (cuadro 6) ponen de manifiesto esta situación.

Cuadro 6. Comentarios de madres solicitando regulen el “tentempié” en el centro escolar

- Les animaran a llevar fruta a media mañana, a veces no la llevan porque no es "guay" (madre, 50-54 años, Gijón, casada, estudios obligatorios, trabajo remunerado, dos hijos)
- En los recreos les obligaran a comer fruta” (madre, 40-44 años, Piedras Blancas, pareja de hecho, estudios universitarios, trabajo remunerado, un hijo).

Gráfico 20. El centro escolar indica alimento a llevar como “tentempié

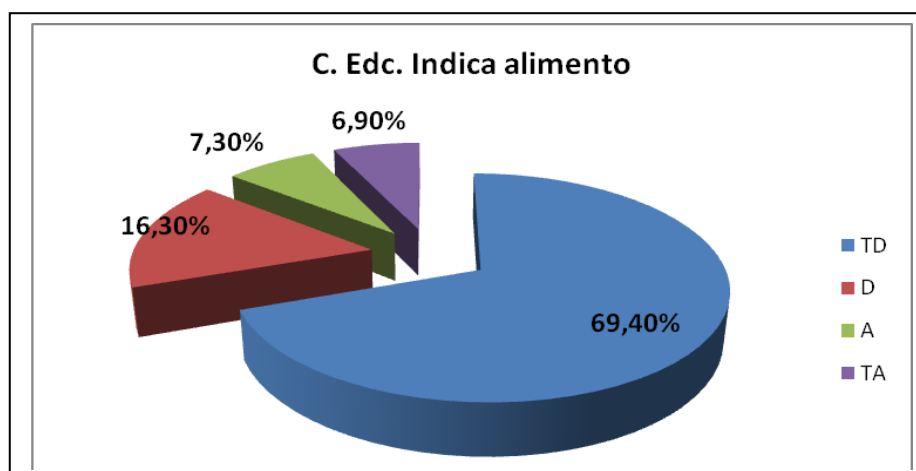


Tabla 29. Dimensión: Hábitos de Alimentación en el Centro Escolar: Tentempié Centro Escolar

Título de la dimensión: Hábitos de Alimentación en el Centro Escolar							
Subdimensión: Tentempié Centro Escolar							
1-Totalmente en Desacuerdo, 2-En Desacuerdo, 3-De Acuerdo y 4-Totalmente de Acuerdo							
Variables	N	M	Sx	TD	D	A	TA
El niño/a come algo a media mañana en el centro escolar	249	3,43	0,949	8,0%	8,40%	15,70%	67,90%
Lleva algo de casa para comer a media mañana en el centro escolar	254	3,17	1,096	13,0%	13,8%	16,5%	56,7%
Lleva dinero al centro escolar para comprar algo que comer a media mañana	251	2,16	1,100	35,5%	30,7%	15,9%	17,9%
En el centro escolar le indican al niño o la niña lo que debe llevar para tomar a media mañana	245	1,52	0,903	69,40%	16,30%	7,30%	6,90%

Los resultados que se derivan del análisis descriptivo de las variables que hacen referencia al **tipo de alimentos que toman a media mañana**, recogidas en la tabla 30 y gráfico 21 ponen de manifiesto que el alimento que la mayoría consumen es el bocadillo con un 65%, seguido (con bastante diferencia) de la fruta con un 23,4%, luego les siguen yogur y batidos (18,1%), snacks dulces (17,2%), refrescos y bebidas azucaradas (11,8%) y snacks salados (7,2%). No obstante, aunque el bocadillo es el alimento que habitualmente comen a media mañana los adolescentes, la diferencia con respecto a los que no lo toman no es muy amplia al ser del 35%. Por otra parte, en el caso de la fruta si bien es el segundo alimento que más consumen los adolescentes con un 23,4%, los que no lo consumen representa el 76,6%.

Gráfico 21. Alimentos que comen a media mañana los adolescentes en el centro escolar

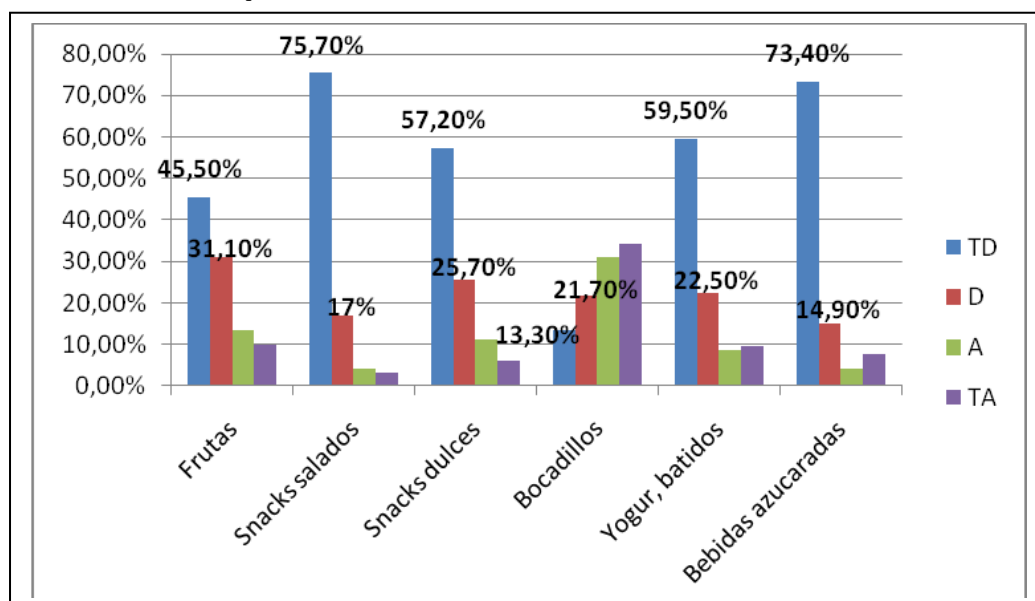


Tabla 30. Dimensión: Hábitos de Alimentación en el Centro Escolar: Alimentos que comen los adolescentes a media mañana

Dimensión : Hábitos de Alimentación en el Centro Escolar							
Subdimensión : Alimentos que ingieren los adolescentes a media mañana							
1-Totalmente en Desacuerdo, 2-En Desacuerdo, 3-De Acuerdo y 4-Totalmente de Acuerdo							
Variables	N	M	Sx	TD	D	A	TA
Frutas	222	1,88	0,988	45.5%	31.1%	13.5%	9.9%
Snacks salados (patatitas, cortezas, gusanitos, frutos secos...)	218	1,35	0,710	75.7%	17.0%	4.1%	3.2%
Snacks dulces (bombones, caramelos, galletas...)	222	1,66	0,897	57.2%	25.7%	11.3%	5.9%
Pan con queso, jamón, chorizo, nocilla...	249	2,86	1,036	13.3%	21.7%	30.9%	34.1%
Yogur, batidos	222	1,68	0,980	59.5%	22.5%	8.6%	9.5%
Refrescos, zumos azucarados	222	1,46	0,890	73.4%	14.9%	4.1%	7.7%

Tal y como se ha puesto de manifiesto en la fundamentación teórica, además de que en la adolescencia se consolidan o se adquieren los hábitos que definirán el resto de su vida ,en esta etapa del desarrollo se produce una disminución importante de la actividad física (entre los 10 y 17 años, disminuye un 2,7 % anual en chicos y un 7,4 % en chicas), debido a: la pereza y una determinada actitud de pasotismo o abulia que caracteriza este periodo vital, limitaciones de tiempo, las horas de sofá, televisión y de pasatiempos electrónicos, inexistencia de un adulto-referente activo, los estereotipos de género, etc.

Aunque en ocasiones se haya dicho lo contrario, en nuestra sociedad española actual y en lo que respecta a la adolescencia, la familia representa el principal agente

socializador y las costumbres y hábitos familiares determinan los hábitos alimentarios y la actividad física de sus hijos/as. De este modo, para conseguir cambios de comportamiento reales en los adolescentes a favor de mantener, mejorar su actividad física, es necesario que los padres y madres sean conscientes del importante papel que juegan y no deben limitarse a animarles y facilitar la práctica, sino que además debe interesarse por la forma en la que practican y se organizan y en la medida de lo posible ofrecerle un modelo positivo haciendo ejercicio también con su hijo/a.

Por lo que resulta importante estimular la predisposición al cambio en el ámbito familiar y para ello desde una aproximación empírica hemos de determinar las destrezas, hábitos de las familias relacionados con la actividad física; de este modo en esta tesis se han tenido en cuenta, entre otras, variables como la percepción que tiene el familiar de la cantidad y el tipo de ejercicio físico que él y su hijo hacen, su implicación en el ejercicio físico del adolescente y de la capacidad para detectar alguna anomalía en el mismo, manejo del ejercicio físico según el peso del adolescente, actividad física que realiza el adulto, ejercicio físico extraescolar que realiza el adolescente por semana y durante el fin de semana, exposición a pantallas del adolescente por semana y durante el fin de semana, acompañamiento al adolescente en el ejercicio físico por semana y durante el fin de semana, y por último la importancia que el adulto otorga a la asignatura de gimnasia/educación física. En líneas generales, para exponer los resultados se han diferenciado dos niveles de análisis referidos, por un lado, los hábitos del propio familiar y por otra parte los hábitos del niño/a percibidos por el familiar.

Además de los conocimientos que el adulto pueda tener sobre la actividad/ejercicio físicos es preciso determinar si el familiar se considera el principal responsable del ejercicio físico del niño/a. Los análisis descriptivos efectuados sobre la variable “***soy el principal responsable del ejercicio físico del niño/a-adolescente***” indican que la mayoría, el 66,8% (A+TA)*, si se consideran el principal responsable del ejercicio físico del niño/a, frente al 33,2% (TD+D)** que no se consideran los principales responsables. De este modo el margen de diferencia entre ambos no es tan amplio como cabría de esperar. (N= 283, media=2,92, Sx=0,941).

Avanzando con lo que se le planteaba en la variable anterior ahora se pretende conocer si *el familiar es el “único” responsable del ejercicio físico del niño/a-adolescente*. En esta ocasión los resultados que se derivan de los análisis descriptivos efectuados sobre esta variable se invierten pues son mayoría (58,6%) los que dicen **no** ser los “únicos” responsables del ejercicio físico del adolescente, frente al 41,5% que **si** se consideran los “únicos” responsables del ejercicio físico del adolescente. (N= 280, media=2,31, Sx=1,036) (gráfico 22, tabla 31).

Gráfico 22. Responsabilidad del adulto ante ejercicio físico del adolescente

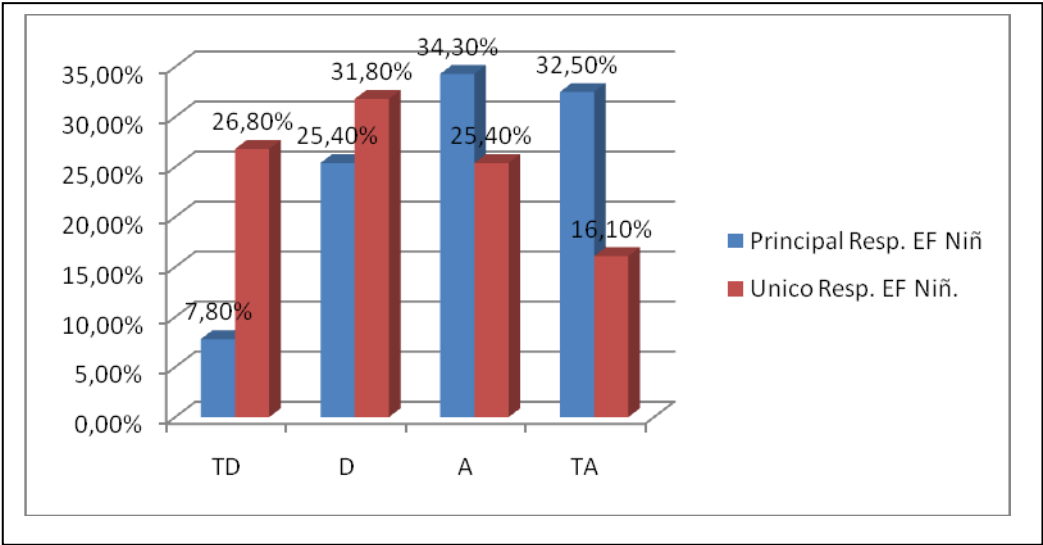


Tabla 31. Dimensión: Hábitos de Actividad Física: Responsabilidad del adulto ante ejercicio físico del adolescente

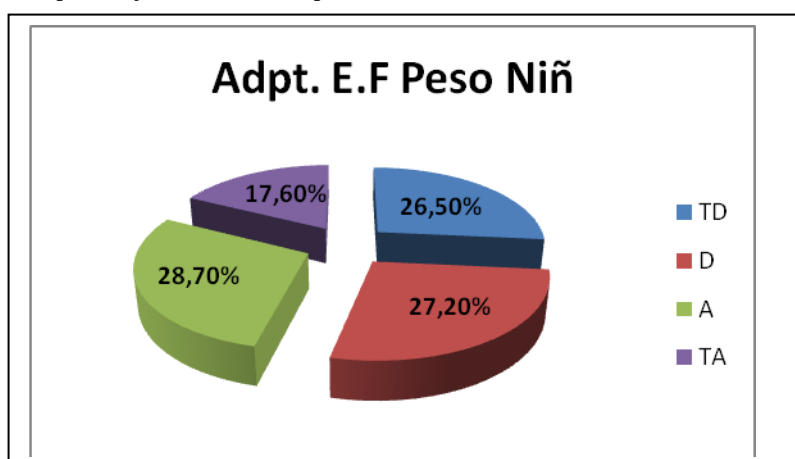
Título de la dimensión: Hábitos de Actividad Física							
Subdimensión: Responsabilidad del adulto ante ejercicio físico del adolescente							
1-Totalmente en Desacuerdo, 2-En Desacuerdo, 3-De Acuerdo y 4-Totalmente de Acuerdo							
Variables	N	M	Sx	TD	D	A	TA
Usted es el principal responsable de que el/a niño/a haga ejercicio físico	283	2,92	0,941	7,80%	25,40%	34,30%	32,50%
Usted es el único responsable de que el/a niño/a haga	280	2,31	1,036	26,80%	31,80%	25,40%	16,10%

Esta responsabilidad compartida de las familias en cuanto al ejercicio físico de sus hijos que se desprende estos resultados, se corrobora con las múltiples solicitudes que las familias transmiten al centro escolar a las que se hará referencia en un apartado posterior y se ejemplifican en el cuadro 7.

- Hubiera más actividades deportivas en los centros escolares. Que se organizaran campeonatos deportivos escolares” (padre, 50 y 54 años, Oviedo, divorciado, estudios universitarios, trabajo remunerado, dos hijos),
- Potencien actividades extraescolares al aire libre, que incluyan caminatas, paseos en bici” (madre, 45-49 años, Candas, casada, estudios universitarios, trabajo remunerado, tres hijos)

Al igual que comentamos para la alimentación, la variable “**adapto el ejercicio físico al peso del niño/a- adolescente**” conlleva el conocimiento e interpretación del peso del niño/a-adolescente por parte del familiar y la posterior adaptación del ejercicio físico al peso del niño/a – adolescente. Tras el análisis descriptivo de esta variable y representación gráfica (gráfico 23) se observa que la mayoría (53,7%) **no** adaptan el ejercicio físico al peso del menor frente al 46,3% que **si** adaptan el ejercicio físico al peso del menor. (N= 279, media=2,37, Sx=1,058).

Gráfico 23. Adapto el ejercicio físico al peso del niño/a- adolescente

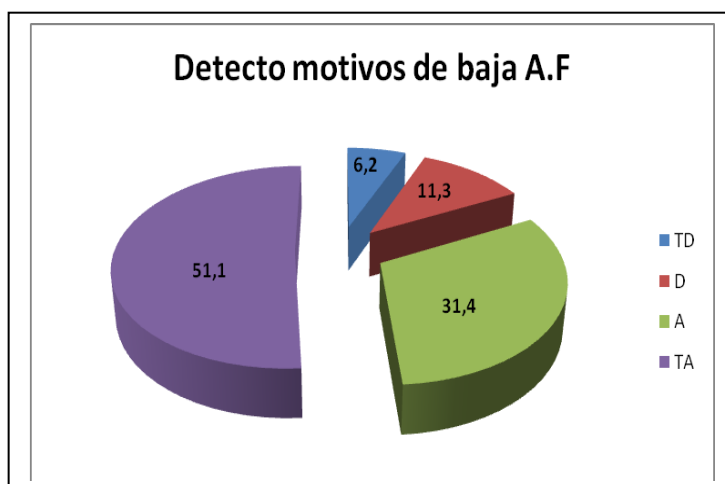


Además de adaptar la actividad física al peso del niño/a-adolescente el adulto ha de reconocer y ser capaz de actuar ante los motivos que conducen a una disminución de la actividad física en el niño/a-adolescente. La adolescencia es una etapa del desarrollo en el que se producen muchos cambios, y entre ellos los referentes a la actividad física. Durante esta etapa del desarrollo se produce una disminución importante de la actividad física (entre los 10 y 17 años, disminuye un 2,7 % anual en chicos y un 7,4 % en chicas), debido a: la pereza y una determinada actitud de pasotismo o abulia que caracteriza este periodo vital, limitaciones de tiempo, las horas de sofá, televisión y de pasatiempos electrónicos, inexistencia de un adulto-referente activo, los estereotipos de

género que tienden a considerar que algunas actividades son más apropiadas para los varones, la competitividad que muchos deportes llevan aparejada, y que hace que aquellos chicos y chicas que no pueden alcanzar ciertos niveles de exigencia decidan abandonar con el consiguiente menoscabo de su autoestima. Por ello, es importante que la familia este pendiente de los cambios que se puedan producir e intentar detectarlos precozmente para así buscar solución que favorezca el mantenimiento de la actividad física.

Los análisis descriptivos efectuados sobre la variable “**motivos (enfermedad, cansancio, no le gusta...) por los que el/a niño/a algunas veces disminuye su ejercicio físico**” indican que el 82,5 % si reconoce los motivos por los que el adolescente disminuye su ejercicio físico mientras que el 17,5 % no lo reconoce (N= 274, media=3,27, Sx=0,895) (gráfico 24). A través de las dificultades que las familias tienen para organizar y regular la actividad física de sus hijos/as, la pereza, la vagancia parecen ser el motivo principal por el que los adolescentes disminuyen la actividad física (Cuadro 8)

Gráfico 24. Detecto motivos de baja actividad física



Cuadro 8. Comentarios que aluden a la pereza, vagancia como principal motivo del descenso del ejercicio físico del adolescente

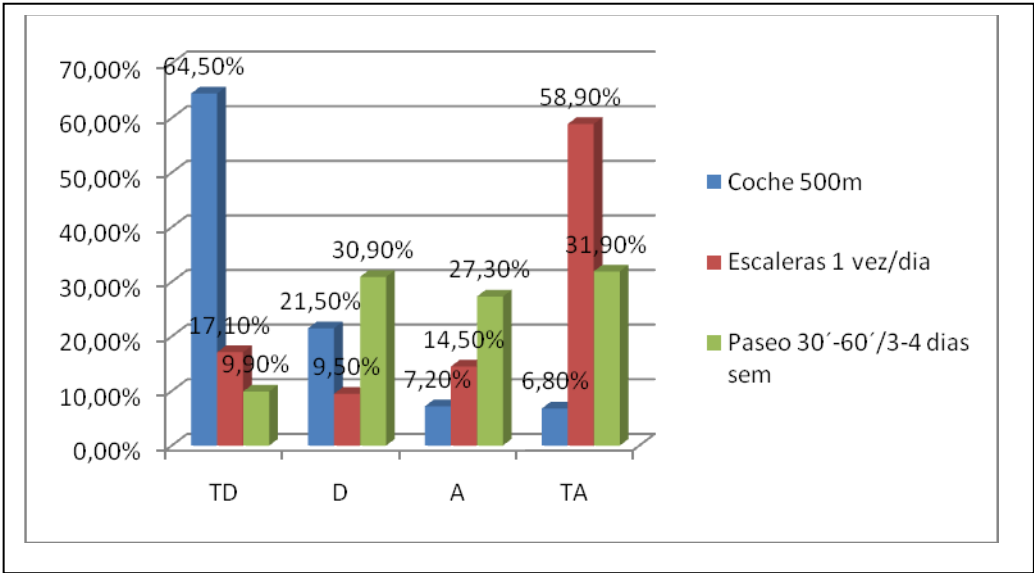
- Muchas, porque es muy vago (madre, 40-44 años, Mieres, divorciada, estudios secundarios obligatorios, desempleada, dos hijos)
- Sí, cada vez es más vaga, salvo quizás en verano (piscina) (madre, 45-49 años, Aviles, casada, estudios universitarios, trabajo remunerado, dos hijos)
- Sí, porque es tranquila y no le apetece moverse (madre, 45-49 años, Colunga, casada, estudios secundarios obligatorios, tareas del hogar, dos hijos)
- Sí es bastante vaga (madre, 40-44 años, Gijón, casada, estudios secundarios no obligatorios, tareas del hogar, dos hijos)

La actividad física que la OMS recomienda para adultos entre 18 y 64 años consiste en actividades recreativas o de ocio, desplazamientos (por ejemplo, paseos a pie o en bicicleta), actividades ocupacionales (es decir, trabajo), tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programados en el contexto de las actividades diarias, familiares y comunitarias. Por ello, las variables que en este estudio se emplearon para determinar si el adulto realiza la actividad física recomendada hacen referencia al **uso del coche para trayectos cortos (menos de 500m), subir a casa por las escaleras al menos 1 vez al día y pasear a buen ritmo entre 30 y 60 minutos/día 3 o 4 días a la semana**. El estudio descriptivo realizado sobre estas variables indica que la mayoría no usa el coche para trayectos cortos (86%), sube las escaleras de casa al menos una vez al día (73,4%) y pasea a buen ritmo entre 30'-60' /día 3 o 4 días/semana (59,2%), todos ellos resultados deseables por su valor saludable. Aunque al observar la tabla 32 y el gráfico 25 considero preciso resaltar que si bien en el caso del uso del coche y subir las escaleras el margen entre los desacuerdos y acuerdos es amplio, (86%-14% en el caso del uso del coche y 26,6%-73,4% subir escaleras) en cuanto a pasear a buen ritmo el margen se acorta considerablemente 40,8%-59,2%.

Tabla 32. Dimensión: Hábitos de Actividad Física: Actividad Física realizada por el adulto

Título de la dimensión: Hábitos de Actividad Física Subdimensión: Actividad Física realizada por el adulto 1-Totalmente en Desacuerdo, 2-En Desacuerdo, 3-De Acuerdo, 4-Totalmente de Acuerdo							
Variables	N	M	Sx	TD	D	A	TA
Uso coche para trayectos cortos (menos 500m)	279	1,56	0,895	64,5%	21,5%	7,2%	6,8%
Subo a casa por las escaleras al menos una vez/día	275	3,15	1,161	17,1%	9,5%	14,5%	58,9%
Paseo a buen ritmo entre 30'-60' /día 3 o 4 días/semana	282	2,81	0,997	9,9%	30,9%	27,3%	31,9%

Gráfico 25. Actividad Física realizada por el Adulto



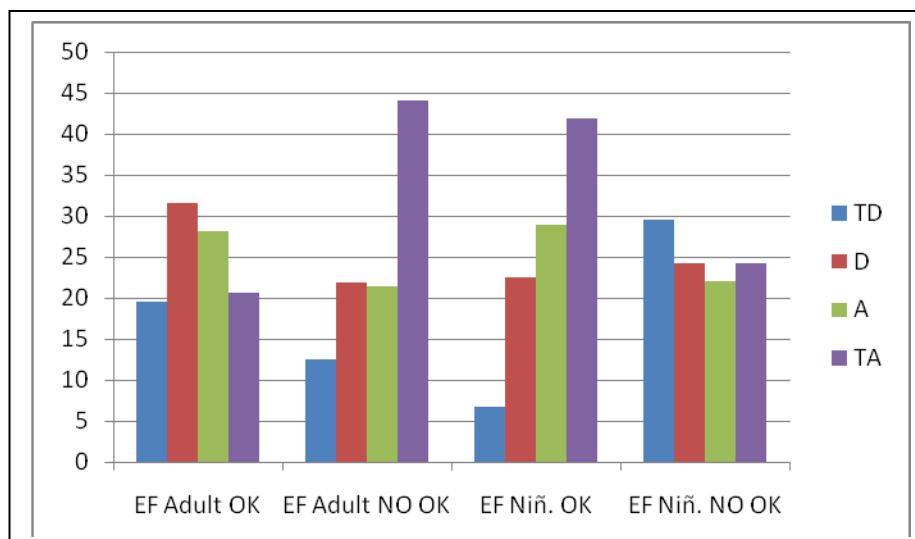
Las percepciones que se tengan del peso y hábitos condicionan la posterior actuación de las personas, de hecho se ha comprobado que los padres que no perciben el estilo de vida obesogénico y el sobrepeso de sus hijos como un problema de salud lo aceptan como algo normal y no realizan ningún tipo de modificación en la actividad física y alimentación de sus hijos. Por este motivo, se han incluido una serie de variables que hacen referencia precisamente a las ***creencias que tienen los adultos del ejercicio físico que ellos y los menores realizan y deberían realizar.***

El análisis descriptivo y la correspondiente tabla 32 y gráfico 25 de las variables relacionadas con el **ejercicio físico del adulto**, aunque muestran que la mayoría (51,2%) **no** cree que la cantidad de ejercicio físico que realiza es adecuado, considerando que **sí** debe hacer más ejercicio físico el 65,6%; el margen de diferencia, con los que creen que la cantidad de ejercicio físico que realizan **si** es adecuada (48,8%) y por tanto **no** consideran deban hacer más ejercicio (34,4%), no es muy amplio.

El análisis descriptivo de las variables relacionadas con el **ejercicio físico del adulto-adolescente** y la correspondiente tabla 33 y gráfico 26 indican que el 70,8% cree que el ejercicio físico que realiza el niño/a-adolescente **sí** es adecuado frente al 29,2% que **no** lo considera adecuado; por el contrario, al preguntar al familiar si considera que el niño/a-adolescente debe hacer más ejercicio, la diferencia no es tan evidente; pues, aunque la mayoría (el 53,7%) **no** cree que el niño/a-adolescente debería hacer más ejercicio, los que creen que **si** debería hacer más ejercicio físico representan el 46,3%. Por tanto, no es de extrañar que el adulto no pueda precisar **sí** necesita hacer (65,6%) o **no** necesita hacer (34,4%) más ejercicio, si no sabe **sí** realiza (48,8%) o **no** realiza (51,2%) el ejercicio físico adecuado. Lo que resulta sorprendente es que si la mayoría de los adultos **sí** consideran (70,8%) que el adolescente hace el ejercicio adecuado, un 46,3% se planteen que el adolescente debería hacer más ejercicio.

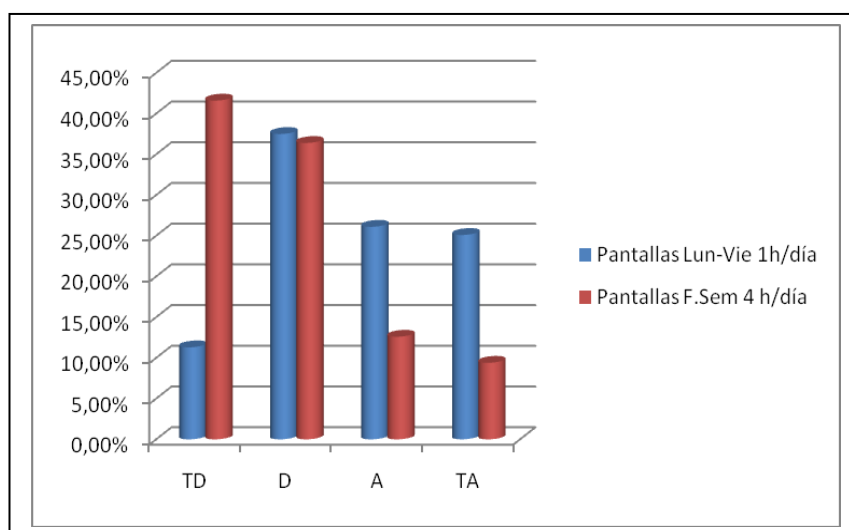
Tabla 33. Dimensión: Hábitos Físicos: Percepción del ejercicio físico del adulto y del adolescente

Título de la dimensión: Hábitos de Actividad Física							
Subdimensión: Percepción del ejercicio físico del adulto y del adolescente							
1-Totalmente en Desacuerdo, 2-En Desacuerdo, 3-De Acuerdo y 4-Totalmente de Acuerdo							
Variables	N	M	Sx	TD	D	A	TA
Creo que la cantidad de ejercicio físico que realizo es adecuada	285	2,50	1,030	19,6%	31,6%	28,1%	20,7%
Creo que debería hacer más ejercicio físico	279	2,97	1,079	12,5%	21,9%	21,5%	44,1%
Creo que la cantidad de ejercicio físico que realiza el/a niño/a es adecuada	284	3,06	0,955	6,7%	22,5%	28,9%	41,9%
Creo que el/a niño/a debería hacer más ejercicio físico	281	2,41	1,149	29,5%	24,2%	22,1%	24,2%



La exposición a pantallas se ha visto que influye no solo sobre la actividad física sino también sobre la alimentación y el descanso. Por ello, la Academia Americana de Pediatría y la OMS recomiendan no dedicar al día más de 2 horas de uso de pantallas para un adecuado desarrollo físico, psicológico y social. El estudio descriptivo realizado sobre las variables que hacen referencia a **la exposición a las pantallas de lunes a viernes y durante el fin de semana** indican que de lunes a viernes solo el 51,2% dedica más de 1 hora/día a ver la televisión o usar el ordenador frente al 48,8% que no está más de 1 hora/día delante de las pantallas (N=283, media=2,65, Sx= 0,979). En cuanto al tiempo que permanecen delante de la televisión o el ordenador durante el fin de semana solo el 22% está más de 4 horas frente al 78% que refiere no estar más de ese tiempo delante de la televisión o del ordenador. (N=286, media=1,90, Sx= 0,955) (gráfico 27)

Gráfico 27. Hábitos de Actividad Física: Exposición a pantallas



Por tanto, según estos datos los adolescentes no permanecen mucho tiempo delante de las pantallas y sobre todo el fin de semana que tienen más tiempo libre, datos que sorprenden por no coincidir con la imagen social que se tiene de los adolescentes. No obstante, los comentarios realizados por las madres manifiestan lo contrario (cuadro 9).

Cuadro 9. Comentario de una madre al valorar la actividad física de su hijo.

Le gusta mucho el ordenador y videojuegos. Le aburre caminar y siempre protesta (madre, más de 54 años, Muros del Nalón, divorciada, estudios universitarios, trabajo remunerado, un hijo)

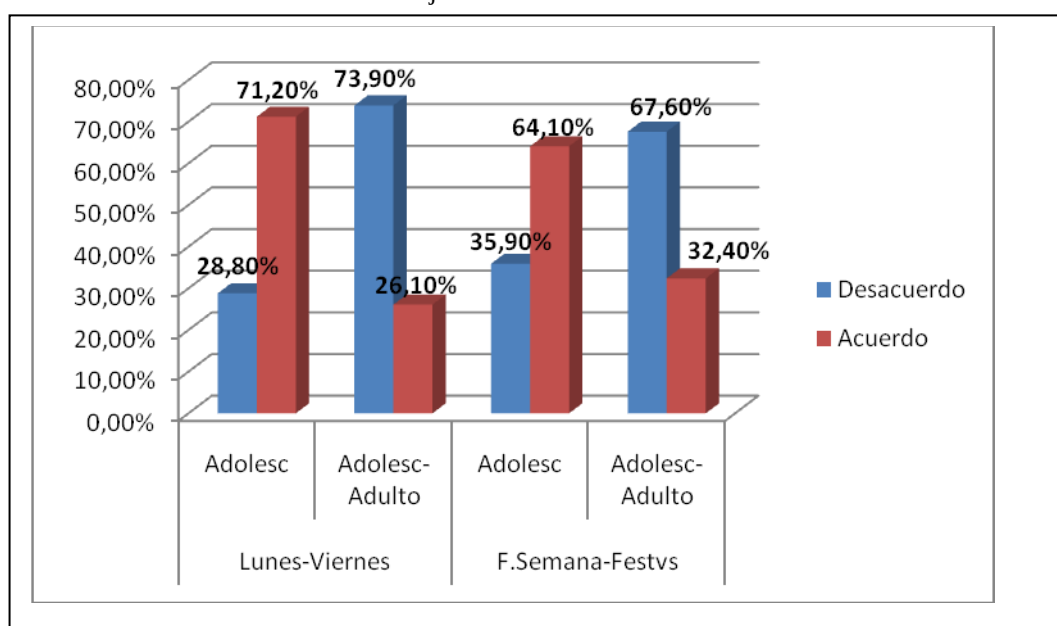
Habitualmente el adolescente permanece mucho tiempo sentado en el centro educativo y luego en casa haciendo los deberes; por ello, se recomienda que realice algo de ejercicio físico en el tiempo libre/extraescolar tanto de lunes a viernes como en el fin de semana. Los resultados que se derivan del análisis descriptivo de las variables que aluden al “***ejercicio Físico Extraescolar realizado por el adolescente de lunes a viernes y durante el fin de semana***” indican que la mayoría hacen ejercicio físico, 71,2 % de lunes a viernes y 64,1% durante el fin de semana, frente a los que no lo hacen que son el 28,8% de lunes a viernes y el 35,9% durante el fin de semana. Lo que extraña es que durante el fin de semana el porcentaje de los que hacen ejercicio físico sea menor que de lunes a viernes cuando teóricamente el tiempo libre es mayor durante el fin de semana.

Como hemos dicho en la fundamentación teórica y recordado en la introducción de esta dimensión para conseguir cambios de comportamiento reales en los adolescentes a favor de mantener, mejorar su actividad física; es necesario que, los padres y madres en la medida de lo posible, sean un referente activo y se conviertan en un modelo positivo haciendo ejercicio también con su hijo/a. Por ese motivo, se incluye la variable “***adulto comparte Ejercicio Físico con el adolescente de lunes a viernes y durante el fin de semana***”; el análisis descriptivo de estas variables indica que, la mayoría **no** realiza ejercicio físico con el adolescente, siendo el 73,9% de lunes a viernes y el 67,6% durante el fin de semana, frente al 26,1% (de lunes a viernes) y el 32,4% (durante el fin de semana) (tabla 34) (gráfico 28) que **sí** realizan ejercicio físico con el adolescente. Con lo cual sería algo a fomentar si no queremos que la actividad física del adolescente disminuya.

Tabla 34. Dimensión: Hábitos de Actividad Física: Ejercicio Físico Extraescolar

Título de la dimensión: Hábitos de Actividad Física							
Subdimensión: Ejercicio Físico Extraescolar							
1-Totalmente en Desacuerdo, 2-En Desacuerdo, 3-De Acuerdo y 4-Totalmente de Acuerdo							
Variables	N	M	Sx	TD	D	A	TA
De lunes a viernes el/a niño/a realiza ejercicio físico extraescolar	285	3,16	1,124	13,7%	15,1%	12,6%	58,6%
De lunes a viernes realizo algún ejercicio físico con el/a niño/a	280	2,06	0,898	28,9%	45%	17,5%	8,6%
Durante el fin de semana el/a niño/a realiza ejercicio físico	270	2,96	0,993	7,8%	28,1%	24,8%	39,3%
Durante el fin de semana realizo algún ejercicio físico	281	2,20	0,903	22,8%	44,8%	22,4%	10,0%

Gráfico 28. Hábitos de Actividad Física: Ejercicio Físico Extraescolar



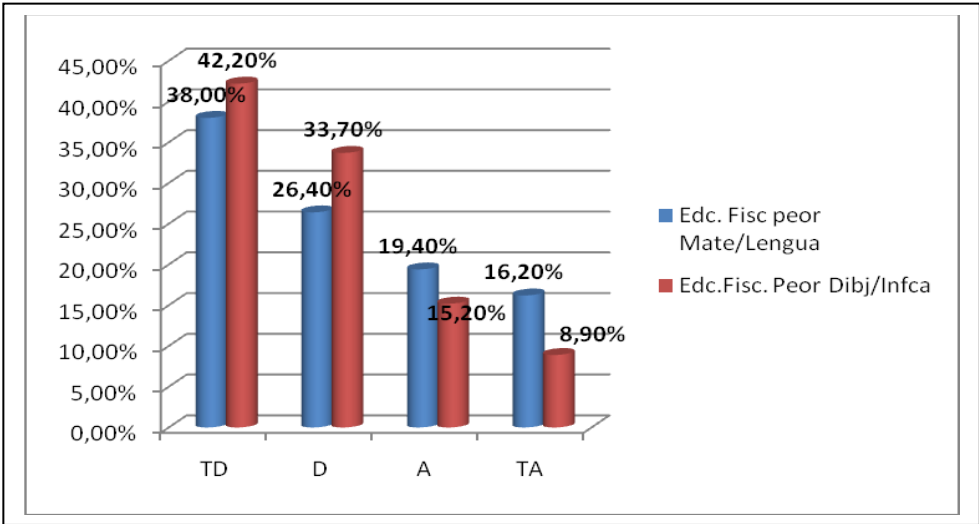
Si bien hay familias que solicitan se aumente el número de horas dedicadas a la asignatura de Gimnasia/Educación Física y que disminuya su contenido teórico a favor del contenido práctico e incluso se incluyan en el curriculum educativo actividades a favor del ejercicio físico, tal y como reflejan los comentarios del cuadro 9. Otros familiares opinan todo lo contrario manifestando que son ellos quienes deben fomentar el ejercicio físico en casa y que al centro educativo sus hijos van a estudiar asignaturas de provecho como las matemáticas, lenguaje... Ante esta confrontación de opiniones se ve necesario conocer la “**Valoración de la asignatura de Gimnasia/ Educación Física respecto a otras asignaturas**” de los familiares que han participado en este estudio. El análisis descriptivo de estas variables indica que la mayoría no están de acuerdo con que la asignatura de gimnasia/ educación física sea menos importante que las

matemáticas/lenguaje 64,4% o que el dibujo/informática 75,9%, frente al 35,6% que si opinan que las matemáticas/lenguaje es más importante que la gimnasia/educación física o el 24,1% que opinan que el dibujo/informática es más importante que la gimnasia/educación física (tabla 35, gráfico 29).

Tabla 35. Dimensión: Hábitos de Actividad Física: Importancia de la asignatura de gimnasia-educación física respecto a otras asignaturas

Título de la dimensión: Hábitos de Actividad Física Subdimensión: Importancia de la asignatura de gimnasia-educación física respecto a otras asignaturas 1-Totalmente en Desacuerdo, 2-En Desacuerdo, 3-De Acuerdo y 4-Totalmente de Acuerdo							
Variables	N	M	Sx	TD	D	A	TA
La asignatura de Gimnasia/ Educación Física pienso que es menos importante que las Matemáticas o el Lenguaje	284	2,14	1,099	38,0%	26,4%	19,4%	16,2%
La asignatura de Gimnasia/ Educación Física pienso que es menos importante que el Dibujo o la Informática	282	1,91	0,961	42,2%	33,7%	15,2%	8,9%

Gráfico 29. Hábitos de Actividad Física: Valoración de la asignatura de Gimnasia/Educación Física respecto a otras asignaturas



Cuadro 9. Opiniones de unas madres respecto a la asignatura de Educación Física/Gimnasia

- Que se diera educación física en condiciones. Que hicieran más deporte y más horas (madre, 50-54 años, Oviedo, divorciada, estudios universitarios, trabajo remunerado, dos hijos)
- Dejar de destrozar el gusto por la actividad física al convertirla en una asignatura (obligación, puntuación, competición...) (madre, 45-49 años, Aviles, casada, estudios universitarios, trabajo remunerado, dos hijos)

2.1.4. Dimensión 4. Hábitos Relacionados con el Control de Peso

Como se ha puesto de manifiesto en la primera parte de este trabajo referida a la fundamentación teórica, el sobrepeso y la obesidad constituyen uno de los principales factores de riesgo de las Enfermedades no Transmisibles, siendo España el segundo país europeo con más obesos después del Reino Unido y Asturias y Galicia las dos comunidades españolas donde se han recogido las tasas más altas de sobrepeso y obesidad. Por otra parte si el sobrepeso, la obesidad o los estilos de vida poco saludables están presentes en la adolescencia el riesgo cardiovascular aumenta y empeora la salud y calidad de vida en la edad adulta y generaciones futuras.

La conducta alimentaria, la actividad física, el descanso y el apoyo emocional son los pilares sobre los que se sigue sustentando la prevención y tratamiento de la obesidad, añadiéndose un factor más: el ambiente familiar. Las costumbres y hábitos familiares determinan los hábitos alimentarios y la actividad física de sus hijos/as incluso antes del nacimiento, además en nuestra sociedad española actual la familia representa el principal agente socializador, de este modo el aprendizaje se produce fundamentalmente a través de la imitación de los comportamientos de los padres por parte de sus hijos, y también a través de la comunicación abierta entre padres e hijos sobre todo cuando éstos se van haciendo mayores.

Pero el sobrepeso, la obesidad, el estilo de vida obesogénico no solo son un problema por su prevalencia y presencia de hábitos/comportamientos de los padres poco saludables; sino también, porque hoy en día las familias no perciben el estilo de vida obesogénico y el sobrepeso de sus hijos adolescentes como un problema de salud, por lo que los aceptan y no realizan ningún tipo de modificación en la actividad física, alimentación, descanso que están en la base del estilo de vida y sobrepeso del adolescente.

Por lo que resulta importante, determinar los hábitos/comportamientos de las familias en la prevención y tratamiento del sobrepeso/obesidad del adolescente desde una aproximación empírica; para ello se tendrán en cuenta, entre otras, variables que identifican los comportamientos de los adultos en la prevención del sobrepeso/obesidad suyos y de los hijos/as, las intervenciones a desarrollar ante la presencia de

sobrepeso/obesidad en su hijos/as. Para exponer los resultados se han diferenciado dos niveles de análisis referidos, por un lado, las intervenciones/comportamientos adoptadas en la prevención del sobrepeso/obesidad y por otro las intervenciones/comportamientos a adoptar ante la presencia de sobrepeso/obesidad.

Aunque la alimentación, la actividad física, el descanso y el apoyo emocional son los pilares sobre los que se ha de sustentar la prevención y tratamiento de la obesidad, la alimentación y el ejercicio físico son los principales determinantes de la salud en la adolescencia; por ello, en la variable ***“cuidamos la alimentación y el ejercicio físico del/a niño/a para que no engorde “Prevención del sobrepeso en el Adolescente”***, se hace alusión solo a la alimentación y ejercicio físico. Los resultados que se derivan del análisis descriptivo efectuado sobre esta variable indican que la mayoría (64,2 %) si organizan la alimentación y el ejercicio físico del/a niño/a para que no engorde pero la diferencia con los que están en desacuerdo no es tan amplia como cabría de esperar pues estos suponen el 35,8 %. (N= 282, media=2,76, Sx=0,984).

Como se adelantaba, los hijos aprenden de sus padres como alimentarse y a ser activos o inactivos fundamentalmente a través de la imitación de los comportamientos; además, si los padres no tienen el hábito del control del peso y de cuidar de su alimentación y actividad física les resultará más difícil cuidar del peso, alimentación y actividad física de sus hijos/as. Por todo ello, se incluye la variable ***“cuido de mi alimentación y hago ejercicio físico para no engordar”***, los resultados que se derivan del análisis descriptivo efectuado sobre esta variable indican que la mayoría (61,2%) si cuidan de su alimentación y hacen ejercicio físico para controlar el peso, pero la diferencia con los que se cuidan no es tan amplia como cabría de esperar pues estos suponen el 38,8 %, resultados muy semejantes a los de la variable anterior (N= 286, media=2,77, Sx=0,946).

Por tanto para prevenir el sobrepeso y la obesidad de los/as niños el 64,2 % de las familias manifiestan organizar la alimentación y el ejercicio físico del/a niño/a, en cuanto a si mismos el 61,2% cuida su alimentación y actividad física (gráfico 30, tabla 36).

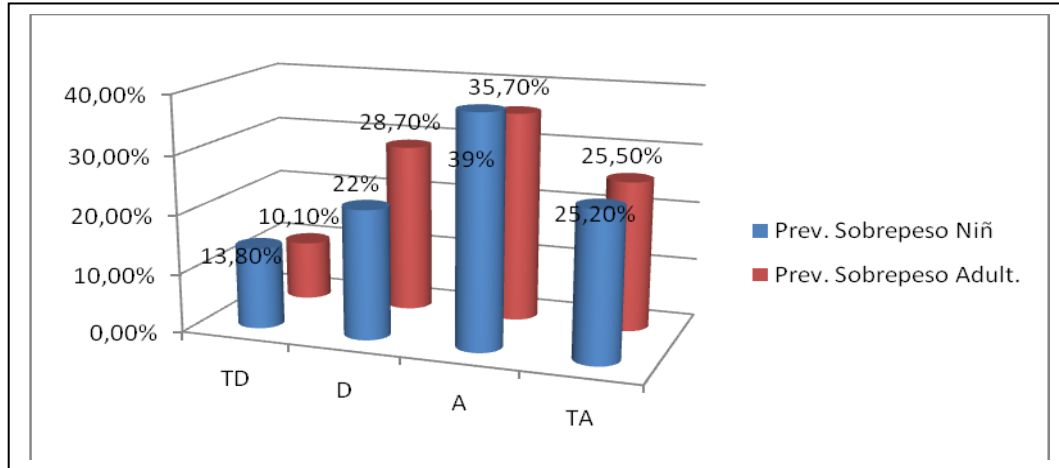
Tabla 36. Dimensión: Hábitos relacionados con el control de peso: prevención del sobrepeso en el Adulto y en el Adolescente

Título de la dimensión: Hábitos relacionados con el control de peso

Subdimensión: prevención del sobrepeso en el Adolescente y en el Adulto
1-Totalmente en Desacuerdo, 2-En Desacuerdo, 3-De Acuerdo y 4-Totalmente de Acuerdo

Variables	N	M	Sx	TD	D	A	TA
En casa organizamos la alimentación y el ejercicio físico del/a niño/a para que no engorde	282	2,76	0,984	13,80%	22,0%	39,0%	25,20%
Cuido de mi alimentación y hago ejercicio físico para	286	2,77	0,946	10,10%	28,70%	35,70%	25,50%

Gráfico 30. Prevención del sobrepeso en el Adolescente y en el Adulto



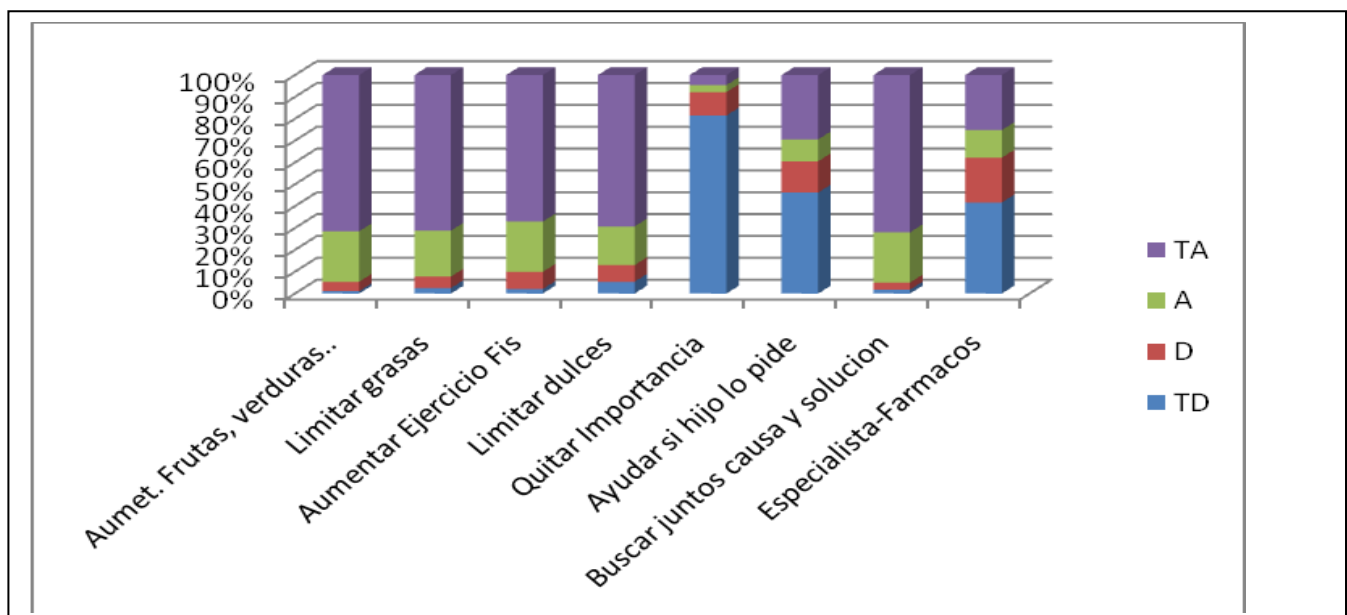
Aunque la prevención es el arma más efectiva contra el sobrepeso y obesidad, según vimos en las variables anteriores las familias no lo tienen claro. Por otra parte, la bibliografía y según hicimos mención en la justificación teórica aunque el sobrepeso/obesidad sea una realidad muchos padres no hacen nada al respecto. Por eso, con este grupo de variables que hacen referencia a las **“medidas a adoptar por la familia ante el sobrepeso del Adolescente”** intentamos poner de manifiesto lo que harían las familias ante la presencia del sobrepeso/obesidad (gráfico 31, tabla 37).

Cuando el sobrepeso ya es un problema la mayoría de las familias determinarían la causa y buscarían conjuntamente el modo de perder peso (94,9%), aumentarían la ingesta de frutas, verduras, legumbres, cereales integrales (94,6%), limitarían la ingesta de grasas y aceite en las comidas (92,2%), obligarían a sus hijos/as a realizar ejercicio físico varios días/semana (90,0%) y les limitarían la ingesta de dulces (87,0%). Por el contrario ayudarles a bajar de peso solo si ellos lo piden, llevarles a un médico especialista para tratarle con fármacos y no darle importancia dado que con los años se pierde peso representan respectivamente el 39,4%, el 37,8% y el 7,8%.

Tabla 37. Dimensión: Hábitos relacionados con el control de peso: medidas a adoptar por la familia ante el sobrepeso del Adolescente

Título de la dimensión: Hábitos relacionados con el control de peso							
Subdimensión: Medidas a adoptar por la familia ante el sobrepeso en el Adolescente							
1-Totalmente en Desacuerdo, 2-En Desacuerdo, 3-De Acuerdo y 4-Totalmente de Acuerdo							
Variables	N	M	Sx	TD	D	A	TA
Ante sobrepeso del/a niño/a aumentaría ingesta de frutas, verduras, legumbres, cereales integrales	281	3,65	0,615	1,10%	4,30%	23,10%	71,50%
Ante sobrepeso del/a niño/a limitaría ingesta de grasas y aceite en las comidas	281	3,61	0,704	2,50%	5,30%	21,0%	71,20%
Ante sobrepeso del/a niño/a le obligaría a realizar ejercicio físico varios días/semana	282	3,55	0,730	2,10%	7,80%	23,0%	67,0%
Ante sobrepeso del/a niño/a limitaría ingesta de dulces	277	3,51	0,854	5,40%	7,60%	17,70%	69,30%
Ante sobrepeso del/a niño/a no le daría importancia, ya perderá peso cuando crezca	281	1,31	0,747	81,50%	10,70%	3,20%	4,60%
Ante sobrepeso del/a niño/a le ayudaría a perder peso solo si él/ella lo quiere y me pide ayuda	279	2,23	1,301	46,20%	14,30%	10,0%	29,40%
Ante sobrepeso del/a niño/a determinaría la causa y buscaríamos conjuntamente el modo de perder peso	278	3,65	0,633	1,80%	3,20%	23,0%	71,90%
Ante sobrepeso del/a niño/a le llevaría a un/a medico/a especialista para que le tratara con algún medicamento	278	2,21	1,229	41,70%	20,50%	12,60%	25,20%

Gráfico 31. Medidas a adoptar por la familia ante el sobrepeso del Adolescente



- **Mi hijo gracias a la constancia de sus padres no es obeso. Una dieta equilibrada y mucho ejercicio son primordiales. Incluso lo realizamos con él** (madre, 40-44 años, Vegadeo, casada, modulo superior, trabajo remunerado, dos hijos)
- **Soy padre y tutor, ustedes son los que deben asesorarme para hacer todo correctamente** (padre, Aviles, 50-54 años, casado, estudios obligatorios, trabajo remunerado, un hijo)
- **¿no se considera nada de la programación/anuncios a los que se somete al niño en televisión? Creo que tiene tanto peso lo que ven en Tv como lo que ven en casa** (madre, 45-49 años, Aviles, casada, estudios universitarios, trabajo remunerado, dos hijos)
- **Que si los niños/as están en riesgo, como el mío, que les controlasen más. Pero claro tienen que ser ellos quienes se comprometan, tienen que querer.** (madre, más de 54 años, Muros del Nalon, divorciada, estudios universitarios, trabajo remunerado, un hijo)
- **Como en todo la educación debe de empezar en la propia familia y reforzarse en cada centro** (madre, 40-44 años, Nava, casada, estudios universitarios, tares del hogar, un hijo)
- **Creo que a veces pasar un poco de hambre no es tan malo** (madre, 35-39 años, Aviles, soltera, estudios obligatorios, trabajo remunerado, un hijo)
- **Tomar conciencia y cada uno que haga su papel lo mejor posible** (padre, Gijón, 45-49 años, casado, estudios obligatorios, pensionista, dos hijos)
- **Mi hija adelgazo muchos Kgs en un año por su miedo a que se metieran con ella** (madre, 40-44 años, Gijón, casada, estudios secundarios no obligatorios, , trabajo remunerado, dos hijos)
- **Hacer que el conocimiento de nuestro cuerpo y su nutrición sea natural sin llegar a ser una obsesión. Hay que disfrutar de todos los alimentos** (padre, Gijón, 50-54 años, casado, estudios secundaria no obligatoria, trabajo remunerado, un hijo)

Por su parte, el análisis factorial exploratorio efectuado con el fin de conocer su estructura interna y reducir, en lo posible, el número de ítems a considerar en posteriores análisis, ha permitido extraer 4 factores que explican el 57.60% de la varianza. Estos factores están formados por 49 ítems de los 58 iniciales. La medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin ofreció un valor de 0.8724, considerado como "bueno" (Kaiser, 1974; Hair et al., 1999), resultando asimismo significativa la prueba de esfericidad de Bartlett ($\chi^2= 40520.0$; g.l.=2346; $p=0.000$). Los 4 factores obtenidos son: Factor 1-*Hábitos Generales de Alimentación (Desayuno, comida y cena)* (Alfa de Cronbach=.99); Factor 2-*Hábitos para Controlar el Peso* (Alfa de Cronbach=.97); Factor 3-*Hábitos de Alimentación en el Centro Escolar* (Alfa de Cronbach=.94), y Factor 4-*Hábitos de Actividad Física* (Alfa de Cronbach=.97), que se corresponden bien con las dimensiones de contenido que previamente se habían establecido para realizar el estudio exploratorio descriptivo. La relación de ítems clasificados en cada factor, así como el porcentaje de varianza que explica cada uno del total y su alfa de Cronbach, se exponen en las tablas 38, 39, 40 y 41.

Tabla 38. Relación de ítems en el Factor 1. *Hábitos generales de Alimentación (Desayuno, comida y cena)*

Relación de ítems en el Factor 1. Hábitos generales de Alimentación (Desayuno, comida y cena)	
Número de ítems: 24	
% Varianza Explicada del total por el Factor 1: 19%	
Alfa de Cronbach del Factor 1: .99	
1.	Realizo 5 comidas al día (Desayuno, media mañana, mediodía, merienda y cena)
2.	El/a niño/a realiza 5 comidas al día (Desayuno, media mañana, mediodía, merienda y cena)
3.	Soy quien se encarga de planificar las cenas
4.	Soy quien se encarga de comprar los alimentos
5.	Soy quien se encarga de preparar las cenas
6.	Disfruto cocinando
7.	Disfruto comiendo
8.	Considero que mi alimentación es saludable
9.	Considero que la alimentación del/a niño/a es saludable
10.	Desayuno en casa de lunes a viernes
11.	Soy quien preparo la comida del mediodía en casa de lunes a viernes
12.	El/a niño/a desayuna en casa de lunes a viernes
13.	Desayuno en casa los fines de semana y festivos
14.	Soy quien realizo la comida del mediodía en casa los fines de semana y festivos
15.	Ceno en casa los fines de semana y festivos
16.	El/a niño/a realiza la comida del mediodía en casa los fines de semana y festivos
17.	El/a niño/a cena en casa los fines de semana y festivos
18.	Cuando usted y el/a niño/a coinciden en casa a la hora de cenar se sientan a cenar juntos
19.	Cuando usted y el/a niño/a coinciden en casa a la hora de cenar tienen la televisión encendida
20.	Cuando usted y el/a niño/a coinciden en casa a la hora de cenar responden al teléfono fijo y/o móvil
21.	Cuando usted y el/a niño/a coinciden en casa a la hora de cenar esperan a que termine el último para levantarse de la mesa
22.	Cuando usted y el/a niño/a coinciden en casa a la hora de cenar hablan entre ustedes
23.	Cuando usted y el/a niño/a coinciden en casa a la hora de cenar están menos de 40 minutos sentados a la mesa comiendo
24.	Cuando usted y el/a niño/a coinciden en casa a la hora de cenar reconoce la causa por la que el/a niño/a a veces no quiere cenar (enfermedad, cansancio, no tiene hambre, no le gusta un alimento en concreto etc...)

Tabla 39. Relación de ítems en el Factor 2-*Hábitos para controlar el peso*

Relación de ítems en el Factor 2 -Hábitos para controlar el peso	
Número de ítems: 9	
% Varianza Explicada del total por el Factor 2: 17%	
Alfa de Cronbach del Factor 2 : .97	
1.	En casa organizamos la alimentación y el ejercicio físico del/a niño/a para que no engorde
2.	Cuido de mi propia alimentación y hago ejercicio físico para no engordar
3.	Si el/a niño/a tiene o tuviera sobrepeso haría que comiera más frutas, verduras, legumbres, cereales integrales
4.	Si el/a niño/a tiene o tuviera sobrepeso le limitaría las grasas, el aceite en las comidas
5.	Si el/a niño/a tiene o tuviera sobrepeso le obligaría a realizar ejercicio físico varios días a la semana
6.	Si el/a niño/a tiene o tuviera sobrepeso le limitaría el comer cosas dulces
7.	Si el/a niño/a tiene o tuviera sobrepeso le ayudaría a bajar de peso solo si él/ella quiere bajar y me pide ayuda
8.	Si el/a niño/a tiene o tuviera sobrepeso determinaría la causa y buscaríamos conjuntamente el modo de perder peso
9.	Si el/a niño/a tiene o tuviera sobrepeso le llevaría a un medico/especialista para que le tratara con algún medicamento

Tabla 40. Relación de ítems en el Factor 3- *Hábitos de Alimentación en el centro escolar*

Relación de ítems en el Factor 3 - Hábitos de Alimentación en el centro escolar	
Número de ítems: 14	
% Varianza Explicada del total por el Factor 3: 11%	
Alfa de Cronbach del Factor 3: .94	
1.	El/a niño/a come en casa alimentos que no le gustan pero que ha empezado a comer en el comedor escolar
2.	El/a niño/a come algo a media mañana en el centro escolar
3.	El/a niño/a lleva algo de casa para comer a media mañana en el centro escolar
4.	El/a niño/a lleva dinero al centro escolar para comprar algo que comer a media mañana
5.	En el centro escolar le indican al niño o la niña lo que debe llevar para tomar a media mañana
6.	El/a niño/a suele comer a media mañana en el centro escolar Frutas
7.	El/a niño/a suele comer a media mañana en el centro escolar Snacks dulces (bombones, caramelos, galletas...)
8.	El/a niño/a suele comer a media mañana en el centro escolar Pan con queso, jamón, chorizo, nocilla...
9.	El/a niño/a suele comer a media mañana en el centro escolar Yogur, batidos
10.	
11.	Adulto conoce el Menú Escolar semanal
12.	Adulto prepara en casa comidas que complementen el Menú Escolar
13.	Adulto le resulta sencillo complementar a la cena el Menú Escolar del mediodía
14.	Adulto estaría interesado/a en participar en este Taller

Una vez obtenidos estos factores, las variables que los componen se han transformado en una nueva variable que se tomará como referencia para efectuar nuevos análisis. Estas nuevas cuatro variables, una por cada factor, como todas las que las componen, reúnen las características de normalidad adecuadas, que fueron exploradas para poder ser incluidas en el análisis factorial, según los criterios que se han especificado en la sección dedicada al análisis de datos de esta tesis.

Tabla 41. Relación de ítems en el Factor 4- *Hábitos de Actividad Física*

Relación de ítems en el Factor 4- Hábitos de Actividad Física	
Número de ítems: 19	
% Varianza Explicada del total por el Factor 4: 8,8%	
Alfa de Cronbach del Factor 4: .97	
15.	El/a niño/a come en casa alimentos que no le gustan pero que ha empezado a comer en el comedor escolar
16.	El/a niño/a come algo a media mañana en el centro escolar
17.	El/a niño/a lleva algo de casa para comer a media mañana en el centro escolar
18.	El/a niño/a lleva dinero al centro escolar para comprar algo que comer a media mañana
19.	En el centro escolar le indican al niño o la niña lo que debe llevar para tomar a media mañana
20.	El/a niño/a suele comer a media mañana en el centro escolar Frutas
21.	El/a niño/a suele comer a media mañana en el centro escolar Snacks dulces (bombones, caramelos, galletas...)
22.	El/a niño/a suele comer a media mañana en el centro escolar Pan con queso, jamón, chorizo, nocilla...
23.	El/a niño/a suele comer a media mañana en el centro escolar Yogur, batidos
24.	
25.	Adulto conoce el Menú Escolar semanal
26.	Adulto prepara en casa comidas que complementen el Menú Escolar
27.	Adulto le resulta sencillo complementar a la cena el Menú Escolar del mediodía
28.	Adulto estaría interesado/a en participar en este Taller

2.2. ESTUDIO 2. CONOCIMIENTOS DE LOS PADRES Y MADRES SOBRE HÁBITOS SALUDABLES Y OBESIDAD INFANTIL

Se exponen en primer lugar los resultados obtenidos del análisis descriptivo de los ítems incluidos en cada una de las dimensiones establecidas para este estudio: Dimensión 1. Conocimientos sobre Alimentación Saludable; Dimensión 2. Conocimientos sobre Actividad Física y Dimensión 3. Conocimientos sobre Prevención del Sobrepeso/Obesidad.

Posteriormente se exponen los resultados del análisis factorial exploratorio (AFE) realizado sobre los ítems del cuestionario utilizado en este segundo estudio sobre Conocimientos, con el fin de comprobar su estructura interna y de reducir, en lo posible, el número de elementos a considerar en posteriores análisis por parte de aquellas personas que puedan considerarlo relevante para sus fines de investigación. Se comenta también en esta sección el grado de fiabilidad alcanzado en el total del cuestionario y en cada uno de los factores extraídos.

2.2.1. Dimensión 1. Conocimientos sobre Alimentación Saludable

La primera pregunta que se ha planteado alude al **número de comidas que se deben realizar al día**. Los análisis descriptivos efectuados sobre esta variable indican que el 95,2 % están de acuerdo (A+TA)* con esta afirmación mientras que solo un 4,8 % están en desacuerdo (D+TD)** (N= 290, media=3,37, Sx=0,604). Complementando la variable anterior se les pregunto a las familias sobre **la calidad y cantidad de los alimentos que deben integrar una comida saludable**. Los análisis descriptivos efectuados sobre esta variable indican que el 96,5 % están de acuerdo con esta afirmación mientras que solo un 3,4 % están en desacuerdo. (N= 287, media=3,77, Sx=0,562).

Gráfico 32. Conocimientos entorno al número de comidas/día y calidad y cantidad de los alimentos

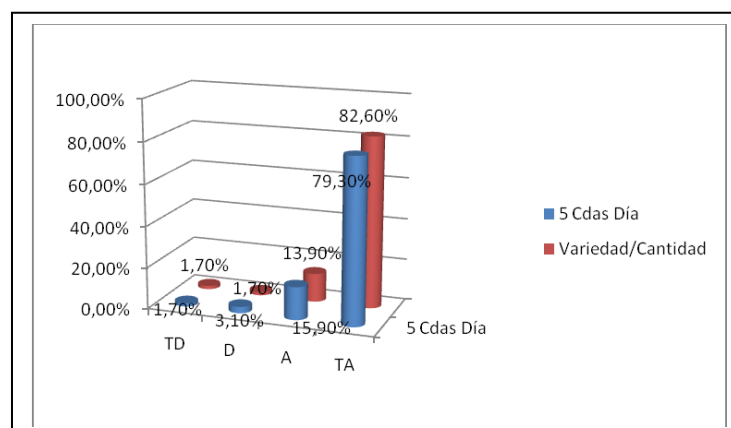


Tabla 42 Dimensión Alimentación-Conocimientos: número de comidas/día y calidad y cantidad de los alimentos

Título de la dimensión: Alimentación-Conocimientos							
1-Totalmente en Desacuerdo, 2-En Desacuerdo, 3-De Acuerdo y 4-Totalmente de Acuerdo							
Variables	N	M	Sx	TD	D	A	TA
Hay que hacer cinco comidas al día	290	3,37	0,604	1,7%	3,1%	15,9%	79,3%
Comer saludable significa cuidar calidad y cantidad de alimentos	287	3,77	0,562	1,7%	1,7%	13,9%	82,6%

Con respecto al **número de comidas que se deben hacer al día y lo que significa comer saludablemente** la mayoría de las familias manifiestan tener unos conocimientos adecuados al estar de acuerdo con que se deben hacer cinco comidas al día (el 95,2%) y comer saludable significa cuidar calidad y cantidad de alimentos (el 96,5%). Avanzando en el contenido de las comidas o los alimentos *que debe integrar la alimentación saludable de un adolescente* se incluyó la variable “**los lácteos como leche, yogur y queso aportan calcio para la salud de huesos y dientes**”, los análisis descriptivos efectuados sobre esta variable indican que el 96,5 % están de acuerdo mientras que solo un 3,4 % están en desacuerdo. (N= 287, media=3,76, Sx=0,568).

Habitualmente la ingesta de líquidos suele proceder del consumo de zumos o bebidas azucaradas y no tanto de agua; por ello, se les plantea a las familias si **es lo mismo beber zumos que agua para prevenir el sobrepeso**. Los análisis descriptivos efectuados sobre esta variable indican que la diferencia entre los TA+A y TD+D disminuye ligeramente con respecto a las variables anteriores pues el 86,7 % están de acuerdo con que no es lo mismo beber zumos que agua para prevenir el sobrepeso, mientras que el 13,2 % están en desacuerdo. (N= 286, media=3,54, Sx=0,836).

Continuando con el contenido de las comidas o los alimentos que debe integrar la alimentación saludable de un adolescente se les pregunto a las familias por las **grasas saturadas “malas”**. Los análisis descriptivos efectuados sobre esta variable indican que la diferencia entre los TA+A y TD+D sigue disminuyendo con respecto a las primeras

variables pues el 83,5 % están de acuerdo con que **“las grasas saturadas (mantequilla, embutidos, leche entera y derivados...) son las que llamamos "grasas malas" mientras que el 16,6 % están en desacuerdo.** (N= 284, media=3,31, Sx=0,837). A pesar que se recomienda variar la ingesta diaria de alimentos proteicos, el pescado suele ser un alimento escaso en la alimentación de adultos y adolescentes refiriendo que es caro, tiene espinas, no les gusta... por ello en esta variable se les plantea la ***necesidad de comer pescado al menos 2 veces a la semana por ser beneficioso para el organismo.*** Los análisis descriptivos efectuados sobre esta variable indican que aunque no se coma las familias sí que reconocen esa necesidad pues casi todos, el 95,5 % están de acuerdo, mientras que solo el 4,5 % están en desacuerdo. (N= 289, media=3,75, Sx=0,588).

Las frutas y verduras han de ser los alimentos más consumidos al día según la nueva pirámide alimentaria por eso en esta variable se les plantea a las familias la ***necesidad de comer al menos 5 raciones de fruta y/o vegetales al día aunque se debe intentar comer 7 raciones por día.*** Los análisis descriptivos efectuados sobre esta variable aunque indican que la mayoría si reconocen esa necesidad, el 80,3 % están de acuerdo frente al 19,7 % que están en desacuerdo, no se obtiene una diferencia tan grande como en otras variables previamente analizadas. (N= 289, media=3,19, Sx=0,855).

Las legumbres representan un grupo de alimentos rico en proteínas de alta calidad y con un alto contenido en fibra por lo que deben incluirse en el consumo proteico diario de 1-3 veces al día. Por eso, en esta pregunta se les plantea a las familias los dos aportes (proteico y fibra) que supone la ingesta de legumbres. Los análisis descriptivos efectuados sobre esta variable indican el 95,1% de las familias si saben que las legumbres son ricas en proteínas y tienen un alto contenido en fibra, frente al 4,8 % que manifiestan no estar de acuerdo con esta afirmación. (N= 287, media=3,70, Sx=0,659).

Gráfico 33 Recomendaciones en la ingesta de determinados alimentos

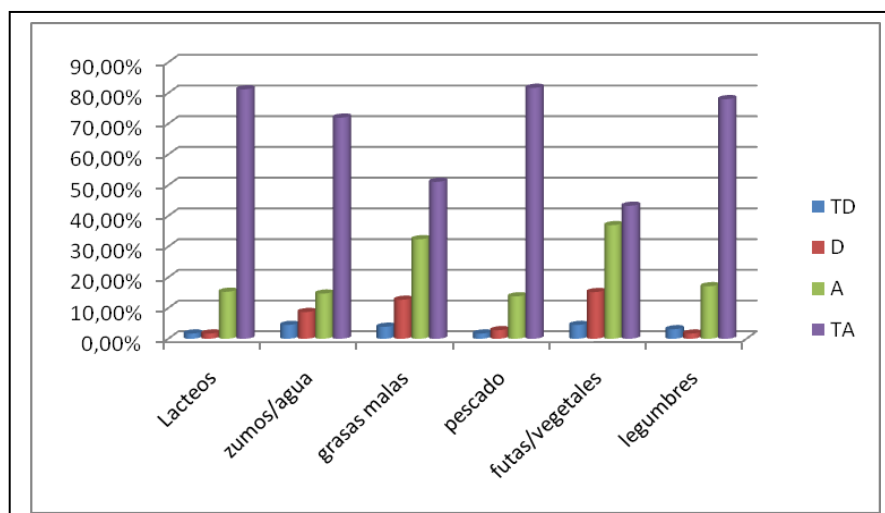


Tabla 43 Dimensión Alimentación-Conocimientos: Recomendaciones en la ingesta de determinados alimentos

Título de la dimensión: Alimentación-Conocimientos							
Subdimensión: Recomendaciones en la ingesta de determinados alimentos							
1-Totalmente en Desacuerdo, 2-En Desacuerdo, 3-De Acuerdo y 4-Totalmente de Acuerdo							
Variables	N	M	Sx	TD	D	A	TA
Los lácteos aportan calcio para la salud de huesos y dientes	287	3,76	0,568	1,7%	1,7%	15,3%	81,2%
No es lo mismo beber zumos que agua	286	3,54	0,836	4,5%	8,7%	14,7%	72%
Las grasas saturadas se denominan “ grasas malas”	284	3,31	0,837	3,9%	12,7%	32,4%	51,1%
Conviene comer pescado al menos 2 veces/semana	289	3,75	0,588	1,7%	2,8%	13,8%	81,7%
Hay que comer entre 5-7 raciones/día frutas y/o vegetales	289	3,19	0,855	4,5%	15,2%	37%	43,3%
Las legumbres son ricas en proteínas y fibra	287	3,70	0,659	3,1%	1,7%	17,1%	78%

Por tanto, al determinar los conocimientos de las familias entorno a la ingesta de determinados alimentos se ha obtenido que las familias manifiestan tener unos conocimientos adecuados al estar de acuerdo en que: los **lácteos** aportan calcio para la salud de huesos y dientes (96,5%), se debe comer **pescado** al menos 2 veces/semana (95,5%), las **legumbres** son ricas en proteínas y fibra (95,1%), no es lo mismo **beber zumos que agua** (86,7%), **las grasas saturadas se denominan “ grasas malas”** (86,5%) y se debe comer entre **5-7 raciones/día frutas y/o vegetales** (80,3%).

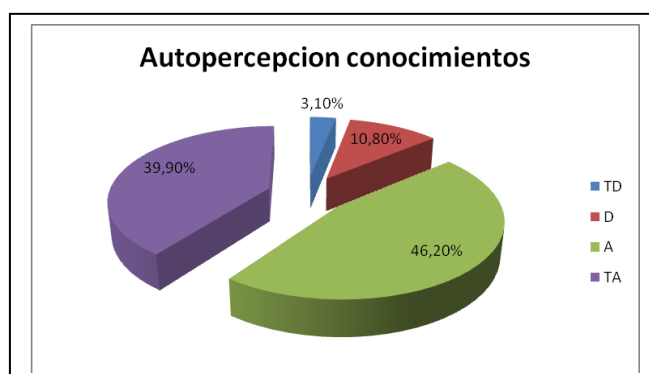
Conocimientos que manifiestan las familias cuando se les pregunta por las dificultades /problemas que tienen para organizar y regular la alimentación del adolescente (Anexo) y se recogen en el cuadro 11.

Que coma de todo, más fruta y verdura. Que no abuse del azúcar y dulces y cuando coma fuera de casa lo haga con responsabilidad. (madre, más de 54 años, Muros del Nalón, divorciada, Estudios universitarios, trabajo remunerado, un hijo)
Ha perdido interés en alimentos como frutas y verduras, y prefiere las proteínas, sobre todo carnes. En casa tratamos de obligarlo a comer también otras cosas, aunque nos cueste enfados. (madre, 45-49 años, Mieres, casada, Estudios universitarios, trabajo remunerado, tres hijos)
Difícil lo de 5-7 piezas de fruta/verdura al día. Problemas con los dulces. Azúcar, zumos, galletas (madre, 45-49 años, Oviedo, casada, Estudios universitarios, trabajo remunerado, un hijo)
Muchos alimentos no le gustan (pescado, verduras...) Eso dificulta la elaboración de menús (madre, 40-44 años, Aviles, casada, Estudios secundarios no obligatorios, tareas del hogar, dos hijos)

Cuadro 11. Comentarios de los padres que aluden a sus conocimientos sobre la alimentación saludable.

Tras determinar, los conocimientos que las familias tienen entorno al número de comidas, variedad y cantidad de alimentos en una comida saludable y los aportes, necesidades diarias de algunos grupos de alimentos; el análisis de la percepción que las familias tienen de sus **conocimientos para adaptar la alimentación al peso del niño/a**, se considera necesario. Los análisis descriptivos efectuados sobre esta variable indican que la mayoría el 86,1% si reconocen tener los conocimientos suficientes para adaptar la alimentación al peso del adolescente frente al 13,9 % que están en desacuerdo. (N= 288, media=3,70, Sx=0,659).

Gráfico 34 Autopercepción del adulto de sus conocimientos sobre alimentación



Junto a los conocimientos sobre alimentación, previamente reseñados, se considera necesario conocer si el familiar se considera el ***principal responsable de la alimentación del niño/a***. Los análisis descriptivos efectuados sobre esta variable indican que la mayoría si se consideran el principal responsable de la alimentación del niño/a; así, el 86,6 % están de acuerdo frente al 13,4 % que están en desacuerdo. (N= 290, media=3,48, Sx=0,786). Avanzando con lo que se le planteaba en la pregunta anterior ahora se pretende conocer si el ***familiar es el “único” responsable de la alimentación del niño/a***. En esta ocasión los resultados que se derivan de los análisis descriptivos efectuados sobre esta variable difieren de los obtenidos en las variables anteriores pues aunque continúan siendo mayoría lo que están de acuerdo (61,4%,) el porcentaje de los que están en desacuerdo aumenta considerablemente siendo del 38,7%. (N= 287, media=2,76, Sx=1,014).

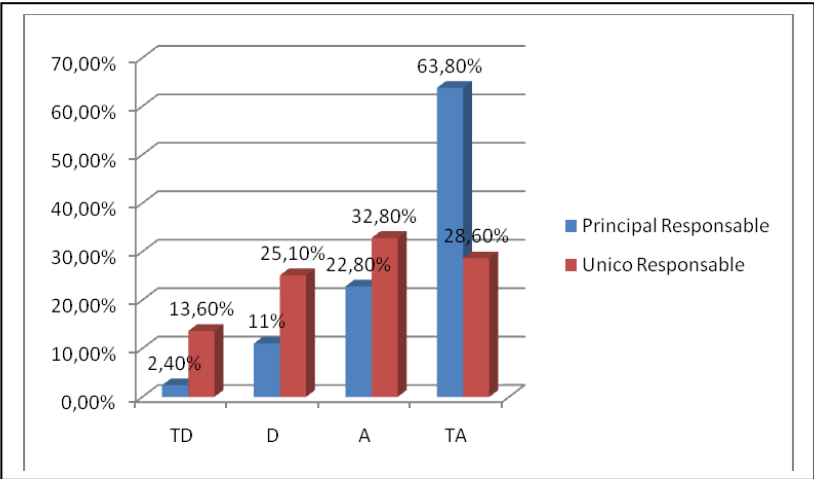


Gráfico 35 Responsabilidad de la alimentación del adolescente

Título de la dimensión: Alimentación-Conocimientos							
Subdimensión “ Responsabilidad Alimentación”							
1-Totalmente en Desacuerdo, 2-En Desacuerdo, 3-De Acuerdo y 4-Totalmente de Acuerdo							
Variables	N	M	Sx	TD	D	A	TA
Usted es el principal responsable de la alimentación del adolescente	290	3,48	0,786	2,4%	11%	22,8%	63,8%
Usted es el único responsable de la alimentación del adolescente	287	2,76	1,014	13,6%	25,1%	32,8%	28,6%

Tabla 44. Dimensión Alimentación-Conocimientos: Responsabilidad del Adulto en la Alimentación del Adolescente

Al valorar conjuntamente la consideración de ***ser el “principal” o el “único” responsable de la alimentación*** del adolescente se aprecia una clara diferencia; pues si

bien, el 86,6% está de acuerdo en ser el “principal” responsable, solo el 61,4% manifiesta el ser el “único” responsable. Conclusión que era predecible pues en el entorno familiar son varias las personas que contribuyen a la educación alimentaria del adolescente y tampoco se deben obviar otros agentes educativos (profesorado, grupos de iguales....)

2.2.2. Dimensión 2: Conocimientos sobre Actividad Física

La primera pregunta que se plantea dentro de esta segunda dimensión hace referencia a la *capacidad motriz del cuerpo humano para adaptarse al medio* en el que se desarrolla. Los análisis descriptivos efectuados sobre esta variable indican que el 98,6 % está de acuerdo* con esta afirmación mientras que solo un 1,3 % está en desacuerdo**. (N= 288, media=3,87, Sx=0,393).

Una vez que se ha puesto de manifiesto que el movimiento es inherente al desarrollo y funcionamiento del cuerpo humano, es preciso dejar claro lo que se entiende por actividad física. Los análisis descriptivos efectuados sobre esta variable indican que el 87,3 % están de acuerdo con que la *actividad física diaria incluye la que se hace durante el trabajo (ocupacional) y la que se realiza en el tiempo libre (de ocio)* mientras que el 12,7% están en desacuerdo. (N= 290, media=3,50, Sx=0,820).

Profundizando en el conocimiento de la actividad física en la tercera variable se incluye un nuevo concepto el de *“inactividad” ligándolo a la actividad física básica*, en esta ocasión los resultados que se derivan de los análisis descriptivos efectuados sobre esta variable se asemejan entre sí pues aunque continúan siendo mayoría (54,8%) los que consideran *inactivos a los individuos que se limitan a realizar la actividad física básica*, el porcentaje de los que están en desacuerdo es del 45,2%. (N= 281, media=2,65, Sx=1,003). Al plantear en la siguiente variable que *hay que prestar atención tanto a la duración total, como a la intensidad y frecuencia de la actividad física*, el 94,8 % están de acuerdo con esta afirmación frente al 5,3% que están en desacuerdo. (N= 285, media=3,66, Sx=0,634).

Aunque a pie de página ya se ha establecido la diferencia entre actividad física (A.F) y ejercicio físico (E.F) se considera necesario plantear que concepto integra al otro o cual

forma parte del otro **“todo ejercicio físico es un tipo de actividad física pero no toda actividad física es considerada ejercicio físico**. Los análisis descriptivos efectuados sobre esta variable de nuevo indican que la mayoría el 84,0 % están de acuerdo con esta afirmación frente al 16,0 % están en desacuerdo, aunque la diferencia entre ambos ya no es tan amplia. (N= 287, media=3,34, Sx=0,830).

Al afirmar que **“los ejercicios dinámicos o aeróbicos (como caminar, correr, nadar, montar en bicicleta, bailar) también se denominan ejercicios cardiovasculares”** se introducen tres términos “dinámicos, aeróbicos y cardiovasculares” que se suelen emplear conjuntamente al caracterizar el ejercicio físico sin darnos cuenta que son sinónimos y que es una redundancia. Los análisis descriptivos efectuados sobre esta variable indican que el 98,6 % están de acuerdo con esta afirmación, mientras que solo un 1,4 % están en desacuerdo. (N= 286, media=3,78, Sx=0,476).

Una de las razones por las que los adolescentes y adultos abandonan o disminuyen el ejercicio físico es porque se aburren o no les motiva la oferta deportiva que existe; por ello, al plantear que **“al hacer ejercicio físico debemos variar las actividades para evitar el aburrimiento y no perder las ganas de hacerlo”** se pretende hacer ver la necesidad de variar las actividades para evitar el abandono o disminución de la actividad. Los análisis descriptivos efectuados sobre esta variable indican que el 84,7 % están de acuerdo con esta afirmación mientras que el 15,3 % están en desacuerdo, con lo cual algo que parecía evidente para todos al final no lo es. (N= 288, media=3,44, Sx=0,833). Y precisamente entre los motivos que refieren los padres al explicar el abandono o la disminución de la actividad del adolescente se encuentra ese “la escasa oferta deportiva”, tal y como ejemplifican los comentarios del cuadro 12.

- “Depende de la actividad física que sea si le gusta o no” (padre, 45-49 años, Gijón, casado, estudios obligatorios, pensionista, dos hijos)
- “No hay muchas opciones para poder practicar un deporte a nivel de club” (de competición) (padre, 50-54 años, Oviedo, divorciado, estudios universitarios, trabajo remunerado, dos hijos)

Cuadro 12. Comentarios de padres sobre la variable “Al hacer ejercicio físico debemos variar las actividades para evitar el aburrimiento y no perder las ganas de hacerlo

Otra de las razones por las que los adolescentes y adultos abandonan el ejercicio físico o se lesionan al realizarlo es el modo en que lo desarrollan; por ello, es importante para garantizar la continuidad de un ejercicio físico regular que en cada sesión se comience con un calentamiento, se continúe con el desarrollo intenso del ejercicio y se termine con otro ejercicio de menor intensidad que pueda ser incluso relajante. Los análisis descriptivos efectuados sobre la variable **“el ejercicio físico debe comenzarse con actividades de calentamiento, después seguir con otras más intensas y terminar con otras más suaves”** indican que el 97,2 % están de acuerdo con esta afirmación, mientras que solo un 2,8 % están en desacuerdo. (N= 289, media=3,79, Sx=0,498).

Otro aspecto a considerar al desarrollar el ejercicio físico y poder garantizar su continuidad se refiere a la intensidad con que se realiza, siendo la intensidad moderada la recomendada. Aunque existen distintos métodos para medir la intensidad del ejercicio físico, el más sencillo se basa en la capacidad de hablar, de modo que: en una intensidad leve la persona es capaz de mantener una conversación o incluso de cantar mientras está en plena ejecución de la actividad física, en una intensidad moderada la idea de mantener una conversación mientras se hace ejercicio es bastante más costosa y en la intensidad vigorosa la persona se queda sin aliento o jadea siendo imposible mantener una conversación con facilidad. En esta ocasión los resultados que se derivan de los análisis descriptivos efectuados sobre la variable **“para hacer ejercicio de una manera segura y efectiva, debemos hacer el ejercicio a un nivel moderado, de modo que podamos hablar cómodamente durante el ejercicio”**, aunque continúan siendo mayoría los que están de acuerdo (69,8%), el porcentaje de los que están en desacuerdo aumenta considerablemente siendo del 30,2%. (N= 288, media=3,07, Sx=1,022).

Tras determinar, los conocimientos que las familias tienen entorno a la capacidad de movimiento del cuerpo humano, los tipos de actividad física, los aspectos (variedad, frecuencia, intensidad, duración) a considerar en la realización segura y efectiva del ejercicio físico; el análisis de la percepción que las familias tienen de sus conocimientos para adaptar el ejercicio físico al peso del niño/a, se considera necesario. Por eso con la variable **“Usted tiene los conocimientos suficientes para adaptar el ejercicio físico al peso del niño/a”** se les plantea a las familias si tienen los conocimientos suficientes para adaptar el ejercicio físico al peso del niño/a. En esta ocasión los resultados que se

derivan de los análisis descriptivos efectuados sobre esta variable aunque continúan siendo mayoría los que están de acuerdo (65,4%), el porcentaje de los que están en desacuerdo aumenta considerablemente siendo del 34,6%. (N= 289, media=2,81, Sx=0,986) (Gráfico 36).

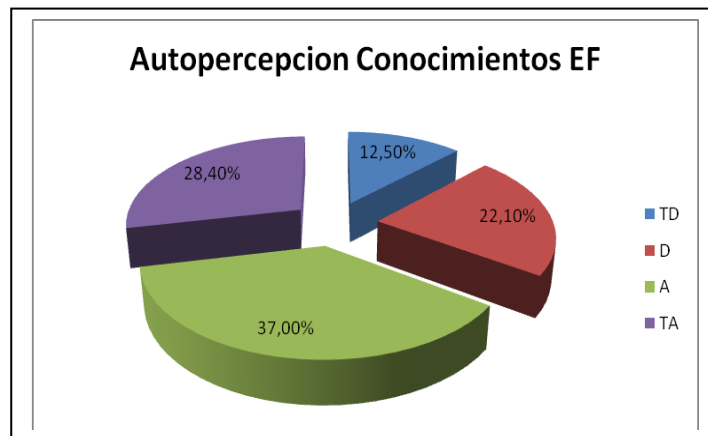


Gráfico 36. Autopercepción de los conocimientos **para adaptar el ejercicio físico al peso del niño/a**

Al matizar las *diferencias y semejanzas entre los conceptos de actividad física y ejercicio físico* si bien las familias tienen claro que: los ejercicios dinámico o aeróbicos (caminar, correr, nadar, montar en bicicleta , bailar) también se denominan ejercicios cardiovasculares (98,6%), la actividad física diaria incluye la que se hace durante el trabajo (ocupacional) y la que se realiza en el tiempo libre (de ocio) (87,3%) y todo ejercicio físico es un tipo de actividad física pero no toda actividad física es considerada ejercicio físico (84,0%). Solo un 54,8% considera que los individuos que se limitan a realizar la actividad física básica se consideran inactivos.

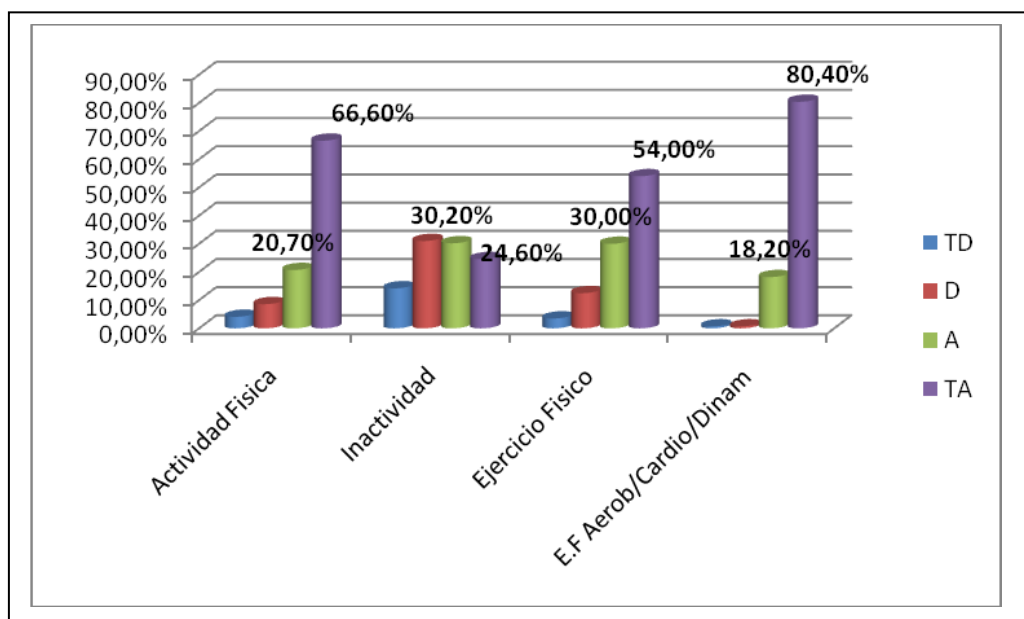


Gráfico 37. Diferencias y semejanzas entre la Actividad Física y el Ejercicio Físico

Título de la dimensión: Actividad Física-Conocimientos							
Subdimension: Diferencias y semejanzas entre Actividad Física y Ejercicio Físico							
1-Totalmente en Desacuerdo, 2-En Desacuerdo, 3-De Acuerdo y 4-Totalmente de Acuerdo							
Variables	N	M	Sx	TD	D	A	TA
La actividad física diaria incluye la que se hace durante el trabajo (ocupacional) y la que se realiza en el tiempo libre (de ocio).	290	3,50	0,820	4,1%	8,6%	20,7%	66,6%
Los individuos que se limitan a realizar la actividad física básica se consideran inactivos	281	2,65	1,003	14,2%	31%	30,2%	24,6%
Todo ejercicio físico es un tipo de actividad física pero no toda actividad física es considerada ejercicio físico	287	3,34	0,830	3,5%	12,5%	30%	54%
Los ejercicios dinámico o aeróbicos (caminar, correr, nadar, montar en bicicleta , bailar) también se denominan ejercicios cardiovasculares	286	3,78	0,476	0,7%	0,7%	18,2%	80,4%

que las familias conocen bien que: el ejercicio físico debe comenzarse con actividades de calentamiento, después seguir con otras más intensas y terminar con otras más suaves (97,2%); Hay que prestar atención tanto a la duración total, como a la intensidad y frecuencia de la actividad física (94,8%) y al hacer ejercicio físico debemos variar las actividades para evitar el aburrimiento y no perder las ganas de hacerlo (84,7%). Pero, solo un 69,8% sabe que para hacer ejercicio de una manera segura y efectiva, debemos hacer el ejercicio a un nivel moderado, de modo que podamos hablar cómodamente durante el ejercicio.

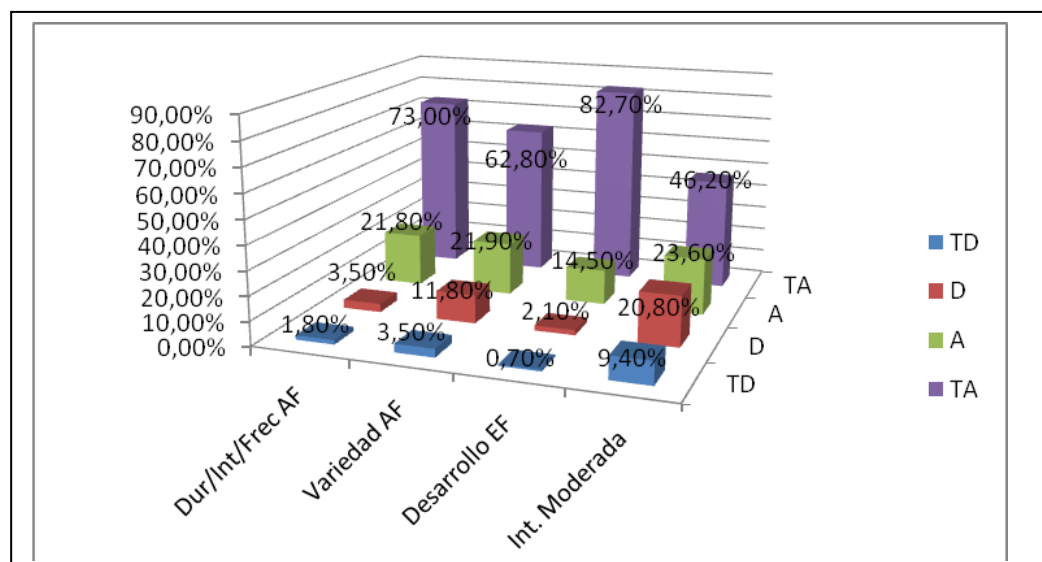


Gráfico 38. Aspectos a valorar en la Actividad Física-Ejercicio Físico

Título de la dimensión: Actividad Física-Conocimientos Subdimension: Aspectos a valorar en la Actividad Física y Ejercicio Físico 1-Totalmente en Desacuerdo, 2-En Desacuerdo, 3-De Acuerdo y 4-Totalmente de Acuerdo							
Variables	N	M	Sx	TD	D	A	TA
Hay que prestar atención tanto a la duración total, como a la intensidad y frecuencia de la actividad física	285	3,66	0,634	1,8%	3,5%	21,8%	73%
Al hacer ejercicio físico debemos variar las actividades para evitar el aburrimiento y no perder las ganas de hacerlo	288	3,44	0,833	3,5%	11,8%	21,9%	62,8%
El ejercicio físico debe comenzarse con actividades de calentamiento, después seguir con otras más intensas y terminar con otras más suaves	289	3,79	0,498	0,7%	2,1%	14,5%	82,7%
Para hacer ejercicio de una manera segura y efectiva, debemos hacer el ejercicio a un nivel moderado, de modo que podamos hablar cómodamente durante el ejercicio	288	3,07	1,022	9,4%	20,8%	23,6%	46,2%

Al igual que los resultados hasta el momento expuestos ponen de manifiesto la existencia de lagunas conceptuales (solo el 69,8% sabía que para hacer ejercicio de una manera segura y efectiva, debemos hacer el ejercicio a un nivel moderado, de modo que podamos hablar cómodamente durante el ejercicio y el 54,8% consideró que los individuos que se limitan a realizar la actividad física básica se consideran inactivos); las respuestas dadas por las familias, al preguntarles por las dificultades/problemas que tenían para motivar y animar a los adolescentes en la realización de actividad física, tampoco son muy coherentes (Anexo...). De este modo, se deriva la existencia de unos conocimientos inadecuados e insuficientes sobre el tema, tal y como reflejan las expresiones recogidas en el cuadro 12:

- Si. Es muy delgado y creo que no lo necesita. Además los estudios y deberes le lleva la mayor parte de la tarde (madre, 45-49 años, Piedras Blancas, pareja de hecho, estudios universitarios, trabajo remunerado, dos hijos)
- Es complicado para una niña de 13 años realizar alguna actividad física extraescolar, aún no están desarrolladas para ejercicio de gimnasio y necesitan algo más que caminar (madre, 40-44 años, Piedras Blancas, casada, estudios universitarios, autónoma, dos hijos).
- Si es bastante sedentaria. Ha probado distintos deportes y ha optado x el tiro con arco que no conlleva mucha actividad (madre, 35-39 años, Gijón, casada, estudios universitarios, trabajo remunerado, dos hijos)

Cuadro 12: Comentarios familiares al trasladar los problemas que tienen para motivar/animar a sus hijos/as en la realización de actividad física

2.2.3. Dimensión 3. Conocimientos sobre Peso y Obesidad

Plantear el tema del sobrepeso y obesidad supone hablar del IMC, pues aunque existen posturas en contra lo habitual es vincular el sobrepeso y la obesidad al exceso de masa grasa y determinarlos a través del Índice de Masa Corporal (IMC). El IMC considera el peso de la persona en relación a su estatura y es calculado dividiendo su peso en

kilogramos por el cuadrado de su estatura en metros. Los análisis descriptivos efectuados sobre la variable “**el índice de masa corporal (IMC) indica la relación entre el peso y la talla y se utiliza para saber si hay sobrepeso y obesidad en los adultos**” indican que el 92,1 % están de acuerdo* con esta afirmación mientras que un 7,9 % están en desacuerdo**. (N= 277, media=3,64, Sx=0,732).

El IMC es un indicador fácil de medir que permite categorizar el peso de un individuo como normal, sobrepeso, obesidad, o bajo peso. En adultos está definido internacionalmente que un IMC menor de 18,5 se considera bajo peso, entre 18,5 y 5 es normopeso, igual o mayor de 25 exceso de peso, superior a 30 obesidad y a 40 obesidad mórbida. En niños y adolescentes, cuyos cuerpos están cambiando y creciendo constantemente, se utilizan comúnmente tablas y gráficas con estándares de crecimiento que varían según la edad y sexo. Dada la necesidad de calcular e interpretar correctamente el IMC para poder categorizar el peso en niños/as, adolescentes y adultos se incluye la variable “**el sobrepeso (IMC igual o superior a 25) y la obesidad (IMC igual o superior a 30) se producen cuando se acumula grasa anormalmente o en exceso**” complementando a la anterior. Los análisis descriptivos efectuados sobre esta variable indican que el 93,5 % están de acuerdo con esta afirmación mientras que un 6,5 % están en desacuerdo. (N= 262, media=3,61, Sx=0,657).

Al agrupar en una misma gráfica los resultados de los análisis descriptivos de las variables en las que hace referencia a los **conceptos Básicos entorno al sobrepeso y Obesidad: indicación y categorización del IMC**, se observa que la gran mayoría tienen unos conocimientos adecuados; así, el 75,50% considera que el índice de masa corporal (IMC) indica la relación entre el peso y la talla y se utiliza para saber si hay sobrepeso y obesidad en los adultos y el 68,70% indica que el sobrepeso (IMC igual o superior a 25) y la obesidad (IMC igual o superior a 30) se producen cuando se acumula grasa anormalmente o en exceso. (Gráfico 39 y tabla 47).

Gráfico 39. Conceptos Básicos entorno al sobrepeso y Obesidad

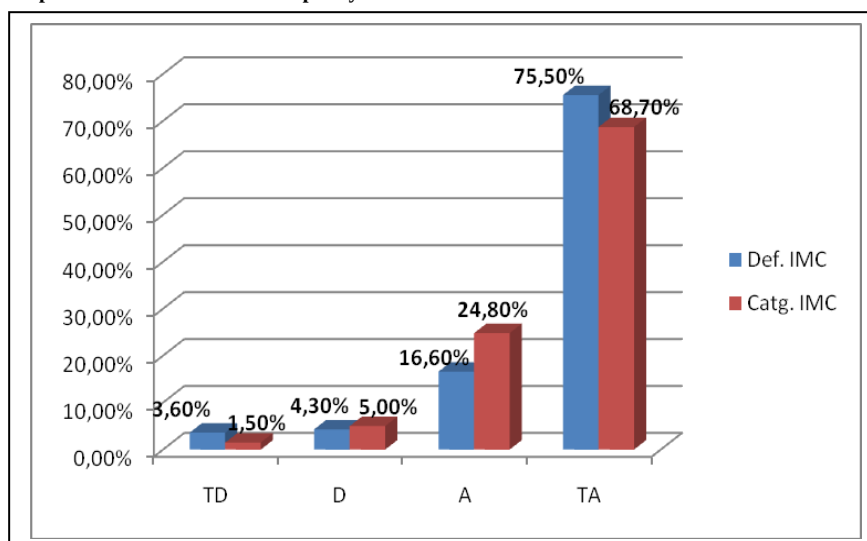


Tabla 47. Sobrepeso/obesidad-Conocimientos: **Conceptos Básicos entorno al sobrepeso y Obesidad**

Título de la dimensión: Sobrepeso/obesidad-Conocimientos							
Subdimension: Conceptos Básicos entorno al sobrepeso y Obesidad							
1-Totalmente en Desacuerdo, 2-En Desacuerdo, 3-De Acuerdo y 4-Totalmente de Acuerdo							
Variables	N	M	Sx	TD	D	A	TA
El IMC indica la relación entre el peso y la talla y permite detectar el sobrepeso/obesidad en el adulto	277	3,64	0,732	3,6%	4,3%	16,6%	75,5%
El sobrepeso (IMC igual o mayor a 25) y la obesidad (IMC igual o mayor a 30) se producen por acumulo anormal o en exceso de grasa	262	3,61	0,657	1,5%	5%	24,8%	68,7%

Entre las causas que determinan la presencia o no del sobrepeso/obesidad se encuentra el estado de ánimo pues es sabido que la desmotivación, baja autoestima no solo conduce al abandono del ejercicio activo sino a la ingesta excesiva de alimentos hipercalóricos. Por ello a través de la variable ***“cuando se come hay que prestar atención al estado de ánimo pues las emociones pueden influir en el tipo y cantidad de alimento que se come”*** se plantea la necesidad de visibilizar el estado de ánimo como causa importante del sobrepeso/obesidad. Los análisis descriptivos efectuados sobre esta variable indican que el 84,6 % están de acuerdo con esta afirmación mientras que un 15,3 % están en desacuerdo. (N= 280, media=3,36, Sx=0,836).

El cuadro de comentario 13 ejemplifica lo analizado en esta variable

Tiene mucha ansiedad y muchos cambios de humor que le llevan al desorden alimenticio (madre, 40-44 años, Gijón, casada, estudios no obligatorios, tareas del hogar, dos hijos)

Cuadro 13: Comentario madre relativo a la atención que se debe prestar al estado de ánimo

Ante la común excusa de atribuir el exceso de peso a la genética, herencia es conveniente recordar que el exceso de grasa se acumula cuando el ingreso de energía total excede el gasto de energía, este desequilibrio energético puede ser resultado de la ingesta de energía excesiva a través de la alimentación y / o la reducción del gasto de energía como consecuencia de un descenso en la actividad física. Los análisis descriptivos efectuados sobre la variable **“el sobrepeso y la obesidad se producen cuando se ingieren más calorías de las que se gastan”** indican que el 94,6 % están de acuerdo con esta afirmación mientras que un 5,4 % están en desacuerdo. (N= 277, media=3,74, Sx=0,613).

Muchas personas además de atribuir su sobrepeso a la genética/herencia suelen decir que no se pueden prevenir ni el sobrepeso/obesidad ni sus consecuencias, cuando en realidad la prevención en la infancia/adolescencia se confirma como el arma de mayor potencial para poder disminuir el impacto global de la obesidad; pues, una vez instaurada la obesidad, su tratamiento tiene una eficacia limitada y es costoso. La variable ***el sobrepeso y la obesidad no se pueden prevenir, ni tampoco las enfermedades que tienen asociadas*** está formulada en negativo con lo cual los resultados que se deriven de los diversos análisis habrá que interpretarlos de modo diferente al resto de variables. En el caso de los análisis descriptivos efectuados sobre esta variable presentaremos primero los desacuerdo (por ser la opción deseable) que representan el 82,3% y posteriormente los que están de acuerdo que representan el 17,6%. (N= 278, media=1,6, Sx=1,004). Gráfico xxx. Llamando la atención que un 17,6% piense que no se pueden prevenir el sobrepeso/obesidad ni las enfermedades que tienen asociadas.

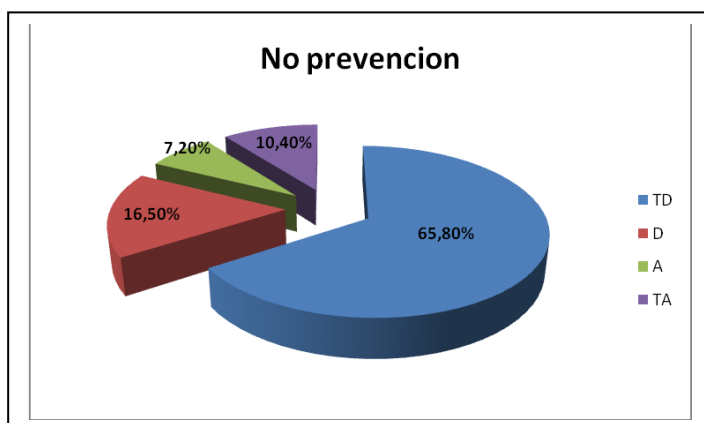


Gráfico 40. Variable “El sobrepeso y la obesidad no se pueden prevenir, ni tampoco las enfermedades que tienen asociadas”

Partiendo del hecho de que la prevención es fundamental en el abordaje del sobrepeso y obesidad, se considera preciso hacer hincapié en la alimentación y actividad física como elementos básicos del balance energético al que se hizo alusión previamente. Los análisis descriptivos efectuados sobre la variable **“para que las personas puedan prevenir la obesidad y el sobrepeso necesitan controlar su alimentación y su actividad física”** indican que el 94,3 % están de acuerdo con esta afirmación mientras que un 5,7 % están en desacuerdo. (N= 281, media=3,74, Sx=0,638).

Dado que en nuestra cultura es muy difícil que los padres reconozcan que su hijo está obeso y eso demora su diagnóstico y tratamiento, consideramos necesario recordar que **“lo/as niño/as obeso/as tienen más probabilidad de serlo también de mayores y de desarrollar otras enfermedades que lo/as niño/as no obesos”**. Los análisis descriptivos efectuados sobre esta variable indican que el 90,0 % están de acuerdo con esta afirmación mientras que un 9,9 % están en desacuerdo. (N= 282, media=3,57, Sx=0,766) (Gráfico 41).

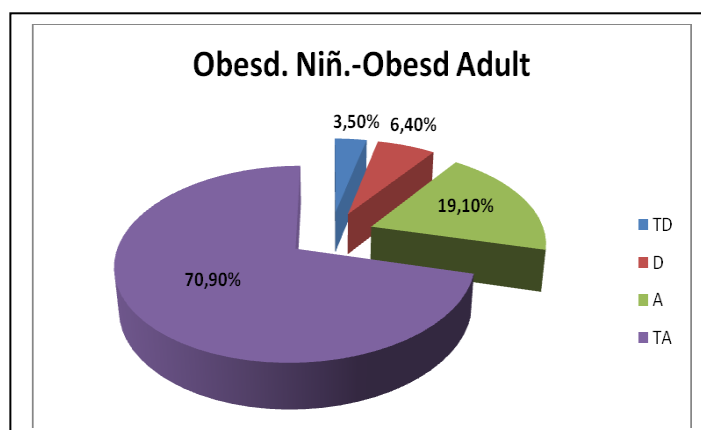


Gráfico 41. Variable “Lo/as niño/as obeso/as tienen más probabilidad de serlo también de mayores y de desarrollar otras enfermedades que lo/as niño/as no obeso”

Hoy en día coexisten dos líneas conceptuales/enfoques bien definidas/os en el análisis y abordaje de los estilos de vida y del sobrepeso/obesidad, implicando diferentes formas de actuar. El primer enfoque está orientado a evitar hábitos no saludables; así, la total

responsabilidad es del individuo. El segundo enfoque sostiene que la salud depende de la interrelación de lo socioeducativo y lo personal; subrayando que, el modo de vida depende de diversas influencias, tanto personales como socioeducativas. Por eso en esta y la siguiente afirmación se le plantea a la familia la disyuntiva entre obesidad problema de salud de responsabilidad individual o de responsabilidad social. Al plantear que “**la obesidad es un problema de salud de responsabilidad propia**” los resultados que se derivan de los análisis descriptivos no reflejan una diferencia amplia entre los D+TD y los A+TA, pues aunque los A+TA continúan siendo la mayoría con un 72,6%, los D+TD representan el 27,4%. (N= 281, media=3,07, Sx=0,950).

Complementando la afirmación anterior y dado que la responsabilidad individual solo puede tener pleno efecto si las personas tienen acceso a un modo de vida sano, siendo por tanto indispensable la ayuda en el plano social. Se les plantea a las familias esta última afirmación “**la obesidad es un problema de salud de la sociedad y por ello la responsabilidad de prevenirla es de los centros escolares, centros sanitarios, ayuntamientos y otras entidades sociales**”. Si bien los resultados que se derivaron de los análisis descriptivos efectuados sobre la variable anterior no reflejaban una diferencia amplia entre los D+TD y los A+TA, en este caso la diferencia es aún menor, pues aunque la mayoría sigan siendo los A+TA solo representan el 54,3% frente al 45,8% que suponen los D+TD. (N= 282, media=2,73, Sx=1,100).(Gráfico xxx, Tabla xxx). Resultado que no coincide con las múltiples solicitudes que las familias presentaron ante los centros educativos y de salud para que les ayudasen en la organización y organización de la alimentación y actividad física de sus hijos/as (Anexo...) y que expondremos en un apartado posterior.

Como ejemplo recogemos en el cuadro xxx algunas de las solicitudes que las familias presentaron por @ ante los centros educativos y de salud (como adelantamos fueron pocas las recogidas por este medio, pero si esclarecedoras)

- Más que a los centros de salud en general a Sanidad que tiene tantas restricciones en productos y con la normativa, y después es tan permisiva con la comida basura (madre, 40-44 años, Oviedo, casada, estudios universitarios, autónoma, tres hijos)
- En el colegio se deben potenciar actividades extraescolares que conlleven caminatas y la obligación de llevar bocata o fruta, frutos secos, lácteos...y no bollerías (Madre, 45-49 años, Carreño, estudios universitarios, trabajo remunerado, tres hijos).
- Supongo que ya se hace de algún modo, pero yo propondría un trabajo paralelo entre sanitarios y docentes en pos de una CONCILIACIÓN que nos facilitase a las familias la ardua labor de favorecer la salud de nuestros hijos sin desatender su rendimiento académico. Indudablemente una profunda revisión del sistema educativo sería muy conveniente pues se hace difícil entender que un estudiante, de las edades que tratamos, después de seis horas de clase, tenga que dedicar otras tres a sus estudios. (madre, Oviedo, estudios universitarios, trabajo remunerado, cuatro hijos)

Cuadro 14. Comentarios de madres enviados por solicitando la colaboración a las instituciones en la prevención del sobrepeso y obesidad

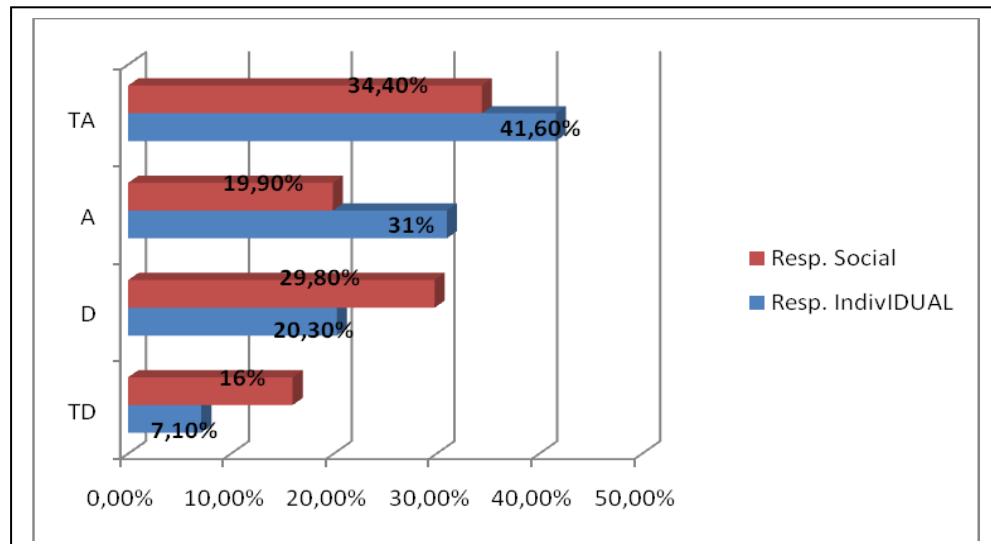


Gráfico 42. Prevención del Sobrepeso/Obesidad: Responsabilidad Individual o Social
Elaboración Propia

Título de la dimensión: Sobrepeso/obesidad-Conocimientos							
Subdimensión: Prevención Responsabilidad Individual-Social							
1-Totalmente en Desacuerdo, 2-En Desacuerdo, 3-De Acuerdo y 4-Totalmente de Acuerdo							
Variables	N	M	Sx	TD	D	A	TA
La obesidad es un problema de salud que es responsabilidad personal	281	3,07	0,950	7,1%	20,3%	31%	41,6%
La obesidad es un problema de salud de la sociedad y por ellos los centros escolares, centros sanitarios, ayuntamientos y otras entidades sociales son los responsables de su prevención	282	2,73	1,100	16%	29,8%	19,9%	34,4%

Al agrupar en una misma gráfica los resultados de los análisis descriptivos de las variables en las que hace referencia a **las causas del sobrepeso/ obesidad (estado de ánimo, balance energético, concretando en la alimentación y actividad física)**, se observa que las familias están totalmente de acuerdo (TD) en que para prevenir la obesidad y el sobrepeso hay que controlar la alimentación y la actividad física (82,20%) y que el sobrepeso y la obesidad se producen al ingerir más calorías de las gastadas (80,90%); sin embargo no están totalmente de acuerdo (TD) en que el estado de

ánimo/emociones pueden influir en el tipo y cantidad de alimento que comemos (55,70%) (gráfico 43 y tabla 49).

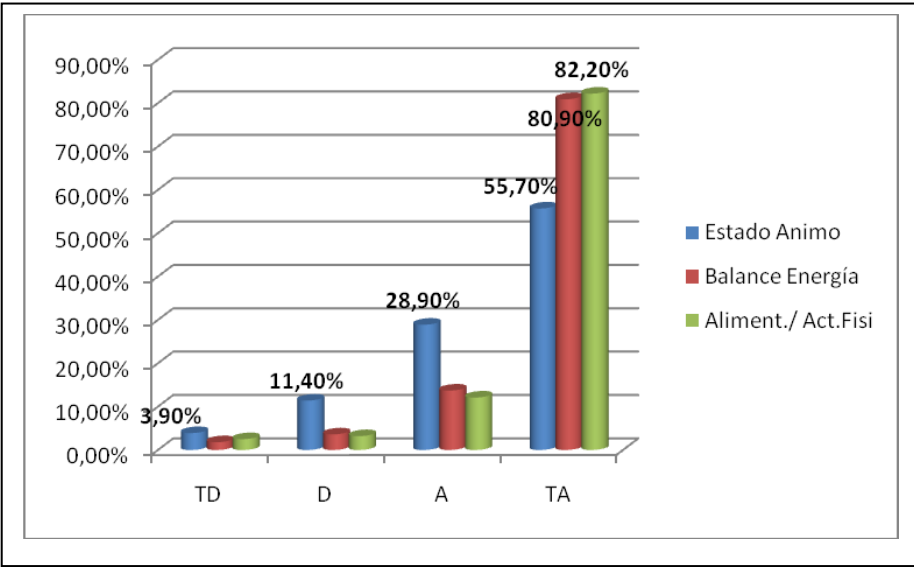


Gráfico 43. Causas del sobrepeso y obesidad

Título de la dimensión: Sobrepeso/obesidad-Conocimientos							
Subdimensión: Causas del sobrepeso y obesidad							
1-Totalmente en Desacuerdo, 2-En Desacuerdo, 3-De Acuerdo y 4-Totalmente de Acuerdo							
Variables	N	M	Sx	TD	D	A	TA
El estado de ánimo/emociones pueden influir en el tipo y cantidad de alimento que comemos	280	3,36	0,836	3,9%	11,4%	28,9%	55,7%
El sobrepeso y la obesidad se producen al ingerir más calorías de las gastadas	277	3,74	0,613	1,8%	3,6%	13,7%	80,9%
Para prevenir la obesidad y el sobrepeso hay que controlar la alimentación y la actividad física	281	3,74	0,638	2,5%	3,2%	12,1%	82,2%

2.1.5. Estructura Factorial y Fiabilidad del Cuestionario sobre “Conocimientos de los padres y madres sobre hábitos saludables y obesidad infantil”

La exploración de la fiabilidad del cuestionario entendida como consistencia interna a través del Alpha de Cronbach ha permitido obtener un valor global bueno de $\alpha=0.78$ y de $\alpha=.81$ para elementos tipificados (Celina y Campo, 2005, George & Mallery, 2003).

Por su parte, el análisis factorial exploratorio efectuado con el fin de conocer su estructura interna y reducir, en lo posible, el número de ítems a considerar en posteriores análisis, ha permitido extraer 3 factores que explican el 39,4% de la varianza. Estos factores están formados por 16 ítems de los 30 iniciales. La medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin ofreció un valor de 0.706, considerado

como "aceptable" (Kaiser, 1974; Hair et al., 1999), resultando asimismo significativa la prueba de esfericidad de Bartlett ($\chi^2 = 817.2$; g.l. = 153; $p = 0.000$).

Los 3 factores obtenidos son: Factor 1- "*Responsabilidad parental sobre alimentación*" (Alfa de Cronbach=.75), Factor 2- "*Actividad física y prevención del sobrepeso y la obesidad*" (Alfa de Cronbach=.78) y Factor 3- "*Alimentación, ejercicio físico y responsabilidad*" (Alfa de Cronbach=.72). La relación de ítems clasificados en cada factor, así como el porcentaje de varianza que explica cada uno del total y su alfa de Cronbach, se exponen en las tablas 50, 51 y 52.

Tabla 50. Relación de ítems en el Factor 1. *Responsabilidad parental sobre alimentación*

Relación de ítems en el Factor 1. Responsabilidad parental sobre alimentación	
Número de ítems: 2	
% Varianza Explicada del total por el Factor 1: 20.57%	
Alfa de Cronbach del Factor 1: .75	
1.	Soy el principal responsable de la alimentación del niño/a
2.	Soy el único responsable de la alimentación del niño/a

Tabla 51. Relación de ítems en el Factor 2- *Actividad física y prevención del sobrepeso y la obesidad*

Relación de ítems en el Factor 2 - Actividad física y prevención del sobrepeso y la obesidad	
Número de ítems: 9	
% Varianza Explicada del total por el Factor 2: 10,43%	
Alfa de Cronbach del Factor 2 : .78	
10.	No es lo mismo beber zumos que agua para prevenir el sobrepeso
11.	Los individuos que se limitan a realizar la actividad física básica se consideran inactivos
12.	Hay que prestar atención tanto a la duración total como a la intensidad y frecuencia de la actividad física
13.	Todo ejercicio físico es un tipo de actividad física pero no toda actividad física es considerada ejercicio físico
14.	El índice de masa corporal –IMC- indica la relación entre el peso y la talla y se utiliza para saber si hay sobrepeso y obesidad en los adultos
15.	El sobrepeso (IMC igual o superior a 25) y la obesidad (IMC igual o superior a 30) se producen cuando se acumula grasa anormalmente o en exceso
16.	El sobrepeso y la obesidad no se pueden prevenir, ni tampoco las enfermedades que tienen asociadas
17.	Para que las personas puedan prevenir la obesidad y el sobrepeso necesitan controlar su alimentación y su actividad física
18.	Los/as niños/as obesos/as tienen más probabilidad de serlo también de mayores y de desarrollar otras enfermedades que los/as niños/as no obesos

Tabla 52. Relación de ítems en el Factor 3- *Alimentación, ejercicio físico y responsabilidad*

Relación de ítems en el Factor 3 - 3- Alimentación, ejercicio físico y responsabilidad	
Número de ítems: 5	
% Varianza Explicada del total por el Factor 3: 8,40%	
Alfa de Cronbach del Factor 3: .72	
1.	Tengo los conocimientos suficientes para adaptar la alimentación al peso del/a niño/a
2.	Al hacer ejercicio físico debemos variar las actividades para evitar el aburrimiento y no perder las ganas de hacerlo
3.	Para hacer ejercicio de una manera segura y efectiva, debemos hacer el ejercicio a nivel moderado, de modo que podamos hablar cómodamente durante el ejercicio
4.	Tengo los conocimientos suficientes para adaptar el ejercicio físico al peso del/a niño/a

2.2.6. Dificultades/problemas al organizar y regular la alimentación y actividad física del adolescente y Solicitudes de los padres/madres a los centros escolares y centros de salud

Tal y como indicamos en el apartado de metodología, al no poder recoger los datos cualitativos deseados en los grupos de discusión ni a través del correo electrónico ni del foro que se creó en el blog, a las familias de los centros educativos, junto a los cuestionarios previos, se les administró otro cuestionario con cuestiones abiertas en el que se les preguntaba por las dificultades/problemas que encontraban para organizar y regular la alimentación y actividad física del adolescente, así como por las peticiones que les gustaría realizar a los centros educativos y de salud para ayudarles a resolver esas dificultades/problemas.

En ese sentido, y a modo de cierre de este importante apartado de la Tesis Doctoral correspondiente a la presentación de resultados del estudio empírico realizado, se incluye información cualitativa que refleja las peticiones de 101 familias a los centros escolares y de 86 familias a los centros de salud en relación con las dificultades/problemas que tienen para organizar y regular la alimentación y actividad física del adolescente. (Anexo 5). Dichas solicitudes se presentarán en tres bloques: uno hace referencia a las realizadas a los centros escolares, otro a los centros de salud y una última sección que incluye las peticiones hechas tanto a los centros escolares como a los centros de salud.

Dificultades/problemas al organizar y regular la alimentación y actividad física del adolescente

Con respecto a la organización y regulación de la alimentación y actividad física del adolescente las familias parecen tener más dificultades con la alimentación que con la actividad física, pues mientras el 79,16% tiene dificultades con la alimentación solo el 33,62% los tienen con la actividad física. Por otra parte mientras que con la actividad física las familias tienden más a generalizar o atribuir la disminución de la actividad física al desánimo, pereza, vagancia, no gustar; con respecto a la alimentación las familias encuentran y refieren más variedad de razones: problemas con algún alimento en concreto (verduras, frutas, pescados...), falta de tiempo, rechazo a probar alimentos

nuevos, dificultad para elaborar menús semanales, problemas económicos, alteración emocional. En los Anexos 3 y 4 se localizan los comentarios textuales aportados por las familias al hilo de estas dificultades)

Solicitudes a los centros escolares y de salud

Por otro lado, dentro de este segundo epígrafe se incluyen las peticiones que 101 familias trasladan a los centros escolares, así como las que otros 86 sujetos quieren hacer llegar a los centros de salud en relación a las dificultades/problemas que hemos mencionado anteriormente. Dichas solicitudes se presentarán en tres bloques uno que hace referencia a las realizadas a los centros escolares, otro a los centros de salud y un último apartado que incluye las peticiones realizadas a ambas instituciones.

Solicitudes de los padres/madres a los centros escolares

Entre las intervenciones que de forma exclusiva solicitan las familias a los centros escolares para que les ayuden tanto a los padres y madres como a sus hijos a afrontar las dudas y/o dificultades que supone, por un lado, la instauración de unos adecuados hábitos alimentarios y actividad física, y, por otro, el control y prevención del sobrepeso sobresalen las siguientes, ordenadas por frecuencia de solicitud:

1. **Interés de que se reduzca el tiempo** que permanecen los/as adolescentes **sentados en clase**, así como también el **fomento de la práctica deportiva** en los recreos y tiempo libre (n=17). Quizás estos aspectos se podrían abordar a través de una oferta más amplia, variada y novedosa de actividades adaptada a los gustos, género, etc. de los adolescentes. También solicitan un descenso en la cantidad de deberes, que ocupan gran parte del tiempo extraescolar a juicio de estos/as padres y madres. A modo de ejemplo de lo comentado, un padre sugiere al centro educativo el interés de que *“hubiera más actividades deportivas en los centros escolares. Que se organizaran campeonatos deportivos escolares”* (padre, 50 y 54 años, divorciado, estudios universitarios, trabajo remunerado, dos hijos). Otra de las madres solicita que se *“potencien actividades extraescolares al aire libre, que incluyan caminatas, paseos en bici”* (madre, 45-49 años, casada, estudios universitarios, trabajo remunerado, tres hijos). Otra madre destaca *“más tiempo de actividades físicas. No tantos deberes para poder tener más tiempo de ocio”* (madre, 40-44 años, casada, secundaria no obligatoria, trabajo remunerado, dos hijos).

2. **Incrementar el número de horas y mejorar la calidad de la asignatura de Educación Física (n=11).** Así lo deja de manifiesto una madre al sugerir al centro educativo que *“dejen de destrozar el gusto por la actividad física al convertirla en una asignatura (obligación, puntuación, competición...)”* (madre, 45-49 años, casada, estudios universitarios, trabajo remunerado, dos hijos). Con respecto a la calidad de esta asignatura, incluso se ha hecho referencia a la necesidad de mejora y actualización de la formación del profesorado, así como de la actitud e interés mostrado por el colectivo docente. En este sentido, un comentario ilustrativo es el siguiente: *“los profesores estuvieran cualificados y mostraran más interés en la actividad física”* (padre, 50-54 años, casado, secundaria no obligatoria, desempleado, un hijo).
3. **Mejorar la oferta alimentaria en la propia cafetería del centro escolar,** restringiendo o eliminando la venta de bollería industrial, golosinas y otra serie de productos perjudiciales para la salud (n=4). A modo de ejemplo, se ha seleccionado una petición planteada por una madre al solicitar al centro escolar en que se encuentra matriculado su hijo/a *“facilidades en la oferta alimentaria en la cafetería del instituto”* (madre, 45-49 años, soltera, estudios universitarios, trabajo remunerado, tres hijos).
4. **Considerar en las programaciones curriculares la alimentación y la actividad física como temas transversales,** a los que toda la comunidad educativa puede contribuir (n=4). A este respecto, las familias incluyen en sus solicitudes el término **“enseñar”**. Esta idea se pone de manifiesto en las siguientes expresiones: 1) *“Que les enseñen lo bueno del ejercicio y comer variado”* (madre, menos 30 años, casada, sin estudios, desempleo, un hijo); 2) *“Que dedicasen más tiempo en explicarles lo importante que es para que tengan una vida saludable”* (madre, 40-44 años, casada, módulo superior, trabajo remunerado, dos hijos) ó 3) *“Más de dos horas semanales de Educación Física y que enseñen lo bueno del comer”* (madre, 35-39 años, soltera, estudios obligatorios, trabajo remunerado).
5. **Incorporar el servicio del “Comedor Escolar” (n=2).** Uno de los cambios que las familias sufren al pasar sus hijo/as del centro de educación Primaria al de Secundaria es la inexistencia en estos últimos del comedor escolar; por ello, si los padres y madres trabajan, la comida del mediodía se presenta como un problema a resolver.

Solicitudes a los centros sanitarios

Por otro lado, y en consonancia con las intervenciones que de forma exclusiva solicitan las familias a los centros de salud para que les ayuden en el control y prevención del sobrepeso, así como en el afrontamiento de posibles lagunas o dificultades asociadas a la instauración de unos adecuados hábitos alimentarios y actividad física, sobresalen las siguientes, ordenadas por frecuencia de solicitud:

1. **Aumento de la periodicidad de la atención**, controles o “los chequeos” del pediatra, haciendo hincapié en la alimentación y la actividad física, así como en el control y vigilancia del peso (n=17). Esta solicitud la deja patente una madre al manifestar que *“en las revisiones médicas hicieran más hincapié en la importancia de estos temas hablando con los adolescentes”* (madre, 40-44 años, casada, estudios secundarios no obligatorios, desempleo, dos hijos). En cuanto al hecho de que dichos controles se dejan de realizar coincidiendo con el cambio de pediatría a medicina general (13-14 años), y con ello de las revisiones periódicas del programa del niño sano, una madre demanda *“que a partir de los 14 años les siguieran haciendo revisiones para controlar el peso y su salud”* (madre, 50-54 años, casada, estudios secundarios obligatorios, tareas del hogar, dos hijos).
2. **Facilitar guías, menús, dietas equilibradas** desde los centros de salud (n=7), aunque ya lo hacen los centros escolares, explicando y complementando los menús del servicio de comedor escolar, ya que les puede informar o ayudar a confeccionar unos menús equilibrados y variados para el adolescente. Muestra de ello es la solicitud planteada por dos madres, al señalar expresamente su interés hacia 1) la *“elaboración de menús para las familias que no llevan a sus hijos al comedor escolar”* (madre, 35-39 años, casada, estudios secundarios no obligatorios, autónoma, dos hijos) y 2) *“Orientación del modo de llevar un orden de alimentos”* (madre, 50-54 años, casada, estudios secundarios obligatorios, trabajo remunerado, dos hijos). Este asesoramiento sobre dietas y menús, deberá adaptarse necesariamente a las peculiaridades del adolescente, puesto que, en ocasiones ésta es compleja de adoptar, motivo por el que se demanda que *“Simplemente que la dieta que tienen los médicos que fuera mejor no tan estricta como es”* (madre, 35-39 años, soltera, estudios obligatorios, trabajo remunerado, un hijo). Con respecto a estas dietas o menús, algunas familias van más allá y solicitan que se adapten a cada persona, para lo que se requiere un análisis o ejercicio expreso *“que obligue a*

registrar nuestras comidas para valorar nuestros hábitos, -puesto que- ni pediatras, ni a veces nosotros mismos sabemos lo que realmente comemos” (madre, 45-49 años, casada, estudios universitarios, trabajo remunerado, dos hijos).

3. En este sentido, y en consonancia con estas demandas de asesoramiento, vuelve nuevamente a solicitarse un **control, seguimiento** más frecuente y específico en caso de que el **problema de la obesidad** sea una realidad (n=3). En estas circunstancias, y aunque los familiares lo plantean como una solicitud, una madre lo da por supuesto al manifestar que *“se supone que en los centros de salud orientan adecuadamente a las personas con obesidad, otra cosa es que les hagan caso”* (madre, 50-54 años, casada, estudios secundarios no obligatorios, tareas del hogar, dos hijos).
4. **Los profesionales precisan disponer de los medios adecuados y flexibilidad horaria** (n=3) con el propósito de poder realizar bien su trabajo, adaptándose a las necesidades de la población. Los comentarios al respecto son como sigue: *“más tiempo, más personal y un trato más personalizado”* (padre, 50-54 años, casado, estudios secundarios obligatorios, trabajo remunerado, un hijo) o *“Chequeos más continuos y horarios flexibles por la tarde para no interrumpir actividad laboral de los padres y escolar de los hijos”* (madre, 40-44 años, soltera, modulo superior, trabajo remunerado, dos hijos).
5. **Calidad de la atención profesional** para toda la población, sin dejarse llevar por la solidaridad (n=2), al margen de la periodicidad de la atención, número de controles o de los medios empleados. Un comentario que entendemos ilustra esta idea es el siguiente: *“que sean más eficaces a la hora de detectar problemas como intolerancias o alergias a algunos medicamentos. En el caso de mi hija particularmente tardaron 6 años en detectarle una intolerancia a la proteína de vaca, lo que le llevo a tener muchos problemas con la alimentación y otras enfermedades”* (madre, 40-44 años, casada, modulo superior, autónoma, un hijo).
6. **Los profesionales deberían exigir la implicación de las familias en el cuidado de sus respectivos/as hijos/as** (n=1). Aunque solamente aparece en una ocasión, resulta curiosa entre el resto de solicitudes. Así lo expone un padre: *“exigir a las familias que sean más estrictas con el peso y estatura del niño/a... Quizás ser un poco más estrictos a la hora de exigir a los padres un control periódico del niño en*

cuanto a peso y estatura” (padre, mayor de 54 años, casado, estudios universitarios, autónomo, dos hijos).

Solicitudes comunes a los centros educativos y centros de salud

Tras comentar con detalle en los epígrafes previos y de manera independiente las solicitudes que se presentan a ambas instituciones (educativa y sanitaria), a continuación se expondrán conjuntamente aquellos aspectos en que las demandas parecen coincidir.

1. **Nada.** Un término que ha aparecido en muchas de las solicitudes, tanto a los centros escolares como a los de salud (n=28 y n=20 respectivamente), es curiosamente **“nada”**, pues, según las propias familias, estos centros ya hacen todo lo que pueden con los recursos de que disponen y, en la mayoría de las ocasiones, lo hacen bien. No valoran, por otro lado, como competencia suya, otros aspectos como la no disponibilidad de comedor en el propio centro escolar, o bien el hecho de centrarse demasiado en contenidos curriculares; dejan de lado también otras cuestiones como la instauración o refuerzo de ciertos hábitos alimenticios o de aseo. Algunos comentarios que entendemos pueden ejemplificar estas ideas referentes a los **centros escolares** son los siguientes:

-
- ◆ *“Nada, ya hacen lo que buenamente pueden y les permite el presupuesto escolar (padre, 50-54 años, casado, estudios obligatorios, trabajo remunerado, un hijo).*
 - ◆ *“Nada. Simplemente que hagan su trabajo que es enseñar” (madre, 40-44 años, casada, modulo superior, pensionista, un hijo).*
 - ◆ *“En alimentación nada por carecer de comedor, y en actividad física tampoco porque es un crío al que le gustan todos los deportes, tanto escolares como extraescolares” (padre, 45-49 años, casado, estudios secundarios no obligatorios, trabajo remunerado, dos hijos).*
 - ◆ *“Hasta ahora el centro donde estudio primaria, siempre las inculcó hacer deporte como baloncesto, natación... pero no dio resultado” (madre, 50-54 años, casada, estudios obligatorios, tareas del hogar, tres hijos).*
-

Por su parte, revisando la institución sanitaria, las familias que consideran que nada pueden demandar, se expresan en comentarios como los que recogemos a continuación:

-
- ◆ “No creo que los centros de salud estén pensados para prevenir” (madre, 50-54 años, divorciada, estudios universitarios, trabajo remunerado, un hijo).
 - ◆ “Creo que hacen una buena prevención y tratamiento para disminuir el sobrepeso” (madre, 45-49 años, casada, estudios universitarios, trabajo remunerado, dos hijos).
 - ◆ “No sé, la verdad es que hasta ahora el pediatra que tenía es bastante pesado con el tema de la alimentación y la obesidad.... pero no dio resultado” (madre, 50-54 años, casada, estudios obligatorios, tareas del hogar, tres hijos).
 - ◆ “Creo que ya hacen lo debido, en las recomendaciones que les hacen en visitas desde Pediatría y medicina de familia” (madre, 45-49 años, casada, estudios universitarios, trabajo remunerado, tres hijos).
-

2. **Charlas** (n=19 en centros escolares y 12 en centros de salud). La transmisión grupal de la teoría es una solicitud frecuente y común en ambos ámbitos ya que además suponen el desplazamiento de algún profesional de la salud al centro escolar para impartir la charla. Ante los centros escolares se presentaron solicitudes como: *“Que les explicaran las consecuencias a largo plazo de una mala alimentación y una vida sedentaria”* (madre, 40-44años, casada, estudios universitarios, desempleada, un hijo); *“lo importante que es comer y actividades físicas. Todo esto pero en charlas, para que se den cuenta”* (madre, 35-39 años, casada, estudios obligatorios, estudiante, 2 hijos). A los centros de salud se trasladaron peticiones como: *“Charlas a los adolescentes sobre alimentación y trastornos alimenticios”* (madre, 40-44años, casada, estudios universitarios, autónoma, dos hijo), *“pediría que realizasen algún tipo de charlas ya empezando desde la edad infantil en los colegios”* (madre, 40-44años, casada, estudios universitarios, tareas del hogar, un hijo).
3. **Para sí mismas -no necesariamente para sus hijo/as- las familias solicitan ayuda, apoyo e información** a los centros educativos (n=12 en centros educativos y 10 en centros de salud). Esta solicitud **a los centros educativos** se refleja en expresiones como: *“Si les pediría ayuda”* (madre, 40-44 años, separada, estudios secundarios no obligatorios, trabajo remunerado, tres hijos); *“Que procuraran hacer entender a los alumnos que siempre se hace las cosas por su bien”* (padre, 45-49 años, casado, estudios obligatorios, pensionista, dos hijos); *“Sensibilidad y cooperación”* (padre, 50-54 años, viudo, sin estudios); *“Más información sobre los beneficios de los productos naturales y los perjuicios de precocinados ... Aprender a reconocer valores nutricionales y discriminar productos y aprender a leer las etiquetas y su repercusión en su salud”* (madre, 50-54 años, casada, estudios universitarios, trabajo remunerado, tres hijos). **A los centros de salud** se trasladaron

peticiones como: *“Si les pediría ayuda”* (madre, 40-44 años, separada, estudios secundarios no obligatorios, trabajo remunerado, tres hijos); *“Que ellos informen más veces y pronto sobre si tus hijos tienen sobrepeso para poder atajarlo cuanto antes”* (madre, 50-54 años, divorciada, estudios universitarios, trabajo remunerado, un hijo); *“Que te escucharan cuando les dices: mi hijo no come de casi nada”* (madre, 45-49 años, casada, estudios obligatorios, trabajo remunerado, dos hijos); *“Les pediría consejo, para que yo a su vez pueda aconsejar a mi hija”* (madre, 35-39 años, casada, estudios secundarios no obligatorios, tareas del hogar, cinco hijos).

4. **Motivar al adolescente (no obligarle) desde los centros escolares y centros de salud, establecer un buen vínculo y fomentar su implicación y participación en su salud** (n=13) para que el adolescente sea participe y responsable de su salud; por eso, además de la información oportuna sobre alimentación, actividad física y control del peso precisa el apoyo e implicación de los profesores y profesionales sanitarios en el aula y en la consulta. Algunos comentarios sobre este particular son como sigue: *“Más información y vinculación con los niños”* (padre, 45-49 años, casado, estudios secundarios no obligatorios, trabajo remunerado, un hijo); *“Participar más activamente en las explicaciones sobre la alimentación y deporte. Explicando a los niños/as como es su cuerpo y cómo evoluciona con una buena alimentación y deporte”* (padre, 50-54 años, casado, estudios secundarios no obligatorios, trabajo remunerado, un hijo); *“Que ayudasen a motivar a los niños para que hagan ejercicio físico y no se limitasen solo a unas simples recomendaciones”* (madre, 35-39 años, casada, estudios obligatorios, tareas del hogar, un hijo); *“Motivación, divertido, que no lo tomen como algo obligatorio, tienen que entender que es lo mejor para ellos, para su salud pero sin obligar”* (madre, 40-44 años, casado, estudios obligatorios, trabajo remunerado, dos hijos).
5. **Coordinación y organización de actividades prácticas de manera conjunta por parte de centros escolares y centros de salud**, por ejemplo, talleres con los alumnos, huertos, desayunos saludables... **(n=10)**. Así lo expresan al menos tres madres **al centro educativo**: *“En cuanto a la alimentación se debería de potenciar las cestas de frutas de colores en las cafeterías escolares, al lado de los chicles, caramelos....”* (madre, 45-49 años, casada, estudios universitarios, trabajo remunerado, tres hijos); *“La creación de huertos escolares, y desayunos saludables en los centros”* (madre, 45-49 años, casada, estudios universitarios, trabajo

remunerado, tres hijos); *“y pruebas de alimentos en talleres”* (madre, 40-44 años, casada, estudios secundarios no obligatorios, tareas del hogar, 2 hijos). Y un padre y una madre **al centro de salud**: *“Que se coordinaran con los centros escolares para proporcionar información sobre dieta saludable y el ejercicio físico”* (padre, 50-54 años, divorciado, estudios universitarios, trabajo remunerado, dos hijos), *“Visitas a los centros escolares”* (madre, 35-39 años, casada, estudios universitarios, trabajo remunerado, dos hijos).

6. **Continuar con las tareas de divulgación y concienciación** (n=6) tanto desde los centros escolares como desde los centros de salud a través de “Campanas de concienciación”. Aunque la situación ha mejorado, nunca sobrar  lo que se haga, ni será bastante; por ello, las familias piden que no se baje la guardia. Estas son sus expresiones: *“Considero que las cosas han mejorado mucho, pero principalmente no bajar la guardia y continuar con la divulgación de la nutrición y deportes”* (padre, 50-54 años, casado, estudios secundarios no obligatorios, trabajo remunerado, un hijo); *“Nunca, lo que hay será bastante”*(padre, más de 54 años, casado, un hijo); *“Más campañas de concienciación”* (padre, 30-34 años, casado, estudios obligatorios, autónomo, tres hijos).
7. **Mayor control de los alimentos** que los adolescentes ingieren en el **centro escolar**, fomentando el consumo de fruta en los recreos/descansos o después de realizar actividad física (n=5). Esta idea la transmiten dos madres **al centro educativo** del siguiente modo: *“les animaran a llevar fruta a media mañana, a veces no la llevan porque no es “guay”* (madre, 50-54 años, casada, estudios obligatorios, trabajo remunerado, dos hijos), *“Que tomaran una fruta cuando acabaran la actividad física”* (madre, 50-54 años, casada, estudios obligatorios, tareas del hogar, dos hijos). Incluso una madre propone que desde los **centros de salud** se obligue a comer fruta en los recreos: *“En los recreos les obligaran a comer fruta”* (madre, 40-44 años, pareja de hecho, estudios universitarios, trabajo remunerado, un hijo).

3. SÍNTESIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

En este capítulo, se resumen y se discuten los principales resultados obtenidos en esta tesis doctoral, poniéndolos en relación con los contenidos teóricos más relevantes de los cuatro apartados que conformaron la fundamentación teórica; por ello, se distinguen dos apartados:

- En el primero de ellos, se hace una síntesis de los principales resultados obtenidos en relación con los dos estudios realizados sobre hábitos y conocimientos, respectivamente, y que han permitido identificar las necesidades socioeducativas de las familias vinculadas a la prevención del estilo de vida obesogénico en adolescentes de 13 años.
- En el segundo, dichos resultados son discutidos e interpretados a la luz de los contenidos teóricos y de la investigación previa.

3.1 SÍNTESIS DE LOS RESULTADOS PRINCIPALES

En este apartado se presenta un breve resumen de los principales resultados alcanzados en esta tesis doctoral en relación con los dos estudios realizados sobre hábitos y conocimientos, respectivamente, dedicando a cada uno de ellos un subapartado específico. Se trata de destacar los principales hallazgos en el capítulo de resultados, como preámbulo para su discusión integrada en el siguiente apartado de la discusión.

1.1 Estudio 1. Hábitos de los padres y madres y de sus hijos/as adolescentes sobre alimentación, actividad física y control de peso

A través de este estudio se intentaban identificar necesidades socioeducativas de familias con adolescentes de 13 años relacionadas con los **hábitos** de alimentación, actividad física y control de peso que previenen el estilo de vida obesogénico. Los resultados descriptivos univariados obtenidos sobre el conjunto de variables analizadas han permitido observar que:

1. Con respecto a la **Alimentación (Dimensión 1)**: el 86,6 % de los padres y madres se consideran los **principales responsables** de la alimentación del adolescente y el 61,4% el **único responsable**; el 69,3% **adapta la alimentación** al peso del hijo/a; el 92,6 % **reconocen la causa** por la que el menor a veces no quiere cenar. El adulto considera saludable tanto su alimentación (82,9%), como la del hijo/a(87,5%). El 86,5 % de los/as adolescentes realizan **cinco comidas** frente al 69,7% de los adultos. Por otra parte, el 93,4% señala que **hablan** entre ellos y el 87,5% que se **sientan a cenar juntos** cuando coinciden en casa a la hora de la cena; pero solo el 51,5% espera a que **termine el último** para levantarse de la mesa, a lo que se añade que el 87,1% están menos de **40 minutos sentados a la mesa**. Además, el 59,2% tienen la **televisión encendida** mientras comen y el 56,9% responden también en ese momento al **teléfono fijo y/o móvil** (56,9%). Con respecto al **uso de pantallas de lunes a viernes solo el 51,2%** dedica más de 1 hora/día a ver la televisión o usar el ordenador y durante **el fin de semana solo el 22%** está más de 4 horas delante de la televisión o del ordenador.
2. Atendiendo a la **Alimentación en el Centro escolar (Dimensión 2)**: la mayoría de los centros de secundaria públicos consultados no tienen comedor escolar, por lo que el 93,9% de los adolescentes no realizan allí la comida del mediodía. Por otra parte, y a diferencia de los centros de primaria, en el 85,7% de los centros de secundaria no indican a los adolescentes lo que pueden tomar como “tentempíe” en los descansos/recreos.
3. Con relación a la **Actividad Física (Dimensión 3)**: el 66,8% se consideran el **principal responsable** del ejercicio físico del hijo/a; el 41,5% se consideran los **“únicos” responsables**; el 46,3% **adapta el ejercicio físico** al peso del menor y el 82,5 % **reconoce los motivos** por los que el adolescente disminuye su ejercicio físico. El 51,2% **no** cree que la cantidad de ejercicio físico que realiza el padre/madre sea adecuada, y el 65,6% consideran que debe hacer más ejercicio físico. *Con respecto al hijo/a*, el 70,8% cree que el ejercicio físico que realiza el adolescente es adecuado, mientras el 53,7% percibe que este no necesita hacer más ejercicio. El 73,9% **no** realiza ejercicio físico con el adolescente de lunes a viernes y el 67,6% tampoco durante el fin de semana. Además, durante el fin de semana el adolescente realiza menos ejercicio físico

que por semana: el 71,2 % realiza ejercicio físico extraescolar de lunes a viernes y el 64,1% durante el fin de semana. Con respecto al **uso de pantallas de lunes a viernes, solo el 51,2%** dedica más de 1 hora/día a ver la televisión o usar el ordenador y durante **el fin de semana solo el 22%** está más de 4 horas delante de la televisión o del ordenador.

4. Con relación a **Hábitos de control del peso (Dimensión 4): solo** el 64,2 % de los padres/madres manifiestan organizar la alimentación y el ejercicio físico del/a hijo/a pensando en el control del peso; en cuanto a sí mismos el 61,2% cuida su alimentación y actividad física. En el caso de que el sobrepeso llegara a ser un problema para estas familias, **la mayoría** indica que analizaría la causa y buscarían conjuntamente el modo de perder peso (94,9%), aumentarían la ingesta de frutas, verduras, legumbres, cereales integrales (94,6%), limitarían la ingesta de grasas y aceite en las comidas (92,2%), obligarían a sus hijos/as a realizar ejercicio físico varios días/semana (90,0%) y les limitarían la ingesta de dulces (87,0%).

1.2 Estudio 2. Conocimientos de los padres y madres sobre hábitos saludables y obesidad infantil

Con este estudio se intentaban Identificar necesidades socioeducativas de familias con adolescentes de 13 años relacionadas con los **conocimientos** sobre alimentación, actividad física y control de peso que facilitan prevenir y/o controlar el estilo de vida obesogénico.

1. Con respecto a **Alimentación Saludable (Dimensión 1):** Los resultados sobre los conocimientos que tienen los padres y madres al respecto son bastante satisfactorios.
2. Sobre **Actividad Física Saludable (Dimensión 2):** Solo el **69,8%** reconoce que para hacer ejercicio de una manera segura y efectiva se debe hacer el ejercicio a un nivel moderado, de modo que se pueda hablar cómodamente durante el ejercicio; el **54,8%** representa a los individuos que se consideran inactivos si se limitan a realizar la actividad física básica; el **65,4%** considera que tiene los conocimientos suficientes para adaptar el ejercicio físico al peso del hijo/a.
3. En relación con los **Conocimientos sobre prevención del Sobrepeso/Obesidad (Dimensión 3.):** El **17,6%** de los padres/madres piensan que no se puede prevenir el

sobrepeso/obesidad ni las enfermedades que tienen asociadas. El **27,4%** dudan que la obesidad sea un problema de salud de responsabilidad individual y el **45,8%** no piensa que la obesidad sea un problema de salud de responsabilidad social.

Cuando se tratan de resumir las Dificultades/problemas que tienen las familias que han participado en este estudio para organizar y regular la alimentación y actividad física del adolescente, se observa que mientras el 79,16% tiene dificultades con la alimentación solo el 33,62% los tienen con la actividad física; en el caso de observar que sus hijo/as adolescentes disminuyen su actividad física, lo atribuyen a "vagancia" y pereza. Con respecto a la alimentación ocurre lo contrario: la mayoría de los padres y madres consideran que tienen problemas para organizar y regular la alimentación y los motivos que señalan hacen referencia a algún alimento en concreto (verduras, frutas, pescados..), horarios/falta de tiempo, rechazo a probar alimentos nuevos, dificultad para elaborar menús semanales, economía o estado emocional.

Con respecto a las peticiones/solicitudes de las familias a los centros educativos y de salud para ayudarles a resolver esas dificultades/problemas, se ha obtenido que 101 familias transmitieron sus solicitudes a los centros escolares, frente a 86 familias que lo hicieron a los centros de salud. Entre las peticiones más frecuentes *presentadas a los centros escolares* se encuentran: reducción del tiempo que permanecen sentados en clase los adolescentes y el fomento de la práctica deportiva en los recreos y tiempo libre (17 veces), aumento del número de horas y mejora de la calidad de la asignatura de educación física (11 veces), mejor oferta alimentaria en la cafetería (4 veces), consideración de la alimentación y la actividad física como temas transversales en las programaciones educativas (4 veces) y comedor escolar (2 ocasiones). Por su parte, las demandas que las familias presentan *exclusivamente a los centros de salud* hacen referencia a: el aumento de la periodicidad de la atención (17 veces), Guías, menús y dietas equilibradas (7 veces), control más frecuente y específico en caso de que la obesidad ya sea un problema (3 veces), dotación de medios adecuados a los profesionales (3 veces), mejorar la calidad de la atención (2 ocasiones) y exigencia al profesional de mayor implicación a las familias en el cuidado del adolescente (1 ocasión). Por otra parte, las demandas que hacen conjuntamente a los centros educativos y a los centros de salud son: nada (48 veces), charlas (31 veces), ayuda, apoyo e información (22 veces), motivar al adolescente para fomentar su implicación y

responsabilidad en su salud del (13 veces), coordinación y organización conjunta de actividades prácticas (10 veces), mantenimiento de las acciones de divulgación y concienciación (6 ocasiones), mayor control de los alimentos que los adolescentes consumen en el centro escolar (5 veces).

Tras estos resultados, ¿Qué necesidades socioeducativas tienen las familias para prevenir/controlar el estilo de vida obesogénico en adolescentes de 13 años? De estos conocimientos insuficientes y hábitos inadecuados/poco saludables que acabamos de mencionar derivan las necesidades socioeducativas de las familias para la prevención/control del estilo de vida obesogénico en los adolescentes de 13 años que supondrán una serie de implicaciones socioeducativas. La discusión e interpretación que sigue a continuación de los resultados mencionados a la luz de los contenidos teóricos y de la investigación previa deberá dar respuesta a este último interrogante.

3.2 DISCUSIÓN

En este segundo apartado, los resultados principales previamente expuestos son discutidos e interpretados a la luz de los contenidos teóricos y de la investigación previa, distinguiendo 3 apartados:

- Hábitos y conocimientos de las familias de adolescentes ante el estilo de vida obesogénico y la obesidad como problemas de salud
- La prevención y la Educación para la Salud: estrategia y herramientas básicas ante el estilo de vida obesogénico y el sobrepeso/obesidad
- ¿Qué se está haciendo y qué hacer ante estos hábitos, conocimientos, percepciones y poco interés por la prevención?

2.1 Hábitos y conocimientos de las familias de adolescentes ante el estilo de vida obesogénico y la obesidad como problemas de salud

Durante la adolescencia temprana, las actitudes y comportamientos vinculados con la salud están esencialmente influenciados por las necesidades corporales que chicos y chicas tienen en el presente (relacionadas con la imagen corporal, el aspecto, crecimiento y desarrollo físicos), más que por las consecuencias a largo plazo de sus hábitos y estilos de vida. Posteriormente en la adolescencia, las conductas relacionadas

con la salud se vinculan cada vez más con los procesos psicosociales unidos a este periodo de la vida de “necesidad de sensaciones y experiencias nuevas” (Oliva, et al., 2007; Unicef, 2011; Viner, 2012). Por otra parte, aunque la mayoría de los jóvenes goza de buena salud, (siendo sin duda mejor que la de generaciones anteriores) y la prevalencia de la obesidad/sobrepeso es menor que en otros grupos de edad; la mortalidad y la morbilidad entre los adolescentes siguen siendo elevadas; y las enfermedades que presentan pueden afectar a su capacidad para crecer y desarrollarse plenamente, a su salud en la edad adulta y a la de generaciones futuras (Patton, et al., 2012; Sawyer, et al., 2012; Unicef, 2011). Además, gran parte de las patologías que provocan más morbilidad y mortalidad en la edad adulta tienen relación con los hábitos y costumbres que se adquieren o consolidan durante la adolescencia. En cuanto al sobrepeso y la obesidad se ha demostrado que el riesgo de persistencia de la obesidad es de un 79% en la edad adulta cuando la obesidad está presente entre los 10-14 años y uno de los padres es obeso (Frelut, 2011; Güemes-Hidalgo y Muñoz-Calvo, 2015; Whitaker, et al., 1997) y que la asociación del sobrepeso y obesidad con el aumento de la mortalidad cardiovascular en la edad adulta es más fuerte en la adolescencia que a principios de la infancia (Aranceta-Almeida, et al., 2011; Bartrina, et al., 2016; Güemes-Hidalgo y Muñoz-Calvo, 2015; Twig, et al., 2016); por todo ello, la adolescencia se considera un grupo poblacional en el que se debe de incidir.

Los modelos ecológicos que se han tenido en cuenta para abordar la etiología del estilo de vida obesogénico en la adolescencia coinciden en señalar que los factores causales mencionados de forma independiente dentro de cada sistema, nivel y esfera, en realidad interrelacionan entre sí, de modo que los factores de un sistema/nivel/esfera pueden influir sobre factores de ese mismo sistema/nivel/esfera o de otro sistema/nivel/esfera de modo significativo (Casas y Gómez, 2016; Dahlgren y Whitehead, 2010; Harrison, et al., 2011; Neumark-Sztainer, 2005). En base a lo anterior, las conductas y patrones, los estilos de vida de las personas no son rígidos y varían de acuerdo a los cambios en el ciclo vital, la edad, la adquisición de hábitos, los procesos de socialización con sus pares, entre otros (Oliva, et al., 2007; Ortiz, 2011). Por tanto, las conductas y los patrones y los estilos de vida se forman y se aprenden pero no se heredan (Aranceta et al., 2015). En este sentido, el dato de prevalencia de obesidad en hijos en función del peso de los padres deja de ser una causa exclusivamente relacionada con la genética y se

detecta el hábito aprendido como factor determinante añadido (García, 2016) En esta línea la Asociación Española de Dietistas-Nutricionistas, apuntaba que “la influencia de los adultos no sólo abarca lo que estos ofrecen a los menores para comer, o los consejos que dan al respecto de la alimentación, sino sobre todo el modelo que les ofrecen” ; es decir, el ejemplo de un estilo de vida saludable comienza por incorporarlo los padres (Castrillón y Giraldo,2014; Domínguez-Vasquez, 2008; Montesinos et al., 2014). De este modo, ante el riesgo nutricional que caracteriza a la adolescencia, las familias podrían desarrollar hábitos nutricionales adecuados con sus hijos; sobre todo si cuentan con conocimientos sobre los efectos a largo plazo de sus prácticas alimentarias y evitan confusiones entre cantidad y calidad, que induce a comer más de lo necesario. (Castrillón y Giraldo,2014; Domínguez-Vasquez, 2008). También podrían aprovechar las cenas o desayunos para comer juntos y fomentar la comunicación asertiva y posterior cohesión familiar (Beltrán y Cuadrado, 2014; Goldfarb et al., 2015; Neumark-Sztainer, 2005).

Con respecto al descenso de la práctica de deporte y de ejercicio físico en el tiempo libre, las familias deberían aprovechar el tiempo libre para estar con sus hijos y realizar actividad física favoreciendo así el desarrollo de hábitos saludables, además de convertirse en una oportunidad para potenciar la socialización, la comunicación, el optimismo y la relación afectiva entre sus miembros (Ortega, 2014). En el caso de las y los adolescentes, para que las actividades de ocio familiar resulten atractivas es fundamental permitirles que sugieran ideas y colaboren en su planificación a todos los niveles. Esto garantizará asimismo que se trate de actividades acordes con los gustos y preferencias de cada chico o chica (González y Tur, 2015; Oliva et al., 2007; Ramos, 2010).

En la misma línea, muchas madres y padres se quejan de que sus hijos o hijas están «enganchados» a los videojuegos, pero son esos padres y madres los que permitieron que se pasaran horas delante de la pantalla porque la videoconsola y la televisión funcionan como «magníficos canguros» (Oliva et al., 2007). Adicionalmente, algunos expertos han planteado que el abuso de la televisión y otras pantallas resta tiempo al deporte, estimula el picoteo de chucherías y la inclusión en la alimentación diaria de los productos alimenticios anunciados, muy calóricos y poco nutritivos, que fomentan trastornos nutricionales como la obesidad y la hipercolesterolemia. (Tirado et al., 2004).

Sin duda, las familias son modelos reales de imitación e identificación constantes y aportan a sus hijos e hijas pautas para interpretar y entender la vida, así como pautas de comportamiento, que incluyen estilos de vida y comportamientos en salud que durante la vida adulta estarán, en mayor o menor medida, presentes. De hecho, los niños copian los comportamientos de sus mayores, así por ejemplo, si los adultos realizan actividad física, les están transmitiendo un modelo de vida activa y saludable (Alfaro, 2015; Alzate, 2012; Montesinos et al., 2014; OMS, 2017e; Ortega, 2014).

Así, las familias constituyen el primer entorno de aprendizaje social, condicionan los estilos de vida de los adolescentes y juegan un papel fundamental en la prevención/control de la obesidad (Aranceta et al., 2013; Casas y Gómez, 2016; López-Barajas, 2015; Martínez, 2016; Miquelez et al., 2015; Ortega, 2014; Schnel, 2014). Por tanto, una fuente principal de factores protectores durante la adolescencia es sin duda la propia familia y, en particular, el modo en que los padres llevan a cabo su tarea educativa (Alzate, 2012; Martínez, 2008; Oliva et al., 2007; Ortega, 2014; Rodrigo et al., 2010b).

Ante ello, en esta tesis se han obtenido resultados que confirman como el estilo de vida de adultos y adolescentes se va deteriorando sin que las familias sean conscientes, pues los adolescentes realizan con más frecuencia cinco comidas al día que el adulto, cuando se sientan a cenar juntos, poco más de la mitad espera a que termine el último para levantarse de la mesa, a lo que se añade que la gran mayoría están menos de 40' sentados a la mesa, tienen la televisión encendida y responden al teléfono fijo y/o móvil. Con respecto al **ejercicio físico** ocurre algo semejante pues la mayoría de los adultos no realiza ejercicio físico con el adolescente ni de lunes a viernes ni durante el fin de semana; además durante el fin de semana el adolescente realiza menos ejercicio físico que por semana a pesar de que en este estudio se ha detectado que no están mucho tiempo delante las pantallas, ni de lunes a viernes ni durante el fin de semana. Frente a estos resultados es sorprendente que: las familias lo que más demanden ante el centro escolar sea la reducción del tiempo que permanecen sentados en clase los adolescentes y el fomento de la práctica deportiva en los recreos y tiempo libre; en segundo lugar solicitan a los centros educativos guías, menús, dietas equilibradas. Por otra parte demandan conjuntamente a los centros educativos y de salud Charlas y Ayuda, apoyo e información.

Los diferentes estudios realizados no solo ponen en evidencia la presencia de hábitos poco adecuados y la percepción errónea del peso y la imagen corporal en la población en general como se abordará posteriormente, y en los adolescentes en particular, sino también de la carencia de conocimientos de cómo afectan la percepción del peso y la imagen corporal y los hábitos de alimentación, actividad física y descanso en el desarrollo de una vida saludable; aún más, se evidencia un desconocimiento generalizado acerca de los beneficios que suponen en cada etapa del ciclo vital (Alfaro, 2015). Datos que son coincidentes en parte con los resultados de esta tesis, apreciándose una carencia en: el reconocimiento de lo que es realizar un ejercicio de una manera segura y efectiva, vincular la inactividad con el realizar la actividad física básica y la capacidad para adaptar el ejercicio físico al peso del niño/a; resultados que son reforzados con los obtenidos de tipo cualitativo.

2.2 Percepción del estilo de vida obesogénico y del sobrepeso/obesidad como problema de salud

Aunque la percepción y la aceptación de los padres del estilo de vida de sus hijos puede condicionar la percepción de los propios hijos e implicar la ausencia de modificaciones en el descanso, la actividad física o en los patrones alimentarios que están en la base del estilo de vida obesogénico (Beltrán y Cuadrado, 2014; Consejo Superior de Deportes, 2010b; EA-Barcelona, 2016; EFE-Barcelona, 2016; Goldfarb, Tarver, Locher, Preskitt & Sen, 2015), hay pocos estudios que analicen estos procesos (Aldaya y Miranda, 2016; Baez, 2017; Cabello y De Jesús, 2011; Casas y Gómez, 2016; Organización de Consumidores, 2016; Rodríguez, 2012). Carencia que se acentúa con los bajos niveles de concienciación y preocupación políticos con respecto a este problema (The Economist Intelligence Unit, 2016). Esto se constata en los resultados de esta tesis al asumir las familias una deficiente responsabilidad en cuanto a la actividad física y poca capacidad para adaptar el ejercicio físico al peso del menor. La mayoría de las personas consultadas consideran que su alimentación y la de sus hijos/as adolescentes es saludable y que el ejercicio que estos realizan es adecuado. Esto quizás puede indicar que existe una cierta disonancia entre la percepción de las familias sobre la calidad de sus hábitos de salud y el avance del estilo de vida obesogénico en la sociedad, lo que no se traduce en cambios de hábitos saludables en descanso, actividad física o patrones alimentarios, que influyen en el estilo de vida y en el sobrepeso/obesidad.

2.3 La prevención y la Educación para la Salud: estrategia y herramientas básicas ante el estilo de vida obesogénico y el sobrepeso/obesidad

La prevención y con ella la Educación para la Salud representan la estrategia y la herramienta fundamentales para disminuir el impacto global de la obesidad, pues una vez que está instaurada, su tratamiento tiene una eficacia limitada y es costoso (Durá, T. y Sánchez-Valverde, 2005; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005). El estilo de vida de los adolescentes es un asunto que suscita mucha preocupación en nuestra sociedad (no sólo entre los profesionales); se insiste en evitar la adopción de estilos de vida no saludables y, en caso de que se hayan iniciado, intentar modificarlos antes de que se establezcan de forma definitiva para así contribuir mejorar la esperanza y calidad de vida de la población (Alfaro, 2015; Bach-Faig, Prados y Salvador, 2015; González y Tur, 2015; Guevara-Valtier, et al., 2015; Hernández, 2010; Ramos, 2010; Rodrigo, et al., 2004; Salmerón y Casas, 2013; Unicef, 2011; Valerio, 2016; World Health Organization, 2014a).

Para que la instauración de un estilo de vida saludable y la prevención de la obesidad sea una realidad son fundamentales unos entornos y comunidades favorables que permitan influir en las elecciones de las personas, de modo que la opción más sencilla (la más accesible, disponible y asequible) sea la más saludable en materia de alimentos, actividad física continuada y descanso (Casas y Gómez, 2016; Leis y Gil, 2015; OMS, 2016a). Ante ello, la OMS (2004), en su "Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud", describe las medidas necesarias para respaldar las dietas sanas y la actividad física periódica, convirtiéndose en el marco de referencia de múltiples estrategias, planes europeos, nacionales y autonómicos. La Estrategia NAOS, el Programa PERSEO y el Programa de "Alimentación Saludable y de Producción Ecológica en los Comedores Escolares" en Asturias, son fruto de dicha estrategia mundial (Casas y Gómez, 2016; Gobierno del Principado de Asturias, 2017).

Pero la realidad y tal y como han puesto de manifiesto los resultados de esta tesis , es que la mayoría de los centros de secundaria públicos, no tienen de comedor escolar no teniendo los adolescentes la opción de realizar la comida del mediodía en el comedor escolar y no suelen incorporar la educación en estilos de vida saludables dentro de su currículo educativo con lo cual no se plantean la indicación al menor del alimento que

debe tomar como “tentempié”, control de los alimentos en la cafetería del centro o de la presencia de máquinas expendedoras de bebidas azucaradas/comida basura, la creación de un huerto, la organización de jornadas saludables junto al centro de salud y otros agentes sociales comunitarios, la organización de actividades físicas al aire... y un sin fin de actividades que respaldan, promocionan la alimentación y la actividad física saludable y previenen el estilo de vida obesogénico.

A pesar de tener claro lo que se debe hacer a nivel individual para prevenir la obesidad, y las instituciones haber desarrollado los planes, estrategias... previamente expuestos, hoy en día, su prevención/tratamiento resulta muy difícil de instaurar al existir diferentes tipos de barreras que hemos de reconocer para poder avanzar (Leis y Gil, 2015). Y precisamente en esta tesis, poco más de la mitad de las familias son las que organizan la alimentación y el ejercicio físico del/a niño/a y cuidan su propia alimentación y actividad física para no engordar, mientras que cuando el sobrepeso ya es un problema la mayoría de las familias determinarían la causa y buscarían conjuntamente la medida oportuna de perder peso. Además un buen número de familias piensa que no se pueden prevenir el sobrepeso/obesidad ni las enfermedades que tienen asociadas, duda que la obesidad sea un problema de salud de responsabilidad individual y no piensa que la obesidad sea un problema de salud de responsabilidad social.

Por ello, para conseguir cambios de comportamiento reales en los niños y adolescentes a favor de unos hábitos más saludables es necesario incrementar la conciencia social y estimular la predisposición al cambio sobre todo en el **ámbito familiar**, siendo preciso aportar a las familias todos los recursos y el apoyo necesarios tras la valoración de sus peculiaridades, conocimientos, destrezas, relaciones que mantiene con el resto de sistemas, estratos, esferas... (Cabello y De Jesús, 2011; Casas y Gómez; 2016; Lindsay, et al., 2006; Organización de Consumidores, 2016).

2.4 ¿Qué se está haciendo y qué hacer ante estos hábitos, conocimientos, percepciones y poco interés por la prevención?

Fruto de todo lo previamente concluido la adolescencia representa un período de crisis que exige readaptaciones continuas a los propios adolescentes y a los que conviven con ellos (familia, grupo de iguales y otras personas de referencia) (Alfaro, 2015). Además,

en la adolescencia no son solo las prevalencias/incidencias del sobrepeso/obesidad lo que nos incita a actuar sino las percepciones del peso e imagen corporal y los hábitos alimentarios, actividad física y descanso de los adolescentes que en muchas ocasiones están alterados siendo el peso normal, el objetivo de las intervenciones no será la obesidad ni el sobrepeso sino los estilos de vida y percepciones de los adolescentes y las necesidades socioeducativas de las familias que se derivan de su incapacidad para adaptarse **a los cambios** del adolescente y desempeñar el incuestionable papel educativo que se le atribuye (Hernández, 2010; Madruga y Pedrón, 2002; Rodríguez et al., 2012).

Al estar abordando la adquisición/modelaje de los estilos de vida hemos de recordar que para educar es necesario motivar y ofrecer información pertinente. Pero la información y la motivación no bastan, pues los hábitos los alimentarios y actividad física obedecen más a factores subconscientes o externos que a la razón. Si los hábitos forman parte de la práctica repetida, su modificación es un asunto práctico. En consecuencia el hábito erróneo debe ser sustituido mediante la práctica reiterada del hábito adecuado (Durá y Sánchez-Valverde, 2005; Jiménez, 2005).

Por otra parte, en estos momentos hay pocos estudios sobre cómo el estilo de vida determina la salud desde el ámbito socioeducativo y existen grandes vacíos y falta de consenso en publicaciones científicas y guías de alimentación/actividad física en cuanto a la relación de las conductas “prácticas” de los padres y madres con respecto hábitos alimentarios, actividad física y sueño-descanso saludables (estilos de vida saludables) de sus hijos/as que les ayuden al adecuado control de peso (Alzate y Cánovas, 2013; Baranowski et al., 2013; Castrillón y Giraldo, 2014; Domínguez-Vásquez, 2008; Miquelez et al., 2015; Seher, 2011), teniendo la sensación de seguir actuando de igual modo aunque se desea obtener resultados distintos.

Además los estudios de relación entre la familia y la alimentación, la actividad física y el sueño-descanso de los adolescentes con la formación de hábitos alimentarios, actividad física y sueño-descanso saludables (estilos de vida saludables) que les ayuden al adecuado control de peso ha de ir más allá de los datos sociodemográficos, antropométricos, los conocimientos, las conductas (prácticas, hábitos, costumbres) e incluir los estilos educativos “de crianza” de los padres y madres (Alzate, 2012; Alzate y Cánovas, 2013; Baranowski et al., 2013; Power et al., 2013; Seher, 2011).

Hoy en día coexisten dos líneas conceptuales/enfoques bien definidos/os en el análisis del concepto de *estilo de vida* y de los factores que influyen en él, implicando diferentes formas de actuar. El primer enfoque está orientado a evitar hábitos no saludables; así, la total responsabilidad es del individuo. El segundo enfoque sostiene que la salud depende de la interrelación de lo socioeducativo y lo personal; subrayando que, el modo de vida depende de diversas influencias, tanto personales como socioeducativas (Giraldo et al., 2010; Grandes, et al., 2008; Guerrero y León, 2010; Instituto de Adicciones de Madrid Salud y Osasun Ekintza, 2006).

Ante estos dos enfoques, la Educación para la Salud (EpS) representa una herramienta imprescindible para la adquisición, modificación o la consolidación del estilo de vida saludable en los adolescentes y para la promoción de la salud y prevención de enfermedades no transmisibles asociadas a estilos de vida poco saludables y es posible distinguir dos modelos de Eps: el modelo “tradicional” y el modelo “participativo”, representando este último “ un paso más” al facilitar que las personas movilicen sus propios recursos y desarrollen capacidades que les permitan tomar decisiones conscientes y autónomas sobre su propia salud (OMS, 1983; Villa, et al., 2006); de este modo, los programas de modificación de conductas y comportamientos en los que los padres y madres actúan como agentes de cambio, modificando sus propios estilos de vida, son más efectivos que los dirigidos únicamente a los cambios de comportamiento en los adolescentes (Casas y Gómez, 2016; Díaz et al., 2016).

Pero la realidad es que la familia, no siempre es capaz de readaptarse a los cambios del adolescente y desempeñar el incuestionable papel educativo que se le atribuye en el fomento, modificación, instauración, transmisión de hábitos saludables en sus hijos; por lo que, se pone de manifiesto el apoyo que precisa (Consejo de Ministros Español, 2015; García, 2009; Oliva et al., 2007; OMS, 2017f; Ramos, 2010; Rodrigo, 2010b; Unicef, 2011). Por ello, la pregunta sobre el papel que juegan los padres en el desarrollo de hábitos de alimentación/actividad física en sus hijos, se ha convertido en tema de interés mundial y La Organización Mundial de la Salud y la International Obesity Task Force, (International Association for the Study of Obesity) han establecido como una prioridad, la investigación acerca de la influencia de las conductas parentales en las conductas alimentarias y los comportamientos saludables que muestran los niños y niñas (Alzate y Cánovas, 2013; Castrillón y Giraldo, 2014; Domínguez-Vásquez et al.,

2008; Escobedo y Grande, 2016) y adquieren sentido las intervenciones socioeducativas de las familias con hijos/as adolescentes.

Al igual que Rodrigo et al. (2010a) se planteaba la imposibilidad de planificar y desarrollar programas de educación parental sin contar con buenas descripciones de las competencias parentales, en este caso tampoco podemos ayudar/apoyar a las familias en el control de peso de sus hijos/as adolescentes si no conocemos sus necesidades socioeducativas respecto a la alimentación, actividad física, sueño-descanso, que sin duda serán variadas según sus propias circunstancias (Martínez et al., 2007). Por eso, antes de actuar hemos de determinar en que etapa de cambio de comportamiento se encuentra aplicando el modelo de transteórico de Prochascka & D'Clemente “Modelo de Etapas de cambio” (Alvarez, 2008; Esparza et al., 2013; Eufici, 2004; Eufic, 2013; Mayor, 1995).

Una vez que conozcamos sus necesidades hemos de ayudar al familiar en la evaluación del beneficio del cambio de comportamiento según indica el modelo de creencias de salud (Hernández, 2010; Moreno y Gil, 2003) y dado que “No se trata de hacer más o menos... se trata de hacer lo correcto en el momento indicado” (DiClemente, 2006), las intervenciones a desarrollar para conseguir el cambio de conducta/comportamiento deberían basarse en la estrategia de las 5 Aes: «Ask» (Averiguar), «Advise» (Aconsejar), «Assist» (Ayudar), «Arrange» (Asegurar el seguimiento) (Córdoba et al., 2014; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014; Muñoz et al., 2015).

Pero, al igual que existe un vacío y falta de consenso en publicaciones científicas y guías de alimentación/actividad física, en cuanto a la relación de las conductas “prácticas” de los padres y madres con respecto hábitos alimentarios, actividad física y sueño-descanso saludables (estilos de vida saludables) de sus hijos/as que les ayuden al adecuado control de peso en las diferentes etapas del desarrollo (Miquelez et al., 2015). Una revisión realizada por Wardle al examinar la relación entre el modelo de crianza de los padres y la adiposidad de los niños advirtió que no todos los estudios realizados hasta el momento han sido lo suficientemente concluyentes, además de ser escasos, como para justificar la inmediata relación (Baranowski et al., 2013; Seher, 2011). Por todo ello se deduce la necesidad de continuar investigando y elegir/diseñar medidas que

sean válidas para el grupo en estudio y así poder llegar a afirmar “Houston, hemos aterrizado” (Baranowski et al., 2013; Oliva et al., 2007; Power et al., 2013).

4. CONCLUSIONES, IMPLICACIONES SOCIO-PSICO-EDUCATIVAS.

LIMITACIONES Y LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

En este capítulo se incluyen a modo de síntesis las conclusiones más significativas que se derivan del análisis de las dimensiones de estudio de esta investigación, con respecto a las necesidades socioeducativas de las familias vinculadas a la prevención del estilo de vida obesogénico en adolescentes de 13 años. Dicho análisis se ha realizado a partir de la información suministrada por las familias de adolescentes asturianos que durante el año 2015 cumplieron 13 años. Posteriormente se comentarán algunas de las implicaciones socio-psico-educativas que se derivan de dichas conclusiones. También se recogen en último lugar algunas de las limitaciones de la investigación; así como, la sugerencia de una relación de líneas futuras de investigación.

4.1 CONCLUSIONES

Las conclusiones más significativas de este estudio, que a continuación se detallan, se han agrupado dentro de cada uno de los ámbitos investigados (hábitos y conocimientos de las familias), estableciendo así una continuidad con el análisis previo de las dimensiones.

Hábitos familiares sobre alimentación, actividad física y control de peso en los padres y madres y en los hijos adolescentes

A pesar de que en la adolescencia se consolidan o adquieren hábitos alimentarios y de actividad física que probablemente se conserven para toda la vida, ni la familia ni los centros escolares parecen ser muy conscientes del papel que desempeñan en esa consolidación y adquisición de hábitos. En este estudio se ha encontrado que, desde la perspectiva parental, los centros escolares de educación secundaria no suelen tener comedor escolar ni incorporan la promoción de estilos de vida saludables dentro de su curriculum educativo.

En cuanto a las familias, no se implican por igual en la alimentación que en la actividad física del adolescente; por otra parte, los padres y madres parecen tener poco claro que su alimentación y actividad física no solo les influye a ellos, sino también a sus hijos, y dan menos importancia a la prevención del sobrepeso y obesidad que a su tratamiento.

Esta implicación desigual de la familia en la alimentación y la actividad física se pone de manifiesto al referir los padres y madres que sí son ellos/as los principales y únicos responsables de la alimentación de los adolescentes; sin embargo, con respecto a la actividad física, aunque también se consideran los principales responsables, entienden que no son los únicos. Por otra parte, parece que las familias sí adaptan la alimentación al peso del adolescente, pero no la actividad física. Cuando se analizan las *causas por las que el adolescente pierde el apetito o disminuyen la actividad*, las familias sí identifican bien la causa de la pérdida del apetito (no quiere engordar, problema depresivo, no le gustan los alimentos...), pero la disminución de la actividad física siempre la atribuyen a “pereza/vagancia”, cuando en realidad hay más motivos. Además, la valoración que hacen de la actividad física que ellos y los adolescentes realizan es inespecífica, confusa; dudando de si hacen o no suficiente ejercicio físico y de si consideran o no que precisan hacer más ejercicio físico; incluso manifiestan que los adolescentes no permanecen mucho tiempo delante de las pantallas ni de lunes a viernes ni durante el fin de semana.

Conocimientos de las familias sobre hábitos saludables y obesidad infantil

Con respecto a los conocimientos de las familias sobre hábitos saludables de alimentación y actividad física y sobre el abordaje del sobrepeso y la obesidad, en este estudio se ha encontrado que aunque existe alguna laguna conceptual, por lo general, los conocimientos que tienen son adecuados. Así, la mayoría sabe el número de comidas que se deben hacer al día y lo que significa comer saludablemente, identifican adecuadamente el aporte nutritivo de cada grupo de alimentos y la cantidad a ingerir de alguno de ellos y reconocen tener los conocimientos suficientes para adaptar la alimentación al peso del adolescente. En cuanto a la *actividad física*, relacionan el cuerpo humano con la actividad física, determinan la diferencia entre actividad física y ejercicio físico y establecen el modo en que se debe desarrollar el ejercicio físico adecuadamente. No obstante también se advierte que estas familias han tenido dificultad por carecer de conocimientos suficientes para identificar la inactividad, determinar la intensidad moderada del ejercicio físico seguro y efectivo, adaptar la actividad física al peso del adolescente y motivar y animar a los adolescentes en la realización de actividad física. Por ello, la actividad física representa un reto para las familias, que necesitan afrontar adquiriendo conocimientos y hábitos pertinentes.

Con respecto al *sobrepeso y la obesidad*, las familias han demostrado tener los conocimientos adecuados para identificar el Índice de Masa Corporal (IMC) como indicador del sobrepeso y la obesidad y determinar algunas de las causas (gasto energético, edad); pero, no han podido precisar si la obesidad es un problema de salud de responsabilidad individual o social e identificar el estado de ánimo como una de las causas del sobrepeso/obesidad. Llama la atención también que un buen número de familias piensen que el sobrepeso/obesidad y las enfermedades que tiene asociadas no se puedan prevenir. Por ello, el control y prevención del sobrepeso y la obesidad también supone un reto conceptual para las familias.

Es claro que los hijos aprenden de sus padres cómo alimentarse y a ser activos o inactivos fundamentalmente a través de la imitación de sus comportamientos y, precisamente, de acuerdo con este estudio, las conductas de las familias parece que no contribuyen al desarrollo de unos adecuados hábitos alimentarios y de actividad física en los adolescentes. Así, se ha encontrado que aunque la mayoría de los adultos realizan 5 comidas al día, lo hacen con menos frecuencia que los adolescentes; en los momentos en que más coinciden juntos en casa (en el desayuno los fines de semana y en la cena de lunes a viernes) no suelen esperar a que termine el último para levantarse de la mesa, están menos de 40 minutos sentados a la mesa, tienen la televisión encendida mientras comen y también responden al teléfono fijo y/o móvil. Con respecto al ejercicio físico es curioso que los menores hagan más ejercicio físico de lunes a viernes que durante el fin de semana a pesar de tener más tiempo libre y que la mayoría de las familias **no** realicen ejercicio físico con el adolescente.

En este estudio se ha observado también que si bien la mayoría de las familias adoptan las medidas oportunas para abordar el sobrepeso y la obesidad cuando ya son un problema, poco más de la mitad organizan la alimentación y actividad física de los adultos y de los adolescentes para prevenirlos. Situación que parece no va a cambiar en un futuro próximo, pues si los padres no tienen el hábito del control del peso y de cuidar de su alimentación y actividad física, les resultará más difícil cuidar estos aspectos en sus hijos/as; además, si como se va visto en este estudio, la mayoría de los adultos consideran saludable tanto su alimentación como la de los adolescentes y no sabe

precisar cómo es su actividad física, difícilmente se producirá algún cambio en sus estilos de vida para prevenir o controlar el sobrepeso o la obesidad.

De los conocimientos insuficientes y hábitos inadecuados/poco saludables que se han citado, se derivan las necesidades socio-educativas de las familias para la prevención del estilo de vida obesogénico en los adolescentes de 13 años y las consiguientes implicaciones socioeducativas.

4.2 Implicaciones socioeducativas y propuestas pedagógicas

Actualmente existen dos enfoques conceptuales bien definidos en el análisis y abordaje de los estilos de vida y del sobrepeso/obesidad, que implican diferentes formas de actuar. El primer enfoque está orientado a evitar hábitos no saludables, siendo la responsabilidad del individuo; el segundo enfoque sostiene que la salud depende de la interrelación de lo socioeducativo y lo personal, subrayando que el modo de vida depende de diversas influencias tanto personales como socioeducativas. Teniendo presente ambos enfoques y tomando como referencia las conclusiones enunciadas, procederé a sugerir algunas de las implicaciones socioeducativas que se derivan del estudio realizado y que pueden responder a las necesidades identificadas en las familias:

1. ***Incentivar a los centros educativos para que incorporen la promoción de estilos de vida saludables dentro de su curriculum educativo.*** Con la consiguiente regulación de los alimentos que los adolescentes tomen en el centro educativo, organización de actividades físicas al aire libre, fomento de los juegos tradicionales, reestructuración de la asignatura de educación física, creación de un huerto, establecer en una época del año “la semana saludable”. Haciendo partícipes, siempre dentro de las posibilidades del centro, al profesorado, alumnado y familias.
2. ***Facilitar al profesorado la información*** que precise desde los centros de salud y otras instituciones.
3. ***Organizar conjuntamente***, el centro educativo y el centro de salud, ***talleres teórico-prácticos*** sobre alimentación y cocina saludable y actividad física dirigidos a las familias.
4. ***Dinamizar***, tanto los centros de salud como las Asociaciones de Madres y Padres de Alumnos (AMPA), ***la organización*** de actividades como concursos de

cocina saludable, mercadillos de alimentos ecológicos, salidas al campo, “senderismo” para familias y adolescentes, etc.

5. **Dinamizar**, el centro educativo junto al centro municipal de deportes, la **organización de yincanas y campeonatos de distintos deportes**.
6. **Colaborar**, centros educativos y centros de salud, **con las instituciones en la conmemoración** de los días mundiales de la actividad física (6 de Abril), la alimentación (16 de octubre), y contra la obesidad (12 de noviembre)

4.3 Aportaciones del estudio

Con relación a las aportaciones de esta tesis, cabe destacar los siguientes aspectos:

1. **El tema elegido es relevante** en el momento actual, dada la problemática en la salud que supone el sobrepeso y la obesidad, especialmente en los niños y jóvenes. Estudiar los conocimientos y hábitos que tienen las familias al respecto desde una perspectiva objetiva, contrastada y científica resulta conveniente para contar con elementos de análisis fiables y válidos que faciliten el diseño de propuestas socioeducativas, su puesta en acción y su evaluación para garantizar ciertos niveles de calidad.
2. **La perspectiva de las familias** sobre esta temática se encuentra poco estudiada desde una perspectiva de investigación socio-educativa, por lo que los resultados de esta tesis pueden ser tomados como referencia en los estudios de familia y de educación para la salud y permitir dar continuidad a nuevos estudios que profundicen al respecto. La revisión bibliográfica realizada en este estudio permite constatar la importancia de trabajar en esta temática desde el ámbito familiar.
3. Dado lo novedoso de este tema de investigación, la tesis aporta **nuevos instrumentos de recogida de información**, con una estructura factorial contrastada y altos valores de fiabilidad.
4. Los datos han sido recogidos desde una **perspectiva multi-setting**, en dos contextos bien diferenciados: centros escolares y centros de salud, lo que permite ahondar en la necesidades de apoyo a las familias desde ambos contextos en la temática tratada y contrastar la información desde una **perspectiva intersectorial**.
5. La posibilidad de contar con información **complementaria de tipo cuantitativo y cualitativo** facilita la interpretación de los resultados, al no centrarse solo en el análisis de tendencias estadísticas, sino también de argumentos sentidos y

vivenciados por los sujetos consultados. Ello enriquece las conclusiones y permite afinar mejor las propuestas prácticas que se derivan de la interpretación de resultados. Quizás el análisis cualitativo realizado pueda detallarse y sistematizarse más adelante; dada la amplitud de datos recogidos y de aspectos a analizar, esta tarea podrá completarse en un momento posterior al de la presentación de este trabajo.

4.4.Limitaciones de la investigación

Tras la realización de este estudio, soy consciente de la existencia de varias limitaciones que me gustaría exponer para sean controladas en la medida de lo posible en futuras revisiones o ampliaciones de este trabajo:

1. ***Demora en el inicio de la recogida de datos por los numerosos trámites burocráticos*** que establece el servicios de salud/comisiones de investigación para conseguir la pertinente autorización, mientras que en el ámbito educativo es todo más ágil y fluido.
2. ***Tamaño reducido de la muestra y de las posibilidades de generalización de los resultados:*** Muchos de los cuestionarios distribuidos no fueron devueltos/cumplimentados por las familias; por otra parte, los profesionales de enfermería manifestaron no poder localizar a las familias telefónicamente porque habían cambiado de teléfono o bien no respondían a una llamada no identificada (número oculto). Por tanto, si se pretende incrementar la muestra y poder extrapolar los resultados a una población similar más amplia, habrá que buscar otro modo de contactar con las familias.
3. ***Transversalidad del estudio:*** Dado que los cambios que acompañan a la etapa del desarrollo analizado, la adolescencia, son muchos y rápidos, lo más oportuno hubiera sido hacer un seguimiento a los adolescentes al menos entre los 10 años y 13 años, momentos coincidentes con las revisiones del programa del niño sano.
4. ***Colectivo único sobre el que se ha realizado el estudio:*** Familias de adolescentes de 13 años cumplidos durante el 2015, por lo que sería conveniente ampliar el estudio al profesorado, profesionales sanitarios y adolescentes, para contrastar los datos obtenidos en los distintos colectivos. Con respecto a los adolescentes, se podrían incluir las mismas edades que recoge el estudio (HBSC) (11, 13 y 15 años)

5. ***Datos cualitativos reducidos:*** se pudo contar solo con un grupo de discusión compuesto por 3 personas que no representan al conjunto de familias de Asturias.
6. ***Análisis cualitativos muy simples:*** Dada la modificación que tuvo que realizarse en el diseño de esta investigación, se optó por efectuar solo un análisis inicial de la información obtenida que aportara ejemplos y sugerencias de las familias que entendemos enriquecen notablemente los datos estadísticos.
7. ***Cuestionario aplicado largo:*** Con el fin de recoger abundante información sobre los temas investigados, fue necesario elaborar con carácter exploratorio un cuestionario amplio cuya información pudiera resumirse posteriormente al efectuar un análisis factorial.
8. ***Existencia de una escasa bibliografía nacional e internacional sobre la determinación de necesidades socioeducativas de los aspectos tratados en esta tesis en familias,*** máxime si se considera un tema tan específico como el de instauración de unos hábitos saludables. Por ello, y aún siendo un aspecto carencial que ha dificultado, en momentos, la redacción de la parte empírica, entendemos que este estudio puede cubrir, en parte, esta laguna informativa y servir como documento de referencia en el desarrollo de futuros aspectos sobre esta temática u otras afines.

No obstante, y aun conociendo estas limitaciones, considero que la investigación desarrollada es útil para profundizar en aspectos clave que afectan a la alimentación y actividad física de las familias y adolescentes con un estilo de vida obesogénico y que pueden estar en riesgo de tener un sobrepeso/obesidad o cualquier otra enfermedad no transmisible. Especialmente valoro la posibilidad de obtener la muestra del ámbito sanitario y del ámbito educativo y la riqueza de la información y conclusiones que se desprenden de la combinación de información cuantitativa y cualitativa.

Planteamiento de líneas futuras de investigación

Como colofón de este trabajo y pensando en la realización de estudios posteriores que profundicen o añadan algunos matices al presente documento, sugerimos los siguientes aspectos:

- Ahondar en el estudio de la temática abordada en esta investigación mediante la ejecución de análisis estadísticos multivariados más complejos a fin de alcanzar mayor precisión en las relaciones que cabe establecer entre las variables que

afectan al estilo obesogénico de familias y adolescentes, sus posibles factores causales y líneas de actuación.

- Complementar lo anterior con análisis cualitativos más exhaustivos
- Desarrollar estudios longitudinales. Como se comentó en el apartado de limitaciones, lo más oportuno hubiera sido hacerles un seguimiento a los adolescentes y sus familias al menos entre los 10 años y 13 años, momentos coincidentes con las revisiones del Programa del Niño Sano.
- Realizar el estudio con el profesorado, el personal sanitario y los propios adolescentes para así poder contrastar los datos obtenidos en los distintos colectivos. Con respecto a los adolescentes, se podrían incluir las mismas edades que recoge el estudio HBSC (11, 13 y 15 años)
- Incluir el descanso y el apoyo emocional junto a la alimentación y la actividad física en futuros estudios, pues estos cuatro ámbitos se consideran elementos definitorios del estilo de vida obesogénico y sustentan la prevención y tratamiento de la obesidad.
- Considerar el estudio de los estilos educativos parentales como determinante del estilo de vida del adolescente.
- Diseñar, implementar y evaluar intervenciones socioeducativas con las familias, para determinar en qué medida las necesidades socioeducativas se van modificando.

Mediante el planteamiento de estas líneas futuras de investigación damos por concluida la presente investigación, una vez que se han destacado además sus resultados y conclusiones más significativas. No obstante, aprovechamos la ocasión para reiterar la conveniencia de que los centros educativos, los centros de salud y las familias trabajen conjuntamente en la promoción de estilos de vida saludables en los adolescentes; pues, al no ser estos últimos plenamente conscientes de las consecuencias de sus comportamientos en su salud actual y futura, necesitan todo nuestro apoyo y ayuda.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Abellán, A. (2003). Percepción del estado de salud. *Rev Mult Gerontol*, 13(5), pp.340-342. Recuperado de: <http://digital.csic.es/bitstream/10261/10500/1/g-13-5-007.pdf>
- Acta Sanitaria (ed.) (8 de junio 2015). La ‘Declaración de Milán de la EASO’ agrupa a 32 países para luchar contra la obesidad. Recuperado de: <http://www.actasanitaria.com/la-declaracion-de-milan-de-la-easo-agrupa-32-paises-para-luchar-contr-la-obesidad/>
- Aguilera, L., Alonso, L.A., Alvarez, J., Arana, C., Arroba, M^a.L., Bargay, F.,... Visa, M^a.T. (2009). Programa de Salud Infantil (PSI). Madrid: AEPap, Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria . Recuperado de: <http://www.aepap.org/biblioteca/programa-de-salud-infantil>
- Alcalde, J. (25 de septiembre 2016). España, el séptimo país del mundo con mejor salud. La Razón.es. Recuperado de: <http://www.larazon.es/sociedad/ciencia/espana-el-septimo-pais-del-mundo-con-mejor-salud-GO13592884#.Ttt1a0wLyrQFZ4S>
- Aldaya, S. y Miranda, E. (2016). Dossier de prensa-V Estudio Cinfasalud: percepción y hábitos de las familias españolas en torno a la nutrición infantil. Cinfa-sepeap. Recuperado de: http://www.consejogeneralenfermeria.org/docs_revista/Estudio_Nutricion_Infantil_Cinfa_SEPEAP.pdf
- Alfaro, M^a. (2015). Observatorio de hábitos, conocimientos y actitudes relacionados con la salud de los adolescentes en la provincia de Valladolid. [Tesis Doctoral] Universidad de Valladolid, Facultad de Medicina, España. Recuperado de: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/16052>
- Almeida, C., Salgado, J. y Nogueira, D. (2011). Estilo de vida y el peso corporal en una comunidad portuguesa en transición: un estudio de la relación entre la actividad física, los hábitos alimentarios y el índice de masa corporal. *Revista*

Iberoamericana de Psicología y Salud, 2 (1), pp. 27-56. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=245116403002>

Álvarez, C. (2008). Teoría transteorética de cambio de conducta: Herramienta importante en la adopción de estilos de vida adictivos. *Revista MHSalud*, 5 (1), pp.1-12. Recuperado de:
<http://revistas.una.ac.cr/index.php/mhsalud/article/view/357/304>

Álvarez, L. y Álvarez, A. (2009). Estilos de vida y alimentación. *Gazeta de Antropología*, 25 (1). Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10481/6858>

Álvarez, T., Gámez, A., LIébana, L. y Resola, J.M. (2016). Guía de orientación para familias con adolescentes. Jaén: Delegación provincial de Educación. Recuperado de:
<http://www.juntadeandalucia.es/educacion/webportal/ishareservlet/content/052a5b1a-8502-44a3-91fc-c930b29ee9f6>

Álzate, T. (2012). Estilos educativos parentales y obesidad infantil. [Tesis Doctoral]. Univ. de Valencia, Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación, España. Recuperado de:
<http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/24285/TESIS%20EEObesidad%20Infantil.pdf?sequence=1>

Alzate, T., Cánovas, P. (2013). Estado nutricional infantil y estilos educativos familiares: apreciación de expertos. *Perspectivas en Nutrición Humana* 5 (2), pp.185-199. Recuperado de:
<https://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/nutricion/article/view/18999>

Alfaro, M., Vázquez, M.E., Fierro, A., Rodríguez, L., Muñoz, M.F., Herrero, B. (2016). Hábitos de alimentación y ejercicio físico en los adolescentes. *Rev Pediatr Aten Primaria*, 18, p.221-9. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v18n71/1139-7632-pap-18-71-00221.pdf>

Amigo, I., Busto, R. y Fernández, C. (2007). La obesidad infantil como resultado de un estilo de vida obesogénico. *Rev. Endocrinología y Nutrición*, 54(10), pp. 530-534.

Recuperado de: www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-nutricion-12-pdf-S1575092207715000-S300

Aniorte, N. (14 de noviembre 2016). La salud y el contexto cultural. [Artículo Web]. aniorte-nic.net. Recuperado de: http://www.aniorte-nic.net/apunt_sociolog_salud_2.htm

Aparicio, M., y García, C. (2010). Las actuaciones sobre el nivel educativo de los padres podrían ser prioritarias en la intervención sobre los factores de riesgo de la obesidad. *Evidencias en Pediatría*, 6 (19), pp. 1-4. Recuperado de: <http://archivos.evidenciasenpediatria.es/files/41-74-RUTA/19AVC.pdf>

Aranceta, J., Pérez, C., Campos, J. y Calderón V. (2013). Proyecto PERSEO: Diseño y metodología del estudio de evaluación. *Rev. Esp. Nutr Comunitaria*, 19 (2), pp. 76-87. Recuperado de: [http://www.renc.es/imagenes/auxiliar/files/RENC%202013-2_art%20\(1\).pdf](http://www.renc.es/imagenes/auxiliar/files/RENC%202013-2_art%20(1).pdf)

Aranceta, J., Pérez, C., Alberdi, G., Varela, G. y Serra-Majem, L (2015a). Controversies about population, clinical or basic research studies related with food, nutrition, physical activity and lifestyle. *Nutrición Hospitalaria*, 31 (Supl. 3), pp. 15-21. Recuperado de: http://www.aulamedica.es/gdcr/index.php/nh/article/view/8746/pdf_7844

Aranceta, J., Pérez C., Alberdi, G., Serra-Majem, Ll. y Varela-Moreiras, G. (2015b). Uses and applications of the results from food surveys, physical activity estimates and other lifestyle related surveys at a population level. *Nutricion Hospitalaria*, 31(Supl. 3), pp. 290-292. Recuperado de: http://www.aulamedica.es/gdcr/index.php/nh/article/viewFile/8777/pdf_7875

Aranceta, J., Pérez, C., Alberdi, G., Ramos, N. y Lázaro, S. (2016). Prevalencia de obesidad general y obesidad abdominal en la población adulta española (25–64 años) 2014–2015: estudio ENPE. *Rev Esp Cardiol.*, 69(6), pp.579–587. DOI: 10.1016/j.recesp.2016.02.010. Recuperado de: <http://www.revespcardiol.org/es/prevalencia-obesidad-general-obesidad-abdominal/articulo/90453754/>

Aroca, C., y Cánovas, P. (2012). Los Estilos Educativos Parentales desde los modelos interactivo y de construcción conjunta: revisión de las investigaciones. *Teoría de la Educación*, 24 (2), pp. 149-176. Recuperado de: http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/131100/1/Los_estilos_educativos_parentales_desde_.pdf

Asamblea General Naciones Unidas (2011, 16 de septiembre). *Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles*. Recuperado de: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/66/L.1>

Asociación contra la Anorexia y la Bulimia: ACAB (2017). Factores de Riesgo para sufrir un TCA. [Entrada web]. Recuperado de: <http://www.acab.org/es/que-son-los-trastornos-de-la-conducta-alimentaria/factores-de-riesgo-para-sufrir-un-tca>

Asociación Española Contra el Cancer (26 de diciembre 2016). Situación de la Educación para la Salud en centros de primaria y secundaria: Estado actual de la EPS. [Documento Web]. AECC Contra el Cancer Recuperado de: <https://www.aecc.es/Comunicacion/Noticias/Documents/ProyectoEPS.pdf>

Asociación Española Contra el Cancer (6 de febrero 2017). La prevención en niños y adolescentes, una asignatura pendiente en España [Noticia Web]. AECC Contra el Cancer. Recuperado de: <https://www.aecc.es/Comunicacion/Noticias/Paginas/LaprevencionenninosyadolescentesunaasignaturapendienteenEspana.aspx>

Aznar, S., Webster, T. y López, J. (2006). Actividad física y salud en la infancia y adolescencia. Guía para todas la personas que participa en su educación. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo y Ministerio de Educación. Recuperado de: <https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/adultos/actiFisica/docs/ActividadFisicaSaludEspanol.pdf>

Bach-Faig, A., Prados, A., Salvador, G. (2015) Hábitos alimentarios y estilos de vida en niños/as y adolescentes. En M. Rivero Urgell et al (Eds.). Libro Blanco de la Nutrición Infantil en España (pp. 315-323). Zaragoza-España: Cátedra Ordesa de

Nutrición Infantil de la Universidad de Zaragoza y Prensas de la Universidad de Zaragoza. Recuperado de:
http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/libro_blanco_de_la_nutricion_infantil.pdf

Baez, M^a. (2017). Mamá, Papá, no quiero estar gordito: Guía para padres de familia y educadores. México: American Book Group

Balaguer, I. y Castillo I. (2002). Actividad Física, Ejercicio Físico y Deporte en la Adolescencia Temprana. En I. Balaguer (Ed.), Estilos de Vida en la Adolescencia, pp. 37-64. Valencia: Promolibro. Recuperado de:
http://www.uv.es/icastill/documentos/2002.BalaguerCastillo_ActFisica_Ej_Dxt.pdf

Baranowski, T., O'Connor, T., Hughes, S., Sleddens, E., Beltran, A., Frankel, L.... Baranowski, J. (2013). Houston... We Have a Problem! Measurement of Parenting. CHILDHOOD OBESITY, 9, pp. S1-S4. DOI: 10.1089/chi.2013.0040. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23837847>

Baumrind, D. (1973). The Development of Instrumental Competence through Socialization. In PICK A. (Ed.), *Minnesota Symposia on Child Psychology: Volume 7* , pp. 3-46. University of Minnesota Press. Retrieved from:
<http://www.jstor.org/stable/10.5749/j.ctttsmk0.4>

Benitez de Lugo, M^a T. (15 de marzo 2016). Más de la mitad de las adolescentes se ven gordas aunque no lo están. ABC Sociedad. Recuperado de:
http://www.abc.es/sociedad/abci-mas-mitad-adolescentes-gordas-aunque-no-estan-201603152226_noticia.html

Beltrán, B. y Cuadrado, C. (14 de mayo 2014). Informe TFW 2014-1. Comer en familia: hacer de la rutina salud. Madrid: The family Watch. Recuperado de:
<http://www.thefamilywatch.org/informe-2014-1/>

Bennasar, M. (2012). Estilos de vida y salud en estudiantes universitarios: la universidad como entorno promotor de la salud. [Tesis Doctoral]. Universidad de las Islas

Baleares, Departamento de Enfermería y Fisioterapia, España. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10803/84136>

[Beresovsky](#), A. (3 de octubre 2016). Otro cuerpo: el hallazgo diario de un adolescente frente al espejo. LaVoz. Recuperado de: <http://www.lavoz.com.ar/salud/otro-cuerpo-el-hallazgo-diario-de-un-adolescente-frente-al-espejo>

Bermejo, M^a.A., (2011). Hábitos de vida y adolescencia. Diseño y pilotaje de un cuestionario sobre hábitos de vida en un grupo de adolescentes guipuzcoanos (13-17 años). Zainak. 34, P. 75-105. Recuperado de: <http://hedatuz.euskomedia.org/8444/1/34075105.pdf>

Blanco, E.N., Narvaez, D.C., Mendoza, D.F., Carreño, S.Y. y Bayona, K.L. (2011). Interaccionismo Simbólico. [presentación online]. Universidad Francisco de Paula Santander, Facultad de Ciencias de la Salud. Recuperado de: <https://es.slideshare.net/bLaCkTeArS01/interaccionismo-simblico>

Blum, R.W., Bastos, F., Kabiru C.W. y Le, L.C. (2012). Adolescent health in the 21st century. *The Lancet*, 379 (9826), pp.1567-1568. DOI:10.1016/S0140-6736(12)60407-3. Recuperado de: <http://search.proquest.com/openview/6ed6ba234c5ddab64eb65ff6ea69f718/1?pq-origsite=gscholar&cbl=40246>

[Bobadilla](#), J. (31 de Octubre 2012). [La importancia de la actividad física en Adolescentes](#). [Entrada Blog]. Educación Física en las personas. Recuperado de: <http://actividadfisicaenpersonas.blogspot.com.es/2012/10/la-importancia-de-la-actividad-fisica.html#!/2012/10/la-importancia-de-la-actividad-fisica.html>

Borrás, P.A., Ugarriza, L. (2013). Obesidad infantil: ¿nos estamos equivocando? Principales causas del problema y tendencias de investigación. *Apuntes Med Esport.*, 48 (178), p. 63-68. Recuperado de: http://appswl.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90209531&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=277&ty=20&accion=L&origen=bronco%20&web=www.apunts.org&lan=es&fichero=277v48n178a90209531pdf001.pdf&anuncioPdf=ERROR_publici_pdf

- Botteon, G.A. y Kuczmarski, M.F. (2007). Adolescent Perceptions of Their Diet Quality, Body Image, and Physical Activity Level: Comparison With Parent Perceptions. *Journal of the American Dietetic Association*, 107 (8). Pp. A113. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jada.2007.05.435>. Recuperado de: [http://www.andjrn.org/article/S0002-8223\(07\)01232-1/fulltext](http://www.andjrn.org/article/S0002-8223(07)01232-1/fulltext)
- Busnelli, V. y Tonietti, M. (19 de agosto 2016). Obesidad infantil: la clave no está en la comida sino en el ejercicio. *El Día*. Recuperado de: <http://www.eldia.com/informacion-general/obesidad-infantil-la-clave-no-esta-en-la-comida-sino-en-el-ejercicio-158740>
- Busto, R. (2016). El estilo de vida obesogénico en la población infantil de Asturias entre los 9 y los 10 años. [Tesis Doctoral]. Universidad de Oviedo, Facultad de Psicología, España.
- Cabello, M.L. y De Jesús, D. (2011). Percepción de las madres de niños con obesidad sobre los hábitos alimenticios y sus responsabilidades en la alimentación de los hijos. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 12 (1), pp. 1-16. Recuperado de: http://www.respyn.uanl.mx/xii/1/articulos/percepcion_madres.html
- Cabello-Garza, M.L. (2006). Un estudio cualitativo-fenomenológico sobre la obesidad. Génesis y reacciones a la misma. *Revista de la Facultad de Salud Pública y Nutrición*, 5. Recuperado de: <http://www.respyn.uanl.mx/especiales/2006/ee-05-2006/carteles/otros.htm>
- Cabrerizo, S., Diez, S., Fernández, B., Fernández, M^a., García, Z., González-Posada, I.,... Rodríguez, C. (2016). Obesidad Infantil “Alimentación, actividad física y medio ambiente”: Reflexiones de un Grupo de Trabajo. Principado de Asturias. Consejería de Sanidad. Recuperado de: https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/AS_Promocion%20de%20la%20Salud/ESTRATEGIA%20NAOS/ObesidadInfantil%20WEB.pdf
- Campillo, J.E. (2006). Alimentación, salud y refranes castellanos: la alimentación y la salud a través de los refranes populares [Entrada en un blog]. *El Mono Obeso*. Recuperado de: http://mono_obeso.typepad.com/el_mono_obeso/2006/10/alimentacin_sal.html

- Candel, N., Olmedilla, A. y Blas, A. (2008). Relaciones entre la práctica de actividad física y el autoconcepto, la ansiedad y la depresión en chicas adolescentes. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 8 (1), pp. 61-77. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=227017555004>
- Cánovas, P. y Sahuquillo, P. M^a. (2010). Educación y diversidad familiar: aproximación al caso de la monoparentalidad. *Educatio Siglo XX*, 28 (1), pp. 109-126. Recuperado de: <http://revistas.um.es/educatio/article/view/109751/104441>
- Carretero, M. (1985). Teorías de la adolescencia. En: M. Carretero, J. Palacios y A. Marchesi (comps.), *Psicología evolutiva 3. Adolescencia, madurez y senectud*, pp. 2-15. Madrid: Alianza. Recuperado de: [http://www.bibliopsi.org/docs/materias/obligatorias/CFG/genetica/zalazar/Carretero%20-%20Adolescencia,%20madurez%20y%20senectud\(1\).pdf](http://www.bibliopsi.org/docs/materias/obligatorias/CFG/genetica/zalazar/Carretero%20-%20Adolescencia,%20madurez%20y%20senectud(1).pdf)
- Casas, R. y Gómez, S.F. (2016). Estudio sobre la situación de la obesidad infantil en España. España: Instituto DKV de la Vida Saludable. Recuperado de: <http://dkvseguros.com/obesidad-infantil/estudio-obesidad-infantil-en-españa>
- Cascales, M^a. (2015) Obesidad: Pandemia del siglo XXI. En Segundo curso avanzado sobre obesidad. Pp. 14-46. Recuperado de: <http://anales.ranf.com/obesidad2015/files/assets/basic-html/toc.html>
- Castrillón, I.C. y Giraldo, O.I. (2014). Prácticas de alimentación de los padres y conductas alimentarias en niños: ¿existe información suficiente para el abordaje de los problemas de alimentación?. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 6 (1), pp. 57-74. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4947511>
- Castro, O. (Director). (4 de septiembre 2016). La obesidad Infantil no es considerada un problema de salud para las familias. Periodismo inteligente-Dossier político. Recuperado de: <http://www.dossierpolitico.com/vernoticiasanteriores.php?artid=179094&relacion=&tipo=Noticias&categoria=1>

Catalano, R.F., Fagan, A.A., Gavin, L.E., Greenberg, M.T., Irwin, Ch.E., Ross, D.A. y Shek, D. (2012) Worldwide application of prevention science in adolescent health. *The Lancet*, 379 (9826), pp.1653-1664. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60238-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60238-4). Recuperado de:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673612602384>

Centinel (14 de abril 2014). Breve resumen sobre el índice de masa corporal (IMC). [Entrada Blog]. Lo que dice la ciencia para adelgazar. Recuperado de: <http://loquedicalcienciaparaadelgazar.blogspot.com.es/2014/04/breve-historia-del-indice-de-masa.html>

Centro de Recursos de promoción y EpS (9 de noviembre 2015). Nueva web sobre Estilos de vida saludable.[Entrada Blog]. Promoción y Educación para la salud. Recuperado de: <http://blogs.murciasalud.es/edusalud/2015/11/09/nueva-web-sobre-estilos-de-vida-saludable/>

Cinfa. (10 de octubre 2016). Siete de cada diez niños y niñas españoles comen con una pantalla delante. [Nota de prensa Web]. Cinfa.com. Recuperado de: <http://www.cinfa.com/cinfa/noticias/detalle.aspx?idReg=10523&idtipo=2&idmenu=109&idpadre=16>

Comité de Actividad Física de la Asociación Española de Pediatría (2014). Consejos sobre actividad física para niños y adolescentes. [Entrada Web]. Asociación Española de Pediatría. Madrid: AEP. Recuperado de: <http://www.aeped.es/grupo-trabajo-actividad-fisica/documentos/consejos-sobre-actividad-fisica-ninos-y-adolescentes>

Comité de los Derechos del Niño (1 de Octubre 2010). Examen de los informes presentados por los Estados partes en virtud del artículo 44 de la Convención sobre los derechos del Niño. Recuperado de: <https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/infancia/DchosInfancia/docs/ObservFinEspana.pdf>

Consejería de Educación y Cultura del Gobierno del Principado de Asturias. (2016). Programa de Educación y Promoción de la Salud en la Escuela (EPS). 2016-2017. [Entrada Web]. Educastur. Recuperado de: <http://www.educastur.es/-/programa-educacion-y-promocion-de-la-salud-en-la-escuela-eps->

- Consejería de Salud y Servicios Sanitarios de Asturias (2017). Nuevo calendario de Vacunación Infantil. Asturias 2016. [Entrada Web]. AsturSalud. Recuperado de: <https://www.asturias.es/portal/site/astursalud/menuitem.2d7ff2df00b62567dbdfb51020688a0c/?vgnnextoid=28e0d7ea1c13c410VgnVCM10000098030a0aRCRD>
- Consejo de Europa (Diciembre de 2006). Recomendación Rec (2006)19 del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre políticas de apoyo al ejercicio positivo de la parentalidad. [Entrada web]. BIENESTARYPROTECCIONINFANTIL.ES. Recuperado de: <http://www.bienestaryproteccioninfantil.es/fuentes1.asp?sec=6&subs=6&cod=674&page=>
- Consejo de la Unión Europea (8 de Julio 2014). Conclusiones del Consejo sobre la nutrición y la actividad física (2014/C 213/01). Diario Oficial de la Unión Europea. Recuperado de: [http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52014XG0708\(01\)&from=ES](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52014XG0708(01)&from=ES)
- Consejo de Ministros Español (5 de abril 2013). II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia (2013-2016): II PENIA. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad-Dirección General de Servicios para la Familia y la Infancia. Recuperado de: http://www.lamoncloa.gob.es/espana/eh15/politicassocial/Documents/PENIA_2013-2016.pdf
- Consejo de Ministros Español (14 de mayo 2015). *Plan Integral de Apoyo a la Familia 2015-2017*. Recuperado de: <https://www.msssi.gob.es/novedades/docs/PIAF-2015-2017.pdf>
- Consejo Superior de Deportes (ed.) (2010a). Directrices de actividad física de la UE: Actuaciones recomendadas para apoyar la actividad física que promueve la salud. Recuperado de: <http://www.planamassd.es/sites/default/files/recursos/directrices-actividad-fisica-ue-web.pdf>

Consejo Superior de Deportes (ed.) (2010b). Plan Integral para la Actividad Física y Deporte: Plan A+D [Folleto]. Recuperado de: <http://www.planamasd.es/sites/default/files/recursos/folleto-plan-a+d.pdf>

Córdoba, R., Camarelles, F., Muñoz, E., Gómez, J., Díaz, D., Ramírez, J.I., ... Cabezas, C. (2014). Recomendaciones sobre el estilo de vida. *Aten Primaria*, 46 (Supl 4), pp.16-23. [http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567\(14\)70048-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567(14)70048-4). Recuperado de: http://ac.els-cdn.com/S0212656714700484/1-s2.0-S0212656714700484-main.pdf?_tid=3ef341ae-ff9b-11e6-8529-00000aab0f26&acdnat=1488495472_32301b6509ddd87d9eaf0243fe15e007

Cristi-Montero, C., Celis-Morales, C., Ramírez-Campillo, R., Aguilar-Farías, Álvarez, C., Rodríguez-Rodríguez, F. (2015). ¡Sedentarismo e inactividad física no son lo mismo!: una actualización de conceptos orientada a la prescripción del ejercicio físico para la salud. *Rev Med Chile*, 143, p. 1089-1090. Recuperado de: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v143n8/art21.pdf>

Cruz, C. (Sin fecha). Modelos de salud causales: biomédico y social. Departamento de medicina preventiva y salud pública-Universidad de Sevilla. Recuperado de: <http://ifdcsanluis.slu.infod.edu.ar/sitio/upload/MODELOS%20biomedico%20y%20ecsocial%20de%20la%20SALUD.pdf>

Dahlgren, G. y Whitehead, M. (2010). Estrategias europeas para la lucha contra las desigualdades sociales en salud: Desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población - Parte 2. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. Recuperado de: <http://www.mspsi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/estrategiasDesigual.pdf>

De Miguel, A. (1999) La percepción de la salud por los españoles. *Rev. Cuenta y Razón*, 113, pp. 12-16. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/7461>

Delamater, A.M., Pulgaron, E.R., Rarback, S., Hernandez, J., Carrillo, A., Christiansen, S. y Severson, H.H. (2013). Web-Based Family Intervention for Overweight

- Children: A Pilot Study. *Childhood Obesity*, 9 (1), pp. 57-63. DOI: 10.1089/chi.2011.0126. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3621342/pdf/chi.2011.0126.pdf>
- Delgado, I., Oliva, A., y Sánchez-Queija, I. (2011). Apego a los iguales durante la adolescencia y la adultez emergente. *Anales de Psicología*, 27 (1), p.155-163. Recuperado de: <http://revistas.um.es/analesps/article/view/113581/107571>
- Dialnet (18 de marzo 2013). *Influencia paterna en la actividad física del adolescente*. [Noticia Web] Universidad de la Rioja. Recuperado de: <https://www.unirioja.es/apnoticias/servlet/Noticias?codnot=2955&accion=detnot>
- Díaz, J. A., Vall, O. y Ruiz, M.A. (2006). Informe Técnico sobre problemas de salud y sociales de la infancia en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado de: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/maternoInfantil/docs/InformeTecnico.pdf>
- Díaz, M.G., Larios, J.O., Mendoza, M^a.L., Moctezuma, L.M., Rangel, V. y Ochoa, C. (2016). La Obesidad escolar. Un problema actual. *Revista Cubana de Alimentación y Nutrición*, 26(1), pp. 137-156. Recuperado de: http://www.revicubalimentanut.sld.cu/Vol_26_1/Articulo_26_1_137_156.pdf
- Dirección General de Salud y Seguridad Alimentaria (ed.) (2017a). Plataforma Europea para la acción en Dieta, Actividad Física y Salud. [Entrada en web] Comisión Europea Salud Pública. Recuperado de: http://ec.europa.eu/health/nutrition_physical_activity/platform/index_es.htm
- Dirección General de Salud y Seguridad Alimentaria (ed.)(2017b). Grupo de Alto Nivel sobre Alimentación y Actividad Física. [Sitio Web]. Comisión Europea Salud Pública. Recuperado de: http://ec.europa.eu/health/nutrition_physical_activity/high_level_group_es

- Doadrio, A.L. (Edt.) (2015). Segundo curso avanzado sobre obesidad. Madrid: Real Academia Nacional de Farmacia. Recuperado de: <http://anales.ranf.com/obesidad2015/files/assets/basic-html/page1.html>
- Domínguez-Vásquez, P., Olivares, S. y Santos, J.L. (2008). Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 58 (3), pp. 249-255.. Recuperado de: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222008000300006&lng=es&tlng=es.
- Domínguez, B., Sánchez, M., Ordóñez, M.A., J. I. Pérez, J.I., Delfrade, J. (2015). Estado nutricional de la población infantil en Asturias (Estudio ESNUPI-AS): delgadez, sobrepeso, obesidad y talla baja. *Pediatría Atención Primaria*, XVII (65), pp. 21-31. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=366638768006>
- Dossierpolitico (ed.) (4 de septiembre 2016). La obesidad Infantil no es considerada un problema de salud para las familias. Recuperado de: <http://www.dossierpolitico.com/vernoticiasanteriores.php?artid=179094&relacion=&tipo=Noticias&categoria=1>
- E.A/Barcelona (22 de junio 2016). España tiene cada vez más obesos. ABC. Recuperado de: http://www.abc.es/sociedad/abci-espana-tiene-cada-mas-obesos-201606221953_noticia.html
- Echauri, M., Pérez, M^a.J. y Lainez, M. (1998). Riesgos y estilos de vida saludables- EDUCAR EN SALUD I: Experiencias de Educación para la Salud en Atención Primaria 1987-1997. Pamplona: Servicio Navarro de Salud. Recuperado de: <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/739B6C29-A767-45BD-A86F-BFC9324AD919/193854/EducarenSaludI.pdf>
- Eddy, L.S., Moral, I., Brotons, C., de Frutos, E., Calvo, M. y Curell, N. (2012). Hábitos de estilo de vida en adolescents con sobrepeso y obesidad (Estudio Obescat). *Rev Pediatr Aten Primaria*, 14, pp. 127-37. Recuperado de: http://www.pap.es/files/1116-1490-pdf/pap54_05INGLES-ESPA.pdf

- Edwards, N. y Davies, B. (2002). Guía de buenas prácticas en enfermería. Fomento de un desarrollo saludable en los adolescentes. Toronto: Asociación profesional de enfermeras de Ontario (RNAO). Recuperado de: http://www.evidenciaencuidados.es/es/attachments/article/46/DesarrolloSaludableAdolescentes_022014.pdf
- EFE-Barcelona (22 de junio 2016). Expertos alertan de la creciente obesidad de los españoles. El Mundo. Recuperado de: <http://www.elmundo.es/salud/2016/06/22/576ab209268e3ebf138b45c7.html>
- EFE-Barcelona (20 de febrero 2017). España es el segundo país de Europa con más obesos. La Vanguardia. Recuperado de: <http://www.lavanguardia.com/vida/20170220/42181978040/espana-es-el-segundo-pais-de-europa-con-mas-obesos.html>
- EFE Murcia (8 de septiembre 2016). [Sanidad pide implicación familias para bajar a niveles medios obesidad niños](http://www.laverdad.es/agencias/murcia/201609/08/sanidad-pide-implicacion-familias-764970.html). La verdad. Recuperado de: <http://www.laverdad.es/agencias/murcia/201609/08/sanidad-pide-implicacion-familias-764970.html>
- Eldiario.es (30 de noviembre 2016). El Gobierno creará un impuesto a las bebidas azucaradas y subirá el tabaco y el alcohol. [Noticia Web]. Recuperado de: http://www.eldiario.es/economia/Gobierno-impuesto-bebidas-azucaradas-alcohol_0_585842278.html
- Escobedo, E. y Grande, A. (2016). Factores familiares que favorecen el sobrepeso y la obesidad infantil. *Biblioteca Lascasas*, 12(1). Recuperado de: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0880.php>
- Esparza, O.A., Carrillo, I.C., Quiñones, J., del Castillo, A., Guzmán, R., Ochoa, S., ... Sánchez, J.C. (2013). Cuestionario de ejercicio basado en el modelo transteórico de la conducta en una muestra mexicana. *Enseñanza e investigación en psicología*, 18 (1), pp. 125-141. Recuperado de: <http://www.cneip.org/documentos/revista/181/9.pdf>

Estudiantes de la Licenciatura de Ciencia y Tecnología de los Alimentos de la Universidad Politécnica de Valencia. (12 de abril 2011). 12 meses, 12 causas: Por una alimentación sana. [Entrada Blog]. FOOD&FUNNY. Recuperado de: <https://foodandfunny.wordpress.com/2011/04/12/12-meses-12-causas-por-una-alimentacion-sana/>

EUFIC (ed.) (3 de Agosto 2004). Por qué comemos lo que comemos: obstáculos al cambio de hábitos alimentarios y de estilo de vida. [Entrada web] EUFIC. Recuperado de: <http://www.eufic.org/es/healthy-living/article/por-que-comemos-lo-que-comemos-obstaculos-al-cambio-de-habitos-alimentarios-y-de-estilo-de-vida>

EUFIC (ed.) (29 de Mayo 2013). The positive influence of family meals on children's food choice. [Entrada web] EUFIC. Recuperado de: <http://www.eufic.org/es/healthy-living/article/the-positive-influence-of-family-meals-on-childrens-food-choice>

Europa Press (8 de febrero 2016). Los niños y adolescentes con hábitos de vida saludables siguen un patrón de dieta más cercano al mediterráneo. La Vanguardia. Recuperado de: <http://www.lavanguardia.com/vida/20160208/301997777805/los-ninos-y-adolescentes-con-habitos-de-vida-saludables-siguen-un-patron-de-dieta-mas-cercano-al-mediterraneo.html>

European Commission (2016). Monitoring the activities of the EU Platform for Action on Diet, Physical Activity and Health. Virginia: ICF Consulting Services Ltd. Recuperado de: http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/nutrition_physical_activity/docs/2016_report_en.pdf

European Union (2014). Plan on Childhood Obesity 2014-2020. Recuperado de: http://ec.europa.eu/health/nutrition_physical_activity/docs/childhoodobesity_action_plan_2014_2020_en.pdf

Facchini, M. (2006). La preocupación por el peso y la figura corporal en las niñas y adolescentes actuales: ¿de dónde proviene?. *Arch Argent Pediatr*, 104(4), pp. 345-350. Recuperado de: <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v104n4/v104n4a12.pdf>

- Falcón, H. (Sin fecha). Historia de la obesidad en el mundo. [Entrada Web]. Monografias.com. Recuperado de: <http://www.monografias.com/trabajos65/historia-obesidad/historia-obesidad.shtml#xobpreh>
- Farrera, C. (25 de agosto 2016). Cenen con sus hijos. La Vanguardia. Recuperado de: <http://www.lavanguardia.com/vida/20160825/404178657932/cenen-con-sus-hijos.html>
- Ferrer, C., Orozco, D. y Román, P. (Coords.) (2012). Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf
- Foglietta, A. (18 de junio 2008). Informe sobre el Libro Blanco «Estrategia europea sobre problemas de salud relacionados con la alimentación, el sobrepeso y la obesidad» (2007/2285(INI)). [Entrada Web]. Parlamento Europeo. Recuperado de: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+REPORT+A6-2008-0256+0+DOC+XML+V0//ES>
- Fominaya, C. (18 de enero 2017). Suspense sin paliativos a la práctica de deporte de los menores españoles. ABC Familia-Educación. Recuperado de: http://www.abc.es/familia/educacion/abci-suspense-sin-paliativos-practica-deporte-menores-espanoles-201701172039_noticia.html
- Frelut M.L. (2011). Obesidad en el adolescente. EMC-Tratado de Medicina, 15 (2), pp. 1-9. [http://dx.doi.org/10.1016/S1636-5410\(11\)71029-7](http://dx.doi.org/10.1016/S1636-5410(11)71029-7). Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1636541011710297>
- Frías-Armenta, M., López-Escobar, A.E. y Díaz-Méndez, S.G. (2003). Predictores de la conducta antisocial juvenil: un modelo ecológico. Estudios de Psicología, 8 (1), p.15-24. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v8n1/17231.pdf>
- Fundación Alicia (2016). Contexto-Programa TAS (Tú y Alicia por la Salud). Recuperado de: <http://programatas.com/contexto/>

Fundación Atresmedia (2017). Objetivo Bienestar Junior [Programa antena 3.com].
Recuperado de: <http://www.antena3.com/objetivo-bienestar-junior/>

Fundación Dieta Mediterránea (ed.) (2010). ¿Qué es la Dieta Mediterránea?. [Apartado Web]. Madrid: Ministerio de Agricultura y Pesca. Recuperado de:
<http://dietamediterranea.com/nutricion-saludable-ejercicio-fisico/>

Fundación Eroski (ed.) (sin fecha). Como alimentarnos según nuestra edad. Adolescencia 12 a 18 años: Pautas para alimentarse bien [Guía Web]. Eroski Consumer Trabajo y Alimentación. Recuperado de:
<http://trabajoyalimentacion.consumer.es/adolescencia/pautas-para-alimentarse-bien>

Fundación Eroski (ed.) (sin fecha). Como alimentarnos según nuestra edad. Adolescencia 12 a 18 años. Es un error.... [Guía Web]. Eroski Consumer Trabajo y Alimentación. Recuperado de: <http://trabajoyalimentacion.consumer.es/adolescencia/es-un-error>

Fundación Eroski (ed.) (sin fecha). Como alimentarnos según nuestra edad. Adolescencia 12 a 18 años. Introducción. [Guía Web]. Eroski Consumer Trabajo y Alimentación. Recuperado de: <http://trabajoyalimentacion.consumer.es/adolescencia/introduccion>

FUNDADEPS. Fundación de Educación para la Salud (2012). La familia como agente de salud: manual del monitor. Madrid: CEAPA. Recuperado de:
<https://www.ceapa.es/sites/default/files/Documentos/La%20familia%20como%20agente%20de%20salud.pdf>

Fundación para la Investigación Nutricional. (2016). Informe 2016 sobre Actividad Física en niños y adolescentes en España. Recuperado de:
<http://www.activehealthykids.org/wp-content/uploads/2016/11/spain-report-card-long-form-2016.pdf>

Fuster, V. (2010). Monstruos supersanos: hábitos saludables para toda la vida. Barcelona: Planeta.

García, B. (2016). La Obesidad infantil: estado de la cuestión y posibles líneas de investigación futura. *Revista sobre la infancia y la adolescencia*, 10, pp. 77-97.
<http://dx.doi.org/10.4995/reinad.2016.3718>. Recuperado de:

<https://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/73296/3718-18363-1-PB.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

García, E. (2009). La actividad física y el adolescente. *Efdeportes.com*, 14 (131). Recuperado de: <http://www.efdeportes.com/efd131/la-actividad-fisica-y-el-adolescente.htm>

García, E. (2015). Teoría Ecológica. [Entrada Blog]. Teoría de los Sistemas Ecológicos de Urie Bronfenbrenner. Recuperado de: <http://teoriaecologica123.blogspot.com.es/>

García, I. (2014). El sentido de coherencia en la adolescencia: La contribución de la familia y otros contextos a su desarrollo y su repercusión sobre la salud. [Tesis Doctoral]. Universidad de Sevilla, Dpto. de Psicología Evolutiva y de la Educación, España. Recuperado de: http://fondosdigitales.us.es/media/thesis/2288/Y_TD_PS-PROV33.pdf

García, M^a A., Muñoz, R., Conejo, G., Rueda, A.M^a, Sánchez, J. y Garrucho, G. (2012). Influencia de los hábitos de alimentación y actividad física de los padres y madres en sus hijos/as adolescentes. Sevilla: Observatorio de la Salud-Servicio de Salud-Ayto. de Sevilla. Recuperado de: http://biblioteca.ucm.es/data/cont/media/www/pag-25745/INFORME_ESTUDIO%20INFLUENCIA%20H%C3%81BITOS%20PADRES-HIJOS.pdf

García-Laguna, D.G., García-Salamanca, G.P., Tapiero-Paipa, Y.T., y Ramos C., D.M. (2012). Determinantes de los estilos de vida y su implicación en la salud de jóvenes universitarios. *Hacia la Promoción de la Salud*, 17 (2), pp.169–185. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126826012>

García-Portilla, P. (2012). Ritmo sueño-vigilia. [Presentación online]. Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental-Universidad de Oviedo. Recuperado de: <http://www.unioviedo.es/psiquiatria/docencia/material/PSICOLOGIAMEDICA/2012-13/28PM-SUENO.pdf>

- Garn, S. M. (1985). Continuities and changes in fatness from infancy through adulthood. *Current problems in pediatrics*, 15(2), P.P 1-47 [http://dx.doi.org/10.1016/0045-9380\(85\)90015-5](http://dx.doi.org/10.1016/0045-9380(85)90015-5)
- Garrido, F.J (Ed. Coord.) (2014a). De los 12 a los 14 años: Consejos para las familias. En Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales (Ed.), Programa de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía-Guías y consejos para familias-Consejos en cada visita individual, pp. 104-105. Sevilla: Junta de Andalucía. Recuperado de: http://si.easp.es/psiaa/wp-content/uploads/consejos_visitas_individuales_oct15.pdf
- Garrido, F.J (Ed. Coord.) (2014b). De los 9 a los 11 años: Consejos para las familias. En Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales (Ed.), Programa de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía-Guías y consejos para familias-Consejos en cada visita individual, pp. 91-100. Sevilla: Junta de Andalucía. Recuperado de: http://si.easp.es/psiaa/wp-content/uploads/consejos_visitas_individuales_oct15.pdf
- Garrido, F.J (Ed. Coord.) (2014c). El arte de educar. En Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales (Ed.), Programa de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía-Guías y consejos para familias-Guías temáticas para familias, pp. 73-81. Sevilla: Junta de Andalucía. Recuperado de: http://si.easp.es/psiaa/wp-content/uploads/2014/09/consejos_familias.pdf
- Garrido, F.J (Ed. Coord.) (2014d). Llego la Adolescencia. En Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales (Ed.), Programa de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía-Guías y consejos para familias-Guías temáticas para familias, pp. 91-101. Sevilla: Junta de Andalucía. Recuperado de: http://si.easp.es/psiaa/wp-content/uploads/2014/09/consejos_familias.pdf
- Garrido, M^a. Mojarro, S. y Marín Cañado, C. (9 de agosto 2016). Estilo de vida obesogénico como consecuencia de la obesidad actual. [Artículo Web]. Revista Médica electrónica-PortalesMedicos.com. Recuperado de: <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/estilo-vida-obesogenico/>

- Gavin, M.L. (marzo 2013). Cuantas horas de sueño necesito. [Artículo Web]. TeensHealth from Nemours. Recuperado de: <http://kidshealth.org/es/teens/how-much-sleep-esp.html>
- Gavin, M.L. (septiembre 2014). La actividad física y su hijo de 13 a 18 años. [Sitio Web] KidsHealth from Nemours. Recuperado de: <http://kidshealth.org/es/parents/fitness-13-18-esp.html?WT.ac=p-ra>
- Gifre, M. y Guitart, M.E. (2012). Consideraciones educativas de la perspectiva ecológica de Urie Bronfenbrenner. Contextos Educativos, 15, pp. 79-92. <http://dx.doi.org/10.18172/con.656>. Recuperado de: <https://publicaciones.unirioja.es/ojs/index.php/contextos/article/view/656>
- Gimeno, A. (1999). *La familia: El desafío de la diversidad*. ISBN: 9788434408807. Barcelona: Ariel
- Giraldo, A., Toro, M^a Y., Macías, A.M^a., Valencia, C.A. y Palacio, S. (2010). La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Hacia la Promoción de la Salud*, 15 (1), pp. 128 – 143. ISSN 0121-7577. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v15n1/v15n1a09.pdf>
- Gobierno del Principado de Asturias (ed.) (2017a). Acciones dirigidas a las familias: Taller “Menú Escolar-Menú Familiar”. [Entrada en web]. asturSalud- Portal de Salud del Principado de Asturias. Recuperado de: <https://www.asturias.es/portal/site/astursalud/menuitem.2d7ff2df00b62567dbdfb51020688a0c/?vgnnextoid=5df45f75a235f210VgnVCM10000098030a0aRCRD>
- Gobierno del Principado de Asturias (ed.) (2017b). Alimentación Saludable y de Producción Ecológica en los Comedores Escolares de Asturias. [Entrada en web] asturSalud- Portal de Salud del Principado de Asturias. Recuperado de: <https://www.asturias.es/portal/site/astursalud/menuitem.2d7ff2df00b62567dbdfb51020688a0c/?vgnnextoid=5df45f75a235f210VgnVCM10000098030a0aRCRD>
- Gobierno del Principado de Asturias (ed.) (2017c). Comedores Escolares-Seguimiento 2012/2013. [Entrada en web]. asturSalud- Portal de Salud del Principado de

Asturias. Recuperado de:
<https://www.asturias.es/portal/site/astursalud/menuitem.2d7ff2df00b62567dbdfb51020688a0c/?vgnextoid=5df45f75a235f210VgnVCM10000098030a0aRCRD>

Gobierno del Principado de Asturias (ed.) (2017d). Comedores Escolares-Seguimiento 2011/2012. [Entrada en web]. asturSalud- Portal de Salud del Principado de Asturias. Recuperado de:
<https://www.asturias.es/portal/site/astursalud/menuitem.2d7ff2df00b62567dbdfb51020688a0c/?vgnextoid=5df45f75a235f210VgnVCM10000098030a0aRCRD>

Golden, N.H., Schneider, M. y Wood, Ch. (2016). Preventing Obesity and Eating Disorders in Adolescents. *Pediatrics*, 138 (3), pp. e1-e12. DOI: 10.1542/peds.2016-1649. Recuperado de:
<http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2016/08/18/peds.2016-1649>

Goldfarb, S.S., Tarver, W.L., Locher, J.L., Preskitt, J. & Sen, B. (2015). A systematic review of the association between family meals and adolescent risk outcomes. *Journal of Adolescence*, 44, p.134-149. Recuperado de:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26275745>

Gómez, L.F. (2007). Conducta alimentaria, hábitos alimentarios y puericultura de la alimentación. En Sociedad colombiana de pediatría, Curso continuo de actualización en Pediatría: CCAP, 7 (4), pp. 38-50. Recuperado de:
<https://scp.com.co/descargascrianza/Conducta%20alimentaria,%20h%C3%A1bitos%20alimentarios%20y%20puericultura%20de%20la%20alimentaci%C3%B3n.pdf>

Gómez, S.F., Nicodemo, C. (2015). Calidad de dieta y sedentarismo: relación con el estado ponderal de la población infantil española. *Revista Seguridad y Promoción de la Salud-Fundación MAPFRE*. Año 35 (138), pp 6-19. Recuperado de:
<http://www.mapfre.com/fundacion/html/revistas/seguridad/n138/es/articulo1.html>

González, E.J. (28 de noviembre 2014). Obesidad, el gran problema económico de la sanidad. *Periodista Digital-Economía de la Vida*. Recuperado de:
<http://www.periodistadigital.com/economia-de-la->

[vida/finanzas/2014/11/28/obesidad-gran-problema-economico-sanidad-economia-vida-emilio-gonzalez.shtml](http://www.vida-finanzas.com/2014/11/28/obesidad-gran-problema-economico-sanidad-economia-vida-emilio-gonzalez.shtml)

González, M., Tur, J.A. (2015). Actividad física y sedentarismo en niños y adolescentes en España. En M. Rivero Urgell et al (Eds.). Libro Blanco de la Nutrición Infantil en España (pp. 365-369). Zaragoza-España: Cátedra Ordesa de Nutrición Infantil de la Universidad de Zaragoza y Prensas de la Universidad de Zaragoza. Recuperado de: http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/libro_blanco_de_la_nutricion_infantil.pdf

González, W.J. (2009). Características socioeconómicas, familiares y ambientales en niños obesos de la Parroquia Antimano – Caracas. *Revista de Ciencias Sociales*, XV (2), pp. 235 – 244. Recuperado de: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S1315-95182009000200004&script=sci_arttext

Government Office for Science. (2007). Reducing obesity: obesity system map. [Entrada Web]. Recuperado de: <https://www.gov.uk/government/publications/reducing-obesity-obesity-system-map>

Grandes, G., Sánchez, A., Cortada, J.M., Calderon, C., Balague, L, Millan, E.,... Vergara, I. (2008). Informe de evaluación D-08-07.Estrategias útiles para la promoción de estilos de vida saludables en atención primaria de salud. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Recuperado de: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/2008_osteba_publicacion/es_def/adjuntos/D_08_07_estilos_vida.pdf

Gray, L., Leyland, A.H. (2008). Overweight status and psychological well-being in adolescent boys and girls: a multilevel analysis. *European Journal of Public Health*, 18 (6), pp. 616-621. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckn044> . Recuperado de: <https://academic.oup.com/eurpub/article/18/6/616/576007/Overweight-status-and-psychological-well-being-in>

Grinspun, D. y Moreno, T. (Coords.)(2014).Guía de buenas prácticas clínicas. Prevención Primaria de Obesidad Infantil. Ontario: RNAO- investen isciiii. Recuperado de:

http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/D0020_Primary_Prevention_of_Childhood_Obesity_11-es.pdf

Gruber, K.J. y Haldeman, L.A. (2009). Using the Family to Combat Childhood and Adult Obesity. *Preventing Chronic Disease*, 6 (3), pp. 1-10. Recuperado de: https://www.cdc.gov/pcd/issues/2009/Jul/pdf/08_0191.pdf

Grupo de Trabajo de Formación en promoción y educación para la salud (2003). Formación en promoción y educación para la salud. Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado de: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/formacionSalud.pdf>

Grupo de trabajo de la GPC sobre trastornos del Sueño en la Infancia y adolescencia en Atención Primaria. (2011). Guía de Práctica Clínica sobre trastornos del Sueño en la Infancia y adolescencia en Atención Primaria. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación. Recuperado de: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_489_Trastorno_sue%C3%B1o_infadol_Lain_E_ntr_compl.pdf

Grupo de trabajo Sector Sanitario-Sector Deportivo. (2015). Actividad Física para la Salud y Reducción del Sedentarismo. Recomendaciones para la población. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad- Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Recuperado de: https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Recomendaciones_ActivFisica_para_la_Salud.pdf

Güemes-Hidalgo, M. y Muñoz-Calvo, M.T. (2015). Obesidad en la infancia y adolescencia. *Pediatr Integral*, XIX (6), pp. 412 – 427. Recuperado de: <http://www.pediatrintegral.es/publicacion-2015-07/obesidad-en-la-infancia-y-adolescencia/>

- Guerrero, L.R. y León, A. (2010). Estilo de vida y salud: un problema socioeducativo, antecedentes. *Educere*, 14 (49), pp. 287-295. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/356/35617102005.pdf>
- Guevara-Valtier, M.C., Espinoza-Martínez, D.P., Paz-Morales, M^a. A., Gutiérrez-Valverde, J.M., Landeros-Olvera, E.A. y Castillo Zacarías, R.G. (2015). Estilos de vida e índice de masa corporal en adolescentes universitarios de Monterrey, México. *Rev enferm Herediana*, 8 (1), pp.29-33. DOI: <http://dx.doi.org/10.20453/renh.v8i1.2539>. Recuperado de: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/view/2539>
- Gutiérrez, I. (7 de junio 2015). La dieta mediterránea: estilo de vida y patrón alimentario. IBERDIVULGA [entrada web]. Recuperado de: <http://www.oei.es/historico/divulgacioncientifica/?La-dieta-mediterranea-estilo-de>
- Harrison, K., Bost, K., McBride, B., Donovan, S., Grigsby-Toussaint, D., Kim, J., ... Costa, G. (2011). Toward a Developmental Conceptualization of Contributors to Overweight and Obesity in Childhood: The Six-Cs Model. *Child Development Perspectives*, 5(1), pp. 50 - 58. DOI: 10.1111/j.1750-8606.2010.00150.x. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/227722786_Toward_a_Developmental_Conceptualization_of_Contributors_to_Overweight_and_Obesity_in_Childhood_The_Six-Cs_Model
- HBSC España (2017a). HBSC España 2014. [Entrada Web]. [Health Behaviour in School-aged Children](#) España. Recuperado de: <http://grupo.us.es/estudiohbsc/index.php/es/hbsc-espana>
- HBSC España (2017b). Presentación del estudio HBSC: [Health Behaviour in School-aged Children](#). [Entrada en la web]. HBSC España. Recuperado de: <http://grupo.us.es/estudiohbsc/index.php/es/>
- Hernández, H. (2010). Modelo de Creencias de Salud y Obesidad: Un Estudio de los Adolescentes de la Provincia de Guadalajara. [Tesis Doctoral]. Universidad Alcalá de Henares, Departamento de Psicopedagogía y Educación Física, España.

Recuperado de:
<http://dspace.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/9024/TESIS%20HELENA%20HERNANDEZ%20MARTINEZ.pdf?sequence=1>

Hidalgo, M^a.I. (2016). La Salud del adolescente. *Adolescere*, 4 (3), pp. 3-5. Recuperado de:
http://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol4num3-2016/03_editorial.pdf

Ibáñez, J. y Martínez, C. (2007). Guía de hábitos saludables para jóvenes. Navarra: Instituto Navarro de Deportes y Juventud. Recuperado de:
<https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/2671D8EA-1642-4853-BC06-39A670C1C039/189142/GUIADEHABITOS.pdf>

Iglesias, J.L. (2016). Adolescente y familia. *ADOLESCERE*, IV (3), pp. 45-52. Recuperado de:
https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol4num3-2016/45_adolescencia_y_familia.pdf

INE. (2014). Encuesta Europea de Salud en España (EESE). Recuperado de:
http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Tend_salud_30_indic.pdf

INE (2017a). Encuesta Continua de Hogares 2015. [sede web]. Recuperado de:
http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176952&menu=ultiDatos&idp=1254735572981

INE (2017b). Encuesta de condiciones de vida. Base 2013 - Año 2015. [Entrada Web]. 02INEbase. Recuperado de:
http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176807&menu=ultiDatos&idp=1254735976608

INE (2017c). Encuesta de Población Activa - Trimestre 4/2016. [Entrada Web]. 02INEbase. Recuperado de:
http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176918&menu=ultiDatos&idp=1254735976595

- INE (2017d). Encuesta de presupuestos familiares. Base 2006 - Año 2015. [Entrada Web].
02INEbase. Recuperado de:
http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176806&menu=ultiDatos&idp=1254735976608
- Instituto de Adicciones de Madrid Salud (Coord.) y Osasun Ekintza (Coord.) (2006). Programa de educación para la salud: Modulo 1 Salud-enfermedad. Madrid:
Recuperado de:
<http://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Salud/Publicaciones/Folletos/Folleto%20IA/Documentos%20tecnicos/mod1.pdf>
- Instituto de Salud Carlos III- ISCIII (2017a). Red de Salud Materno Infantil y del Desarrollo-SAMID. [Web]. REDSAMID. Recuperado de:
<http://www.redsamid.net/es/>
- Instituto de Salud Carlos III- ISCIII (2017b). El problema de la obesidad. [Entrada Web]. CiberObn iscii. Recuperado de: <http://www.ciberobn.es/quienes-somos/el-problema-de-la-obesidad>
- Instituto DKV de la Vida Saludable y Fundación THao. (ed.) (2014). Estudio observacional sobre la socialización que ejercen los padres sobre los niños y niñas. Recuperado de:
<http://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/descargar.aspx?id=4436&tipo=documento>
- Jáuregui, I. (2011). Sobrepeso y obesidad como factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria. *Medicina Clínica*, 136(14), pp.625–626. doi:10.1016/j.medcli.2010.10.016. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-sobrepeso-obesidad-como-factores-riesgo-S0025775310010432>
- Jiménez, F.S. (Enero 2005). Diferencias entre hábitos, prácticas y costumbres alimentarias. [Publicación Web]. Red peruana de alimentación y nutrición. Recuperado de:
https://issuu.com/redperuananutricion/docs/py_001ok

- Kaufer-Horwitz, M. y Toussaint, G. (2008). Indicadores antropométricos para evaluar sobrepeso y obesidad en pediatría. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 65 (6), pp. 502-518. ISSN 1665-1146. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462008000600009&lng=es&tlng=es.
- Key Melatonin Clavis health for longevity (8 de Agosto 2009). El sueño de los adolescentes. [Artículo Web]. Melatonina.es. Recuperado de: <http://www.melatonina.es/articulos/166-2009-08-08.html>
- Leis, R. y Gil, M. (2015). Obesidad y enfermedades asociadas. En M. Rivero Urgell et al (Eds.), Libro Blanco de la Nutrición Infantil en España (pp. 157-164). Zaragoza-España: Cátedra Ordesa de Nutrición Infantil de la Universidad de Zaragoza y Prensas de la Universidad de Zaragoza. Recuperado de: http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/libro_blanco_de_la_nutricion_infantil.pdf
- Lindsay, A.C., Sussner, K.M., Kim, J.y Gortmaker, S. (2006). The role of parents in preventing childhood obesity. *The Future of Children*, 16(1), pp. 169-86. Recuperado de <http://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ795887.pdf>
- Liria, R. (2012). Consecuencias de la obesidad en el niño y el adolescente: un problema que requiere atención. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 29(3), pp.357-60. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v29n3/a10v29n3.pdf>
- Ljungvall, A., Gerdtham, U.G. y Lindblad, U. (2015). Misreporting and misclassification: implications for socioeconomic disparities in body-mass index and obesity. *Eur J Health Econ*, 16, pp. 5–20. DOI 10.1007/s10198-013-0545-5. Recuperado de: <http://link.springer.com/article/10.1007/s10198-013-0545-5>
- Llada, R. (2014). Tendencia de la prevalencia de obesidad infantil y adolescente en Oviedo durante dos décadas 1992-2012. [Tesis Doctoral]. Universidad de Oviedo, Facultad de Ciencias de la Salud, España. Recuperado de: <http://digibuo.uniovi.es/dspace/handle/10651/29703>

- LOMONACO (2013). El descanso en la adolescencia. [Entrada Web]. SALUD.ideal.es.
Recuperado de: <http://salud.ideal.es/lomonaco/1394-el-descanso-en-la-adolescencia.html>
- López-Barajas, E. (6 de mayo 2015). La familia “humus” fértil del amor. [Noticia web] Hacer familia. Recuperado de <http://www.hacerfamilia.com/firmasinvitadas/noticia-familia-humus-fertil-amor-20150506093026.html>
- López, C. y Treasure, J. (2011). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. REV. MED. CLIN. CONDES, 22(1), p. 85 – 97. Recuperado de:
https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2011/1%20enero/10_PS_Lopez-12.pdf
- Madruga, D. y Pedrón, C. (2002). Alimentación del Adolescente. En AEP (Ed.), *Protocolos Diagnósticos y Terapéuticos en Pediatría*, pp. 303-310. Recuperado de:
https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/1-alimentacion_adolescente.pdf
- Magaz, A. y García, E.M. (1998). *PEE: Perfil de estilos educativos*. Cruces-Barakaldo: Albor-Cohs. Recuperado de: <http://xtec.cat/crp-girones/formacio/documents/proves.pdf>
- Margolles, M. y Donate, I. (Coords.) (2010). I encuesta de salud infantil en Asturias 2009: Informe. Principado de Asturias: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Recuperado de:
https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/As_Vigilancia/Encuesta%20de%20Salud/Informe%20final%20ESIA09.pdf
- Martin, L.J. y Zieve, D. (22 de agosto 2016). Los adolescentes y el sueño. [Entrada Web]. MedlinePlus. Recuperado de:
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000872.htm>
- Martínez, A. y Grupo PrrevInfad (5 de diciembre 2014). La actividad física en la adolescencia: un hábito saludable para mente y cuerpo. [Sitio Web] Familia y

Salud. Recuperado de: <http://www.familiaysalud.es/crecemos/la-pubertad/la-actividad-fisica-en-la-adolescencia-un-habito-saludable-para-mente-y-cuerpo>

Martínez, F. (2008). Juan Rof Carballo y la Medicina Psicosomática: Entre la teoría J.Rof Carballo y la praxis A.Fernández-Cruz. Madrid: Díaz de Santos. Recuperado de: <http://www.editdiazdesantos.com/wwwdat/pdf/9788479788513.pdf>

Martínez, M., Rico, S., Rodríguez, F.J., Gil, G. y Calderón, J.F. (2016). Influencia del entorno familiar en el desarrollo del sobrepeso y obesidad infantil en Valverde de Leganés. *Eur. J. Develop. Educa. Psychop.*, 4 (1), pp. 17-29. doi: 10.1989/ejpad.v4i1.32 Recuperado de: <http://formacionasunivep.com/ejpad/index.php/journal/article/view/32>

Martínez, R. (1994). El concepto, la precepción de salud y la práctica de estilos de vida saludables. [Tesis doctoral]. Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería, México. Recuperado de: <http://eprints.uanl.mx/6836/1/1020072198.PDF>

Martínez, R.A, Pérez, H., y Álvarez, L., (2007). Estrategias para prevenir y afrontar conflictos en las relaciones familiares (padres e hijos): Informe de investigación 2006. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Recuperado de: <http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/documentos/Estrategias-prevenir-afrontar-conflictos.pdf>

Masalán, M.P., Sequeida, J. y Ortiz, M. (2013). Sueño en escolares y adolescentes, su importancia y promoción a través de programas educativos. *Rev Chil Pediatr*, 84 (5), pp. 554-564. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062013000500012>. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062013000500012

Mayor, L.I. (1995). El cambio en las conductas adictivas. *Revista de Psicología de la PUCP*, Vol. XIII (2), pp. 129-142. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4629534.pdf>

- Melguizo, E. y Alzate, M.L. (2008). Creencias y prácticas en el cuidado de la salud. Rev. Avances en Enfermería, 26(1), pp. 112-123. Recuperado de: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12891/13649>
- Mendis, S., Armstrong, T., Bettcher, D., Branca, F., Lauer, J., Mace, C., ...Stevens, G. (2014). Informe sobre la salud mundial de las enfermedades no transmisibles 2014. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149296/1/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf
- Mendizábal, J. A. y Anzures, B. (1999). La familia y el adolescente. Revista Medica del Hospital General de Mexico, 62 (3), pp. 191-197. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/h-gral/hg-1999/hg993g.pdf>
- Menza, V. y Probart, C. (2013). Hábitos y estilos de vida saludables: Alcanzando un tamaño y peso corporal saludables. En Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (Ed.), *Alimentarnos bien para estar sanos*, pp.267-291. Roma: FAO. Recuperado de: <http://www.fao.org/docrep/019/i3261s/i3261s00.htm>
- Merema, M.R., Sullivan, D.L., Pollard, C.M., Abraham, J.A., Tomlin, S.M., and Radomiljac, A.L. (2016). [Parents' perception of their child's weight status and intention to intervene: a Western Australian cross-sectional population survey, 2009–12.](#) *Austral N Zealand J Publ Health*, 40 (1), pp. 68-70. DOI: 10.1111/1753-6405.12483
- Merino, B., González, E., Aznar, S., Webster, T. y López, J. (2006). Actividad física y salud en la infancia y adolescencia: Guía para todas las personas que participan en su educación. Bilbao: Ministerio de Educación y Ciencia y Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado de: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/adultos/actiFisica/docs/ActividadFisicaSaludEspanol.pdf>
- Merino, H., Pombo, M.G. y Godás, A. (2001). Evaluación de las actitudes alimentarias y la satisfacción corporal en una muestra de adolescentes. *Psicothema*, 13 (4), pp.

539-545. ISSN 0214 – 9915. Recuperado de:
<http://www.psicothema.com/pdf/476.pdf>

Merino, M. y Pin, G. (2013). Trastornos del sueño durante la adolescencia. *Adolescere*, 1 (3), pp. 29-66. Recuperado de:
<https://www.adolescenciasema.org/usuario/documentos/9-el-insomnio-del-adolescente.pdf>

Ministerio de Sanidad y Consumo (2005). Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad: Estrategia NAOS. Madrid: Agencia Española de seguridad Alimentaria. Recuperado de:
http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/estrategia_naos.pdf

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014). Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS: En el marco del abordaje de la cronicidad en el SNS. Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de:
<https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/EstrategiaPromocionSaludyPrevencionSNS.pdf>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). Encuesta Europea de Salud en España (ESEE) 2014. Recuperado de:
https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Enc_Eur_Salud_en_Esp_2014.htm

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015). Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España 2015: Estudio ALADINO 2015. Madrid: AECOSAN. Recuperado de:
http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/detalle/aladino_2015.htm

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2017). Estilos de Vida saludable. [Web]. Recuperado de <http://www.estilosdevidasaludable.msssi.gob.es/>

- Miquelez, E., Te, S., Regidor, E., Van, W., Vik, F.N., Fernandez-Alvira, J.M., ... Kunst, A. (2015). Hábitos de vida y estilos de cuidado de los progenitores relacionados con la obesidad infantil. Comparación de una población Española con poblaciones de países del Norte de Europa: ENERGY-Project. *Rev. Esp. Salud Pública*, 89 (5). <http://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272015000500009>. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272015000500009&lang=pt
- Montesinos, R., Salido, J., Buscató, N., Bellver, I. y Gómez, O. (2014). Guía para las familias: cómo promover hábitos saludables y el desarrollo socioeducativo en niños y niñas a través del ocio y del tiempo libre. Madrid: CEAPA. Recuperado de: <http://www.fundadeys.org/recursos/documentos/674/Guia-HabitosSaludablesOcio-CEAPA.pdf>
- Montserrat, D. (2016). No podemos prescindir de nadie para conseguir objetivos que son comunes a todos los españoles. En X Convención NAOS: Madrid 2016, 7 de Noviembre. Madrid: AECOSAN. Recuperado de: http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/noticias_y_actualizaciones/noticias/2016/X_convencion_NAOS_IX.htm
- Moore, K. G., & Bailey, J. H. (2013). Parental Perspectives of a Childhood Obesity Intervention in Mississippi: A Phenomenological Study. *The Qualitative Report*, 18(48), 1-22. Recuperado de: <http://nsuworks.nova.edu/tqr/vol18/iss48/2>
- Moreno, C.; Muñoz-Tinoco, V.; Pérez, P.; Sánchez-Queija, I.; Granado, M.C.; Ramos, P. y Rivera, F. (2008). [Desarrollo adolescente y salud. Resultados del Estudio HBSC-2006 con chicos y chicas asturianos de 11 a 17 años.](#) Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Recuperado de: <http://grupo.us.es/estudiohbsc/index.php/es/hbsc-comunidades-autonomas/asturias>
- Moreno, C., Ramos, P., Rivera, F., Jiménez-Iglesias, A., García, I., Sánchez-Queija, I., ... Granado, M^a. C. (2012). Las conductas relacionadas con la salud y el desarrollo de los adolescentes españoles. Resultados del estudio HBSC-2010 con chicos y chicas españoles de 11 a 18 años. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e

Igualdad. Recuperado de:
http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/estudioHBSC/docs/HBSC2010/HBSC2010_Completo.pdf

Moreno, C., Ramos, P., Rivera, F., Sánchez-Queija, I., Jiménez-Iglesias, A., García-Moya, I.,... Fuchs, N. (2013). *Los estilos de vida y la salud de los adolescentes españoles a lo largo de la primera década del milenio. El estudio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2002-2006-2010*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de:
http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/estudioHBSC/docs/Comparativo2002a2010/Comparativo2002_2006_2010.pdf

Moreno, C., Ramos, P., Rivera, F., Jiménez-Iglesias, A., García, I., Sánchez-Queija, I., ... Morgan, A. (2016a). Informe técnico de los resultados obtenidos por el Estudio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2014 en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de:
https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/estudioHBSC/docs/HBSC2014/HBSC2014_InformeTecnico.pdf

Moreno, C., Ramos, P., Rivera, F., Jiménez-Iglesias, A., García, I., Sánchez-Queija, I., ... Morgan, A. (2016b). Informe de resultados preliminares HBSC-2014 dirigidos a los centros educativos participantes en el estudio: CENTRO ISIDRO PARGA PONDAL. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de:
<http://www.edu.xunta.gal/centros/iesisidropargapondal/system/files/Cuestionario%20h%C3%A1bitos.pdf>

Moreno, E. y Gil, J. (2003). El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. I: Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3(1), pp. 91-109. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56030105>

- Moreno, J.M. y Galiano, M.J. (2016). Nutrición del adolescente con enfermedad crónica. *Adolescere*, 4 (3), pp. 20-30. Recuperado de: http://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol4num3-2016/20_nutricion_en_el_adolescente_en_situaciones_especiales.pdf
- Muñoz, I. (2 de febrero 2017). España suspende en la prevención de la salud en los centros educativos. RSS-Periódico de la responsabilidad social sociosanitaria. Recuperado de: <https://www.responsabilidadsociosanitaria.com/secciones/politica-sociosanitaria/la-prevencion-de-la-salud-desde-la-escuela-sigue-siendo-una-asignatura-pendiente-en-espana-8133>
- Muñoz, J.C. (2004). Hábitos y estilos de vida en relación con la actividad física en la educación primaria. *Rev. Efdeportes.com*, 10 (79). Recuperado de: <http://www.efdeportes.com/efd79/habitos.htm>
- Murphy, E.M. (2005). *Entender a la gente e influir sobre ella*. En C. Díaz (Ed.), S.Adkins-Blanc (Coord.), La promoción de comportamientos saludables, *Boletín de Salud* n° 2, pp. 4-10. Washington, DC: Population Reference Bureau. Recuperado de: http://www.prb.org/pdf06/PromotingHealthyBehavior_SP.pdf
- Neumark-Sztainer, D. (2005). Preventing the Broad Spectrum of Weight-Related Problems: Working with Parents to Help Teens Achieve a Healthy Weight and a Positive Body Image. *Journal of Nutrition Education and behavior*, 37 (2), Pp. S133-S139. Recuperado de: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=337c6cd3-e20b-4aac-89b2-d429ecf7c08d%40sessionmgr101>
- National Institutes of Health (26 de septiembre 2012). ¿ Cuales son las causas del sobrepeso y la obesidad?. [Articulo Web]. NIH. National Heart, Lung and Blood Institute. Recuperado de: <https://www.nhlbi.nih.gov/health-spanish/health-topics/temas/obe/causes>
- Navas-Carretero, S. (2016). Obesidad infantil. Causas, consecuencias y soluciones. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 39 (3), pp. 345-346. Recuperado de: <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/53488/33163>

- Nuviala, A., Ruiz, F. y García, M^a E. (2003) Tiempo libre, ocio y actividad física en los adolescentes. La influencia de los padres. *Retos. Nuevas tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, 6, pp. 13-20. Recuperado de: <http://ruizjuan.retos.org/pdf/08.pdf>
- Observatorio de Salud en Asturias: OBSA. (2016). Indicadores de Salud-Estilos de Vida-Prevalencia de Obesidad Infantil. Recuperado de: <http://www.obsaludasturias.com/obsa/?indicador=prevalencia-de-obesidad-infantil&tipo=0&anio=2016>
- Ocampo-Barrio, P, y Pérez-Mejía, A.N. (2010). Creencias y percepciones de las personas obesas acerca de la obesidad. *Semergen*, 36(6), p.325–331. DOI: 10.1016/j.semereg.2010.01.006 Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-creencias-percepciones-las-personas-obesas-S1138359310000808>
- Oliva, A., Hidalgo, V., Martín, D., Parra, A., Ríos, M. y Vallejo, R. (2007). Programa de Apoyo a madres y padres de adolescentes. Sevilla: Consejería de Salud-Junta de Andalucía. Recuperado de: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/adolescencia/programa_apoyo_padres_adolescentes/programa_de_apoyo_a_madres_y_padres_de_adolescentes.pdf
- OMS. (1983). *Nuevos métodos de educación sanitaria en la atención primaria de salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Informe técnico 690. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/38777/1/WHO_TRS_690_spa.pdf
- OMS. (1986). Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud. En Primera Conferencia Internacional sobre Fomento de la Salud: Ottawa- Canadá 2006, 17–21 de noviembre. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: http://www.famp.es/racs/intranet/otras_secciones/documentos/CARTA%20DE%20OTTAWA.pdf

- OMS. (1989). Educación para la Salud: Manual sobre educación sanitaria en atención primaria de salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/38660>
- OMS. (1998). Promoción de la Salud Glosario. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>
- OMS-Oficina Regional Europea. (1998). Salud para todos en el siglo XXI. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado de: http://www.famp.es/racs/intranet/otras_secciones/documentos/SALUD%2021.pdf
- OMS-57ª Asamblea Mundial de la Salud. (22 de Mayo de 2004). Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y salud. Ginebra: Organización Mundial de la salud. Recuperado de: http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf
- OMS. (2013). Plan de acción mundial para la prevención y control de las Enfermedades no Transmisibles 2013-2020: Proyecto revisado y actualizado. Recuperado de: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/15032013_updated_revised_draft_action_plan_spanish.pdf
- OMS. (2014). Salud para los Adolescentes del Mundo: Una segunda oportunidad en la segunda década. Ginebra: Servicio de Producción de Documentos de la OMS. Recuperado de: http://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/WHO_FWC_MCA_14.05_spa.pdf?ua=1
- OMS. (2015a). Competencias básicas en materia de salud y desarrollo de los adolescentes para los proveedores de atención primaria. Ginebra: OMS. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/178251/1/9789243508313_spa.pdf?ua=1
- OMS. (2015b). Enfermedades no transmisibles. [Nota descriptiva online]. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>

- OMS. (2016a). Obesidad y sobrepeso. (Nota descriptiva N°311). Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- OMS. (2016b). Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones. [Nota descriptiva online]. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>
- OMS. (2016c). [Informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil](#). Ginebra: Servicio de publicaciones de la OMS. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206450/1/9789243510064_spa.pdf?ua=1
- OMS. (2016d). Comisión para acabar con la obesidad infantil. [69.^a Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 23 al 28 de mayo]. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/events/2016/wha69/es/>
- OMS. (2017a). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. La actividad física en los jóvenes: Niveles recomendados de actividad física para la salud de 5 a 17 años. [Programas y Proyectos Web].. Recuperado de: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_young_people/es/
- OMS. (2017b). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Inactividad Física: Un problema de salud pública mundial. [Programas y proyectos online]. Recuperado de: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_inactivity/es/
- OMS. (2017c). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Actividad Física. [Programas y proyectos online]. Recuperado de: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>
- OMS. (2017d). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud: Recomendaciones mundiales sobre la actividad física para la salud. [Programas y proyectos online]. Recuperado de: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/es/
- OMS. (2017e). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud: El papel de los padres. Recuperado de: http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_parents/es/

OMS. (2017f). Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente: Salud del Adolescente. Desarrollo en la adolescencia. [Programas y proyectos online]. Recuperado de: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

Organización de Consumidores. (12 de diciembre 2014). El nuevo etiquetado de alimentos ya está aquí. [Noticia Web]. Recuperado de: <https://www.ocu.org/alimentacion/seguridad-alimentaria/noticias/nuevo-etiquetado-alimentos-en-vigor>

Organización de Consumidores. (2016). Obesidad infantil: un peaje para el futuro. OCU-Salud, 124, pp. 14-18

Ortega, F.B, Sui, X., Lavie, C.J. y Blair, S.N. (2016). Body Mass Index, the Most Widely Used But Also Widely Criticized Index: Would a Criterion Standard Measure of Total Body Fat Be a Better Predictor of Cardiovascular Disease Mortality?. *Mayo Clinic Proceedings*, 91(4), pp.443-55. doi: 10.1016/j.mayocp.2016.01.008. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26948431>

Ortega F.B., Ruiz, J. R., Castillo, M.J., Moreno, L.A., González-Gross, M., Wärnberg, J.,... Grupo AVENA (2005). Bajo nivel de forma física en los adolescentes españoles. Importancia para la salud cardiovascular futura (Estudio AVENA). *Rev Esp Cardiol.*, 58(8), p.898-909. Recuperado de: <http://www.revespcardiol.org/es/bajo-nivel-forma-fisica-los/articulo/13078126/>

Ortega, M^a.C. (2014). La familia como agente promotor de estilos de vida saludables. Madrid: The Family Watch. Recuperado de: <http://www.fundacionfade.org/aula-virtual-fade/familia/81-la-familia-como-agente-promotor-de-estilos-de-vida-saludables/file>

Ortega, R.M., López, A.M., Perea, J.M., González, L.G., Villalobos, T., Perez, N.,... Labrado, E. (2013). Estudio Aladino: Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España 2011. Madrid: Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de: 368

http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/detalle/estudio_ALADINO.htm

Ortega, R.M., López, A.M., Aparicio, A., González, L.G., Navia, B., Perea, J.M.,... Labrado, E. (2014). Estudio ALADINO: Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España 2013. Madrid: Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de: http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/detalle/iniciativa_COSI.htm

Ortega, R.M., López-Sobaler, A.M., Aparicio, A., González, L.G., Navia, B., Perea, J.M.,... Labrado, E. (2016). Estudio Aladino 2015: Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España 2015. Madrid: Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de: http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/observatorio/Estudio_ALADINO_2015.pdf

Ortiz, R., (21 de febrero 2011). Patrones alimentarios: guías nutricionales. [Presentación Virtual]. Repositorio Institucional de la Universidad de Alicante: RUA. Recuperado de : <http://hdl.handle.net/10045/16328>

Osorio, J., Weisstaub, G. y Castillo, C. Carlos. (2002). Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. *Revista chilena de nutrición*, 29(3), pp. 280-285. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182002000300002>. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182002000300002

Oviedo, G.L. (2004). La definición del concepto de percepción en psicología con base en la Teoría de la Gestalt. *Rev. de Estudios Sociales*, 18, pp. 89-96. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/res/n18/n18a10.pdf>

Palenzuela, S.M., Pérez, A., Pérula, L.A., Fernández, J.A. y Maldonado, J. (2014). La alimentación del adolescente. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 37 (1), pp. 47-58. <http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272014000100006> Recuperado de: http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v37n1/05_palenzuela.pdf

- Pallares, J. y Baile, J.I. (2012). Estudio de la obesidad infantil y su relación con la imagen corporal en una muestra española. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 6(2), pp. 13-21. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2972/297225788001.pdf>
- Pallaruelo, S. (2012). Prevención y educación en Obesidad Infantil. [Trabajo Fin de Master]. Universidad Pública de Navarra, Facultad de Medicina, España. Recuperado de: <http://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/5683/OBESIDAD%20INFANTIL.pdf?sequence=1>
- Paruthi, S., Brooks, L.J., D'Ambrosio, C., Hall, W.A., Kotagal, S., Lloyd, ... Wise, M.S. (2016). Recommended amount of sleep for pediatric populations: a consensus statement of the American Academy of Sleep Medicine. *J Clin Sleep Med*, 12(6), p.785–786. Recuperado de: <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/articulosparaprofesionales/documentos/Neurologiaysaludmental/Pediatricsleepdurationconsensus.pdf>
- Pastor, Y., Balaguer, I., y García, M.L. (1998). Dimensiones del estilo de vida relacionado con la salud en la adolescencia: una revisión. *Rev. de Psicología General y Aplicada*, 51 (4-4), pp. 469-483. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2498026.pdf>
- Patton, G.C., Coffey, C., Cappa, C., Currie, D., Riley, L., Gore, F., ... Ferguson, J. (2012). Health of the world's adolescents: a synthesis of internationally comparable data. *The Lancet*, 379 (9826), pp.1665-1675. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60203-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60203-7). Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673612602037>
- Peña, M. (sin fecha). Inactividad Física: Sedentarismo. [Entrada web]. Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social. Recuperado de: <http://www.institutoeuropeo.es/inactividad-fisica-sedentarismo/>
- Perea, R. (2001) La educación para la salud, reto de nuestro tiempo. *Rev. Educación XXI*, 4, pp. 15-40. Recuperado de: <http://revistas.uned.es/index.php/educacionXXI/article/viewFile/361/314>

- Perez, C., Gil, A., González, M., Ortega R.M^a., Serra, Ll., Varela, G. y Aranceta, J. (2016) Clustering of Dietary Patterns, Lifestyles, and Overweight among Spanish Children and Adolescents in the ANIBES Study. *Nutrients*, 8(11), pp.1-17. doi:10.3390/nu8010011. Recuperado de: <http://www.mdpi.com/2072-6643/8/1/11>
- Pérez, M^a. J., Echauri, M., Ancizu, E. y Chocarro, J. (2006). Manual de Educación para la salud. Navarra: Instituto de Salud Pública. Recuperado de: <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/049B3858-F993-4B2F-9E33-2002E652EBA2/194026/MANUALdeeducacionparalasalud.pdf>
- Pikolin (30 de enero 2012). El sueño en la adolescencia. [Entrada Blog]. Pikolin. Recuperado de: <http://www.pikolin.com/es/blog/el-sueno-en-la-adolescencia/>
- Poma, M^a.L. (2017). Factores de actividad física y nivel socioeconómico que influye en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en escolares de la institución educativa n° 42238 Enrique Pallardelle de la ciudad de Tacna – 2015. [Tesis Doctoral]. Universidad Nacional del Altiplano, Facultad de Ciencias de la Salud, Perú.
- Power, T.G., Sleddens, E.F., Berge, J., Connell, L., Govig, B., Hennessy, E., ... St George, S.M. (2013). Contemporary research on parenting: conceptual, methodological, and translational issues. *Childhood Obesity*, 9, pp. S87-S94. DOI: 10.1089/chi.2013.0038. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23944927>
- Pyper, E. Harrington, D. y Manson, H. (2016). The impact of different types of parental support behaviours on child physical activity, healthy eating, and screen time: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 16 (568), pp. 1-15. DOI 10.1186/s12889-016-3245-0. Recuperado de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4995744/pdf/12889_2016_Article_3245.pdf
- Raich, R.M^a. (8 de febrero 2008). Los Trastornos Alimentarios, Obesidad y Sobrepeso. [Entrada web]. INFOCOP ONLINE. Recuperado de: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=1728

- Ramos, A. (2016). La educación para la salud ante el problema de la obesidad infantil. [Trabajo Fin de Grado]. Universidad de Valladolid, Facultad de Educación, Segovia. Recuperado de: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/17473/1/TFG-B.844.pdf>
- Ramos, M^a.P. (2010). Estilos de vida y salud en la adolescencia. [Tesis Doctoral] Universidad de Sevilla, Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, España. Recuperado de: <http://www.injuve.es/observatorio/tesis-doctorales/estilos-de-vida-y-salud-en-la-adolescencia>
- Redacción (1 de septiembre 2016). Procura que tus hijos se diviertan en el exterior, lejos de la tecnología. Noroeste. Recuperado de: <http://www.noroeste.com.mx/publicaciones/view/procura-que-tus-hijos-se-diviertan-en-el-exterior-lejos-de-la-tecnologa-1044752>
- Redacción (2 de septiembre 2016). La obesidad Infantil no es considerada un problema de salud para las familias. Sonora en Equipo. Recuperado de: <http://www.sonoraenequipo.com.mx/destacadas/la-obesidad-infantil-no-considerada-problema-salud-las-familias/>
- Redacción elexpress (19 de noviembre 2016). Cambiar patrones de alimentación poblacional tardará 15 años: experta. Express. Recuperado de: http://www.elexpres.com/2015/nota.php?story_id=122622#.WDHjM1YyNKc.facebook
- Revenga, J. (6 de mayo 2016). El último clavo en el ataúd del Índice de Masa Corporal como indicador de salud. [Entrada Web]. NAUTAS. Recuperado de: <http://naukas.com/2016/05/06/ultimo-clavo-ataud-del-indice-masa-corporal-indicador-salud/>
- Rhee, K.E., Lumeng, J.C., Appugliese, D.P., Kaciroti, N. y Bradley, R.H. (2006). Parenting Styles and Overweight Status in First Grade. *Pediatrics*, 117 (6), PP. 2047-2054. DOI: 10.1542/peds.2005-2259 Recuperado de: <http://pediatrics.aappublications.org/content/117/6/2047.full.html>

- Riquelme, M. (2012). Metodología de educación para la salud. *Rev Pediatr Aten Primaria*, 21, pp. 77-82. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v14s22/11_sup22_pap.pdf
- Robinson, E. y Sutin, A.R. (2017). Parents' Perceptions of Their Children as Overweight and Children's Weight Concerns and Weight Gain. *Psychological Science*, pp. 1-10. <https://doi.org/10.1177/0956797616682027>. Recuperado de: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0956797616682027>
- Robledo T. (2015). La estrategia NAOS. Trayectoria y principales líneas de intervención en prevención de la obesidad infantil. *Canarias Pediátrica*, 39 (2), pp.72-75. Recuperado de: <http://portal.scptfe.com/wp-content/uploads/2015/07/3.d.pdf>
- Rodrigo, M^a.J. y Acuña, M. (1996). La organización de actividades cotidianas de los niños: un análisis del currículum educativo familiar. *Cultura y Educación*, 8(4), pp. 19-30.
- Rodrigo, M^a, J., Márquez, M^a.L., García, M., Mendoza, R., Rubio, A., Martínez, A. y Martín, J.C. (2004). Relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescencia. *Psicothema*, 16 (2), pp. 203-210. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/1183.pdf>
- Rodrigo, M^a, J., Márquez, M^a.L., García, M., Medina, A., Martínez, M^a. A. y Martín, J.C. (2006). La influencia de las características personales y contextuales en los estilos de vida en la adolescencia: aplicaciones para la intervención en contextos de riesgo psicosocial. *Anuario de Psicología*, 37 (3), pp. 259-276. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/39109514_La_influencia_de_las_caracteristicas_personales_y_contextuales_en_los_estilos_de_vida_en_la_adolescencia_aplicaciones_para_la_intervencion_en_contextos_de_riesgo_psicosocial
- Rodrigo, M^a.J., Máiquez, M^a.L.; Martín, J.C. (2010a). La educación parental como recurso psicoeducativo para promover la parentalidad positiva. Madrid: FEMP. Recuperado de <https://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/docs/eduParentalRecEducativo.pdf>
- Rodrigo, M^a.J., Martín, J.C. y Máiquez, M^a L. (2010b). Vivir la adolescencia en familia: Programa de apoyo psicoeducativo para promover la convivencia familiar.

- Canarias: Asociación Hestia para la Intervención e Investigación Familiar, Psicoeducativa y Social. Recuperado de: <http://portal.asociacionhestia.org/proyectos/vlaef.html>
- Rodríguez, A., Novalbos, J.P., Villagrán, S., Martínez, J.M. y Lechuga, J.L. (2012). La percepción del sobrepeso y la obesidad infantil por parte de los progenitores. *Rev. Esp. Salud Publica*, 86 (5), pp.483-494. Recuperado de http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v86n5/03_original1.pdf
- Rodríguez, L. y Garrido, M. (2016). Adolescente con pérdida de peso. *Adolescere*, 4 (3), pp. 53-60. Recuperado de: http://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol4num3-2016/53_adolescente_con_perdida_de_peso.pdf
- Roselló, B. (10 de septiembre 2007). Los beneficios de comer en familia. *El mundo.es SALUD*. Recuperado de: <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2007/09/07/medicina/1189183443.html>
- Rothman, K.J. (2008). BMI-related errors in the measurement of obesity. *International Journal of Obesity*, 32, pp. S56–S59. doi:10.1038/ijo.2008.87. Recuperado de: <http://www.nature.com/ijo/journal/v32/n1s/pdf/ijo200887a.pdf>
- Roux, P. (2016) Acciones de la UE para luchar contra la obesidad y promover estilos de vida más saludables: Boletín Salud-UE 114 [Entrada en web] Comisión Europea-Salud Pública. Recuperado de: http://ec.europa.eu/health/newsletter/114/focus_newsletter_es.htm
- Rozin, P. (12 de septiembre 2014). Comportamiento alimentario humano. Estrategias para afrontar el problema de la obesidad. En *Serie Científica Latinoamericana* (Ed.) Simposio Vida Activa y Saludable, 11 y 12 de septiembre 2014. Buenos Aires. Recuperado de: <http://www.seriecientifica.org/es/2014/comportamiento-alimentario-humano-estrategias-para-enfrentar-la-epidemia-de-obesidad>
- Ruiz, J. y Jiménez, A.I. (2016). Alimentación del adolescente en situaciones especiales: embarazo, lactancia y deporte. *Adolescere*, 4 (3), pp. 31-44. Recuperado de:

http://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol4num3-2016/31_alimentacion_en_el_adollescente.pdf

Sacchi, M., Hausberger, M. y Pereyra, A. (2007). Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. *Salud Colectiva*, 3(3), pp. 271-283. Recuperado de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652007000300005

Salmerón, M.A. y Casas, J. (2013). Problemas de salud en la adolescencia. *Pediatr Integral*, XVII (2), p. 94-100. Recuperado de: <https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2013/xvii02/02/94-100%20Problemas.pdf>

Saludemia (2017). Descanso y sueño - En Profundidad - Sueño de los adolescentes. [Entrada Web]. Saludemia.com Recuperado de: <http://www.saludemia.com/-/descanso-y-sueno>

San Mauro, I., Garicano, E., Cordobés M., Díaz, P., Cevallos, V., Pina, D.,... Paredes, V. (2016). Exceso ponderal infantil y adolescente: factores modificables, herencia genética y percepción de la imagen corporal. *Rev Pediatr Aten Primaria*, 18, pp. e199-e208. Recuperado de: http://www.pap.es/files/1116-2224-pdf/RPAP_72_Exceso_Ponderal.pdf

Sánchez, V. (5 de diciembre 2012). ¿Es la percepción de la salud, un buen indicador del estado de salud real?. [Entrada Blog]. Blog dels estudis de ciències de la salut. Facultat de Ciències de la Salut de Manresa. Recuperado de: <http://blocs.umanresa.cat/ciencies-de-la-salut/2012/12/05/es-la-percepcion-de-la-salud-un-buen-indicador-del-estado-de-salud-real/>

Sanchez-Cruz, J.J., Jiménez-Moleón, J.J., Fernández-Quesada, F., y Sánchez, M^a.J. (2013). La prevalencia de la obesidad infantil y juvenil en España en 2012. *Rev. Española de Cardiología*, 66 (5), pp. 371-376. DOI: 10.1016/j.recesp.2012.10.016. Recuperado de: <http://www.revespcardiol.org/es/prevalencia-obesidad-infantil-juvenil-espana/articulo/90198744/>

- Santinelli, M.P. (2011) Hábitos alimentarios y estilo de vida en adolescentes de 13 a 17 años de edad, que concurren a la Escuela Secundaria de Pavón Arriba, de la provincia de Santa Fe. [Tesis Doctoral]. Universidad de Abierta Interamericana, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Argentina. Recuperado de: <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC110709.pdf>
- Santos, J. La alimentación y la salud a través de los refranes populares [Entrada en página web]. *Esfera Salud*. UCM, Madrid: Sociedad Española de Educación para la Salud, Formación y Desarrollo Profesional. Recuperado de: <http://esferasalud.com/alimentacion-salud/alimentacion-salud-refranes-populares>
- Sanz, E., Ponce-de-León, A. y Valdemoros, M^a.A. (2012). Parental predictors of physical inactivity in Spanish adolescents. *Journal of Sports Science and Medicine*, 11, pp. 95-101. Recuperado de: <http://www.jssm.org/vol11/n1/14/v11n1-14pdf.pdf>
- Sawyer, S.M., Afifi, R.A., Bearinger, L.H., Blakemore, S., Dick, B., Ezech, A.C. y Patton, G.C. (2012). Adolescence: a foundation for future health. *The Lancet*, 379 (9826), pp.1630-1640. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60072-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60072-5). Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673612600725>
- Schnel, M. (2014). Creencias y alimentación. *Anales Venezolanos de Nutrición*, 27 (1), pp. 88-95. Recuperado de: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-07522014000100013&lng=es&tlng=es.
- Seher, Ch.L. (April, 2011). Parent-Child Interaction During Feeding:How It May Influence Kids' Weight and Relationship With Food. [Entrada web]. *Today's Dietitian*. Recuperado de: <http://www.todaysdietitian.com/newarchives/040511p32.shtml>
- Serie Científica Latinoamericana. (8 de julio 2013). Aspectos sociales del apetito [Entada Web]. Recuperado de: <http://www.seriecientifica.org/es/serie-cientifica-latinoamericana-2013/aspectos-sociales-del-apetito>

- Serie Científica Latinoamericana. (2014). Que es un ambiente obesogénico. [Entrada Web]. Recuperado de <http://www.seriecientifica.org/es/serie-cientifica-latinoamericana-2013/que-es-un-ambiente-obesogenico>
- Serra, LL., Ribas, L., Aranceta, J., Pérez, C., Saavedra, P. y Peña, L. (2003). Obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del Estudio enKid (1998-2000). Medicina Clínica, 121(19), pp. 725-32. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-obesidad-infantil-juvenil-espana-resultados-13054970>
- Setien, M. (6 de diciembre 2016). Hay que educar a los padres para que los niños coman bien. ABC Familia-Vida Sana. Recuperado de: http://www.abc.es/familia/vida-sana/abci-educar-padres-para-ninos-coman-bien-201612051733_noticia.html
- Sevilla, M. (14 de mayo 2016a). Autoestima y adolescentes: consejos para aumentarla. D.Medicina.com. Recuperado de: <http://www.dmedicina.com/familia-y-embarazo/adolescencia/2016/05/14/autoestima-adolescentes-consejos-aumentarla-112751.html>
- Sevilla, M. (8 de noviembre 2016b). Obesidad: causas y soluciones en los adolescentes. DMEDICINA.com. Recuperado de: <http://www.dmedicina.com/familia-y-embarazo/adolescencia/2016/11/12/dia-mundial-obesidad-causas-soluciones-adolescentes-134635.html>
- Skelton, J.A., Buehler, C., Irby, M.B. y Grzywacz, J.G. (2012). Where are family theories in family-based obesity treatment?: conceptualizing the study of families in pediatric weight management. International Journal of Obesity, 36 (7), pp.891–900. doi:10.1038/ijo.2012.56. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3977510/pdf/nihms566728.pdf>
- Sonora en Equipo (ed.) (2 de septiembre 2016). La obesidad Infantil no es considerada un problema de salud para las familias. Recuperado de: <http://www.sonoraenequipo.com.mx/destacadas/la-obesidad-infantil-no-considerada-problema-salud-las-familias/>

- Soteras, A. (9 de febrero 2016). Estudio ANIBES: Casi el 77% de los menores sigue un patrón de vida poco saludable. EFE: SALUD. Recuperado de: <http://www.efesalud.com/noticias/estudio-anibes-casi-el-77-de-ninos-y-adolescentes-sigue-un-patron-de-vida-poco-saludable/>
- Suverza, A. (2010) La educación para la salud como estrategia para la promoción de estilos de vida saludable para los alumnos de la universidad iberoamericana ciudad de México. [Tesis Doctoral]. Universidad Iberoamericana, Dpto. de Educación, Mexico. Recuperado de: <http://www.bib.uia.mx/tesis/pdf/015267/015267.pdf>
- Taheri S. (2006). The link between short sleep duration and obesity: we should recommend more sleep to prevent obesity. Arch Dis Child, 91, pp.881-4. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2082964/pdf/881.pdf>
- The Economist Intelligence Unit. (2016). Cómo hacer frente a la obesidad en España: La necesidad de una mayor concienciación e integración de políticas. Recuperado de: https://www.eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/images/ConfrontingobesityinSpain_Spanishversion.pdf
- The Lancet (25 de Abril 2012). Adolescent Health 2012. [web site]. Recuperado de: <http://www.thelancet.com/series/adolescent-health-2012>
- Tirado, F., Barbancho, F.J., Prieto, J., y Moreno, A. (2004). Influencia de los hábitos televisivos infantiles sobre la alimentación y el sobrepeso (II). *Revista Cubana de Enfermería*, 20 (3). Recuperado de: http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol20_3_04/enf06304.htm
- Todas las mujeres, todos los niños. (2015). Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente: Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030). [Publicaciones online]. Recuperado de: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/women-deliver-global-strategy/es/
- Tomiya, A. J. y Hunger, J. (31 de marzo 2016). UCLA faculty voice: Body mass index perpetuates stigmas and indicates little about health. [Entrada Web]. UCLA

- Newsroom. Recuperado de: <http://newsroom.ucla.edu/stories/ucla-faculty-voice-body-mass-index-perpetuates-stigmas-and-indicates-little-about-health>
- Toro, V. (4 de febrero 2017). ¿Cuánto necesitan dormir los adolescentes?. [Artículo Web] About en español. Recuperado de: <http://adolescentes.about.com/od/Saludable/a/Cu-Anto-Necesitan-Dormir-Los-Adolescentes.htm>
- Torregrosa, A.Mª. (16 de marzo 2013). Fisioterapia y prevención. [Artículo Blog]. Cuaderno de bitácora. Recuperado de: <http://atpfisioterapia.blogspot.com.es/2013/03/fisioterapia-y-prevencion.html>
- Torregrosa, A. Mª. (20 de marzo 2013). La importancia de la familia en la Educación para la Salud. [Entrada Blog]. Cuaderno de Bitacora. Recuperado de: <http://atpfisioterapia.blogspot.com.es/2013/03/la-importancia-de-la-familia-en-la.html>
- Troncoso, A. (2011). Programa Piloto Escolar de Referencia para la Salud y el Ejercicio contra la Obesidad: Programa PERSEO. En V Convención NAOS: Madrid 2011, 25 de Octubre. Madrid: AECOSAN. Recuperado de: http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/4._Ana_Troncoso_-_Programa_PERSEO.pdf
- Twig, G., Yaniv, G., Levine, H., Leiba, A., Goldberger, N., Derazne, E., ... Kark, J.D. (2016). Body Mass Index in 2.3 Million Adolescents and Cardiovascular Death in Adulthood. *The new england journal of medicine*, 374 (25), pp.2430-40. DOI: 10.1056/NEJMoa1503840. Recuperado de: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1503840?query=pediatrics&#t=articleTop>
- UNICEF (ed.) (2011). Estado Mundial de la Infancia 2011: La adolescencia una época de oportunidades. Recuperado de: <http://www.unicef.org/spanish/sowc2011/>
- Universidad de Murcia. (Sin fecha). La percepción [Artículo online]. Recuperado de: <http://www.um.es/docencia/pguardio/documentos/percepcion.pdf>

- Valerio, M^a. (15 de marzo 2016). Las adolescentes se ven gordas. El mundo. Recuperado de: <http://www.elmundo.es/salud/2016/03/15/56e70990e2704e89528b45d7.html>
- Varea, V., Moreno, L. (2015). Nutrición en la Adolescencia. En M. Rivero Urgell et al (Eds.). Libro Blanco de la Nutrición Infantil en España (pp. 123-130). Zaragoza-España: Cátedra Ordesa de Nutrición Infantil de la Universidad de Zaragoza y Prensas de la Universidad de Zaragoza. Recuperado de: http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/libro_blanco_de_la_nutricion_infantil.pdf
- Vargas, L. M^a. (1994). Sobre el concepto de percepción. *Alteridades*, 4 (8), pp. 47-53. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/747/74711353004.pdf>.
- Veiga, O.L., Martínez, D. (2008). Guía para una escuela activa y saludable: Orientaciones para los centros de Educación Primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo-Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Recuperado de: http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/educanaos/profesores_escuela_activa.pdf
- Veses, A.M^a., Martínez-Gómez, D., Gómez-Martínez, S., Zapatera, B., Veiga, O.L. y Marcos, A. (2011). Association between excessive body fat and eating-disorder risk in adolescents: The AFINOS Study. *Medicina Clínica*, 136(14), 620–622. doi:10.1016/j.medcli.2010.09.042 Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-association-between-excessive-body-fat-S0025775310010328>
- Videra-García, A. y Reigal-Garrido, R. (2013) Autoconcepto físico, percepción de salud y satisfacción vital en una muestra de adolescentes. *Anales de psicología*, 29 (1), pp. 141-147 <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.1.132401>. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/pdf/ap/v29n1/psico_evolutiva4.pdf

- Vignolo, J., Vacarezza, M., Alvarez, C. y Sosa, A. (2011) Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch Med Interna*, XXXIII (1), pp.11-14. Recuperado de: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>
- Vilallonga, R., Moreno, J.M., Yeste, D., Sanchez, R., Casanueva, F., Santolaya, F.,... Ruiz, J.C. (2016). Initial Approach to Childhood Obesity in Spain. A Multisociety Expert Panel Assessment. *Obesity Surgery* DOI: 10.1007/s11695-016-2413-8. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27752806>
- Villa, J.M^a, Ruiz, E. y Ferrer, J.L. (2006). Antecedentes y concepto de educación para la salud: Documento de apoyo a las actividades de Educación para la Salud 4. Mérida: Consejería de Sanidad y Consumo. Junta de Extremadura. Recuperado de: <http://saludextremadura.gobex.es/documents/19231/562422/Antecedentes+y+Conceptos+de+EpS.pdf>
- Villalba, C. (1993). *Redes Sociales: Un concepto con importantes implicaciones en la intervención comunitaria*. *Intervencion Psicosocial*, 2 (4), pp. 69-85. Recuperado de: <http://www.psychosocial-intervention.org/&numero=51993241&articulo=51081>
- Villalvilla, D. (coord.) (2014). Abordaje del sedentarismo y obesidad infantil desde la perspectiva familiar y comunitaria en atención primaria. En Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad-AECOSAN (coord.), ponencia presentada en la VIII Convención NAOS 2014, 4 de noviembre. Madrid. Recuperado de http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/3.PONENCIA_DEFINITIVA_NAOS_FAECAP_Diego_J_Villalvilla.pdf
- Viner, R.M., Ozer, E.M., Denny, S., Marmot, M., Resnick, M., Fatusi, A. y Candace Currie, C. (2012). Adolescence and the social determinants of health. *The Lancet*, 379 (9826), Pp. 1641–1652. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60149-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60149-4).
Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673612601494>
- Vitoria, I., Correcher, P. y Dalmau, J. (2016). La nutrición del adolescente. *Adolescere*, 4 (3), pp. 6-18. Recuperado de:

http://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol4num3-2016/06_la_nutricion_del_adolacente.pdf

Walker, S. P., Wachs, T. D., Gardner, J. M., Lozoff, B., Wasserman, G. A., Pollitt, E.,... International Child Development Steering Group. (2007). Child development in developing countries 2. Child development: Risk factors for adverse outcomes in developing countries. *The Lancet*, 369, 145–157. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60076-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60076-2). Recuperado de:

[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(07\)60076-2/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)60076-2/abstract)

Wärnberg, J., Ruiz, J.R., Ortega, F.B., Romeo, J., González-Gross, M., L.A. Moreno, L.A., ... Marcos, A. (2006). Estudio AVENA* (alimentación y valoración del estado nutricional en adolescentes). Resultados obtenidos 2003-2006. Recuperado de: http://deporteparatodos.com/imagenes/documentacion/ficheros/20070302095755estudio_avena.pdf

Watts, A.W., A. Loth, K., Berge, J.M., Larson, N. Y Neumark-Sztainer, D. (2016). No Time for Family Meals? Parenting Practices Associated with Adolescent Fruit and Vegetable Intake When Family Meals Are Not an Option. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. [Article in Press]. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jand.2016.10.026>. Recuperado de: [http://www.andjrn.org/article/S2212-2672\(16\)31331-4/fulltext](http://www.andjrn.org/article/S2212-2672(16)31331-4/fulltext)

Webmaster de Psicología. (Sin fecha). Los niños aprenden lo que ven en sus padres. Elportaldelhombre.com. Recuperado de: <http://www.elportaldelhombre.com/con-hijos/item/627-ninos-aprenden-del-ejemplo-padres>

Whitaker, R.C., Wright, J.A., Pepe, M.S., Seidel, K.D. y Dietz, W.H. (1997). Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *The New England Journal of Medicine*, 337 (13), pp. 869-73. DOI: 10.1056/NEJM199709253371301. Recuperado de: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199709253371301#t=article>

World Health Organization. (2014a) Health for the world's adolescents. A second chance in the second decade: Adolescents' health-related behaviours. Behaviours affecting current and future health—obesity and physical activity. [web site]. Recuperado de: <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/section4/page5/Obesity-&-physical-activity.html>

World Health Organization. (2014b) Marco mundial AA-HA!* para agilizar la adopción de medidas en favor de la salud de los adolescentes. [Folleto] Recuperado de: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/adolescent-health-global-framework-brochure-es.pdf?ua=1

World Health organization. (2014c). European Food and Nutrition Action Plan 2015–2020. In Regional Committee for Europe (Ed). 64th session, 15-18 september 2014. Copenhagen-Denmark: Regional Office for Europe. Retrieved from: http://www.sennutricion.org/media/Docs_Consenso/European_Food_and_Nutrition_Action_Plan_2015-2020-OMS_2014.pdf

World Health Organization. (2014d). Health for the world's adolescents. A second chance in the second decade: Adolescents' health-related behaviours-Key points. [web site]. Recuperado de <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/section4>

World Health Organization. (2017a). Maternal, newborn, child and adolescent health. Health for the world's adolescents- Programme [web site]. Recuperado de: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/second-decade/en/

World Health Organization. (2017b). Proportion of young people who think they are too fat 11, 13 and 15-year olds. [Graph in the web]. World Health Organization Regional Office for Europe. Recuperado de: http://portal.euro.who.int/en/visualizations/horizontal-bar-charts/hbsc_19_body_image_4/

World Health Organization-Regional Office for Europe (2007). *European charter on counteracting obesity*. En World Health Organization (ed.). Ministerial Conference on Counteracting Obesity: Istanbul-Turkey 2006, 15-17 November, pp 19-24.

Recuperado de:
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/96459/E90143.pdf

World Health Organization-Regional office for Europe (2013, 5 de Julio). Vienna Declaration on Nutrition and Noncommunicable Diseases in the Context of Health 2020. Recuperado de:
http://www.medicosypacientes.com/sites/default/files/Declaracion%20Viena_1.pdf

World Obesity Federation (2015a). Overweight / Obesity by age category Spain. [Entrada Web]. World Obesity. Recuperado de:
<http://www.worldobesity.org/resources/overweight-obesity-age-category/?map=age-children#country=ESP>

World Obesity Federation (2015b). World map of obesity. [Entrada Web]. World Obesity. Recuperado de: <http://www.worldobesity.org/resources/world-map-obesity/>

Zayas, G. M^a. , Chiong, D., Díaz, Y., Torriente, A. y Herrera, X. (2002). Obesidad en la infancia: Diagnóstico y tratamiento. Revista Cubana de Pediatría, 74 (3), p. 233-239. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/ped/v74n3/ped073202.pdf>

6. ANEXOS

Anexo 1. Visto Bueno del Comité de Ética

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias C/ Callesno Villamil s/n 33006-Oviedo Tfno: 985.10.79.27/985.10.90.29 e-mail: ceir_asturias@hsa.es Área Sanitaria

Oviedo, 19 de Febrero de 2015

El Comité Ético de Investigación Clínica Regional del Principado de Asturias, ha revisado el Proyecto de Investigación n° 30/15, titulado: "LAS NECESIDADES SOCIOEDUCATIVAS DE LAS FAMILIAS RESPECTO AL IMC (ÍNDICE DE MASA CORPORAL), LA ACTIVIDAD FÍSICA Y ESTADO NUTRICIONAL DE SUS HIJOS COMO DETERMINANTES DE LA PREVALENCIA DE LA OBESIDAD INFANTIL." Investigadora Principal Dña. Yolanda Cotiello Cuera DUE del C.P. Venta las Ranas (Villaviciosa). Tesis Doctoral.

El Comité ha tomado el acuerdo de considerar que el citado proyecto reúne las condiciones éticas necesarias para poder realizarse y en consecuencia emite su autorización.

Le recuerdo que deberá guardarse la máxima confidencialidad de los datos utilizados en este proyecto.



Pdo: Eduardo Arnedez Moral
Secretario del Comité Ético de Investigación
Clínica Regional del Principado de Asturias



CUESTIONARIO PREGUNTAS ABIERTAS

Buenos días,

Según lo acordado por teléfono reenvío enlaces del Blog y facebook que he creado con motivo de la realización de mi estudio de doctorado y espero les sea de utilidad

- Blog (<http://obesidadinfantilfamilia.blogspot.com.es/>)
- Perfil de Facebook (Familiasturiana Obesidad Infantil)
- Página web de Facebook: <https://www.facebook.com/familiasobesidadinfantil/>

Por otra parte quería robarle un poco más de su tiempo pidiéndole responda a las siguientes preguntas:

1. A la hora de educar a su hijo/a ¿Cómo se definiría como madre o padre? Por favor comente su respuesta.

2. A la edad de su hijo/a ¿Cree que es difícil educarlo? Por favor comente su respuesta

3. ¿Qué preocupaciones le surgen al educar a su hijo/a?

Centrándonos ahora en cuestiones referentes a la alimentación y actividad de su hijo/a, por favor continúe respondiendo a las siguientes preguntas:

4. ¿Qué dificultades/problemas encuentra habitualmente para organizar y regular la alimentación de su hijo/a?

5. ¿Qué actividades físicas realiza su hijo/a?

6. ¿Encuentra alguna dificultad para motivarle y animarle en la realización de actividades físicas?

7. ¿Qué pediría a los centros escolares para ayudarle ante estas cuestiones de alimentación y actividad física?

8. ¿Qué les pediría a los centros de salud para ayudarle también con estos temas?

Muchas gracias por su participación y colaboración en este estudio. Recuerde que si le surge alguna duda o quiere comentar algún aspecto más específico puede contactar conmigo a través del teléfono 985.89.93.51 (CS Venta las Ranas) o del correo electrónico obesidadinfantil.familia@gmail.com

Reciba un cordial saludo

Yolanda Cotiello Cueria

ANEXO 3 DIFICULTADES EN CUANTO ALIMENTACION DEL HIJO/A

Todas las dificultades posibles “generalizar” (10)

- En esta edad no quiere engordar y come muy mal. Hay que estar encima de ella)
- Que mi hijo no come todo lo que ella hace
- Darle la alimentación adecuada ya que come poca cantidad
- Es muy difícil hacerle entender que lo que sugieres es bueno para él
- Que es un desordenado y no come nada
- Que solo come lo que le gusta
- Pues es difícil porque es muy mal comedor, y siempre protesta por la comida
- Que no le gustan muchos alimentos
- Que no le gusta nada
- En cuanto a horarios bien, ya que solemos respetar las horas de comer. En cuanto a alimentación mi hijo no come de todo y a veces esto me preocupa bastante

Verduras, frutas, pescados... “Alimento en concreto” (20)

- No quieren comer verduras ni frutas
- Les gustan poco las frutas y verduras
- Frutas y verduras, hay que camuflarlas
- Únicamente las verduras que tiene que hacerlas en puré para que las coma
- Difícil lo de 5-7 piezas de fruta/verdura al día. Problemas con los dulces. Azúcar, zumos, galletas)
- Que consiga que coma de todo y que intente probar más verduras que ahora no come
- Únicamente las verduras que le cuestan un poco
- No come vegetales
- No querer tomar suficientes frutas y verduras
- Que come poca fruta y verdura
- Ha perdido interés en alimentos como frutas y verduras, y prefiere las proteínas, sobre todo carnes. En casa tratamos de obligarlo a comer también otras cosas, aunque nos cueste enfados.
- Ninguna, bueno sí, para comer verduras sobre todo
- El problema principal es que hay cosas que no soy capaz que coma: "pescado, verduras"
- Ahora mismo que no quiere comer ningún tipo de animal (carne, pollo, pescado...)
- Pocas, aunque come bien el pescado es lo que menos le gusta pero sabe que tiene que comerlo
- Como conseguir que a mi hija le empiece a gustar el pescado
- Que no le gustan las legumbres, verduras

- Le gusta el pan en exceso
- Muchos alimentos no le gustan (pescado, verduras...) Eso dificulta la elaboración de menús
- Que coma de todo, más fruta y verdura. Que no abuse del azúcar y dulces y cuando coma fuera de casa lo haga con responsabilidad.

Horarios, tiempo (12)

- Los horarios
- Es cuestión del tiempo para hacer compra y cocinar
- Falta de tiempo para programar y cocinar
- Falta de tiempo
- El tiempo que tengo para elaborar la comida es poco
- Horarios de trabajo de sus padres
- El horario, llega tarde a casa por los horarios del instituto
- Coincidir en horarios
- El trabajo, tanto el padre como yo trabajamos a turnos y nos es difícil controlar su alimentación
- Trabajar ambos padres por la tarde es la mayor dificultad
- El trabajo)
- Los estándares sociales. El tiempo

Probar alimentos nuevos (6)

- Aunque come variado y no abusa de la bollería y chuches no le gusta probar nuevos alimentos
- Que hay muchas cosas que no le gustan. No quiere probar cosas nuevas
- Para organizar "ninguna". Para regular " el acertar con los sabores que le guste"
- La falta de colaboración de ella a la hora de introducir nuevos alimentos
- Mi mayor dificultad es conseguir que pruebe más alimentos
- La tendencia al consumo de productos fomentados por la televisión y las marcas: hamburguesas, golosinas... y que les cuesta aceptar la comida casera. Que les cuesta aceptar cosas nuevas, productos y sabores naturales

Elaborar menús semanales (5)

- Encontrar menús variados que hagan amenas las comidas
- Hacer menús variados
- La variedad de la alimentación de la semana
- Conseguir no repetir demasiado. Evitar la comida basura
- No saber que darle de comer en todas las ocasiones

Economía (3)

- El tiempo libre y sobre todo la economía doméstica

- Un padre ofrece a un hijo lo que puede, si lo que tiene en el bolsillo no da para comprar alimentos sanos no se puede ofrecer una buena y adecuada alimentación
- Con la sociedad el consumo cada vez es más costoso y los sueldos bajos

Otro “Estado emocional” (1)

- Tiene mucha ansiedad y muchos cambios de humor que le llevan al desorden alimenticio

ANEXO 4 DIFICULTADES EN CUANTO A LA ACTIVIDAD FÍSICA DEL HIJO/A

Vagancia, no querer, no gustar, desinterés (20)

- Muchas, porque es muy vago
- Si, es vaga
- Sí, porque no le gusta moverse mucho y es más bien vaga
- Si, cada vez es más vaga, salvo quizás en verano (piscina)
- Sí, porque es tranquila y no le apetece moverse
- Si es bastante sedentaria. Ha probado distintos deportes y ha optado x el tiro con arco que no conlleva mucha actividad
- Si es bastante vaga
- Muchísima, no quiere hacer ejercicio
- Según el ánimo que tenga.... Unos días son mejores que otros
- Sí, que no quiere realizarlas
- Sí, porque no le gusta
- Si bastante, nunca quiso hacer nada
- Si. Es un poco vago y le cuesta arrancar
- Mucha, le gusta mucho el ordenador y videojuegos. Le aburre caminar y siempre protesta
- No quiere realizar natación o baloncesto que sería más conveniente para su desarrollo físico.
- En el boxeo algo si, pues es una persona que no le gusta el conflicto Que no le sal de las narices levantarse y cuando dice no es no
- No le anima ni motiva especialmente
- No le gusta
- Depende de la actividad física que sea si le gusta o no
- Si, no le gusta mucho el deporte

Desconocimiento-Ambigüedad (7)

- Si, ahora ha dejado de hacer actividades que antes si realizaba
- Últimamente más, hasta ahora había sido muy deportista

- Si bastante
- En ocasiones si
- Cada vez me cuesta más, pero siempre encuentro alguna forma
- A veces
- A veces si

Razones Familiares (5)

- Sí, porque la familia no es deportista y tienden a una vida sedentaria
- Mis horarios laborales
- Si. Es muy delgado y creo que no lo necesita. Además los estudios y deberes le lleva la mayor parte de la tarde
- Es complicado para una niña de 13 años realizar alguna actividad física extraescolar, aún no están desarrolladas para ejercicio de gimnasio y necesitan algo más que caminar.
- Que tiene espectro autista y no es muy hábil

Estudios/Falta de tiempo (5)

- Sí, porque al ser tan responsable en los estudios se exige mucho
- No, pero tampoco tiene tiempo
- No tiene tiempo
- A veces. Si está muy agobiada con tareas del instituto, deberes o exámenes, prefiere quedarse a estudiar
- Está cansado y con muchos deberes, esa es la excusa

Alternativas deficientes (1)

- No hay muchas opciones para poder practicar un deporte a nivel de club (de competición)

Falta de compañía (1)

- No tiene con quien ir a hacer la actividad física

ANEXO. 5 PETICIONES FAMILIARES A LOS CENTROS EDUCATIVOS Y CENTROS DE SALUD

PETICIONES FAMILIARES A LOS CENTROS EDUCATIVOS Y CENTROS DE SALUD	
Peticiones familiares a los centros escolares	Peticiones familiares a los centros de salud
Que continúen con su tarea de concienciación	Que el pediatra les atienda
Charlas	Charlas
Nada, ellos hacen lo que deben	No creo que tengan nada que hacer
Que les hablen a los alumnos de los beneficios de la alimentación y ejercicio físico y realicen alguna actividad	Información. No ser estricto con las dietas, recomendaciones para evitar efecto rebote
Eliminar parte de los deberes, pues su hijo argumenta no tener tiempo para actividades deportivas extraescolares	Chequeos más continuos y horarios flexibles por la tarde para no interrumpir actividad laboral de los padres y escolar de los hijos
Que les eduquen en el tema	Que el medico se implique más y les hable de ello
Más variedad de actividades extraescolares deportivas	Nada
Información sobre deportes	Que se dediquen a hacer bien su trabajo y a atender bien a todos, no solo a ser solidarios
Que fuesen más estrictos en lo que tienen que llevar como comida fácil	Mas revisiones a los niños
Mas horas de Educación Física	Que en las revisiones medicas hicieran más hincapié en la importancia de estos temas hablando con los adolescentes
Actividades novedosas (Sky, surf...)	Visitas a los centros escolares
Que tuvieran actividades físicas adaptadas a los gustos en esta edades	Orientación del modo de llevar un orden de alimentos
Charlas sobre hábitos alimentarios saludables, Más importancia a la asignatura de Educación Física	Charlas sobre alimentación saludable
Charlas sobre la importancia de comer bien y les animaran a llevar fruta a media mañana, a veces no la llevan porque no es "guay"	Participar más activamente en las explicaciones sobre la alimentación y deporte. Explicando a los niños/as como es su cuerpo y cómo evoluciona con una buena alimentación y deporte

Que les explicaran las consecuencias a largo plazo de una mala alimentación y una vida sedentaria	Nada
Considero que las cosas han mejorado mucho, pero principalmente no bajar la guardia y continuar con la divulgación de la nutrición y deportes	Supone que en los centros de salud orientan adecuadamente a las personas con obesidad, otra cosa es que les hagan caso
Más tiempo de actividades físicas. No tantos deberes para poder tener más tiempo de ocio	Información que los motiven
Más Educación Física	Más campañas de concienciación y controles periódicos
Nada	Si les pediría ayuda
Nada, con el apoyo que dan es suficiente	Más control sobre los niños susceptibles de padecer obesidad
Que les enseñen lo bueno del ejercicio y comer variado	Más apoyo e información
Más campañas de concienciación	Información
Que aumentaran la actividad física	Solo guías de menús
Si les pediría ayuda	No creo que los centros de salud estén pensados para prevenir
Más charlas sobre alimentación y en cuanto a la actividad física que los profesores estuvieran cualificados y mostraran más interés en la actividad física	Que ellos informen más veces y pronto sobre si tus hijos tienen sobrepeso para poder atajarlo cuanto antes
Que procuraran hacer entender a los a los alumnos que siempre se hace las cosas por su bien	Nada
Información	Que se coordinaran con los centros escolares para proporcionar información sobre dieta saludable y el ejercicio físico
Nada	Talleres y sesiones informativas de mano de profesionales dirigidas a los niños
Que procuraran hacer entender a los a los alumnos que siempre se hace las cosas por su bien	Más información
Charlas sobre nutrición. Aspectos prácticos, no la teoría que ya sabemos	Controles periódicos y mayor información
Que hubiese más horas de gimnasia en el colegio	Que dispusieran de los medios adecuados
Nada	Nada
Que hubiera más actividades deportivas en los centros escolares. Que se organizaran campeonatos deportivos escolares	Hacer un seguimiento del niño/a para controlar su peso y asesorar a las familias

Que no tenga tests tan largos	Nada
Oferta de actividades interesantes en los centros. Facilidades en la oferta alimentaria en la cafetería del instituto	Nada
Menos bollería industrial	Nada, me encuentro satisfecho con las prestaciones del centro de salud de la localidad
Creo que nos dan información suficiente	Nada
Mayor información	Fomentar con charlas y talleres sobre estos temas
Que fomentaran la práctica de deportes y les informaran de la importancia de una alimentación saludable	Más información y vinculación con los niños
Clases sobre educación física más motivadoras y clases sobre alimentación	Más información a los escolares
Nada. Simplemente que hagan su trabajo que es enseñar	Es un niño muy sano, solo hemos visitado el centro de salud para hacer las revisiones estipuladas, por lo que su influencia está muy limitada
Potenciar más el deporte	Nada
Nada, siempre come en casa	Información
Motivación, divertido, que no lo tomen como algo obligatorio, tienen que entender que es lo mejor para ellos, para su salud pero sin obligar	Quizás ser un poco más estrictos a la hora de exigir a los padres un control periódico del niño en cuanto a peso y estatura
Nada	Elaboración de menús para las familias que no llevan a sus hijos al comedor escolar
En alimentación nada por carecer de comedor, y en actividad física tampoco porque es un crío al que le gustan todos los deportes, tanto escolares como extraescolares	Nada
Nada	Que den más información
Que lo fomenten más entre los niños	Creo que hacen una buena prevención y tratamiento para disminuir el sobrepeso
Si les pediría ayuda	Revisiones más continuas
En alimentación más información para los escolares. En actividad física nada, creo que lo hacen bastante bien	Que orientasen a los padres e hijos de lo importante que es la alimentación y actividad física para evitar la obesidad.

Que potencien actividades extraescolares al aire libre, que incluyan caminatas, paseos en bici. En cuanto a la alimentación se debería de potenciar las cestas de frutas de colores en las cafeterías escolares, al lado de los chicles, caramelos....	No sé, la verdad es que hasta ahora el pediatra que tenía es bastante pesado con el tema de la alimentación y la obesidad.... pero no dio resultado
Fomentar más la clase de Educación Física	Charlas
Nada	Apoyo a los niños
Creo que lo están haciendo bien	Charlas a los adolescentes sobre alimentación y trastornos alimenticios
Que en la cafetería no haya demasiadas golosinas y productos perjudiciales	En los recreos les obligaran a comer fruta
Que dedicasen más tiempo en explicarles lo importante que es para que tengan una vida saludable	Nada en mi caso
Nada	Que te ayudaran
Que les incentivaran mas	Que a partir de los 14 años les siguieran haciendo revisiones para controlar el peso y su salud
Creo que nos informan bien actualmente	Simplemente que la dieta que tienen los médicos que fuera mejor no tan estricta como es
Más deportes como actividades extraescolares	Nada
Lo importante que es comer y actividades físicas. Todo esto pero en charlas, para que se den cuenta	Más información
Más información	Ninguna
Hasta ahora el centro donde estudio primaria, siempre las inculcó hacer deporte como baloncesto, natación... pero no dio resultado	Seguimiento
Un comedor escolar y cursos de actividad física	Análisis para saber que debes comer
Sensibilidad y cooperación	Dietas equilibradas
Actividad Física. Promover más deporte en niñas	Más tiempo, más personal y un trato más personalizado
Más salidas al campo y que en los recreos les obligaran a comer fruta	Nada
Nada en mi caso	Guías informativas y seguimientos en caso de obesidad
Nada	Repercusión en su salud de una correcta alimentación a medio y largo plazo

Que tomaran una fruta cuando acabaran la actividad física	Que te escucharan cuando les dices " mi hijo no come de casi nada"
A los colegios no pediría nada, está bien así	Controles más periódicos
Más información	Les pediría consejo, para que yo a su vez pueda aconsejar a mi hija
Paciencia e implicación	Más motivación
Nada	Que obliguen a registrar nuestras comidas para valorar nuestros hábitos. Ni pediatras, ni a veces nosotros mismos sabemos lo que realmente comemos
Nada	Que ayudasen a motivar a los niños para que hagan ejercicio físico y no se limitasen solo a unas simples recomendaciones
Información	Más información al respecto
Más de dos horas semanales de Educación Física y que enseñen lo bueno del comer	Que se impliquen más
Nada	Que sean más eficaces a la hora de detectar problemas como intolerancias o alergias a algunos medicamentos. En el caso de mi hija particularmente tardaron 6 años en detectarle una intolerancia a la proteína de vaca, lo que le llevo a tener muchos problemas con la alimentación y otras enfermedades
Nada, ya hace lo que buenamente pueden y les permite el presupuesto escolar	Que les motiven
Nada	Que los controlasen y les hablaran de la responsabilidad con su salud. Que hiciesen más citas y controles
Más control en la venta de bollerías y dulces. Alguna actividad en común para hacer en los descansos del instituto	Pediría que realizasen algún tipo de charlas ya empezando desde la edad infantil en los colegios
Más información sobre los beneficios de los productos naturales y los perjuicios de precocinados ... Aprender a reconocer valores nutricionales y discriminar productos y aprender a leer las etiquetas y su repercusión en su salud	Creo que ya hacen lo debido, en las recomendaciones que les hacen en visitas desde Pediatría y medicina de familia
Comedor Escolar	Nada

Quizás. Charlas con ellos y pruebas de alimentos en talleres	Más atención, que es poca
Charlas sobre la importancia de estar bien alimentado y la importancia que tiene realizar alguna actividad física	Nada
Más motivación	Pues no
Dejar de destrozar el gusto por la actividad física al convertirla en una asignatura (obligación, puntuación, competición...)	
Que no estén tantas horas sentados	
Que le dieran de vez en cuando alguna charla para que vean su importancia de mano de profesionales	
Que se impliquen más	
Más talleres de alimentación desde edades tempranas	
Que les diesen mas charlas	
Que les motivasen, además de enseñarles y darles la posibilidad durante el recreo	
Motivaciones	
Más charlas de concienciación	
La creación de huertos escolares, y desayunos saludables en los centros.	
Nada	
Nunca, lo que hay sería bastante	
Nada	
Nada	
Pues no	

Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2012. Datos por municipios
33.- Asturias, Principado de

Población por sexo, municipios y edad (año a año). ANEXO 6

Unidades: personas

	10
Ambos sexos	
Total	7536
33001-Allande	5
33002-Aller	75
33003-Amieva	4
33004-Avilés	631
33005-Belmonte de Miranda	8
33006-Bimenes	5
33007-Boal	7
33008-Cabrales	9
33009-Cabranes	7
33010-Candamo	19
33011-Cangas del Narcea	105
33012-Cangas de Onís	56
33013-Caravia	3
33014-Carreño	81
33015-Caso	4
33016-Castrillón	148
33017-Castropol	22
33018-Coaña	26
33019-Colunga	18
33020-Corvera de Asturias	129
33021-Cudillero	28
33022-Degaña	4
33023-Franco, El	11
33024-Gijón	1964
33025-Gozón	67
33026-Grado	74
33027-Grandas de Salime	1
33028-Ibias	9
33029-Ilano	0
33030-Illas	7
33031-Langreo	286
33032-Laviana	97
33033-Lena	77
33034-Valdés	69
33035-Llanera	143
33036-Llanes	77
33037-Mieres	260
33038-Morcín	28
33039-Muros de Nalón	2
33040-Nava	31
33041-Navia	76

33042-Noreña	58
33043-Onís	6
33044-Oviedo	1702
33045-Parres	35
33046-Peñamellera Alta	5
33047-Peñamellera Baja	7
33048-Pesoz	0
33049-Piloña	45
33050-Ponga	1
33051-Pravia	62
33052-Proaza	1
33053-Quirós	3
33054-Regueras, Las	5
33055-Ribadedeva	12
33056-Ribadesella	49
33057-Ribera de Arriba	17
33058-Riosa	14
33059-Salas	24
33060-San Martín del Rey Aurelio	125
33061-San Martín de Oscos	3
33062-Santa Eulalia de Oscos	2
33063-San Tirso de Abres	2
33064-Santo Adriano	0
33065-Sariego	7
33066-Siero	436
33067-Sobrescobio	4
33068-Somiedo	8
33069-Soto del Barco	19
33070-Tapia de Casariego	24
33071-Taramundi	3
33072-Teverga	6
33073-Tineo	64
33074-Vegadeo	17
33075-Villanueva de Oscos	3
33076-Villaviciosa	89
33077-Villayón	5
33078-Yernes y Tameza	0

! Fuente: Instituto Nacional de Estadística (2012)