

HÁBITOS DIETÉTICOS Y ESTILOS DE VIDA DE LA POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL DE CASTILLA y LEÓN

Margarita Alonso Franch* y Paz Redondo del Río**

Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid

*Prof. Titular de Pediatría. Vicedecana y Coordinadora de la Diplomatura de Nutrición Humana y Dietética.

** Prof. Titular de Nutrición. Área de Nutrición del Departamento de Pediatría.

INTRODUCCIÓN

El primer paso en la resolución de un problema es conocer lo mejor posible sus exactas dimensiones. Por ello, cuando la OMS comenzó a señalar la importancia que los cambios dietéticos y el sedentarismo de los países desarrollados tenían en el notable incremento de las llamadas *enfermedades crónicas no transmisibles* (obesidad, diabetes, ateromatosis, hipertensión, accidentes cerebro y/o cardiovasculares, litiasis, estreñimiento, osteoporosis, ciertos tipos de cáncer ...) nos planteamos estudiar la situación de los estilos de vida y los hábitos de alimentación en la población infanto-juvenil de Castilla y León, etapa crucial para la instauración de hábitos saludables.

Conscientes de la importancia de estos hechos, y de la necesidad de concretar la situación de los mismos en la infancia, periodo en el que se adquieren dichos hábitos que persistirán, con escasas variaciones, a lo largo de la vida, en el Departamento de Pediatría nos planteamos conocer la realidad de los mismos en la población infanto-juvenil de Castilla y León.

Desde el citado Departamento, en sus dos áreas de Pediatría y de Nutrición-Bromatología, se planteó un amplio proyecto que pretendía detectar el estado nutricional (tanto desde el punto de vista antropométrico, como de la composición corporal), la ingesta dietética (mediante encuesta prospectiva de 3 días) y los estilos de vida (mediante cuestionario que recogía tanto la actividad física espontánea y programada, como el consumo de alcohol y tabaco). Dicho trabajo, codirigido por las Dras. Martínez Sopena y Alonso Franch, fue llevado a cabo por los Drs. Redondo del Río, Castro Alija, Conde Redondo y Redondo

Merinero. Sus resultados han sido parcialmente publicados, encontrándose aún en fase de estudio.

MATERIAL y METODOS

La población objeto de estudio está compuesta por niños de edades comprendidas entre 0 y 18 años de la Comunidad de Castilla y León que, según los datos de población del Censo de 1991 eran de 624.757 individuos de entre los cuales se eligió una muestra representativa. Para los niños en edad escolar se recurrió a los datos de los centros escolares (educación infantil, primaria y secundaria) proporcionados por la Dirección General de Educación de la Consejería de Educación y Cultura de la Junta de Castilla y León y para los menores de 3 años los de las zonas básicas de Salud, obtenidos de la Guía de Ordenación Sanitaria de Castilla y León, elaborada por la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León.

La selección se realizó en función de la edad, sexo y estrato. En total estudiamos 5.127 niños de 0 a 18 años, repartidos en 3 estratos: I: municipios con menos de 300 niños; II: entre 300 y 4000 y III: con más de 4000 niños de acuerdo a los porcentajes de cada uno de ellos (tabla I).

Los datos antropométricos incluían peso, talla, perímetros y pliegues grasos con los que fueron catalogados nutricionalmente los niños. Se incluyó el estudio de la composición corporal (masa grasa, masa magra y mineralización ósea), mediante bioimpedancia y densitometría por ultrasonidos. La encuesta dietética fue analizada con ayuda de una tabla de composición de alimentos y un programa informático (Mataix). Los resultados fueron analizados con las técnicas estadísticas más adecuadas.

TABLA I. ESTUDIO NUTRICIONAL CASTILLA Y LEON

EDAD	MUESTRA	ESTRATO I	ESTRATO II	ESTRATO III
0	152	16 / 14	22 / 23	38 / 39
1	151	18 / 17	15 / 20	42 / 39
2	166	15 / 17	26 / 21	40 / 41
4	197	21 / 24	26 / 26	58 / 42
5	196	22 / 19	23 / 25	59 / 48
6	238	26 / 27	31 / 32	60 / 62
7	238	31 / 26	26 / 34	64 / 57
8	251	26 / 36	29 / 28	70 / 65
9	289	32 / 20	25 / 32	100/80
10	293	25 / 27	36 / 28	103/74
11	309	31 / 24	39 / 35	90 / 90
12	304	30 / 29	29 / 38	103/75
13	320	32 / 35	34 / 35	93 / 91
14	348	38 / 42	36 / 41	97 / 94
15	368	41 / 49	52 / 44	101/81
16	382	39 / 34	60 / 48	103/98
17	384	31 / 39	52 / 61	104/97
18	357	37 / 41	60 / 58	76 / 85
TOTAL	5.127 <small>2636 /2491</small>	543 / 538 niños / niñas	647/653 niños / niñas	1446/1300 niños / niñas

RESULTADOS

1. Estudio de la dieta

El análisis de la ingesta de los niños de Castilla y León evidencia la progresiva *pérdida de los patrones de dieta mediterránea*.

El *aporte calórico* se sitúa por encima de las necesidades, especialmente desde el 2-3º año hasta la pubertad, ajustándose bien a partir de entonces, y siendo la media ligeramente baja especialmente en las niñas adolescentes.

A todas las edades la *ingesta proteica* y de *colesterol* se encuentra muy por encima de los requerimientos.

Llama especialmente la atención el aumento del *consumo de grasa* superando la recomendación de no aportar más del 35% del aporte energético total a todas las edades (media del 43,3%, llegando en ocasiones al 46%). Este incremento se hace en detrimento de la *ingesta*

de carbohidratos, llamativamente baja en todas las edades (media 40% frente a las recomendaciones de que dicho aporte supere el 55% de la energía total de la dieta)

Por lo que respecta a los *micronutrientes*, la mayoría de la población infanto-juvenil cubre adecuadamente sus necesidades, excepto en ácido fólico y en calcio (especialmente en adolescentes).

2. Estudio de la composición corporal

A través de la densitometría ósea por ultrasonidos elaboramos por primera vez en España los patrones de mineralización (media, desviaciones estándar y percentiles) de los huesos de la mano. De igual forma, por primera vez se determinan los patrones de normalidad y sus cambios evolutivos de las masas magra y grasa, a través de la bioimpedancia eléctrica y de la medición de los pliegues grasos.

3. Estudio de los hábitos y estilos de vida

Destacamos en este apartado la escasa *actividad física*, tanto espontánea como programada en forma de deporte. El sedentarismo se incrementa con la edad, especialmente en las adolescentes.

La *ingesta de alcohol*, en forma esporádica (los fines de semana) comienza muy pronto (antes de los 11 años en algunos casos). El porcentaje de los que ingieren bebidas alcohólicas se incrementa de forma muy progresiva con la edad, siendo semejante en chicos y chicas.

El *consumo de tabaco* se inicia algo más tardíamente y, aunque el porcentaje de fumadores se incrementa con la edad, las tasas son inferiores a las del consumo de alcohol, llamando la atención que las chicas superan a los chicos en este aspecto.

CONCLUSIONES

Con este estudio se demuestra la necesidad de intervención en la dieta y estilos de vida de nuestros niños y adolescentes. La comparación entre la ingesta energética y el gasto evidenciado por su limitada actividad física obligan a reflexionar sobre si los aportes recomendados son los que realmente

necesitan nuestros escolares. Este desajuste explica sin duda la alta prevalencia del sobrepeso y la obesidad infantil, con todo lo que ello significa desde el punto de vista psicológico en una sociedad dominada por el culto a la delgadez y desde el punto de vista de la salud por la patología que conlleva.

Otro riesgo preocupante es la prevención de la osteoporosis. Esta epidemia de la población adulta en los países desarrollados, tiene su principal profilaxis en la adquisición de un adecuado pico de masa ósea (máxima mineralización alcanzada) en la adolescencia. A este respecto, nuestra población adolescente, particularmente la femenina, evidencia todos los factores de riesgo: fuman más, beben igual, hacen menos ejercicio y toman menor cantidad de calcio en la dieta.

El conocimiento de la situación real de la ingesta y estilos de vida de nuestra población infantil permite diseñar las actuaciones más adecuadas para la prevención de riesgos nutricionales. La educación en materia de alimentación y hábitos tiene su lugar preferente en la familia, en la escuela y en la sociedad en general, lugares donde deberemos dirigir nuestras estrategias de prevención.