

# **Nutrición Hospitalaria**



**Hábitos saludables en la niñez y  
la adolescencia en los entornos  
rurales. Un estudio descriptivo y  
comparativo**

**Healthy habits in childhood and  
adolescence in rural areas. A  
descriptive and comparative  
study**

10.20960/nh.03484

11/29/2021

OR 3484

## **Hábitos saludables en la niñez y la adolescencia en los entornos rurales. Un estudio descriptivo y comparativo**

*Healthy habits in childhood and adolescence in rural areas. A descriptive and comparative study*

Yolanda Sevilla Vera<sup>1</sup>, Miriam Valles Casas<sup>1</sup>, María Cortes Navarro Valdelvira<sup>2</sup>, Raquel Fernández César<sup>1</sup>, Natalia Solano Pinto<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Grupo de investigación Mirada Crítica. Departamento de Psicología. Universidad de Castilla-La Mancha. Toledo. <sup>2</sup>Grupo de Investigación Mirada Crítica. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Recibido: 15/12/2021

Aceptado: 26/06/2021

**Correspondencia:** Yolanda Sevilla Vera. Grupo de investigación Mirada Crítica. Departamento de Psicología. Universidad de Castilla-La Mancha. Real Fábrica de Armas, s/n. 45071 Toledo  
e-mail: yolanda.sevilla@uclm.es

*Fuente de financiación: Grupo de Investigación Mirada Crítica (Salud, Educación y Sociedad), financiado por la Universidad de Castilla-La Mancha y cofinanciado por la Unión Europea a través del Fondo Europeo de Desarrollo Regional.*

*Agradecimientos: a todos los jóvenes y centros educativos participantes en el estudio.*

*Conflictos de intereses: las autoras declaran no tener conflictos de intereses.*

## RESUMEN

**Introducción:** la promoción de estilos de vida saludables para el cuidado de la salud es una prioridad en la Unión Europea, iniciándose en la infancia la adquisición de dichos hábitos.

**Objetivos:** conocer los hábitos alimentarios, de sueño, de actividad física y de ocio sedentario, la imagen corporal y el percentil del índice de masa corporal en niños y adolescentes de Castilla-La Mancha. Explorar las posibles diferencias entre las variables evaluadas de niños y adolescentes.

**Métodos:** estudio descriptivo y transversal con 293 participantes ( $n = 197$  niños y  $n = 96$  adolescentes). Instrumentos: báscula y estadímetro para medidas antropométricas y preguntas del formulario de la encuesta incluido en el programa Red Cantabra de Escuelas Promotoras de Salud y Schools for Health in Europe.

**Resultados:** un porcentaje elevado de niños y adolescentes refieren tener hábitos alimentarios inadecuados, existiendo diferencias significativas en la omisión del desayuno ( $f = 6,820$ ;  $p = 0,009$ ;  $\eta^2 = 0,023$ ) y en el consumo de pescado ( $f = 8,901$ ;  $p = 0,003$ ;  $\eta^2 = 0,030$ ); los índices son peores en los adolescentes, entre los que un 35,4 % manifiestan no realizar el desayuno, frente al 21,4 % de los niños, y un 57,3 % responden que nunca o solo una vez a la semana consumen pescado, frente al 41,1 % de los niños. Respecto al sueño, existen diferencias significativas entre los niños y los adolescentes ( $f = 69,70$ ;  $p = 0,000$ ;  $\eta^2 = 0,193$ ), siendo también los resultados peores en estos últimos, pues el 28,1 % de los adolescentes refieren dormir menos de 7 horas al día, frente a un 8,6 % de los niños. Destacan el poco tiempo dedicado a la actividad física intensa y la declaración de falta de tiempo como barrera percibida para la práctica de la actividad física, que afectan al 49 % de los adolescentes y al 27,5 % de los niños. Por último, destaca el ocio sedentario en ambas etapas, pues un 78,2 % de los adolescentes y el 44,6 % de los niños dedican más de tres horas al día a ver la televisión, y el 74 % de los

adolescentes y el 28 % de los niños juegan más de tres horas con diferentes tecnologías.

**Conclusiones:** este estudio evidencia que los adolescentes de las zonas rurales muestran peores hábitos saludables que los niños. Se destaca la necesidad de incrementar los programas de desarrollo y promoción de estilos de vida saludables dirigidos a los más pequeños, y desarrollados desde los distintos organismos a cargo de la salud.

**Palabras clave:** Hábitos alimentarios. Imagen corporal. Actividad física. Niñez. Adolescencia.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** the promotion of healthy lifestyles for health care is a priority in the European Union, and the acquisition of these habits begins during childhood.

**Objectives:** to know the eating, sleep, physical activity and sedentary leisure habits, body image, and body mass index percentile among children and adolescents in Castile-La Mancha, Spain. To explore potential differences between children and adolescents in the measured variables.

**Method:** this was a descriptive, cross-sectional study with 293 subjects ( $n = 197$  children and  $n = 96$  adolescents). Instruments: scale and stadimeter for anthropometric measurements, and items chosen from the Cantabrian Network of Health Promoting Schools and Schools for Health in Europe.

**Results:** a high percentage of children and adolescents report having inadequate eating habits, with significant differences in the omission of breakfast ( $f = 6.820$ ;  $p = 0.009$ ;  $\eta^2 = 0.023$ ) and in the consumption of fish ( $f = 8.901$ ;  $p = 0.003$ ;  $\eta^2 = 0.030$ ); this was worse among adolescents, where 35.4 % say they do not eat breakfast compared to 21.4 % of children, and 57.3 % say they never eat fish or only do so once a week, compared to 41.1 % of children. Regarding

sleep, there are significant differences between children and adolescents ( $f = 69.70$ ;  $p = 0.000$ ;  $\eta^2 = 0.193$ ), with the latter also having the worst results since 28.1 % of adolescents report sleeping less than 7 hours a day, compared with 8.6 % of children. It is worth mentioning the short amount of time devoted to intense physical activity and the declaration of lack of time as perceived barrier to physical activity, reported by 49 % of adolescents and 27.5 % of children. Lastly, sedentary leisure at both stages stands out, with 78.2 % of adolescents and 44.6 % of children spending more than three hours a day watching television, and 74 % of adolescents and 28 % of children playing more than three hours with different technologies.

**Conclusions:** this study shows that adolescents have poorer healthy habits than children in rural areas. The need to increase programs for the development and promotion of healthy lifestyles devoted to younger children and developed by the various agencies responsible for health care is highlighted.

**Keywords:** Eating habits. Body image. Physical activity. Childhood. Adolescence.

## INTRODUCCIÓN

La promoción de estilos de vida saludables en la ciudadanía es un objetivo prioritario, contemplado actualmente en el ámbito de la salud por la Unión Europea (2014-2020) (1) y recientemente aprobado como respuesta sanitaria para la COVID-19 en el programa de salud EU4Health (2021-2027). En este documento se reconoce el cuidado de la salud como una responsabilidad compartida y coordinada entre los ámbitos sanitarios, educativos, gubernamentales y sociales (2-4). La infancia es la etapa evolutiva en la que se establecen las bases para adquirir hábitos conductuales de autonomía parcialmente relacionados con la salud (5). Durante las diferentes etapas vitales, el

ser humano aprende en función de su desarrollo evolutivo y, a su vez, por los escenarios de aprendizaje que le proporciona el contexto social (6). Según las investigaciones de distintos autores (7), los niños a partir de cinco años pueden tomar decisiones valorando algunas de las consecuencias derivadas de las mismas. Dicha capacidad para planificar y tomar decisiones se consolida en la adolescencia, momento en el que el pensamiento abstracto se considera plenamente desarrollado y, con él, las funciones ejecutivas (8). Por tanto, según la psicología evolutiva y la neurociencia, se podría esperar que existiera una relación positiva entre los hábitos saludables y la edad. Sin embargo, la literatura señala que los adolescentes tienden a adquirir hábitos inadecuados de alimentación y de actividad física, considerándose por ello un grupo de riesgo (9). Una de las consecuencias de los hábitos inadecuados se hace visible en los porcentajes de sobrepeso y obesidad. Así se refleja en los estudios de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN), en los que se estima que el 41 % de los niños españoles de entre 6 y 9 años tienen exceso de peso (10), así como el 20 % de los jóvenes de 14-15 años (11).

Distintas investigaciones realizadas en diferentes zonas de España informan de los porcentajes de la población joven con hábitos alimentarios inadecuados. Este es el caso del estudio realizado en la región de Murcia (España) con alumnado de educación secundaria, donde se señala que entre el 15,9 % y el 22,2 % refieren no consumir habitualmente fruta ni verdura, y el 24,8 % manifiestan no desayunar (12). En la misma línea, un estudio realizado a nivel nacional encuentra que prácticamente la totalidad de los jóvenes de entre 14 y 15 años no llegan a consumir las cantidades recomendadas de frutas y verduras, de un lado, ni de pescado, del otro, mientras que el 68 % y el 53 % declaran un consumo mayor de carne, y de bollería y snacks, respectivamente (11).

Entre los hábitos alimentarios, el estudio AVENA (Alimentación y Valoración del Estado Nutricional de los Adolescentes) indica que la

omisión del desayuno aumenta desde el 1,7 % a los 13 años al 13,5 % a los 17-18 años (13). Otros estudios analizados encuentran que los niños de entre 9 y 12 años hacen habitualmente el desayuno; sin embargo, el 20 % de los adolescentes de entre 13 y 17 años refieren no haber desayunado al menos uno de los días encuestados (14). Los datos señalados son especialmente preocupantes ya que diferentes estudios señalan al desayuno como una de las principales comidas del día, encontrando asociaciones entre la realización del desayuno y la calidad global de la dieta, un menor sobrepeso y un mayor rendimiento cognitivo (15,16). Añadida a la importancia del desayuno destaca la alimentación equilibrada, donde se recomienda la dieta mediterránea caracterizada por la ingesta de dos raciones diarias de verdura y tres de fruta, el consumo semanal de dos o más raciones de pescado y el de menos de dos raciones si se trata de carne roja (17). Como se ha mencionado, la práctica de actividad física es un importante hábito saludable. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que la realización de actividad física se relaciona con una mejor forma física y muscular, una mejor salud cardiorrespiratoria y metabólica, y una reducción de la grasa corporal. Por tanto, para el grupo de entre 5 y 17 años se recomienda la práctica de actividad física moderada o vigorosa durante un mínimo de 60 minutos diarios (18). A pesar de estas recomendaciones, el Consejo Superior de Deportes Español (19) señala que la disminución de la actividad física se produce entre los 13 y los 18 años, comenzando el inicio de dicha disminución a los 11-12 años. En la misma línea, algunos autores señalan que los niños y jóvenes de entre 5 y 11 años cumplen en su mayoría con la actividad física recomendada, descendiendo esta en la adolescencia y la juventud (20). Más recientemente, el estudio pionero PASOS (Physical Activity, Sedentarism and Obesity in Spanish Youth) (21) ha evaluado el sedentarismo, la actividad física y la obesidad en la población infantil de entre 8 y 16 años, encontrando que un 63,6 % no cumplen con la recomendación de la OMS (18).

Debido a los porcentajes de inactividad indicados, algunos estudios se han centrado en averiguar las barreras percibidas en la práctica de actividad física, señalando la gran variedad de actividades extraescolares (22), el exceso de tareas escolares fuera del horario escolar (23) y la menor oferta de actividades físicas en los centros de secundaria respecto a los de primaria (24). Además, la Red Española de Investigación en Ejercicio Físico y Salud (EXERNET) enfatiza la necesidad de efectuar acciones coordinadas y combinadas desde la atención primaria pediátrica, los centros educativos, el entorno y la familia (25).

Añadido a la alimentación equilibrada y la práctica de actividad física, se contemplan los hábitos de sueño y el uso excesivo de las tecnologías, relacionados ambos con el sobrepeso, un peor rendimiento cognitivo y problemas de conducta, así como con deterioro de la calidad de vida familiar. Además, parece que el uso excesivo de las tecnologías se encuentra interrelacionado con peores hábitos de sueño (26,27) pues interrumpe el desarrollo atencional en la infancia y la adolescencia (28). En relación con los hábitos de sueño, un estudio realizado en la Comunidad Valenciana (España) con 1507 participantes, de zonas tanto urbanas como rurales, recoge la opinión de los jóvenes de entre 9 y 15 años. El 37 % de los niños de entre los 6 y los 8 años refieren levantarse habitualmente cansados, cifra que desciende ligeramente entre los 12 y 15 años al 31 %, aunque, sin embargo, estos manifiestan no sentir que han descansado cuando se despiertan (29).

Por otra parte, los estudios realizados en el entorno rural han encontrado diferencias estadísticamente significativas con respecto al entorno urbano, señalando peores hábitos de sueño, mayor ingesta de dulces y un uso excesivo de las tecnologías en el entorno rural en comparación con el urbano (30). En este sentido, un estudio realizado en Valencia (España), en una zona rural, encuentra que el 16,8 % de los jóvenes de 11 años dedican más de tres horas diarias a ver la televisión o jugar con las tecnologías; el 33,2 % duermen menos de

ocho horas y el 56,6 % dedican menos de tres horas semanales a las actividades deportivas extraescolares (31).

Algunos profesionales recalcan la necesidad de establecer asociaciones entre el estilo de vida activo y saludable, y el desarrollo positivo de la imagen corporal y la prevención de estereotipos asociados a la persona con sobrepeso y obesidad (32). Del mismo modo, esos estudios destacan la dificultad entre los niños de percibir correctamente su silueta corporal, con tendencia a subestimar el peso en los escolares categorizados con sobrepeso u obesidad (33). Así, algunas investigaciones señalan que los programas para prevenir la obesidad infantil centrados únicamente en el control de peso a través de la dieta incitan y aumentan los estereotipos asociados a la obesidad (34,35). En este sentido, a través de los estudios longitudinales analizados, se concluye que hacer dieta por motivaciones estéticas en la niñez está relacionado con comportamientos no saludables para controlar el peso durante la adolescencia (36).

Debido a los aspectos señalados en la bibliografía revisada, se considera importante conocer y comparar los hábitos en las etapas de la niñez y la adolescencia. En concreto, los objetivos de este estudio se basan en conocer los hábitos alimentarios, de sueño, de actividad física y de ocio sedentario, la imagen corporal y el percentil del índice de masa corporal tanto en la niñez como en la adolescencia, en un entorno rural, así como averiguar si existen diferencias entre estas dos etapas.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

### **Diseño del estudio y participantes**

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal con una muestra de conveniencia por motivos de accesibilidad y proximidad geográfica.

La muestra del estudio estuvo formada por 293 participantes, de los

cuales 197 eran niños que cursaban educación primaria con edades comprendidas entre 8 y 12 años, y 96 participantes adolescentes que cursaban educación secundaria obligatoria y tenían edades de entre 12 y 16 años. Todos ellos pertenecían a centros educativos de un entorno rural de Cuenca, Castilla-La Mancha.

El estudio tuvo en cuenta las recomendaciones de la Declaración de Helsinki con relación a la privacidad, la confidencialidad y el consentimiento informado. Se informó de los objetivos del estudio a los centros educativos, a las familias y a los estudiantes, y se obtuvo el consentimiento informado de los centros y las familias. En este consentimiento se detallaban las condiciones de la investigación, resaltando el carácter voluntario de la participación, la posibilidad de abandonarla aun con la aceptación de las familias, y el tratamiento anónimo de los datos con fines exclusivamente de investigación. Después de la aprobación de las direcciones de los centros educativos y de la obtención del consentimiento familiar, los estudiantes otorgaron de manera verbal su consentimiento y participaron voluntariamente.

Finalmente, se tomaron las medidas antropométricas y se procedió a la administración del formulario de manera colectiva y en el aula.

### **Instrumentos y variables**

Las variables consideradas para el estudio han sido: datos sociodemográficos, medidas antropométricas, hábitos alimentarios, de sueño, de actividad física y de ocio sedentario, e imagen corporal. En relación con los hábitos alimentarios y de actividad física, estos se han considerado como inadecuados según las recomendaciones de los diferentes estudios mencionados (15-18).

Datos sociodemográficos: se realizaron preguntas para conocer el sexo, la edad y la etapa educativa.

Medidas antropométricas: el equipo investigador obtuvo el peso utilizando una báscula digital Tanita HD-366. Se pesó al niño descalzo pero vestido. La talla se obtuvo con un estadímetro portátil con base

ADE, con el niño recto y en equilibrio, sin doblar las rodillas. Posteriormente se calculó el índice de masa corporal a través de la siguiente fórmula:  $IMC = \text{peso (kg)}/[\text{talla (m)}]^2$  y se obtuvo el percentil del IMC siguiendo las indicaciones de la Fundación Faustino Orbegozo (37).

Hábitos alimentarios: consumo de grupos de alimentos, desayuno y realización de dieta. Respecto al consumo de grupos de alimentos, se evaluó la frecuencia del consumo de fruta, verdura, dulces, refrescos, carne, pescado y aperitivos salados. La escala de respuesta oscila de 0 a 4 (0, nunca; 1, una vez a la semana; 2, 2-4 días a la semana; 3, 5-6 días a la semana; 4, todos los días). Se han considerado hábitos inadecuados los porcentajes de respuesta que indican que nunca o alguna vez a la semana se consume fruta, verdura o pescado; más de 5-6 días a la semana con consumo de dulces, refrescos y aperitivos; y todos los días, consumo de carne.

Desayuno: se ha utilizado la pregunta: ¿A diario, con qué frecuencia acostumbras a desayunar? (Algo más que un vaso de leche o un zumo de fruta). Se responde con una escala de 0 a 2 (0 = nunca; 1 = alguna vez; 2 = todos los días). Se ha considerado como hábito inadecuado el porcentaje de respuesta que indica que nunca o solo alguna vez han desayunado.

Realización de dieta: se utilizó la pregunta: ¿En este momento estás haciendo alguna dieta para perder peso? Las respuestas que se han tomado en consideración son aquellas que afirman realizar dieta para perder peso.

Hábitos de sueño: se ha preguntado a qué hora se acuestan y se levantan entre semana, realizándose el cálculo de las horas dedicadas a dormir entre semana y tomando en consideración como hábito inadecuado todo porcentaje indicativo de dormir menos de 7 horas. Además, se ha considerado al porcentaje de participantes que manifestaban que casi todos los días tenían dificultades para dormir. Dicha consideración ha tenido la finalidad de conocer la percepción sobre la calidad de sueño. En concreto, se les ha preguntado: ¿En los

últimos 6 meses, con qué frecuencia has tenido dificultades para dormir?

Actividad física: se han tenido en cuenta la actividad física intensa, la percepción de la actividad realizada y las barreras percibidas para su realización. Con la finalidad de evaluar el tiempo dedicado a la actividad física intensa, se les ha preguntado por las horas dedicadas, en el tiempo libre, a la realización de actividades que hagan sudar. Se ha considerado un hábito inadecuado dedicar menos de una hora a la semana.

Percepción de la actividad física realizada: se solicitó la selección de la opción que les describía mejor. Se ofrecían 5 opciones, desde “no soy muy activo” hasta “soy bastante activo físicamente”, considerándose en los resultados el porcentaje de jóvenes que han respondido a la opción: “No soy activo o no hago suficiente actividad física”.

Barreras percibidas para la realización de la actividad física: se han ofrecido varias opciones que hacían alusión al gusto, el dinero o no sentirse acompañado como barrera para la realización de actividad física y deporte. Se resaltan en los resultados el porcentaje de jóvenes que no hace actividad física porque refieren no tener tiempo debido a los estudios y a las actividades extraescolares.

Ocio sedentario: se ha preguntado por las horas al día, entre semana y en el tiempo libre, dedicadas a ver la televisión y a jugar con el ordenador o la consola. Se ha considerado el porcentaje que refiere dedicar más de tres horas diarias al uso de tecnología.

Imagen corporal: las preguntas relativas a la imagen corporal en el formulario siguen el planteamiento teórico que consideran a la imagen corporal como un constructo relativo al sentir subjetivo respecto al propio cuerpo o apariencia física, tal y como se menciona en los estudios de Meland (38): “The individual, subjective sense of satisfaction or dissatisfaction with one’s body or physical appearance”. En concreto se presentan dos afirmaciones: odio mi cuerpo; me siento cómodo con mi cuerpo. Las respuestas siguen una

escala de grado de acuerdo de 5 puntos donde 0 es totalmente en desacuerdo y 4 es totalmente de acuerdo. Se tomaron en consideración el porcentaje que afirman estar de acuerdo y totalmente de acuerdo con la primera afirmación (odio mi cuerpo), y el porcentaje en desacuerdo y totalmente en desacuerdo con respecto a sentirse cómodo con el cuerpo.

Para evaluar las variables descritas se seleccionaron preguntas del formulario de encuesta incluido en el Programa RECPS-SHE, Red Cantabria de Escuelas Promotoras de Salud y Schools for Health in Europe (39). Dicho formulario sigue el mismo formato que señaló la Organización Mundial de la Salud en el protocolo para la evaluación de conductas saludables en los jóvenes de edad escolar (40) en 2009, tanto en la elaboración de las preguntas como en las escalas Likert propuestas para las respuestas. Las preguntas seleccionadas se pueden consultar en el anexo.

El análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS versión 24. Se analizaron las frecuencias de las respuestas enfatizando los porcentajes que indicaban hábitos saludables insuficientes en los niños y adolescentes.

Debido al tamaño de cada uno de los grupos, y al ser el análisis de la varianza una prueba estadística robusta (41), se aplicó un ANOVA con la finalidad de investigar si existían diferencias en las variables estudiadas entre los grupos de niños (alumnado de primaria) y adolescentes (alumnado de secundaria). Por último, se ha incluido el tamaño del efecto (eta cuadrado,  $\eta^2$ ), valor que indica en qué grado las diferencias obtenidas se explican por la pertenencia al grupo. En este sentido, se considera un tamaño del efecto pequeño, medio o alto cuando  $\eta^2 = 0,01, 0,06$  y  $0,14$ , respectivamente (42). Valores de eta al cuadrado más altos permiten interpretar que las diferencias encontradas se deben a la pertenencia al grupo: en este estudio, la niñez (etapa educativa primaria) frente a la adolescencia (etapa educativa secundaria).

## RESULTADOS

Los resultados indican que un porcentaje elevado de niños y adolescentes declaran tener hábitos alimentarios inadecuados (Tabla I). Destacan sobre todo las diferencias estadísticamente significativas encontradas en la omisión del desayuno y en el bajo consumo de pescado, siendo estas conductas más insuficientes en los adolescentes que en los niños (Tabla I). Sin embargo, las diferencias encontradas no son atribuibles a la etapa, a la niñez frente a la adolescencia, dado que el tamaño del efecto es pequeño (eta cuadrado,  $\eta^2$ ).

Respecto a los hábitos de sueño (Tabla I), los adolescentes duermen menos horas que los niños (el 28,1 % duermen menos de 7 horas), aunque con menor dificultad en la conciliación del sueño (17,6 % en la niñez afirman tener dificultades diarias frente al 14,6 % en la adolescencia). Además, las diferencias son estadísticamente significativas, siendo las diferencias atribuibles a la etapa (niñez frente a adolescencia) dado que el tamaño del efecto es alto (Tabla I). En relación con la imagen corporal (Tabla I) se refleja un mayor porcentaje de odio al cuerpo en la niñez (9,1 %) que en la adolescencia (6,3 %). Sin embargo, el porcentaje que señalan un sentimiento de incomodidad con el cuerpo es similar en ambas etapas vitales (16,3 % en la niñez y 17,7 % en la adolescencia).

El sobrepeso y la obesidad están presentes en ambas etapas (36,6 % en la niñez, 34,4 % en la adolescencia), siendo superior el porcentaje de obesidad en los adolescentes (18,3 % y 28,1 %).

En relación con la actividad física, los porcentajes que indican realizar menos de una hora a la semana de ejercicio intenso son ligeramente superiores en la niñez (22,3 %) que en la adolescencia (15,6 %).

Se destaca que el uso de la televisión entre semana durante el tiempo libre es superior a tres horas al día en un 44,6 % de los niños y en un 78,2 % de los adolescentes. Además, el porcentaje de los participantes que dedican más de tres horas al día a las nuevas

tecnologías es un 28 % en la niñez y un 74 % en la adolescencia (Tabla I).

## **DISCUSIÓN**

El objetivo de este trabajo ha sido conocer los hábitos alimentarios, de sueño, de actividad física y de ocio sedentario, la imagen corporal y el percentil del índice de masa corporal en niños y adolescentes, y las posibles diferencias entre ellos. Para ello se ha trabajado con una muestra de conveniencia compuesta por 293 participantes (n = 197 niños y n = 96 adolescentes).

En la muestra evaluada, el porcentaje de jóvenes que refieren hábitos alimentarios inadecuados es elevado tanto en la niñez como en la adolescencia, siendo, en general, más inadecuados en la adolescencia, en concreto, en la omisión del desayuno, el consumo muy bajo de fruta y verdura, el consumo elevado de carne y dulces, y el consumo bajo de pescado. Aunque, desde el punto de vista evolutivo, la capacidad para tomar decisiones encuentra la abstracción en la adolescencia (8), parece que esta no se refleja en la decisión de cuidar el cuerpo a través de hábitos saludables, confirmando la vulnerabilidad que se anunciaba en la literatura (9). Estos resultados confirman también los encontrados respecto a los inadecuados hábitos alimentarios, tanto en los adolescentes a nivel nacional del estudio AVENA (13) como en los adolescentes de la región de Murcia (12). Se destaca un mayor porcentaje de hábitos inadecuados en los adolescentes de Castilla-La Mancha en relación con la omisión del desayuno o el bajo consumo de frutas y verduras; en concreto, el 41,7 % de los adolescentes de Castilla-La Mancha indicaron que nunca consumían fruta y verdura, frente al 22 % de los adolescentes de Murcia (12). Quizás la explicación se podría encontrar en los hábitos familiares de una u otra comunidad, aspecto que no se puede concluir en esta investigación.

Las diferencias apreciadas en la muestra evaluada con respecto a otras muestras también se reflejan en las cifras de sobrepeso y

obesidad, siendo estas más altas —del 34 %— en la adolescencia al compararlas con el 26,3 % encontrado en el AECOSAN (10). Probablemente, el porcentaje de sobrepeso y obesidad podría relacionarse con los intentos de perder peso a través de la realización de dietas, que suponen el 21,9 % en los adolescentes y el 12,7 % en los niños. También se debe tener en cuenta la imagen corporal, donde el 9,1 % de los niños y el 6,3 % de los adolescentes afirman odiar su cuerpo, aspecto que supone un factor de riesgo en el desarrollo de conductas no saludables para controlar el peso (35).

Además, en la literatura, las horas de sueño se asocian a problemas de conducta, sobrepeso y peor rendimiento académico, relacionándose también con el uso excesivo de la tecnología. En este sentido, el 8,6 % de los niños duermen menos de 7 horas, mientras que, entre los adolescentes, el porcentaje se eleva al 28,5 %, contraviniendo las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica sobre trastornos del sueño en la infancia y la adolescencia en Atención Primaria (26). Sin embargo, la sensación de haber descansado mejora en los adolescentes evaluados.

La práctica de actividad física se relaciona, entre otras cosas, con una mejor salud cardiorrespiratoria, muscular y metabólica (18). En este sentido, el Consejo Superior de Deportes español (19) alerta de la disminución de la actividad física en la adolescencia. Sin embargo, los datos de la muestra evaluada encuentran que el 22,3 % de los niños no realizan actividad física intensa, frente al 15,6 % de los adolescentes. Luego el grupo que menos práctica realiza es precisamente el perteneciente a la etapa evolutiva de la niñez. Además, en relación con las barreras percibidas para la actividad física, destaca la percepción de no tener tiempo, aspecto que se eleva casi a la mitad de los adolescentes. Esta respuesta podría ser coincidente con la incompatibilidad de actividades, ya sea por la abundancia de actividades extraescolares (22) o por el exceso de tareas escolares fuera del horario académico (23). Sin embargo, la percepción de falta de tiempo para la actividad física choca con el uso

de más de 3 horas diarias de tecnología. Esta dedicación presenta una tendencia clara al alza en la adolescencia, alcanzando el 78,2 % el uso de 3 horas diarias de televisión, y el 74 % el de otras tecnologías, cifras bastantes superiores a las encontradas en la Comunidad Valenciana (31).

Cabe destacar que, de los hábitos evaluados, solo se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en el hábito del desayuno y en el consumo de pescado. Sin embargo, aunque las diferencias son significativas, el tamaño del efecto es leve, lo que indicaría que la pertenencia al grupo (alumnado de educación primaria y secundaria obligatoria) explica levemente las diferencias señaladas. Por ello, será necesario confirmar estos hallazgos en futuros estudios.

Otra de las diferencias entre el presente trabajo y los estudios previos es la pertenencia de los participantes a un entorno rural. Quizás las variaciones señaladas con respecto a los datos encontrados y los señalados en la literatura se deba a que, en dichos entornos, los hábitos inadecuados presentan una mayor prevalencia (30). Pero las variaciones encontradas también pueden deberse a una diferente metodología en la realización de este estudio con respecto a la utilizada en la literatura revisada.

Como limitaciones del estudio realizado cabe señalar que la información se obtuvo mediante autoinforme, sin que exista el contraste con la familia o el profesorado. Además, se necesitan estudios longitudinales para afirmar, de manera consistente, que existe una tendencia a la mejora o una disminución de los hábitos en las diferentes etapas vitales.

Por otra parte, sería interesante estudiar por qué existe una preferencia clara por el ocio sedentario a través de las tecnologías frente a otro tipo de alternativas, y si el entorno rural ofrece alternativas saludables y activas para la niñez y la adolescencia, basadas en el disfrute y alejadas de la competición. Del mismo modo, sería necesario garantizar acciones integradas y coordinadas en los

diferentes ámbitos sanitarios, educativos y sociales, tal y como proponen algunos autores (2,4).

Las aportaciones de este estudio son los resultados encontrados en el alumnado de educación primaria (niños) y el contraste detectado con el alumnado de educación secundaria obligatoria (adolescentes) de un entorno rural. Dichos datos justificarían, junto con las contribuciones de la psicología evolutiva y la neurociencia (6,8), la necesidad de crear estrategias de salud dirigidas a la infancia y que incluyan a las instituciones, a los profesionales sanitarios (pediatría, medicina familiar, enfermería, psicología, dietistas-nutricionistas), a los educadores (profesorado, orientadores) y a las familias en la instauración de hábitos saludables. Además, que estas estrategias incluyan mejoras en la alimentación, en el desarrollo positivo de la imagen corporal y en los estilos de vida para mejorar la salud de la ciudadanía, haciendo especial énfasis en los habitantes de las áreas rurales. De esta forma se proporcionarían escenarios de aprendizaje que, acompañando al desarrollo neuropsicológico propio de la infancia y de la adolescencia (7,8), propiciasen que en la toma de decisiones se fomentase la salud. Por otra parte, contribuirían a la eliminación de los estereotipos asociados a la obesidad y el sobrepeso, respetando la diversidad en las formas del cuerpo humano (34,35).

Por último, se abren líneas reflexivas que convendrá convertir en líneas de investigación. El uso de las tecnologías, referenciado por los jóvenes, puede suponer un indicador de nuevas formas de abuso comportamental que deterioran la salud de los jóvenes en un periodo sensible de su neurodesarrollo, lo que justificaría la creación coordinada de estrategias para lograr un uso razonable de las tecnologías, así como la planificación y el uso saludable del tiempo en aras de crear y disfrutar de entornos de aprendizaje.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Reglamento N.º 282/2014 del Parlamento Europeo y del Consejo de 11 de marzo de 2014 relativo a la creación de un tercer programa de acción de la Unión en el ámbito de la salud para el período 2014-2020. Disponible en: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:32014R0282&from=ES>
2. Carrillo E, Riera J. Aproximación a la situación actual de la obesidad infantil y su prevención desde una perspectiva sociosanitaria. Estado del arte y recomendaciones. Educación social. Rev de Intervención Socioeducativa 2013;52:33-66.
3. Solano-Pinto N, Solbes-Canales I, Fernández-César R, Calderón-López S, Pozo-Bardera C. Hábitos saludables en la primera infancia y en sus familias. Una invitación a la reflexión. Demetra 2017;12:803-21. DOI: 10.12957/demetra.2017.28657
4. Royo-Bordonada MA, Rodríguez-Artalejo F, Bes-Rastrollo M, Fernández-Escobar C, González CA, Rivas F, et al. Políticas alimentarias para prevenir la obesidad y las principales enfermedades no transmisibles en España: querer es poder. Gac Sanit 2019;33:584-92. DOI: 10.1016/j.gaceta.2019.05.009
5. Oliva-Rodríguez R, Tous-Romero M, Gil-Barcenilla B, Longo-Abril G, Pereira-Cunill JL, García-Luna PP. Impacto de una intervención educativa breve a escolares sobre nutrición y hábitos saludables impartida por un profesional sanitario. Nutr Hosp 2013;28:1567-73. DOI: 10.3305/nh.2013.28.5.6746
6. Gifre M, Esteban M. Consideraciones educativas de la perspectiva ecológica de Urie Bronfenbrenner. Contextos educ 2012;15:79-92. DOI: 10.18172/con.656
7. López-Silva P, Bustos P. Clarificando el rol de la mentalización en el desarrollo de las funciones ejecutivas. Univ Psychol 2017;16(2):1-19. DOI: 10.11144/Javeriana.upsy16-4.ccmd

8. Flores-Lázaro J, Castillo-Preciado R, Jiménez-Miramonte N. Desarrollo de funciones ejecutivas, de la niñez a la juventud. *An Psicol* 2014;30:463-73. DOI: 10.6018/analesps.30.2.155471
9. De Cocker K, Ottevaere C, Sjöström M, Moreno LA, Wärnberg J, Valtueña J, et al. Self-reported physical activity in European adolescents: results from the HELENA (Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence) study. *Public Health Nutr* 2011;14:246-54. DOI: 10.1017/S1368980010000558
10. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Aladino. Estudio de vigilancia del crecimiento, alimentación, actividad física, desarrollo infantil y obesidad en España 2015. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016.
11. Pareja-Sierra SL, Roura-Carvajal E, Milà-Villarroya R, Adot-Caballero A. Estudio y promoción de hábitos alimentarios saludables y de actividad física entre los adolescentes españoles: programa TAS (tú y Alicia por la salud). *Nutr Hosp* 2018;35:121-9. DOI: 10.20960/nh.2137
12. Doménech-Asensi G, Sánchez-Martínez Á, Ros-Berruezo G. Cross-sectional study to evaluate the associated factors with differences between city and districts secondary school students of the southeast of Spain (Murcia) for their adherence to the Mediterranean diet. *Nutr Hosp* 2015;31:1359-65. DOI: 10.3305/nh.2015.31.3.8306
13. Moreno LA, Mesana MI, Fleta J, Ruiz JR, González-Gross M, Sarría A, et al. Overweight, obesity and body fat composition in Spanish adolescents. The AVENA Study. *Ann Nutr Metab* 2005;49:71-6. DOI: 10.1159/000084738
14. Ruiz E, Valero T, Rodríguez P, Díaz-Roncero A, Gómez A, Ávila JM, et al. Estado de situación sobre el desayuno en España. Madrid: Fundación Española de la Nutrición (FEN); 2018.

15. López AM, Cuadrado E, Peral A, Aparicio A, Ortega RM. Importancia del desayuno en la mejora nutricional y sanitaria de la población. *Nutr Hosp* 2018;35(supl 6):3-6. DOI: 10.20960/nh.2278
16. Varela-Arévalo MT, Ochoa-Muñoz AF, Tovar-Cuevas JR. Measuring eating habits and physical activity in children: Synthesis of information using indexes and clusters. *Rev Mex Trastor Aliment* 2018;9(2):264-76. DOI: 10.22201/fesi.20071523e.2018.2.487
17. Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente. Guía aprendemos a comer. Madrid: Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente; 2016. Disponible en: [https://www.alimentosdespana.es/images/ca/Guia%20AMPA%20Aprendemos%20a%20Comer\\_tcm70-482733.pdf](https://www.alimentosdespana.es/images/ca/Guia%20AMPA%20Aprendemos%20a%20Comer_tcm70-482733.pdf)
18. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones mundiales sobre la actividad física para la salud; 2010. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44441/9789243599977\\_spa.pdf?ua=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44441/9789243599977_spa.pdf?ua=1)
19. Consejo Superior de Deportes (CSD). Estudio. Los hábitos deportivos de la población escolar en España. Madrid: Ministerio de Cultura y deporte; 2011. Disponible en: [https://sede.educacion.gob.es/publiventa/descarga.action?f\\_codigo\\_agc=14797\\_19](https://sede.educacion.gob.es/publiventa/descarga.action?f_codigo_agc=14797_19)
20. Cocca A, Liukkonen J, Mayorga-Vega D, Viciano-Ramírez J. Health-related physical activity levels in spanish youth and Young adults. *Percep. Mot. Skills: Phy Develop Measur* 2014;118:247-60. DOI: 10.2466/10.06.PMS.118k16w1
21. Gasol Foundation. Physical Activity, Sedentarism an Obesity in Spanish youth (PASOS); 2019. Disponible en: <https://www.gasolfoundation.org/es/estudio-pasos/>

22. Guerrero A. Actividades extraescolares, organización escolar y logro. Un enfoque sociológico. Rev Educ 2009;349:391-411.
23. Otero J, Cohen DD, Delgado-Chinchilla DM, Camacho-López PA, Amador-Ariza MA, Rueda-Quijano SM, et al. Facilitadores y barreras percibidos en la práctica de la actividad física en adolescentes escolarizados en Piedecuesta (Santander), en 2016: análisis cualitativo. Rev Fac Nac Salud Pública 2020;38(2):e337834. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.e337834
24. Fernández M, Suárez M, Feu S, Suárez Á. Nivel de actividad física extraescolar entre el alumnado de educación primaria y secundaria. Apunts Educ fis esport 2019;136:36-48. DOI: 10.5672/apunts.2014-0983.es(2019/2).136.03
25. Vicente-Rodríguez G, Benito PJ, Casajús JA, Ara I, Aznar S, Castillo MJ, et al. Actividad física, ejercicio y deporte en la lucha contra la obesidad infantil y juvenil. Nutr Hosp 2016;33:1-21. DOI: 10.20960/nh.828
26. Guía de Práctica Clínica sobre trastornos del sueño en la Infancia y adolescencia en atención Primaria. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre trastornos del sueño en la infancia y adolescencia en atención primaria. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación; 2011. Disponible en: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_489\\_Trastorno\\_sue%C3%B1o\\_infadol\\_Lain\\_Entr\\_resum.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_489_Trastorno_sue%C3%B1o_infadol_Lain_Entr_resum.pdf)
27. Busto R, Amigo I, Fernández C, Herrero J. Actividades extraescolares, ocio sedentario y horas de sueño como determinantes del sobrepeso infantil. Intern J Psych Psychol Ther 2009;9(1):59-66.
28. Quiroga MP. El impacto de las nuevas tecnologías y las nuevas formas de relación en el desarrollo. Psicol Educ 2011;17(2):147-61. DOI: 10.5093/ed2011v17n2a3

29. Pin-Arboledas G, Cubel-Alarcón M, Martín-González G, Lluch-Rosello A, Morell-Salort M. Hábitos y problemas con el sueño de los 6 a los 14 años en la Comunidad Valenciana. Opinión de los propios niños. *An Pediatr (Barc)* 2011; 74:103-15. DOI: 10.1016/j.anpedi.2010.08.014
30. Angora-Mazuecos F, Arenas-Fernandez M, Salve-Díaz MJ, Rodríguez-Torres MA. Contraste rural-urbano sobre hábitos en niños de 10-11 años. *Doc Soc* 2002;127:299-316.
31. Palomares-Gimeno MJ, Sanantonio-Valdearcos F, Romany-Pastor C. Dieta mediterránea y estilos de vida. Relación con la obesidad en los preadolescentes. *Acta Pediatr Esp* 2015;73:82-6. DOI: 10.2903/j.efsa.2009.1215
32. Guía de Práctica Clínica sobre la prevención y el tratamiento de la obesidad infantojuvenil. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la prevención y el tratamiento de la obesidad infantojuvenil. Barcelona: Ministerio de Ciencia e Innovación; 2009. Disponible en: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_452\\_obes\\_infantojuv\\_AATRM\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_452_obes_infantojuv_AATRM_compl.pdf)
33. Uribe-Salas FJ, Portillo-Téllez MC, Parra-Ávila J, Hernández-Corral S, Alonso-Tovar R, Acebedo-Casillas MS, et al. Autopercepción del peso a través de figuras corporales en niños en edad escolar de Piedras Negras, Coahuila, México. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2018;75:366-72.
34. MacLean L, Edwards N, Garrard M, Sims-Jones N, Clinton K, Ashley L. Obesity, stigma and public health planning. *Health Promotion Int* 2009;24: 88-93. DOI: 10.1093/heapro/dan041
35. Ten Have M, van der Heide A, Mackenbach JP, de Beaufort ID. An ethical framework for the prevention of overweight and obesity: A tool for thinking through a programme's ethical aspects. *Eur J Public Health* 2013;23:299-305. DOI: 10.1093/eurpub/cks052

36. Neumark-Sztainer D, Wall M, Guo J, Story M, Haines J, Eisenberg M. Obesity, disordered eating, and eating disorders in a longitudinal study of adolescents: how do dieters fare 5 years later? *J Am Diet Asso* 2006;106:559-68. DOI: 10.1016/j.jada.2006.01.003
37. Fernández C, Lorenzo H, Vrotsos K, Aresti U, Rica I, Sánchez E. Estudio de crecimiento de Bilbao. Curvas y tablas de crecimiento. Instituto de Investigación sobre crecimiento y desarrollo. Fundación Faustino Orbeagoiz Eizaguirre; 2011.
38. Meland E, Haugland S, Breidablik HJ. Body image and perceived health in adolescence. *Health Educ Res* 2007;22:342-50. DOI: 10.1093/her/cyl085
39. Red Cantabra de Escuelas Promotoras de Salud y Schools for health in Europe (RCEPS- SHE). Gobierno de Cantabria. Blog de recursos para el desarrollo de proyectos de salud escolar en centros educativos de Cantabria. Disponible en [https://receptscantabria.blogspot.com/p/cuestionarios\\_24.html](https://receptscantabria.blogspot.com/p/cuestionarios_24.html).
40. Organización Mundial de la Salud. Social determinants of health and wellbeing among young people 2009/2010. *Health Behaviour in Schoolaged Children (HBSC) Study* Geneva: WHO; 2011. Disponible en: <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.-health-behaviour-in-school-aged-children-hbsc-study>
41. López-Roldán P, Fachelli S. Análisis de varianza. En: López-Roldán P y Fachelli B, editores. *Metodología de la Investigación Social Cuantitativa*. Bellaterra (Cerdanyola del Vallès): Dipòsit Digital de Documents, Universitat Autònoma de Barcelona. 1ª edición; 2016. Disponible en: <http://ddd.uab.cat/record/163568;2016>
42. Cohen L, Manion L, Morrison K. *Research methods in education*. 8th Edition. New York: Routledge; 2018.

# Nutrición Hospitalaria

Tabla I. Porcentajes sobre hábitos alimentarios inadecuados, realización de dieta, imagen corporal, hábitos de sueño, actividad física intensa, percepción de la actividad y barreras percibidas en la práctica de actividad física en niños (etapa de educación primaria) y adolescentes (etapa de educación secundaria). Significación (p) y tamaño del efecto (eta cuadrado,  $\eta^2$ )

<i>Hábitos inadecuados</i>	<i>Niños. Etapa de educación primaria (n = 197)</i>	<i>Adolescentes. Etapa de educación secundaria (n = 96)</i>	<i>p</i>	<i>Eta cuadrado <math>\eta^2</math></i>
Desayuno	21,4	35,4	0,009	0,023
Fruta	34,5	41,7	0,575	0,001
Verdura	54,8	43,7	0,115	0,009
Dulces	33,6	37,5	0,538	0,001
Refrescos	58,9	64,6	0,846	0,000
Carne	18,3	30,2	0,157	0,007
Pescado	41,1	57,3	0,003	0,030
Aperitivos	19,8	17,8	0,941	0,000
Realizar dieta	12,7	21,9		
Odio mi cuerpo. De acuerdo y totalmente de acuerdo	9,1	6,3	0,116	0,009
Me siento cómodo con mi cuerpo. En desacuerdo y totalmente en desacuerdo	16,3	17,7	0,087	0,010
Horas de sueño	8,6	28,1	0,000	0,193
Dificultades para dormir casi todos los días	17,7	14,6		
Actividad física intensa. Menos de una hora/semana	22,3	15,6	0,908	0,000
Percepción de actividad física. No ser activo	44,7	78,2		
Barreras. No tengo tiempo	27,5	49,0		
Ocio sedentario. TV más de tres horas al día	44,6	78,2	0,739	0,000
Ocio sedentario.	28,0	74,0	0,313	0,004

Tecnología				
------------	--	--	--	--

**Nutrición  
Hospitalaria**

## ANEXO

<i>Preguntas seleccionadas del formulario de encuesta incluido en el Programa RECPS-SHE (Red Cántabra de Escuelas Promotoras de Salud y Schools for Health in Europe)</i>
¿Cuántas veces a la semana acostumbras a comer o beber los siguientes alimentos? Frutas, verduras, dulces, refrescos, carne y pescado.
¿A diario, con qué frecuencia acostumbras a desayunar? ¿Algo más que un vaso de leche o un zumo de fruta?
¿En este momento estas haciendo alguna dieta para perder peso?
¿Entre semana, a qué hora te sueles ir a dormir? ¿A qué hora te sueles levantar?
¿En los últimos 6 meses, con qué frecuencia has tenido dificultades para dormir?
¿En una semana normal, en tu tiempo libre, cuántas horas has hecho algún tipo de deporte o actividad física que te haga sudar? Ejemplo: caminar deprisa, patinar, bailar, montañismo, fútbol, etc. Señala la opción que creas que más se acerca a lo que haces. Ejemplo: no soy muy activo físicamente y no tengo intención de cambiar.
¿Qué barreras crees que impiden o pueden impedir que hagas ejercicio? Señala la opción. Ejemplo: no tengo tiempo (estudios, extraescolares, etc.).
¿En una semana normal, para los días entre semana, cuántas horas al día sueles dedicar normalmente a ver la televisión (incluyendo vídeos y DVD)? ¿Cuántas horas pasas aproximadamente cada día jugando con el ordenador, la consola o el móvil?
Señala el grado de acuerdo: Odio mi cuerpo. Me siento cómodo con mi cuerpo.