



Mensajes básicos para la promoción de la nutrición saludable en adolescentes

Sonia Gómez-Martínez, Ascensión Marcos

Grupo Inmunonutrición. Dpto. de Metabolismo y Nutrición. Instituto del Frío. ICTAN. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. C/ José Antonio Novais, 10. 28040-Madrid. Grupo Inmunonutrición.

RESUMEN

La obesidad, que empezó a plantearse como un problema de salud pública a finales del siglo XX, está adquiriendo dimensiones de epidemia en la actualidad. Esta patología es el resultado en la mayoría de los casos de una mala alimentación, convirtiéndose en un gran problema dietético, psicológico y social muy frecuente en los países civilizados, que adquiere las consecuencias más graves de la obesidad del adolescente en la edad adulta. El comportamiento alimentario se debe concebir desde una perspectiva integral, producto de la interacción de las características del sujeto (biológicas, psicológicas, culturales), de los alimentos a que tiene acceso y del entorno que le rodea (especialmente la influencia social de su grupo etario y de la publicidad). Ante esto queda claro que el tratamiento de estos pacientes debe ser individual e integral. Para conseguir un buen pronóstico, no solo se debe perseguir una disminución de peso a través de una restricción dietética y un aumento de actividad física, sino un cambio comportamental de hábitos generales para lo cual es necesario un seguimiento psicológico adecuado.



INTRODUCCIÓN

Durante el periodo de la adolescencia se produce una serie de cambios, tanto fisiológicos como psicológicos que afectan al desarrollo del individuo. Los patrones de actividad física y los hábitos alimentarios se ven alterados directamente por los cambios psicológicos (1). En cuanto a la composición física, también varía en función del desarrollo sexual y del crecimiento que se produce durante este periodo etario (2). En consecuencia, si no se produce una buena adaptación entre las necesidades, como consecuencia de los cambios corporales correspondientes a la edad, y la ingesta, los adolescentes tienen una gran probabilidad de sufrir trastornos del comportamiento alimentario (TCA) ya sea por exceso (obesidad) o por defecto (anorexia, bulimia etc.) (3).

Si nos centramos en la obesidad, enfermedad crónica condicionada en la mayoría de los casos por una ingesta calórica elevada y un gasto energético deficiente, podríamos decir que el incremento de la grasa corporal es multifactorial. De hecho, los factores individuales genéticos y metabólicos relacionados con el crecimiento, desarrollo y maduración, interaccionan con los factores ambientales. Otros factores de riesgo que se deben tener en cuenta son los socioeconómicos y culturales que han determinado en las últimas décadas un cambio rápido en los hábitos alimentarios, así como en el estilo de vida y los patrones de actividad física (4).

La prevalencia de obesidad en la adolescencia está experimentando un gran aumento en los últimos tiempos, llegándose a considerar según la OMS como la epidemia del siglo XXI. Las consecuencias más graves de la obesidad en el adolescente aparecen en la edad adulta (de cada 3 niños obesos, uno seguirá siéndolo de adulto) debido a la grave comorbilidad asociada (diabetes, enfermedad cardiovascular, cáncer, etc.) (5).

La obesidad que no había sido tenida en cuenta por algunos sectores profesionales de la salud está siendo en la actualidad uno de los objetivos prioritarios sanitarios para el Ministerio de Sanidad y Consumo. De hecho, con el objetivo de invertir la tendencia creciente de esta patología, este Ministerio ha desarrollado la Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (NAOS).

La obesidad es el trastorno más frecuente en la población pediátrica, habiéndose triplicado su incidencia en los últimos 30 años (6,7). En España, el estudio PAIDOS en



1984 mostró que existía un 4,9 % de obesidad en nuestro país (8). El enkid realizado entre los años 1998 y 2000, puso en evidencia que el 13,9% de la población española entre 2 y 24 años presentaban obesidad y el 12,4% sobrepeso (9). Del proyecto multicéntrico AVENA realizado más recientemente (2000-2002) en la población adolescente española se desprende que la prevalencia de sobrepeso+obesidad ha aumentado al 25,69% en varones y a un 19,13% en mujeres (10,11,12).

Los datos del estudio AVENA también muestran que existen hábitos alimentarios inadecuados en un porcentaje considerable de la población estudiada (13) y una tendencia hacia el sedentarismo, en especial en la población femenina (14). Se observan además, marcadores de inflamación en adolescentes con sobrepeso y obesidad, lo que corrobora la idea del aumento del riesgo a desarrollar enfermedades cardiovasculares a largo plazo (12).

Por otra parte, no se debe olvidar que la obesidad está también asociada con un aumento en el riesgo de problemas emocionales. Los adolescentes con problemas de peso tienden a tener una autoestima mucho más baja. La depresión, la ansiedad y el desorden obsesivo compulsivo también pueden acompañar a esta patología (15).

MEDIDAS DE INTERVENCIÓN

Es necesario que el tratamiento de la obesidad en el niño y en el adolescente tenga un enfoque integral, ya que si no, suele tener poco éxito, como se desprende de toda la bibliografía consultada. Por este motivo, se debe buscar como objetivo no sólo la pérdida de peso, sino alcanzar unos hábitos de vida saludables. En el tratamiento se debe involucrar directamente a la familia y sería deseable que tanto los amigos como los compañeros con los que convive sean miembros activos en el proceso. Es necesario elaborar tratamientos que aúnen el componente dietético-nutricional, psicológico-psiquiátrico, familiar y de actividad-condición física. Y por supuesto, no se puede olvidar que todos los estamentos tanto sociales como institucionales se deben involucrar en este proceso (16,17).

Es necesario descartar en un primer momento la existencia de un desorden físico que produzca el aumento de peso. Es imprescindible que exista para el adolescente una motivación. Para ello, se debe contar en todo momento con un especialista en



psicología que tenga en cuenta los problemas de autoestima y sociabilidad que se presentan a esta edad, ya que estos factores van a influir directamente en las conductas con respecto a la ingesta y a la actividad física. "Un manejo desacertado en un trastorno psicológico puede dificultar el cambio hacia conductas saludables, contribuyendo al fracaso del tratamiento". Es interesante realizar talleres psicológicos para preparar al adolescente y a su familia para el definitivo cambio de hábitos (18, 19).

Una vez que se ha contado con el psicólogo se puede empezar a plantear el tratamiento desde otros puntos de vista teniéndose en cuenta que se debe:

- comenzar un programa de control del peso
- cambiar los hábitos alimentarios (comer despacio, desarrollar una rutina de horarios y comidas)
- planificar las comidas y hacer una mejor selección de los alimentos
- controlar las porciones y consumir menos calorías
- aumentar la actividad física (especialmente, caminar o subir y bajar escaleras) para conseguir un patrón de vida más activo
- comer en compañía, evitando realizar a la vez otras actividades como ver TV, estar delante de un ordenador etc.
- asistir a los grupos de apoyo

La intervención dietética en esta población debe ser tratada con mucho cuidado para no inducir el desarrollo de TCA (20). Así mismo, es necesario cuidar los posibles déficits de nutrientes relacionados con las alteraciones del crecimiento y del desarrollo, por lo que es necesario un equipo multidisciplinar para este tipo de tratamiento (21).

Muchos de los hábitos que van a influir en la salud física y mental a lo largo de la vida en la edad adulta se adquieren durante la adolescencia. La adolescencia es un periodo único en la vida. Joliot y Deschamps (1997) (22) proponen que la educación para la salud dirigida a adolescentes debería capacitarles para entender aquello que



es positivo en ellos mismos y no se debería forzar ningún modelo de comportamiento. Los adolescentes necesitan una cultura alimentaria basada en alimentos que se deben COMER y no en alimentos que se deben EVITAR (23).

El fenómeno del sedentarismo es uno de los principales motivos de preocupación para la salud pública, ya que la inactividad física es un claro factor de riesgo respecto a las enfermedades cardiovasculares, obesidad, diabetes, etc., en particular si incide sobre un substrato genético predisponente. Todo ello nos hace ser conscientes de la necesidad de desarrollar propuestas de intervención factibles para la modificación de las actitudes orientadas a la salud. El Colegio Americano de Medicina del Deporte (24) recomienda la combinación de ejercicio físico y alimentación saludable como medida eficaz para la pérdida y el mantenimiento del peso corporal en adultos. En adolescentes, los datos en la bibliografía en relación a esta problemática son escasos. Además, Sothorn (25) subraya que la respuesta fisiológica y emocional ante el ejercicio de los adolescentes con sobrepeso u obesidad difiere de la de sus compañeros con normopeso. El sobrepeso/obesidad juvenil junto a los factores que lo desencadenan (sedentarismo e ingesta calórica excesiva), aparte del problema que en sí mismo representan, constituyen un claro factor de riesgo para el desarrollo en la vida adulta de diversas y frecuentes enfermedades metabólicas (diabetes mellitus, hipertrigliceridemia) y cardiovasculares (hipertensión arterial, aterosclerosis, cardiopatía isquémica) (26). Teniendo en cuenta que de los resultados del estudio AVENA se desprende que ha habido un aumento en la prevalencia de obesidad de los adolescentes, un descenso de la actividad física, además de una asociación entre la actividad física y el grado de obesidad (27) y que no existen hasta el momento tratamientos 100% efectivos que pongan freno a esta patología, nuestro grupo junto con otros 4 grupos españoles ha elaborado un programa educacional terapéutico que incluye aspectos psicológicos, dietéticos y de actividad física, dirigido específicamente a adolescentes con sobrepeso y obesidad que puede permitir a partir de sus resultados y una vez demostrada su eficacia, ser aplicado al resto de ciudades españolas como estrategia nacional de intervención para esta población. Nos referimos al programa EVASYON.



BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Bueno M. Crecimiento y desarrollo humano y sus trastornos. 2ª ed. Ergon. Madrid; 1996.
- 2.-Tanner JM y Whitehouse RH. Clinical longitudinal standards for height, weight, height velocity, weight velocity, and stages of puberty. Arch Dis Child. 1976; 51:170-179
- 3.- Marcos A, Montero A, López-Varela S y Morandé G: Eating disorders (obesity, anorexia and bulimia), immunity and infection. En: Kraisid Tontisirin & Robert Suskind (eds): Nutrition, Immunity and Infection Disease in Infants and Children. 45th Nestle Nutrition Workshop. Bangkok, Thailand. Vevey. Nestle Nutrition Services, 2001, 45:243-279.
- 4.- Krassas GE, Tzotzas T. Do obese children become obese adults?: Childhood predictors of adult disease. Pediatr Endocrinol Rev. 2004; 3:455-9.
- 5.-The AVENA group. Alimentación y valoración del estado nutricional de los adolescentes españoles (estudio AVENA). Evaluación de riesgos y propuesta de intervención. I. Descripción metodológica del proyecto. Nutr. Hosp. 2003; XVIII (1): 15-28.
- 6.- Thibault H, Rolland-Cachera MF. Prevention strategies of childhood obesity. Arch Pediatr 2003; 10: 1100-8
- 7.- Miller J, Rosenbloom A, Silverstein J. Childhood obesity. J Clin Endocrinol Metab. 2004; 89(9):4211-8
- 8.- Paidós 84. Estudio epidemiológico sobre nutrición y obesidad infantil. Proyecto Universitario, Madrid, Jomagar, 1985.
- 9.- Serra Majem L, Ribas Barba L, Aranceta Bartrina J, Perez Rodrigo C, Saavedra Santana P, Pena Quintana L. Obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del estudio EnKid (1998-2000). Med Clin (Barc). 2003;121(19):725-32.
- 10.- Moreno LA, Mesana MI, Fleta J, Ruiz JR, Gonzalez-Gross M, Sarria A et al. AVENA Study Group. Overweight, obesity and body fat composition in Spanish adolescents. The AVENA Study. Ann Nutr Metab. 2005;49(2):71-6. Epub 2005 Mar 29.
11. Moreno LA, Tomas C, Gonzalez-Gross M, Bueno G, Perez-Gonzalez JM, Bueno M. Micro-environmental and socio-demographic determinants of childhood obesity. Int J Obes Relat Metab Disord. 2004; 28(3):16-20.



- 12.- Warnberg J, Moreno LA, Mesana MI, Marcos A; AVENA group. Inflammatory mediators in overweight and obese Spanish adolescents. The AVENA Study. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2004; 28(3):S59-63
- 13.- González-Gross M, Montero A, Samartín S de la Rosa B Mesa JLM et al. y grupo AVENA. Hábitos de desayuno en la población adolescente española. Estudio piloto AVENA. *Nutr Hosp* 2002; 17(3): 120.
- 14.-Pérez-Prieto R, Amigo Lanza MT, Fernandez Manzanares MD, et al. Aproximación al estudio descriptivo de los hábitos físico-deportivos de los adolescentes de Santander en su tiempo de ocio. IV Congreso Internacional sobre la enseñanza de la educación física y el deporte escolar. Santander, Septiembre 2001.
- 15.-Wardle J, Cooke L The impact of obesity on psychological well-being. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 2005;19:421-40.
- 16.- Doak CM, Visscher TL, Renders CM, Seidell JC. The prevention of overweight and obesity in children and adolescents: a review of interventions and programmes. *Obes Rev*. 2006;7(1):111-36.
- 17.- Fernandez Segura ME. Experiencias de tratamiento integral de la obesidad infantil en Pediatría de Atención Primaria. *Revista Pediatría de Atención Primaria*. 2005; VII 1:35-45
- 18.- Edwards C, Nicholls D, Croker H, Van Zyl S, Viner R, Wardle J. Family-based behavioural treatment of obesity: acceptability and effectiveness in the UK. *Eur J Clin Nutr*. 2006;60(5):587-92.
- 19.- Butryn ML, Wadden TA. Treatment of overweight in children and adolescents: does dieting increase the risk of eating disorders? *Int J Eat Disord*. 2005 May;37(4):285-93.
- 20.- Barlow SE, Dietz WH. Obesity evaluation and treatment: Expert Committee recommendations. The Maternal and Child Health Bureau, Health Resources and Services Administration and the Department of Health and Human Services. *Pediatrics*. 1998;102(3):29
- 21.- Epstein LH, Valoski A, McCurley J. Effect of weight loss by obese children on long-term growth. *Am J Dis Child* 1993; 147: 1076-1080.
- 22.- Joliot E, Deschamps JP. The measure of the quality of life of adolescents: a new evaluation tool of their health needs for a new educational approach? *Promot Educ* 1997; 4:7-9.



- 23.- Nowak M. The weight-conscious adolescent: body image, food intake, and weight-related behavior. *J Adol Health*. 1998; 23: 389-398.
- 24.- Jakicic JM, Clark K, Coleman E, Donnelly J, Foreyt J, Melanson E et al. Appropriate intervention strategies for weight loss and prevention of weight regain for adults. *Med Sci Sports Exerc* 2001; 33: 2145-2156
- 25.- Sothorn MS. Exercise as a modality in the treatment of childhood obesity. *Pediatr Clin North Am* 2001; 48(4):995-1015.
- 26.- Watts K, Naylor LH, Davis EA, Jones TW, Beeson B, Bettenay F et al. Do skinfolds accurately assess changes in body fat in obese children and adolescents? *Med Sci Sports Exerc*. 2006;38(3):439-44.
- 27.- Wärnberg J, Ruiz JR, Ortega FB, Romeo J, Gonzalez-Gross M, Moreno LA et al y grupo AVENA. Estudio AVENA (alimentación y valoración del estado nutricional en adolescentes. Resultados obtenidos 2003-2006. *Pediatr Integral* 2006; Marzo Supl (1). Pag. 50-55. Ed. Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria. Madrid. 2006. ISSN: 1135-4542.