



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Prevalencia de sobrepeso y obesidad en los adolescentes de 14 años de la ciudad de Teruel, en el año 2012; en relación con sus hábitos alimenticios, su actividad física y otros determinantes asociados.

M^a José Tregón Loras

José María Montón Dito

Escuela Universitaria de Enfermería 2013

RESUMEN

Fundamento y Objetivo: Conocer la prevalencia de sobrepeso y de obesidad en los adolescentes de 14 años de dos institutos de Teruel, las características de sus hábitos dietéticos, su actividad física y otros determinantes asociados.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal en los estudiantes de 14 años del IES Vega del Turia e IES Segundo de Chomón que acudieron a los Centros de Salud de Teruel a la revisión de los 14 años del niño sano. La prevalencia de sobrepeso y obesidad se determinó usando el peso y la talla para el índice de masa corporal. Mediante dos cuestionarios, el test rápido Krece Plus y el test corto de actividad física Krece Plus se investigaron las características de sus hábitos dietéticos y de su actividad física. Las variables secundarias, peso al nacer, tipo de lactancia y país de nacimiento; fueron recogidas al incluirlas también en los cuestionarios realizados.

Resultados: El 73,71% de la población estudiada contestó a la encuesta. La prevalencia de sobrepeso y obesidad fue del 11,1%, y del 2,5% respectivamente. El 39,5% tuvo una adherencia alta a la dieta mediterránea, y 2,5% baja. Un 46,9% presentó un mal estilo de vida y un 15,9% bueno. El análisis bivariado en relación con las variables estudiadas no evidenció ninguna relación estadísticamente significativa.

Conclusiones: La prevalencia de obesidad y sobrepeso no es alta. Sin embargo, los hábitos alimenticios pueden ser mejorados y debemos insistir en la promoción de actividad física.

Palabras Clave: Sobrepeso. Obesidad. Hábitos alimenticios. Actividad física.

ABSTRACT

Background and objective: To estimate the prevalence of obesity and overweight in 14-year-old teenagers of two high schools of Teruel, the characteristics of their dietary habits, physical activity and other decisive factors associated with the latter

Material and methods: A cross-sectional study in 14-year-old students of Vega del Turia and Segundo de Chomón high schools who had gone to the 'Well-Child Checkup of the 14-year-old Children' was carried out. The prevalence of overweight and obesity was determined using their weight and their height to get the Body Mass Index. Throughout two questionnaires, the Quick Test and the Short Test from Krece Plus, the characteristics of their dietary habits and physical activity were investigated. The secondary variables are the following: birth weight, type of breast-feeding, country of birth. They were also studied throughout the same questionnaires explained above.

Results: 73.71% of the studied population answered the survey. The prevalence of overweight and obesity was 11.1% and 2.5% respectively. 39.5% had a high adherence to the Mediterranean diet, and 2.5% a low one. 46.9% had a bad lifestyle and 15.9% a good one. The bivariate analysis related to the studied variables showed no evidence of a statistically significant relation among them.

Conclusions: The prevalence of overweight and obesity is not high. However, dietary habits can be improved and we should insist on the promotion of physical activity

Key words: Overweight. Obesity. Eating habits. Physical activity.

INTRODUCCIÓN

El grupo internacional de trabajo en obesidad (IOTF) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han definido la obesidad como la epidemia del siglo XXI por las dimensiones adquiridas a lo largo de las últimas décadas, su impacto sobre la morbilidad, la calidad de vida y el gasto sanitario (1).

La obesidad es una enfermedad crónica, compleja y multifactorial, que suele iniciarse en la infancia y la adolescencia, y tiene su origen en una interacción genética y ambiental; siendo más importante la parte ambiental o conductual, que se establece por un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético (2). Se caracteriza por una excesiva acumulación de grasa corporal y se manifiesta por un exceso de peso y volumen corporal (2, 3).

En España, el estudio Enkid del año 1998-2000 estimó que la prevalencia global de sobrepeso y obesidad era de 12,4% y 13,9% respectivamente, siendo ambas superiores en varones (3,5).

Según los resultados de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de 2006 la prevalencia de obesidad y sobrepeso en España de la población infantil, de 2 a 17 años, es de 8,9% y 18,7% respectivamente. En Aragón encontramos cifras similares a la media nacional, con 7,5% y 16,9% (6).

La obesidad es considerada como un importante factor de riesgo para el desarrollo de otras enfermedades responsables de la elevada morbilidad en la edad adulta.

Se asocia entre otras con la enfermedad cardiovascular, la dislipemia, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo 2 (3, 4, 12). En la mujer, se asocia también con disfunción menstrual, síndrome de ovario poliquístico, infertilidad, aumento del riesgo perinatal e incontinencia urinaria (3).

Una de las consecuencias que a corto plazo más comprometen la calidad de vida en la infancia y la adolescencia son las alteraciones psicosociales: baja autoestima, aislamiento, inseguridad y dificultad para establecer relaciones sociales (5).

Además, se ha demostrado la asociación entre la obesidad infantojuvenil y su persistencia en la edad adulta (1,3,5).

En España el gasto sanitario que ocasiona este problema de salud se ha calculado en más de 2.500 millones de euros anuales, casi el 7% del gasto sanitario total (3, 4).

En 2006 los países de la región europea de la OMS elaboraron una Carta Europea contra la Obesidad. En ella destacaban que la epidemia de la obesidad puede ser reversible si se fomentan en la sociedad estilos de vida saludables en relación con la dieta y el ejercicio físico (4). Por lo que promover ambos, es el objetivo prioritario (5).

OBJETIVOS

Como objetivos primarios pretendemos conocer la prevalencia de sobrepeso y de obesidad de los estudiantes encuestados de 14 años de la ciudad de Teruel, averiguar las características y la calidad de sus hábitos alimentarios y saber sus hábitos en la práctica de ejercicio físico.

Como objetivos secundarios se pretende, además, delimitar la relación de éstos con la prevalencia de sobrepeso y obesidad; y conocer otros determinantes asociados al desarrollo de sobrepeso y obesidad en esta población como son la lactancia materna, el peso al nacer o el país de nacimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio transversal descriptivo de los estudiantes de 14 años del IES Vega del Turia e IES Segundo de Chomón que acudieron a los Centros de Salud de Teruel a la revisión de los 14 años del niño sano. La revisión de los 14 años del niño sano se llevó a cabo de enero a diciembre del 2012 por las enfermeras de los Centros de Salud de Teruel. En el mes de diciembre, por un lado, se realizaron las encuestas a los estudiantes en los dos institutos de Teruel, en la hora de Tutoría y por otro, se recogieron del programa OMI-AP las medidas antropométricas de la población estudiada.

Como variables principales se utilizaron el Índice de masa corporal (IMC): es una variable cuantitativa continua calculada a través del peso y de la talla. Se realizó con los adolescentes descalzos y vestidos con ropa ligera, mediante básculas Barys Plus RGT-200 Health Sacale®. Todas las mediciones, en condiciones estandarizadas, fueron realizadas por las enfermeras del Centro de Salud y recogidas en el programa OMI. Para el cálculo de prevalencias utilizamos la clasificación de la SEEDO. Se consideró: peso insuficiente <18,5; normopeso 18,5-24,9; sobrepeso grado I 25-26,9; sobrepeso grado II (preobesidad) 27-29,9; obesidad grado I 30-34,9; obesidad grado II 35-39,9; obesidad grado III (mórbida) 40-49,9 y obesidad grado IV (extrema) ≥ 50 .

Hábitos alimenticios: se midieron con el cuestionario rápido del estudio enKid (test rápido Krece Plus) llevado a cabo del año 1998 al 2000. Este test mide la adecuación de la alimentación a la dieta mediterránea. Según la puntuación del test, la alimentación del encuestado queda clasificada como de baja calidad, regular y óptima (7). (Anexo 1)

Actividad física: fue medida con el cuestionario rápido del estudio enKid (test corto de actividad física Krece Plus) llevado a cabo del año 1998 al 2000. Este test clasifica el estilo de vida de las personas de 4 a 14 años. Según la puntuación del test, el estilo de vida se clasifica como malo, regular y bueno (8). (Anexo 2)

Como variables secundarias se utilizaron el peso al nacer, que es una variable cuantitativa continua; la lactancia materna, que es una variable cualitativa politómica ordinal y el país de nacimiento (si era extranjero o no), que es una variable cualitativa dicotómica nominal. Las tres variables; peso al nacer, tipo de lactancia y país de nacimiento; fueron recogidas al incluirlas también en los cuestionarios realizados a los estudiantes de los dos institutos de Teruel.

El análisis de datos se realizó mediante el programa SPSS 15. Se llevó a cabo el análisis de cada una de las variables estudiadas calculando las frecuencias y los porcentajes para las variables categóricas; la mediana y el intervalo intercuartil (IQR) para las variables cuantitativas al no cumplir los criterios de normalidad. El análisis estadístico bivariado se efectuó comparando la variable principal del estudio (IMC) con el resto de las variables estudiadas. Los test estadísticos utilizados fueron los no paramétricos al no cumplir los criterios de normalidad: la asociación lineal por lineal para comparar variables cualitativas y la correlación de Spearman para comparar variables cuantitativas con cuantitativas.

Para la búsqueda bibliográfica se emplearon distintos motores de búsqueda en la red (Elsevier, Cochrane, PubMed etc.) así como bases de datos científicas buscando términos como "obesidad", "sobrepeso", "hábitos alimenticios", "lactancia materna".

RESULTADOS

De una población inicial de 91 individuos, se realizaron 81 encuestas; es decir, el 73,71% de la población estudiada contestó. Las no respuestas (26,29%) corresponden a estudiantes que no fueron a clase el día en que se realizó la encuesta. El 58% pertenecen a estudiantes del Segundo de Chomón y la distribución por sexos fue un 38,3% hombres y 61,7% mujeres.

La mediana del peso fue de 55,2 kg (IQR= 12,35 kg) (gráfica 1), y de la talla fue de 1,63m (IQR= 0,098 m) (gráfica 2) por lo que la mediana del IMC fue de 20,658 kg/m² (IQR= 3,8kg/m²). (Gráfica 3)

La prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población total fue de 11,1%, y de 2,5% respectivamente. Mientras que la prevalencia de normopeso fue de 65,4%. (Gráfica 4)

La gráfica 5 muestra los resultados obtenidos a partir del test sobre hábitos alimentarios, que revelan que el 39,5% de los estudiantes tiene una adherencia alta a la dieta mediterránea, y sólo un 2,5% tiene una baja adherencia. En la tabla 1 destaca que el 84% de los encuestados consume pescado regularmente, un 72,8% ingiere verdura una vez al día, un 79% come legumbres más de una vez a la semana y un 97,5% utiliza aceite de oliva. Llama la atención que ninguno de los encuestados acude una vez o más a la semana a un centro de comida rápida. Destacan los porcentajes de los adolescentes que no desayunan o lo hacen con bollería industrial, un 12,3% y un 35,8% respectivamente. Además un 17,3% de los encuestados toman golosinas varias veces al día.

En la tabla 2 se muestran los resultados referidos a la actividad física, los cuales evidencian que un 44,5% de la población estudiada practica una actividad deportiva extraescolar menos de dos horas semanales y un 29,6% la practican cinco o más horas a la semana. Por otro lado, hasta un 85,2% invierte dos o más horas al día en actividades sedentarias. De acuerdo con estos datos, debe considerarse que un 46,9% de la población presenta un mal estilo de vida y que sólo un 16% tiene un buen estilo. (Gráfica 6)

Respecto a las variables secundarias, un 9,9 % de la población era extranjera y el 66,6% de los encuestados recibió lactancia materna. (Gráfica 7). El 25,9% de los encuestados no contestó cuánto pesó al nacer. La mediana del resto de la población que sí que contestó fue de 3,3kg (IQR= 0,5875kg). (Gráfica 8)

El análisis bivariado para el IMC como variable categórica (peso insuficiente, normopeso, sobrepeso grado I, sobrepeso grado II y obesidad grado I) en relación con las variables estudiadas no evidenció una relación estadísticamente significativa ($p > 0,05$). Utilizando la asociación lineal por lineal, en los hábitos alimenticios, actividad física, lactancia materna y país de nacimiento. Por otro lado, la Correlación de Spearman se utilizó para relacionar el IMC como variable cuantitativa continua con el peso al nacer; aunque, tampoco se logró demostrar una relación estadísticamente significativa.

DISCUSIÓN

El 26,29% de la población de nuestro estudio no contestó a la encuesta, pero consideramos que las pérdidas no afectan al resultado final, ya que fueron debidas a que ese grupo de adolescentes no asistió a clase. Además, de los encuestados, un 25,9% no contestó a la pregunta de cuánto pesaban al nacer. Pensamos que esta ausencia de respuesta fue debida a que desconocían el dato, a pesar de que previamente se les había advertido que debían preguntar cuánto pesaron al nacer y qué tipo de lactancia materna habían recibido.

En el presente estudio los resultados de obesidad son de un 1,25% respectivamente en hombres y mujeres. No obstante, constatamos que nuestras cifras de obesidad son inferiores a las observadas en el estudio enKid para la población de 14 años (2). Esta diferencia puede ser debida a que los grupos etarios no sean exactamente los mismos en los dos estudios o que la prevalencia de obesidad y sobrepeso fuera diferente. Además, en este momento se es más consciente de la magnitud del problema que supone la obesidad y de sus repercusiones; motivo por el que se han elaborado sucesivas estrategias sobre alimentación, actividad física y salud, al objeto de dar prioridad a este problema.

En la actualidad se plantea el carácter protector que la dieta mediterránea ejercería con relación al desarrollo de la obesidad, y algunos estudios, aunque no todos, así lo confirmarían (8).

Para evaluar los hábitos alimenticios hemos utilizado el cuestionario que mide la adecuación de la alimentación a la dieta mediterránea. El índice Kidmed resultante constituye un instrumento que permite identificar de manera inmediata la población con hábitos alimentarios poco saludables; además de garantizar que una mayor puntuación proporciona un aporte de nutrientes en cantidades suficientes y suministros adecuados (7, 9).

Durante el año 2007 se realizó un estudio sobre la calidad de los hábitos alimenticios a los alumnos de educación secundaria obligatoria del municipio de Pamplona. Los datos obtenidos de los estudiantes de 3º ESO sobre el grado de adherencia a la dieta mediterránea son similares al nuestro (9).

En líneas generales, de la encuesta que hemos realizado cabe destacar que los adolescentes no alcanzan las recomendaciones de consumo de la mayoría de los alimentos que constituyen la base de la pirámide de la alimentación mediterránea.

Un 12,3% de los encuestados no desayunan. Se ha atribuido a la creencia de que estas prácticas ayudan a no engordar. Sin embargo, se ha demostrado que las personas que desayunan de forma correcta, es decir, que toman al menos dos alimentos de los tres grupos recomendados (cereales, lácteos y frutas), la prevalencia de obesidad es claramente inferior (5). Por otro lado, un porcentaje del 35,8% desayuna con bollería industrial, o con galletas, este resultado es claramente superior al estudio del municipio de Pamplona; mientras que el porcentaje de población que toma dulces diariamente es similar a dicho estudio. Conviene advertir, que estos alimentos ocupan la cúspide de la pirámide nutricional y, por tanto, su frecuencia de consumo debería ser esporádica (9).

Los encuestados sí alcanzan las recomendaciones de consumo de alimentos que constituyen la base de la pirámide de la alimentación mediterránea en la utilización mayoritaria de aceite de oliva. Esto puede ser debido a que es un elemento esencial de la cultura mediterránea que prevalece en los diferentes países mediterráneos actuales y que, en gran medida, es responsable de los efectos beneficiosos atribuidos a este patrón dietético (9).

Además la población estudiada no acude a ningún centro de comida rápida, quizás sea porque hay menos lugares de este tipo en la ciudad de Teruel, porque la educación para la salud llevada a cabo con este grupo de adolescentes ha sido efectiva, o por el contrario, porque no hayan sido sinceros en la respuesta.

La falta de cuantificación en gramos de los alimentos que consumen los encuestados es una limitación importante, ya que no se ha podido calcular las kilocalorías consumidas en un día. No se realizó un recordatorio de 24 horas, ya que la mayoría de la población estudiada no sabía la cantidad en gramos que consume y no lo hubieran medido.

En lo que respecta a la actividad física, varios estudios (5, 8) muestran que el sedentarismo y la disminución del gasto energético son factores decisivos en el desarrollo y la progresión de la obesidad. En nuestro estudio, esta relación entre el ejercicio físico y la obesidad no ha podido constatarse. Sin embargo sí que puede constatarse que los resultados son mejorables y que los encuestados deberían practicar un mayor número de horas en alguna actividad extraescolar y disminuir las horas dedicadas a actividades sedentarias.

Además de los hábitos alimentarios y la actividad física, existen otros determinantes asociados a la aparición de la obesidad como son la lactancia materna, el peso al nacer y el país de nacimiento.

Algunos estudios observacionales establecen una relación inversa entre el tiempo de lactancia materna y el riesgo de obesidad, que sería menor cuanto mayor sea la duración del período de lactancia (3). También se han realizado varias Revisiones Cochrane que analizan el efecto de la lactancia materna exclusiva durante seis meses, en ellas se evalúa que tiene efectos beneficiosos para el recién nacido, como menor morbilidad de infecciones respiratorias y gastrointestinales, sin embargo no tiene ningún impacto a largo plazo en la prevención de la obesidad (10, 11).

Otros estudios también evidencian que el peso al nacer está relacionado con el peso del niño en la preadolescencia (12). Es decir, el alto peso al nacer es un factor de riesgo para la obesidad en niños. Aunque esta relación podría estar influenciada por el entorno en el que el feto se encuentra (13).

Los determinantes socioambientales también desempeñan un papel primordial en la aparición de la obesidad (5, 12). Por lo que el país de nacimiento también puede predisponer al sobrepeso o a la obesidad al tener cada cultura unas costumbres diferentes.

En este estudio, no se ha podido demostrar que haya una relación estadísticamente significativa con ninguna variable, quizá sea porque el número de la población era reducido, y/o, porque la mayoría de la población tenía normopeso.

Por otro lado, otra de las limitaciones más importantes de nuestro estudio ha sido que al recoger las variables secundarias no estaban en el programa OMI-AP.

Conviene advertir que este estudio adolece de una serie de limitaciones metodológicas, ya que no se registraron estilos de vida de los encuestados (status socioeconómico y/o nivel de estudio familiar), tabaquismo materno durante la gestación y conocer si algún progenitor es obeso o tiene sobrepeso; ya que podrían condicionar, en cierta medida, la prevalencia de sobrepeso y obesidad y el grado de adherencia a la dieta mediterránea (9).

CONCLUSIONES

Con este estudio, además de establecer una valoración inicial de nuestra población, hemos podido observar algunas características de sus hábitos alimenticios y de la práctica de ejercicio físico que realizan.

Cabe destacar que no es una población en la que haya una prevalencia de sobrepeso y obesidad elevada.

Sin embargo, los hábitos alimentarios, pueden ser mejorados. Debemos promover el consumo diario de fruta fresca, verduras y hortalizas frescas y/o crudas, pastas, frutos secos, leche y derivados, así como legumbres y pescados por lo menos dos o tres veces por semana, además de fomentar el consumo de aceite de oliva como única grasa culinaria. Por otro lado, hay que insistir en la importancia de un desayuno diario que incluya cereales, lácteos y frutas.

También debemos insistir en la promoción de actividad física y reducir las actividades sedentarias, como ver la televisión o utilizar el móvil.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Aranceta-Bartrina J, Serra-Majem L, Foz-Sala M, Moreno- Esteban B, Grupo Colaborativo SEEDO. Prevalencia de obesidad en España. Med Clin (Barc). 2005; 125(12):460-6.
2. Serra L, Ribas L, Aranceta J, Pérez C, Saavedra P, Peña L. Obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del Estudio enKid (1998-2000). Med Clin (Barc). 2003; 121(19): 725-32.
3. Grupo de trabajo de la guía sobre la prevención y el tratamiento de la obesidad infantojuvenil. Centro Cochrane Iberoamericano, coordinador. Guía de práctica clínica sobre la prevención y el tratamiento de la obesidad infantojuvenil. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agència d'Avaluació de Tecnologia y Recerca Mèdiques; 2009. Guía de práctica clínica: AATRM Nº. 2007/25
4. Prida-Villa E, Ronzón- Fernández MA, Sandoval-González V, Maciá-Bobes C. Necesidad de abordar la obesidad en Asturias. Propuesta de actuaciones de enfermería en atención primaria. Enferm Clin. 2010; 20(6): 366-69.
5. Henríquez P, Doreste J, Laínez P, Estévez MD, Iglesias M, Martín G et al. Prevalencia de obesidad y sobrepeso en adolescentes canarios. Relación con el desayuno y la actividad física. Med Clin (Barc). 2008; 130(16):606-10.

6. Ministerio de Sanidad y Política Social de España. Encuesta Nacional de Salud de España 2001, 2003 y 2006 [consultado 5 Febrero 2013]. Disponible en:
<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/home.htm>.

7. Durá T, Castroviejo A. Adherencia a la dieta mediterránea en la población universitaria. *Nutr Hosp*. 2011;26(3):602-08.

8. Edo A, Montaner I, Bosch A, Casademont MR, Fábrega MT, Fernández A et al. Estilos de vida, hábitos dietéticos y prevalencia del sobrepeso y la obesidad en una población infantil. *Rev Pediat Aten Pirmaria*. 2010;12(45):53-65.

9. Ayechu A, Durá T. Calidad de los hábitos alimentarios (adherencia a la dieta mediterránea) en los alumnos de educación secundaria obligatoria. *An. Sist. Navar*. 2010;22(1): 35-42.

10. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 8. Art. No.: CD003517. DOI: 10.1002/14651858.CD003517.pub2.

11. Dyson L, McCormick FM, Renfrew MJ. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2. Art. No.: CD001688. DOI: 10.1002/14651858.CD001688.pub2.

12. Danielzik S, Czerwinski-Mast M, Langnäse K, Dilba B, Müller MJ. Parental overweight, socioeconomic status and high birth weight are the major determinants of overweight and obesity in 5–7 y-old children: baseline data of the Kiel Obesity Prevention Study (KOPS). *International Journal of Obesity*.2004; 28: 1494-1502.

13. Eriksson J, Forseân T, Tuomilehto J, Osmond C , Barker D. Size at birth, childhood growth and obesity in adult life. *International Journal of Obesity*.2001; 25: 735-740.

Anexo 1: Test Rápido Krece Plus

	Si	No
1. Toma una fruta o zumo natural todos los días	1	0
2. Toma una 2ª pieza de fruta todos los días	1	0
3. Toma verduras frescas (ensaladas) o cocinadas regularmente una vez al día	1	0
4. Toma verduras frescas o cocinadas de forma regular más de una vez al día	1	0
5. Consume pescado con regularidad (por lo menos 2- 3 veces por semana)	1	0
6. Acude una vez o más a la semana a un centro de comida rápida (fast food) tipo hamburguesería	-1	0
7. Le gustan las legumbres y las toma más de 1 vez a la semana	1	0
8. Toma pasta o arroz casi a diario (5 días o más a la semana)	1	0
9. Desayuna un cereal o derivado (pan, etc)	1	0
10. Toma frutos secos con regularidad (al menos 2-3 veces a la semana)	1	0
11. Se utiliza aceite de oliva en casa	1	0
12. No desayuna	-1	0
13. Desayuna un lácteo (yogurt, leche, etc)	1	0
14. Desayuna bollería industrial, galletas o pastelitos.	-1	0
15. Toma 2 yogures y/o 40 g de queso cada día	1	0
16. Toma golosinas y/o caramelos varias veces al día	-1	0

Valoración del test:

De 8 a 12: Dieta Mediterránea óptima (adherencia alta).

De 4 a 7: necesidad de mejora en el patrón alimentario para adecuarlo al modelo mediterráneo (adherencia media).

De 0 a 3: dieta de muy baja calidad (adherencia baja).

Prevalencia de sobrepeso y obesidad en los adolescentes de 14 años de la ciudad de Teruel, en el año 2012; en relación con sus hábitos alimenticios, su actividad física y otros determinantes asociados.

ANEXO 2: Test de actividad física Krece Plus: 4-14 años

¿Cuántas horas ves la televisión o juegas a videojuegos diariamente de promedio?		¿ Cuántas horas dedicas a actividades extraescolares semanalmente?	
Puntuación:		Puntuación:	
5	0 horas	0	0 horas
4	1 horas	1	1 horas
3	2 horas	2	2 horas
2	3 horas	3	3 horas
1	4 horas	4	4 horas
0	5 horas	5	5 horas

Valor del test:

Varones

Mujeres

≤5

≤4

Malo: debes plantearte tu estilo de vida seriamente

6-8

5-7

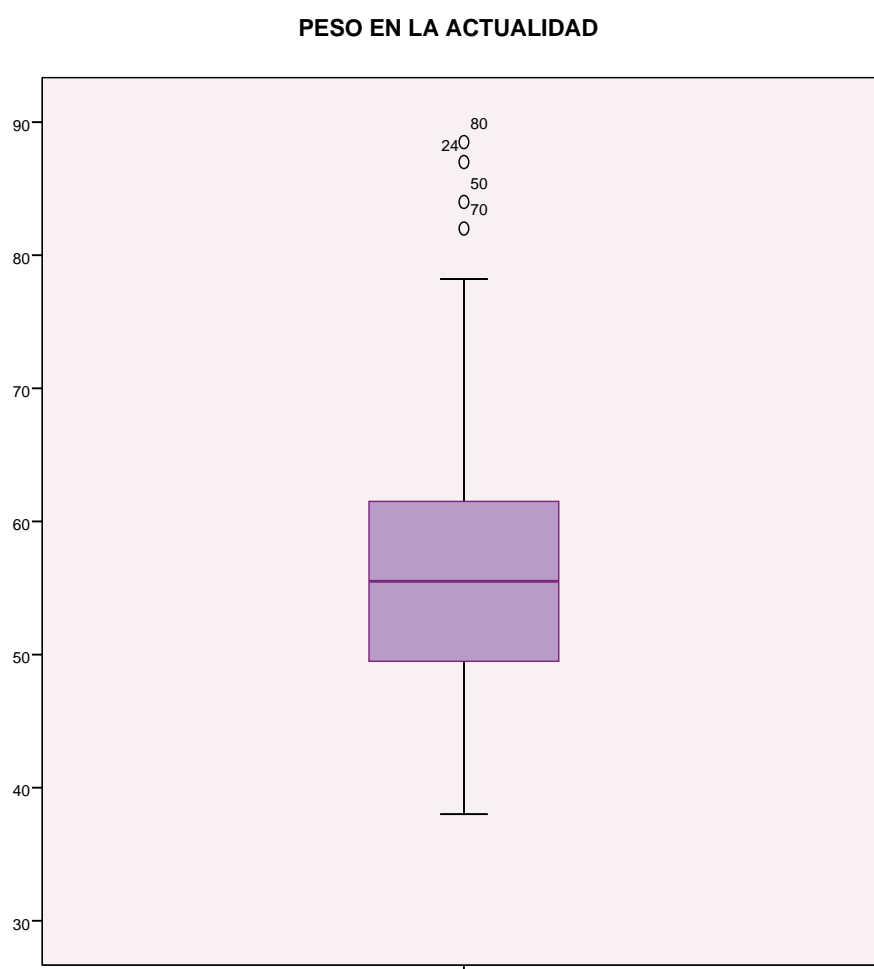
Regular: reduce la TV y haz deporte

≥ 9

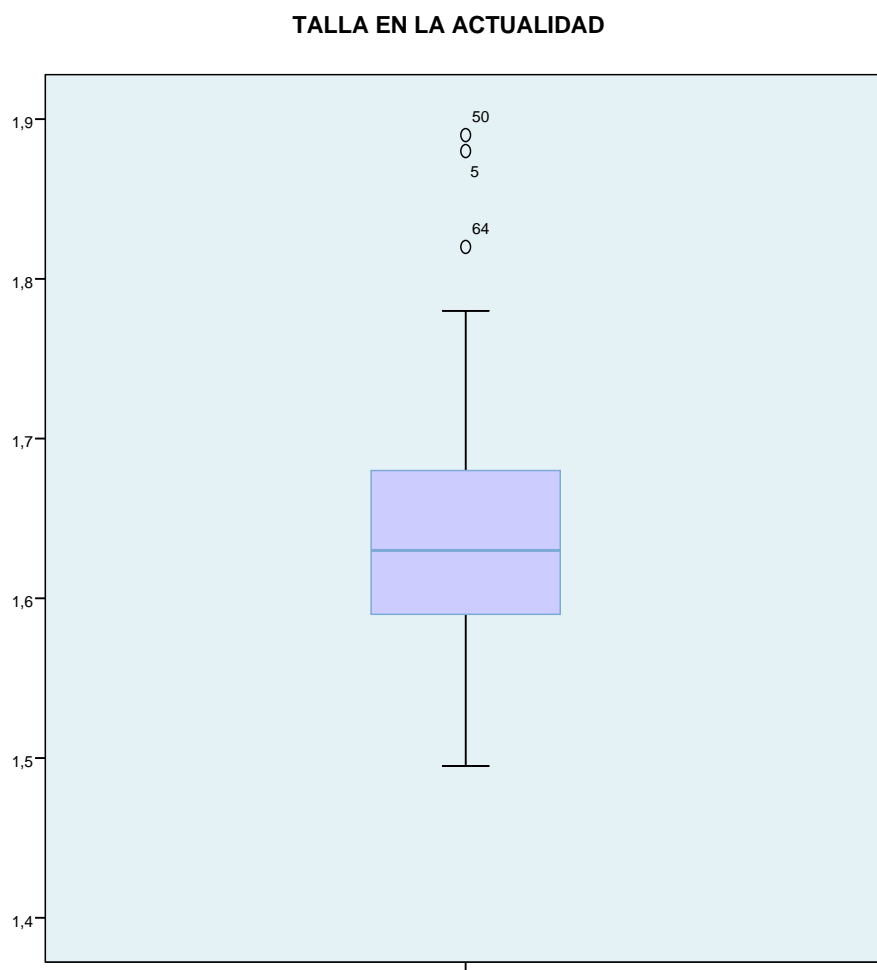
≥ 8

Bueno: sigue así

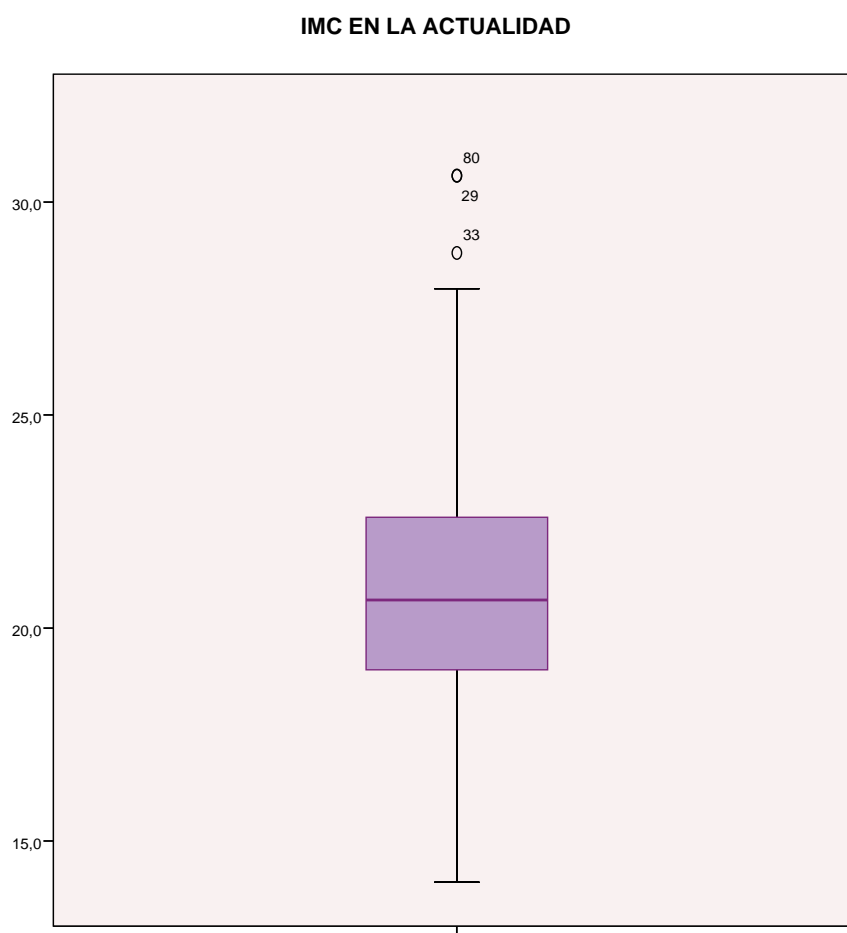
Gráfica 1: Peso en la actualidad.



Gráfica2: Talla en la actualidad.

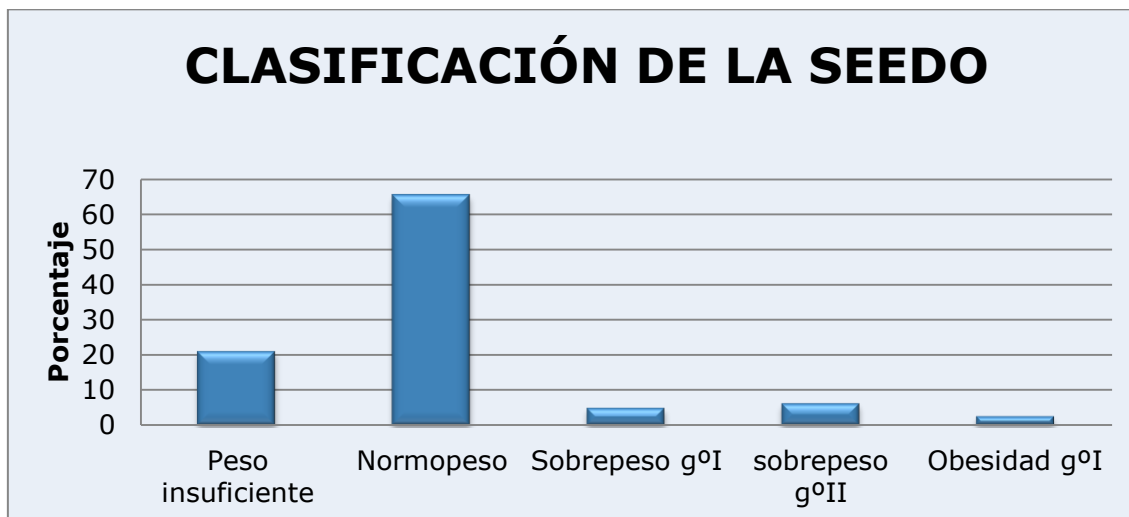


Gráfica3: IMC en la actualidad.

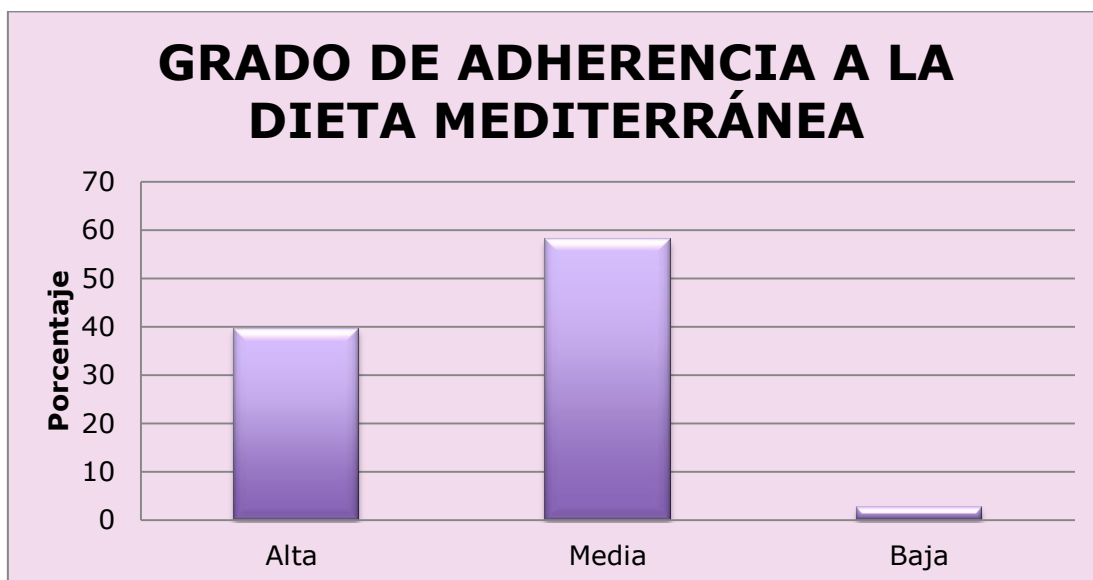


Prevalencia de sobrepeso y obesidad en los adolescentes de 14 años de la ciudad de Teruel, en el año 2012; en relación con sus hábitos alimenticios, su actividad física y otros determinantes asociados.

Gráfica 4: Clasificación de la SEEDO.



Gráfica 5: Grado de adherencia a la dieta mediterránea.



Prevalencia de sobrepeso y obesidad en los adolescentes de 14 años de la ciudad de Teruel, en el año 2012; en relación con sus hábitos alimenticios, su actividad física y otros determinantes asociados.

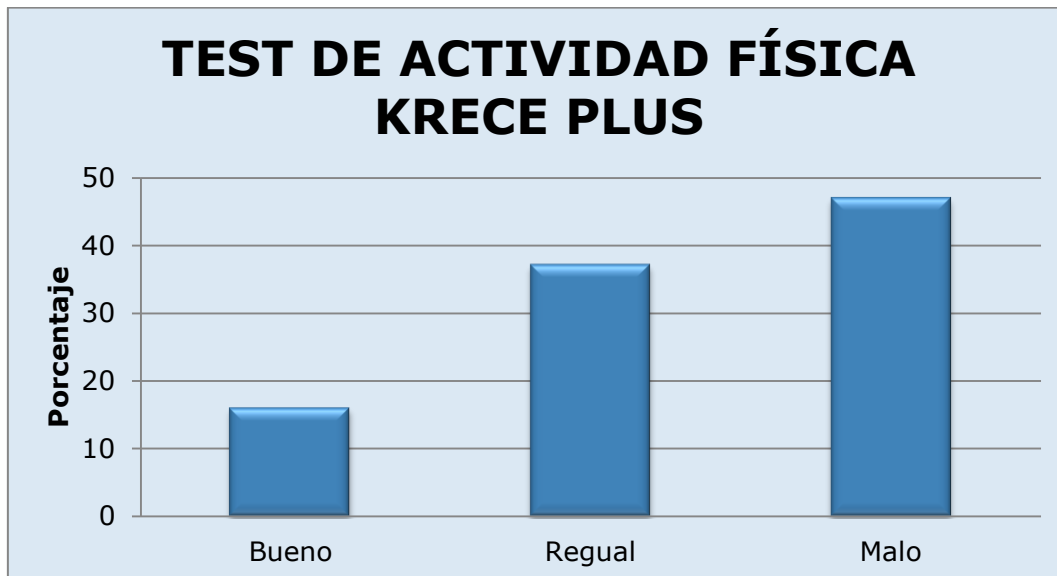
Tablas 1: Resultados del test rápido Krece Plus.

1. Toma una fruta o zumo natural todos los días	82,7%
2. Toma una 2ª pieza de fruta todos los días	45,7%
3. Toma verduras frescas (ensaladas) o cocinadas regularmente una vez al día	72,8%
4. Toma verduras frescas o cocinadas de forma regular más de una vez al día	30,9%
5. Consume pescado con regularidad (por lo menos 2- 3 veces por semana)	84%
6. Acude una vez o más a la semana a un centro de comida rápida (fast food) tipo hamburguesería	0%
7. Le gustan las legumbres y las toma más de 1 vez a la semana	79%
8. Toma pasta o arroz casi a diario (5 días o más a la semana)	43,2%
9. Desayuna un cereal o derivado (pan, etc)	63%
10. Toma frutos secos con regularidad (al menos 2-3 veces a la semana)	35,8%
11. Se utiliza aceite de oliva en casa	97,5%
12. No desayuna	12,3%
13. Desayuna un lácteo (yogurt, leche, etc)	77,8%
14. Desayuna bollería industrial, galletas o pastelitos.	35,8%
15. Toma 2 yogures y/o 40 g de queso cada día	46,9%
16. Toma golosinas y/o caramelos varias veces al día	17,3%

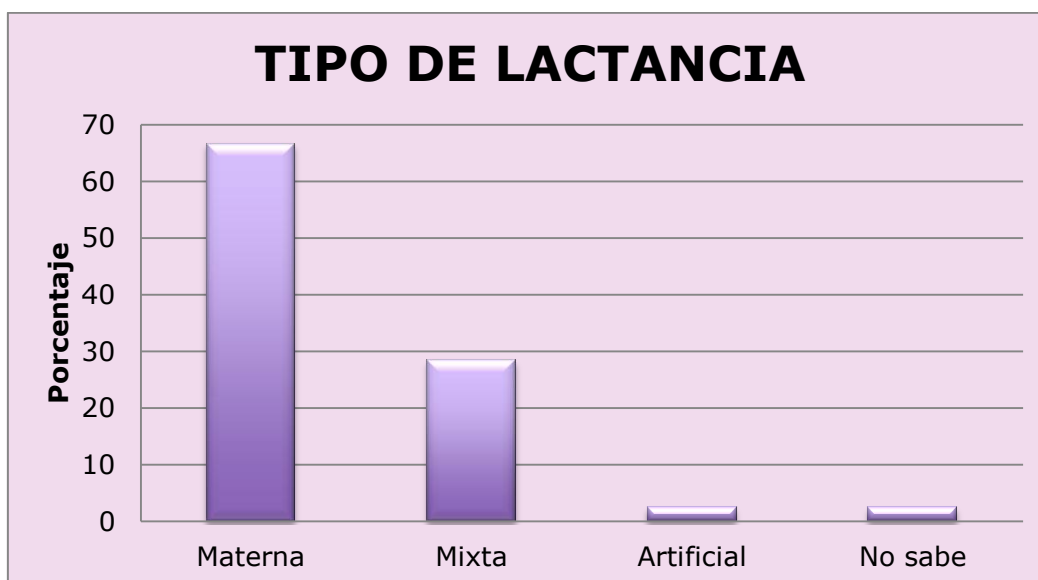
Tabla 2: Actividad física.

HORAS DIARIAS TV	Frecuencia	Porcentaje %	HORAS SEMANALES DEPORTE	Frecuencia	Porcentaje %
5+h	12	14,8	5+h	24	29,6
4h	11	13,6	4h	8	9,9
3h	19	23,5	3h	13	16,0
2h	27	33,3	2h	16	19,8
1h	12	14,8	1h	9	11,1
0h	0	0	0h	11	13,6
Total	81	100	Total	81	100

Gráfica 6: Test de actividad física Krece Plus.



Gráfica 7: Tipo de lactancia



Gráfica 8: Peso al nacer

