

This is the peer reviewed version of the following article:

Childhood Excess Weight in Spain From 2006 to 2012. Determinants and Parental Misperception

Ramiro-González MD, Sanz-Barbero B, Royo-Bordonada MÁ.
Rev Esp Cardiol (Engl Ed). 2017 Aug;70(8):656-663. doi: 10.1016/j.rec.2017.02.026. Epub 2017 Mar 18. English, Spanish.

which has been published in final form at:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rec.2017.02.026>

Título

Exceso de peso infantil en España 2006-2012. Determinantes y error de percepción parental
Childhood overweight in Spain 2006-2012. Determinants and parental overweight
misperception

Autores

Maria D. Ramiro-Gonzalez¹, Belen Sanz-Barbero^{2,3}, Miguel Ángel Royo-Bordonada²

Centros de procedencia

¹ Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de Calidad. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid, España

² Escuela Nacional de Sanidad. ISCIII. Madrid, España.

³ CIBER de Epidemiología y Salud Pública. CIBERESP, Madrid, España.

Fuente de financiación

Este Proyecto ha sido financiado por el Fondo de Investigación en Salud del Instituto de Salud Carlos III (Project ENPY 1015/13)

Autor de correspondencia

Maria D. Ramiro González

Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de Calidad

Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Calle Dr Esquerdo, 46 - 28007 - Madrid

Teléfono: +34 626 788 260

maria.ramiro@salud.madrid.org

Resumen

Introducción y objetivos

Analizar la evolución del sobrepeso y obesidad, dieta, hábitos de sueño y sedentarismo de población de 5-14 años, y la percepción parental del exceso de peso infantil, entre 2006-7 y 2011-12

Métodos

Estudio transversal de Encuestas Nacionales de Salud España 2006-7 (n=5590) y 2011-12 (n=3601). Datos recogidos mediante entrevista telefónica a padres/tutores. Variables: sexo, edad, índice-masa-corporal, sobrepeso-obesidad (International Obesity Task Force), dieta, horas sueño-sedentarismo, percepción parental del peso infantil, clase social

Resultados

Exceso de peso fue 30,1% en 2006-7 y 29,7% en 2011-12; obesidad 9,6 y 9% respectivamente. El porcentaje de padres con percepción errónea del exceso de peso infantil aumentó del 60,8% al 71,4% ($p<0,001$). Aumentó 7,8% la ingesta de verdura, y disminuyó 6,8% la de refrescos y 3,8% la de aperitivos. Clase social baja fue la que más disminuyó los refrescos y aperitivos, también disminuyó los dulces y comida rápida. El cumplimiento de recomendaciones de horas de sueño disminuyó un 5%, siendo en 2011-12 para el grupo de 5-9

años del 55,7% y para el de 10-14 años del 61,1%. El cumplimiento de recomendaciones de tiempo máximo de actividad sedentaria no varió.

Conclusiones

La obesidad y sobrepeso infantil en España permanecieron estables entre 2006-7 y 2011-12, continuando en niveles muy elevados. El error perceptivo de este exceso de peso aumentó entre los padres. Disminuyó el consumo de refrescos-aperitivos, pero siguen sin cumplirse las recomendaciones dietéticas. Tampoco se cumplen recomendaciones sobre horas de sueño/sedentarismo. Es necesario aumentar la concienciación del problema, especialmente entre los padres.

Palabras clave

Obesidad infantil, sobrepeso infantil, percepción parental errónea, nutrición, dieta, horas de sueño, actividad sedentaria, determinantes de la obesidad, España

Abstract

Introduction and objectives

To analyze the evolution of overweight and obesity, diet, sleep and sedentary habits in children aged 5-14 years, and parental misperception regarding the excess of weight of their children, between 2006-7 and 2011-12

Methodology

Cross-sectional study from the Spanish National Health Survey 2006-7 (n=5590) and 2011-12 (n=3601). Data were collected through phone interviews with parents/tutors. Variables: sex, age, body-mass-index, overweight and obesity (International Obesity Task Force), diet, sleep-sedentarism hours, parental perception of children weight, social class

Results

Childhood excess weight were 30,1% in 2006-7 and 29,7% in 2011-12; obesity 9,6 and 9% respectively. Parental misperception of childhood excess weight increased from 60,8% to 71,4% (p<0,001). Daily vegetable consumption increased 7,8%, and soft drinks and snack consumption decreased 6,8% and 3,8%, respectively. The decrease in soft drinks and snacks was highest in low socio-economic status children, who also decreased sweets and fast food. Adherence to sleep guidelines decreased 5%, being in 2011-12 55,7% for 5-9 year-olds and 61,1% for 10-14 year-olds. Adherence to recommended sedentary time did not change.

Conclusions

Childhood overweight and obesity rates remained stable in Spain between 2006-7 and 2011-12, still at high levels. The parental misperception of childhood excess of weight startlingly increased. Despite the decrease in soft drinks and snacks, the diet recommendations are not followed. Neither are followed the recommendations of hours of sleep, and sedentarism. It is necessary to increase the awareness of the problem, especially among parents

Keywords

Childhood obesity, childhood overweight, parental misperception, nutrition, diet, hours of sleep, sedentary activity, obesity determinants, Spain

Cuadro de abreviaturas:

Español / Inglés

ENSE: Encuesta Nacional de Salud de España / Spanish National Health Survey

IMC: Índice de masa corporal / Body mass index

CDC: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades / Centers for Disease Control and Prevention

SEE: Sociedad Española de Epidemiología / Spanish Epidemiology Society

RP: Razón de prevalencia / Prevalence ratio

NAOS: Nutrición, actividad física y prevención de la obesidad / Nutrition, physical activity and obesity prevention

Introducción

A finales del siglo XX se ha observado un aumento de prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil⁰. Esta epidemia es fruto del consumo excesivo de bebidas y alimentos altamente energéticos, la disminución de actividad física y el aumento del sedentarismo⁰. En España, la

obesidad infantil pasó del 4,9% en 1984 al 13,9% en 2000. Paralelamente se observó un incremento del porcentaje de padres que no perciben el exceso de peso de sus menores, reflejo de la progresiva normalización de la obesidad, y presente en muchos países.

Sobre el año 2000, la prevalencia de obesidad infantil comenzó a estabilizarse en muchos países. En España, ralentizó su ascenso entre 2001 y 2006, excepto en adolescentes de clases sociales desfavorecidas. La percepción errónea de los padres evolucionó en paralelo. Los datos nacionales recientes son inconclusos: comparados con datos del año 2000, un estudio de 2011 observa una estabilización de las cifras, excepto para la obesidad en niñas que siguió aumentando en el grupo de 6-9 años, y otro de 2012, una reducción del sobrepeso y obesidad en el grupo de 8-13 años. Sin embargo, hasta donde conocemos, ningún estudio ha analizado la evolución de la percepción parental errónea del exceso de peso de los menores con posterioridad a 2006.

Entre los factores de riesgo de obesidad infantil están la ingesta de bebidas azucaradas, dietas de alta densidad energética, y deficiencia de frutas/verduras, el escaso número de horas de sueño y el tiempo de actividad sedentaria. En España, el consumo inadecuado de frutas y verduras entre los menores superaba el 40% en 1998, el consumo de azúcares representaba el 21% de la ingesta calórica total, duplicando lo recomendado, y entre 2001 y 2004 aumentó el consumo de refrescos azucarados. La población de 5-15 años que dormía menos de 8 horas/día pasó del 2,9% en 2001 al 4% en 2003, y la que veía la televisión más de 2 horas aumentó un 4% entre 1997 y 2003.

Nuestro objetivo es analizar la evolución de la obesidad infantil en España entre 2006-7 y 2011-12, de algunos determinantes –dieta, horas de sueño, sedentarismo–, y de la percepción parental errónea del exceso de peso de los menores, en muestras procedentes de las Encuestas Nacionales de Salud de España (ENSE) de 2006-7⁰ y 2011-12⁰.

Métodos

Fuentes de datos

Se analizaron los Cuestionarios de Menores de las ENSE 2011-12⁰ y 2006-7⁰. Dichas encuestas fueron realizadas por el Instituto Nacional de Estadística en colaboración con el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Se incluyó población menor no institucionalizada mediante muestreo polietápico estratificado. Las unidades de primera etapa fueron las secciones censales, las de segunda fueron las viviendas familiares y las de tercera los individuos. La información se recogió de julio-2006 a junio-2007, para la ENSE 2006-7, y de julio-2011 a junio-2012, para la ENSE 2011-12. Los padres/tutores del menor contestaron los cuestionarios mediante entrevista telefónica. Previamente fueron informados de las características de la Encuesta, del carácter voluntario y anónimo de su participación, y se les pidió consentimiento verbal.

La ENSE 2011-12 contó con 5495 menores de 0-14 años y la ENSE 2006-7 con 9122 menores de 0-15 años. Se excluyó del análisis la población de 0-4 años (ENSE 2011-12 n=1894; ENSE 2006-7 n=2869) y la población de 15 años de la ENSE 2006-7 (n=663). La muestra final fue de 3601 menores de 5-14 años en 2011-12 y 5590 en 2006-7. Para el análisis del índice de masa corporal (IMC) se excluyeron, por no disponer de información sobre peso y/o talla, 663 menores en 2011-12 y 1249 en 2006-7, obteniéndose unas submuestras de 2938 menores en 2011-12 y 4341 en 2006-7.

Variables

Sobrepeso y obesidad se determinaron con el IMC, de datos autorreferidos de peso y talla del menor. El sobrepeso y la obesidad constituyeron el exceso de peso, y se establecieron según la International Obesity Task Force⁰.

Percepción errónea del exceso de peso/obesidad de los menores, se recogió mediante la pregunta: *"Y, en relación a su estatura, diría que el peso del/de la niño/a es: 1) bastante mayor de lo normal, 2) algo mayor de lo normal, 3) normal, 4) menor de lo normal"*. Se consideró error perceptivo cuando los menores presentaban sobrepeso u obesidad, y la respuesta de los padres fue "normal" o "menor de lo normal".

Consumo diario de refrescos/alimentos (fruta, verdura, dulces, comida rápida, aperitivos) se obtuvo con la pregunta: "*¿Con qué frecuencia consume el/la niño/a los siguientes alimentos?*".

Tiempo de sueño se obtuvo mediante la pregunta: "*¿Podría indicarme, aproximadamente, cuántas horas duerme habitualmente el/la niño/a al día? Incluye las horas de siesta*". Se evaluó el cumplimiento de las recomendaciones de sueño según la National Sleep Foundation⁰ y los Centers for Disease Control and Prevention (CDC)⁰; un mínimo de 10 horas para el grupo de 5-9 años y de 9 para el de 10-14 años.

Ocio sedentario incluyó la televisión, videojuegos, u ordenador en tiempo de ocio. Dicha información se obtuvo de las preguntas: "*¿Suele el/la niño/a ver la televisión todos o casi todos los días?*", "*¿Durante cuánto tiempo, aproximadamente, suele el/la niño/a ver la televisión cada día?*", "*¿Suele el/la niño/a jugar con videojuegos, ordenador o internet todos o casi todos los días?*", y "*¿Durante cuánto tiempo, aproximadamente, suele el/la niño/a jugar con videojuegos, ordenador o internet cada día?*". Se evaluó el cumplimiento de las recomendaciones de la American Academy of Pediatrics; un máximo de 2 horas/día⁰.

Variables sociodemográficas: sexo (niño, niña), edad (5-9 años, 10-14 años), y clase social (alta, media, baja). La clase social se definió por el Instituto Nacional de Estadística según propuestas de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) en 1995 y 2012. Se construye mediante nivel ocupacional/estudios del sustentador familiar principal⁰. La clase social alta se

formó con las Clases I y II de la clasificación SEE, la media con las Clases III, IVa, y IVb, y la baja, por la Clase V.

Análisis

Se realizó un análisis descriptivo de cada ENSE. Se calculó la distribución de frecuencias para variables cualitativas -exceso de peso, obesidad, percepción parental errónea, consumo diario de alimentos, cumplimiento de recomendaciones de sueño, y ocio sedentario-, de forma global, y estratificada por edad, sexo y clase social. Se mostró la prevalencia global cuando las prevalencias estratificadas no resultaron diferentes. Las variables cuantitativas –horas sueño, horas ocio sedentario- se expresaron con media e IC95%. Las horas de sueño se estratificaron por edad, puesto que las recomendaciones de sueño difieren según la edad.

La comparación de las variables cualitativas entre ENSEs se realizó con la prueba χ^2 . Se utilizó la t-Student para comparar las horas de sueño, y la prueba no paramétrica U-Mann Whitney para comparar las horas de ocio sedentario.

Se utilizó la razón de prevalencia (RP) para estimar el efecto del año sobre las variables dependientes, mediante regresión de Poisson con varianza robusta, ajustando por edad, sexo y clase social. No se mostrarán los resultados obtenidos para exceso de peso y obesidad, por no encontrarse diferencias estadísticamente significativas.

Se aplicaron los coeficientes de ponderación incluidos en las ENSEs. Se utilizó SPSS versión 13.0 (SPSS, Inc., Chicago, IL, USA) y STATA versión 12.0 (StataCorp. 2011. Stata Statistical Software: Release 12. College Station, TX: StataCorp LP.).

Resultados

La tabla 1 muestra las características sociodemográficas de las muestras.

La prevalencia de exceso de peso pasó del 30,1% en 2006-7 al 29,7% en 2011-12 (p 0,696). Las cifras de obesidad fueron de 9,6 y 9% respectivamente (p 0,485). No se encontraron cambios significativos en la prevalencia de exceso de peso y obesidad por edad, sexo, y clase social (tablas 2 y 3). En ambos años la prevalencia de exceso de peso y obesidad fue más alta en el grupo de 5-9 años (p<0,001, ambas ENSEs). El gradiente social del exceso de peso observado en 2006-7 se acentúa en 2011-12, no ocurrió así con la obesidad.

El porcentaje de padres con percepción errónea del exceso de peso de los menores (figura 1) aumentó del 60,8% (IC95% 58,1-63,4) en 2006-7 al 71,4% (IC95% 68,4-74,4) en 2011-12, (p<0,001). Este aumento se observó en todos los subgrupos excepto en clases sociales alta y baja (tabla 4).

El error de percepción para la obesidad aumentó un 10% (p 0,011) en 2011-12 (figura 1). El análisis por grupos mostró un aumento de padres con percepción errónea de la obesidad en el

grupo de 10-14 años, en los niños, y en la clase social media (tabla 5). Tanto el error perceptivo de exceso de peso como de obesidad fue mayor en el grupo de 5-9 años.

En la tabla 6 se muestra el consumo diario de fruta, verdura, dulces, refrescos, comida rápida y aperitivos en 2006-7 y 2011-12. Globalmente, se observó un aumento del 7,8% en la ingesta de verdura, y una disminución de refrescos y aperitivos del 6,4% y 3,7% respectivamente. Al estratificar por clase social, se observó que el grupo que más aumentó el consumo de verdura fue la clase alta, y el que más disminuyó la ingesta de refrescos fue la clase baja, que además, disminuyó la comida rápida y dulces. En 2011-12, el consumo de dulces se igualó entre clases sociales.

En 2006-7 el grupo de 5-9 años durmió de media 9,67 horas/día (IC95% 9,63-9,71), y en 2011-12 el tiempo fue de 9,52 horas (IC95% 9,47-9,57), 9 minutos/día menos ($p < 0,001$). El grupo de 10-14 años durmió en 2006-7 de media 8,94 horas/día (IC95% 8,89-8,98), y en 2011-12 la media fue de 8,84 horas (IC95% 8,78-8,88), 6 minutos/día menos ($p = 0,003$). El cumplimiento de recomendaciones de horas de sueño disminuyó un 5,9% en el grupo de 5-9 años, y un 4,5% en el grupo de 10-14 años (tabla 7). En ambos casos, los valores de 2011-12 supusieron una reducción relativa en torno al 10% respecto de los obtenidos en 2006-7, tras ajuste por sexo y clase social.

En 2006-7 los menores dedicaron de media 2,4 horas diarias (IC95% 2,38-2,48) a realizar actividades sedentarias, y en 2011-12 el tiempo fue de 2,5 horas (IC95% 2,47-2,57); un

incremento de 5 minutos/día ($p < 0,004$). El cumplimiento de las recomendaciones de tiempo máximo de sedentarismo no varió, situándose cercano al 50% (tabla 7). En ambas ENSEs se observó un gradiente social en el cumplimiento de recomendaciones; el cumplimiento aumenta a medida que la clase social asciende (datos del análisis no mostrados en tablas).

Discusión

La prevalencia de exceso de peso y obesidad en menores españoles de 5-14 años fue similar en 2006-7 y 2011-12, globalmente, y por edad, sexo, y clase social. Por el contrario, el porcentaje de padres con percepción errónea del exceso de peso de los menores aumentó llamativamente. Se produjo un incremento generalizado del consumo de verdura, y un descenso de refrescos y aperitivos. La clase social baja redujo además el consumo de dulces y comida rápida. Estos cambios se acompañaron de descenso de horas diarias de sueño y aumento del tiempo de actividad sedentaria.

Estos datos confirman que se está produciendo una estabilización de la prevalencia de exceso de peso y obesidad infantil en España. Prevalencias similares se vienen observando en niños de 6-9 años del estudio enKid de 1998-2000⁽³⁾, y del estudio ALADINO de 2011⁽⁴⁾, ambos sobre muestras nacionales representativas. Nuestro estudio es el primero en mostrar que el grupo de 10-14 años deja de aumentar su prevalencia de exceso de peso y obesidad⁽⁸⁾. La estabilización de cifras de exceso de peso y obesidad infantil también se ha observado internacionalmente en la última década⁽⁹⁾. A pesar de esta estabilización, España cuenta con

unas prevalencias de exceso de peso y obesidad infantil de las más altas del mundo⁽³¹⁾. Como en otros estudios, se observó un gradiente social en el exceso de peso, acentuado en 2011-12⁰, y se observaron cifras de exceso de peso y obesidad mayores en el grupo de 5-9 años⁰.

Hasta 2006, en España la prevalencia de percepción parental errónea del exceso de peso infantil creció paralelamente a las cifras de obesidad infantil⁽⁴⁾. Contrario a lo esperado, en nuestro estudio esta percepción ha seguido aumentando a pesar de la estabilización de la obesidad infantil, y sitúa entre los más altos observados internacionalmente⁰. Las razones del aumento de este error perceptivo no están claras: podría ser que los padres comparen los menores con otros más obesos⁰, que teman estigmatizarlos socialmente, o que tiendan a evitar un sentimiento de culpa⁽⁴⁾. El aumento generalizado de obesidad en adultos también podría influir, al considerarse pesos más elevados como normales. Como en otros estudios, el error perceptivo fue mayor en el grupo de menor edad. En este rango de edad el exceso de peso está más aceptado, al creer que es una característica transitoria que desaparecerá con el crecimiento⁽³⁵⁾. Este aumento del error perceptivo de los padres resulta preocupante en etapas infantiles; los padres que no detecten problemas ponderales en sus hijos difícilmente abordarán dichos problemas ni modificarán en sus hijos hábitos relacionados con la obesidad⁰.

El consumo diario de alimentos evolucionó positivamente en 2011-12 para verdura, refrescos y aperitivos. La ingesta de dulces, comida rápida, y fruta no varió. La clase alta fue la que más aumentó las verduras, y la baja la que más disminuyó los refrescos, además de disminuir

dulces y comida rápida. En 2011-12 el consumo de dulces se equipara entre clases sociales. El consumo de fruta, verdura y refrescos sigue presentando un gradiente social⁰. En 2011-12, el consumo de verdura aún no alcanzaba las recomendaciones de la OMS⁰; la disminución de refrescos, aunque muy llamativa, es todavía insuficiente⁰. La clase social baja sigue siendo la que consume más alimentos no saludables. El consumo de fruta no se modificó y sigue estando entre los más altos de Europa⁰.

En 2011-12, el grupo de 5-9 años durmió de media 9 minutos/día menos, y el de 10-14 años disminuyó 6 minutos. Esto supuso una disminución del cumplimiento de recomendaciones de horas de sueño hasta situarse sobre el 50%, similar a estudios internacionales⁰. No ha variado el cumplimiento de recomendaciones de tiempo de actividad sedentaria, situado en algo menos del 50%. Estos datos son preocupantes ya que en el periodo infantojuvenil se instauran hábitos que perdurarán en edad adulta. Adicionalmente, se conoce la relación inversa entre horas de sueño y sedentarismo en menores⁰. El sedentarismo, extendido internacionalmente⁰, constituye un importante determinante de la salud, independiente a la actividad física, tanto en niños como en adultos⁽¹⁴⁾.

La estabilización de la obesidad y la evolución favorable del consumo de algunos alimentos se producen tras el lanzamiento en 2005 de la Estrategia española para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad (NAOS)⁰, por lo que podría atribuírsele parte de este éxito. Sin embargo, la falta de mantenimiento temporal de algunas intervenciones⁽⁶⁾, el incumplimiento de acuerdos con la industria de alimentación/bebidas⁰, y la dudosa

efectividad de compromisos como el Código PAOS de correulación de publicidad alimentaria dirigida a menores⁰, junto con la evolución negativa del error perceptivo parental, del tiempo de sueño y actividades sedentarias, pondrían en cuestión el impacto positivo de dicha Estrategia. Una hipótesis alternativa que explicase los cambios observados pudiera ser la crisis económica sufrida en España desde 2008. Entre 2006 y 2012 el precio de alimentos y bebidas no alcohólicas aumentó un 12%⁰, y el 41% de los españoles declararon haber modificado su alimentación para economizar⁰. Esto podría haber producido una disminución del consumo de alimentos superfluos, refrescos y aperitivos, que serían sustituidos por otros más saludables, como verduras. Apoyaría esta hipótesis el hecho de que la mayor disminución de estos alimentos se produjese en la clase social baja. Un estudio en población cubana mostró importante disminución de peso durante la crisis económica de 1991 a 1995⁰ que se atribuyó a privación de alimentos e incremento del trabajo manual.

Limitaciones

Se conoce que calcular el IMC con datos autorreferidos tiende a infraestimar el verdadero IMC, por sobrestimación de estatura e infraestimación de peso⁰. Otros estudios indican que datos estatoponderales autorreferidos son razonablemente válidos para clasificar los individuos en obesos o no obesos en muestras representativas de población española⁰. Nuestro objetivo no era estimar cifras de obesidad infantil, sino evaluar su evolución temporal mediante análisis de encuestas de igual metodología. Asumiendo que la infraestimación de las

cifras de IMC se produjera por igual en ambas encuestas, el análisis de la evolución no se afectaría.

A pesar de que la asociación entre obesidad infantil y escasa actividad física está ampliamente establecida, no hemos añadido actividad física en los análisis debido a falta de datos cuantitativos existentes en las ENSEs en relación a la intensidad y tiempo con los que los menores realizan dicha actividad física.

Conclusiones

A pesar de que las cifras de obesidad infantil no variaron en España entre 2006-7 y 2011-12, se mantienen en unos niveles excesivamente altos, afectando más a menores de clase social más desfavorecida. La percepción errónea del exceso de peso de los menores siguió creciendo de forma alarmante entre los padres. La alimentación, las horas de sueño, y el tiempo sedentario no cumplen las recomendaciones de organismos nacionales e internacionales.

Las políticas de mejora de la salud de población infantil deberían incluir planes de concienciación del problema de la obesidad, especialmente entre padres, que son actores fundamentales en el establecimiento de hábitos saludables en los menores, y entre clases sociales desfavorecidas, que presentan un mayor margen de mejora en hábitos saludables de alimentación, sueño y actividad sedentaria⁽³⁾.

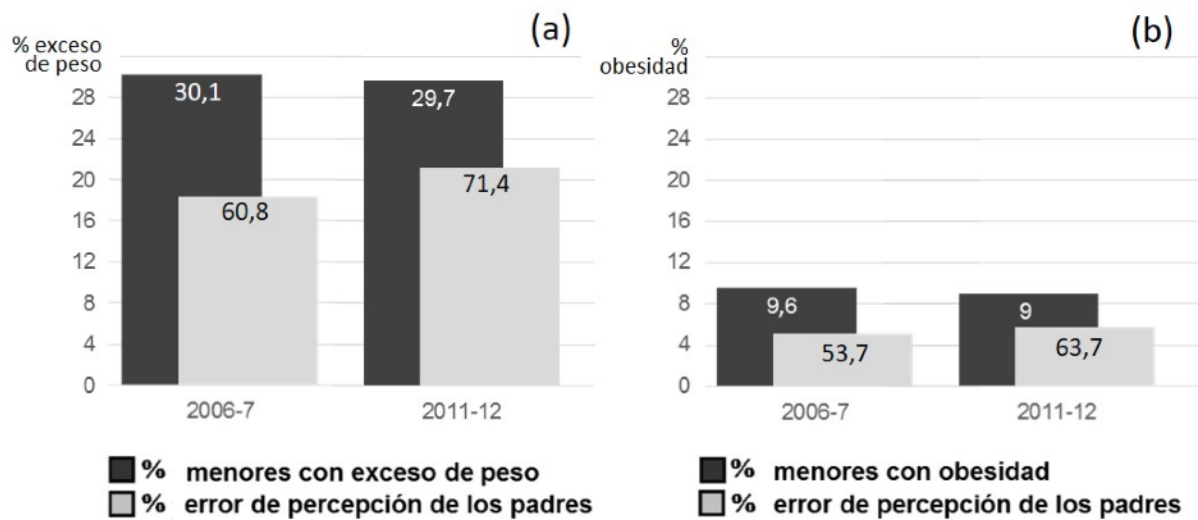


Figura 1. Prevalencia de error parental de percepción de exceso de peso (a) y obesidad de menores (b), en 2006-7 y 2011-12.

¿Qué se sabe del tema?

- Los últimos estudios publicados apuntan a una estabilización de la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil en España en torno al 30% (IOTF) entre los años 2000 y 2010.
- La frecuencia de padres con percepción errónea del peso de los menores ha ido aumentando o estabilizándose en paralelo a la evolución de la prevalencia de obesidad infantil hasta 2006 en España.
- Los hábitos alimentarios, de sueño y sedentarismo han evolucionado de forma negativa en paralelo al aumento de prevalencia de obesidad infantil ocurrido en España antes de 2006.

Qué aporta de nuevo?

- La prevalencia de obesidad infantil se ha estabilizado en España (9.6% en 2006-7 y 9% en 2011-12).
- La frecuencia de padres con percepción errónea del exceso de peso de los menores aumentó un 11% entre 2006-7 y 2011-12, rompiendo la tendencia previa a evolucionar en paralelo a la prevalencia de obesidad infantil.
- Los menores españoles durmieron entre 6 y 9 minutos menos al día en 2012 y pasaron 5 minutos más delante de una pantalla. El consumo de refrescos, dulces y aperitivos se redujo, con mayor intensidad en clase social baja, y el de verduras se incrementó.