

# III Congreso de Alimentación, Nutrición y Dietética.

## Combinar la nutrición comunitaria y personalizada: nuevos retos.



ACADEMIA  
ESPAÑOLA DE  
NUTRICIÓN  
Y DIETÉTICA

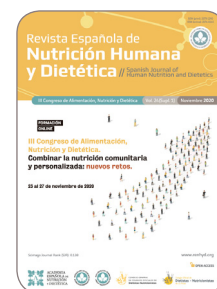


CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES DE  
Dietistas-Nutricionistas



Colegio Oficial de  
Dietistas - Nutricionistas  
de La Rioja

FORMACIÓN  
ONLINE



www.renhyd.org



RESUMEN  
DE  
PONENCIA

MESA\_4

Intervenciones comunitarias  
que permiten mejorar la  
salud individual

PONENCIA\_4



### Intervención comunitaria en niños europeos: Estudio IDEFICS-IFAMILY

Iris Iglesia Altaba<sup>1,2,3,4,\*</sup>

<sup>1</sup>Grupo de investigación GENUUD (Growth, Exercise, Nutrition and Development), Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España. <sup>2</sup>Instituto Agroalimentario de Aragón (IA2), Zaragoza, España. <sup>3</sup>Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón (IIS Aragón), Zaragoza, España. <sup>4</sup>Red de Salud Materno Infantil y del Desarrollo (SAMID), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España.

\*iglesia@unizar.es

A nivel global, y concretamente en Europa, urgía entender los mecanismos que habían condicionado un aumento tan dramático de la obesidad infanto-juvenil. En esta situación, por supuesto, tenían mucho que decir la dieta y la actividad física, entre otros factores del estilo de vida. Con este foco, principalmente, nació el estudio IDEFICS (en español: Identificación y prevención de los efectos en la salud inducidos por la dieta y el estilo de vida en niños y lactantes) dentro del sexto Programa Marco Europeo. El estudio prospectivo identificará perfiles de riesgo para niños susceptibles a la obesidad y sus comorbilidades asociadas como la diabetes, el síndrome metabólico, desórdenes musculoesqueléticos..., etc. Además, también contará con estrategias de prevención a medida que sean efectivas, fáciles de implementar y que tengan en cuenta las necesidades de los diferentes grupos

sociales, mediante un programa de intervención comunitaria<sup>1</sup>. El estudio IDEFICS es un estudio europeo multicéntrico cuyo reclutamiento se realizó en 8 países europeos. En cada país, existió un centro control y otro de intervención, ambos comparables a nivel sociodemográfico y a suficiente distancia como para que no hubiera "contaminación" de información entre centros. En España, el estudio lo coordinó Luis Moreno, investigador de la Universidad de Zaragoza, y el centro control fue la margen izquierda de Zaragoza, y el de intervención, la ciudad de Huesca. En 2006, se realizaron el *training* en la ciudad de Bremen (centro coordinador del estudio) y grupos focales que ayudarían a planificar un mejor diseño de la intervención<sup>2</sup>; en 2007, se realizó la primera valoración de los niños (T0 o *baseline*); en 2008, tuvo lugar la intervención comunitaria; en 2009, tuvo lugar la segunda valoración de los

niños o T1, y en 2010, se les administró un cuestionario de seguimiento. Participaron algo más de 16000 niños de toda Europa de entre 2-9 años al inicio, en la segunda valoración participaron casi el 70% y se incorporaron algunos nuevos; y en Ifamily (o lo que sería el T3 en 2013, donde participaron también padres y madres y hermanitos menores de 15 años de los niños indexados), alrededor del 50% del T1<sup>3</sup>. Los pilares fundamentales de la intervención fueron la dieta, la actividad física y el control del estrés. La intervención se llevó a cabo incidiendo en todos los “ambientes” que envuelven al niño, por lo que se considera una intervención comunitaria de modelo socioecológico en sus niveles: comunidad, escuela, familia e individuo. Para integrar los diferentes mensajes claves en todos los niveles, se diseñaron 10 módulos que incluían diferentes tipos de actividades<sup>4</sup>. A nivel comunitario, lo más importante fue la plataforma de agentes implicados que se creó y que fueron quienes organizaron las actividades y los eventos, así como la publicidad y el soporte económico. A nivel escuela, destacaron los aspectos educativos nuevos que se incluyeron en el currículo para la educación de los niños, junto con la utilización de materiales que habían sido creados para tal fin. También las familias participaron en actividades educativas a través de los colegios o de diferentes asociaciones en el caso de familias desfavorecidas. Una vez analizados los resultados que tuvo la intervención, se vio que tuvo cierto efecto de prevención primaria (logró que no aumentara la incidencia de sobrepeso/obesidad) pero no tuvo efecto de prevención secundaria (los sobrepeso/obesos no retrocedieron en su estado)<sup>5</sup>; en la dieta, se vieron diferencias significativas entre control e intervenciones para el consumo de azúcar –disminuyó– y agua –aumentó–<sup>6</sup>; en la actividad física, no se observó efecto<sup>7</sup>; y por último, en relación al sueño, se observó una disminución significativamente menor en el grupo intervención respecto del control, en el tiempo de sueño con los años<sup>8</sup>. Los efectos no encontrados para la actividad física, se piensa que pueden estar relacionados con que la intervención pudo no influir suficiente en este punto ya que otros autores encontraron similares resultados, mientras que intervenciones llevadas a cabo en adolescentes sí consiguieron su objetivo.

## conflicto de intereses

La autora expresa que no existen conflictos de interés al redactar el manuscrito.

## referencias

- (1) Ahrens W, Bammann K, de Henauw S, Halford J, Palou A, Pigeot I, et al. Understanding and preventing childhood obesity and related disorders-IDEFICS: a European multilevel epidemiological approach. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 2006; 16(4): 302-8.
- (2) Haerens L, De Bourdeaudhuij I, Barba G, Eiben G, Fernandez J, Hebestreit A, et al. Developing the IDEFICS community-based intervention program to enhance eating behaviors in 2- to 8-year-old children: findings from focus groups with children and parents. *Health Educ Res.* 2009; 24(3): 381-93.
- (3) Ahrens W, Siani A, Adan R, De Henauw S, Eiben G, Gwozdz W, et al. Cohort Profile: The transition from childhood to adolescence in European children—how I.Family extends the IDEFICS cohort. *Int J Epidemiol.* 2017; 46(5): 1394-5j.
- (4) De Henauw S, Verbestel V, Mårild S, Barba G, Bammann K, Eiben G, et al. The IDEFICS community-oriented intervention programme: a new model for childhood obesity prevention in Europe? *Int J Obes (Lond).* 2011; 35(Suppl 1): S16-23.
- (5) Lissner L, De Bourdeaudhuij I, Konstabel K, Mårild S, Mehlig K, Molnár D, Moreno LA, et al. Differential outcome of the IDEFICS intervention in overweight versus non-overweight children: did we achieve ‘primary’ or ‘secondary’ prevention? *Obes Rev.* 2015; 16(Suppl 2): 119-26.
- (6) Arvidsson L, Bogl LH, Eiben G, Hebestreit A, Nagy P, Tornaritis M, et al. Fat, sugar and water intakes among families from the IDEFICS intervention and control groups: first observations from I.Family. *Obes Rev.* 2015; 16(Suppl 2): 127-37.
- (7) Verbestel V, De Henauw S, Barba G, Eiben G, Gallois K, Hadjigeorgiou C, et al. Effectiveness of the IDEFICS intervention on objectively measured physical activity and sedentary time in European children. *Obes Rev.* 2015; 16(Suppl 2): 57-67.
- (8) Michels N, De Henauw S, Eiben G, Hadjigeorgiou C, Hense S, Hunsberger M, et al. Effect of the IDEFICS multilevel obesity prevention on children’s sleep duration. *Obes Rev.* 2015; 16(Suppl 2): 68-77.