



FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y  
EMPRESARIALES

# **CREENCIAS SOBRE LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN JÓVENES**

Autor: Juan Carlos Olivares Caparrós  
Directora: Isabel Carrero Bosch

Madrid  
Junio 2018

Juan Carlos  
Olivares  
Caparrós

# CREENCIAS SOBRE LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN JÓVENES



# Índice

I.	Resumen – Abstract.....	5
II.	Introducción.....	7
	i. ¿Comemos tan bien como creemos?.....	7
	ii. ¿Y cuáles son las principales causas?.....	8
	iii. Justificación y objetivo general.....	9
	iv. Contribución.....	9
	v. Metodología.....	10
	vi. Estructura.....	10
III.	Marco teórico.....	11
	i. Food Choice.....	11
	ii. Food Beliefs.....	12
	iii. Fuentes de información.....	13
	a. Barreras.....	13
	b. Tipos.....	13
	c. Credibilidad.....	14
IV.	Falsas creencias que testar.....	18
V.	Trabajo empírico.....	26
	i. Propósito.....	26
	ii. Obetivos y preguntas de investigación.....	26
	iii. Metodología.....	26
VI.	Resultados.....	30
	i. Tablas.....	30
	ii. Modelos y discusión.....	36
	iii. Correlaciones.....	39
VII.	Conclusiones y recomendaciones.....	41
VIII.	Referencias.....	48
IX.	Anexo.....	60

# Índice de gráficos y tablas

## I. Gráficos

<b>Gráfico 1:</b> Consumo total de carne en países desarrollados y en desarrollo, con una estimación del consumo en el futuro (en millones de toneladas) <sup>3</sup> (1980 – 2030).....	23
<b>Gráfico 2:</b> Nivel de alimentación saludable de entrevistados.....	31
<b>Gráfico 3:</b> Fuentes de información de entrevistados.....	33
<b>Gráfico 4:</b> Consumo de agua y refrescos (2009 - 2012).....	45

## II. Tablas

<b>Tabla 1:</b> principales variables sociodemográficas.....	28
<b>Tabla 2:</b> nivel de estudios del entrevistado y del cabeza de familia.....	29
<b>Tabla 3:</b> principales variables de la TCP.....	30
<b>Tabla 4:</b> grado de alimentación saludable.....	30
<b>Tabla 5:</b> fuentes de información y credibilidad.....	32
<b>Tabla 6:</b> creencias.....	33
<b>Tabla 7:</b> modelo 1.....	36
<b>Tabla 8:</b> modelo 2.....	38
<b>Tabla 9:</b> correlación actitud – fuentes de información.....	40
<b>Tabla 10:</b> correlación fuentes de información.....	40
<b>Tabla 11:</b> tabla de perfiles nutricionales para alimentos sólidos.....	42
<b>Tabla 12:</b> tabla de perfiles nutricionales para bebidas.....	42

# I. Resumen

El presente trabajo analiza el impacto de la alimentación en la salud. Se trata de un tema que está ganando más protagonismo en los últimos años debido al aumento de la conciencia del hombre respecto a lo éticamente correcto tanto para él como para la sociedad. Sin embargo, dicha conciencia no aporta la capacidad de distinguir entre las fuentes que aportan información valiosa y las que influyen negativamente a la salud.

Tal es el nivel de falsas creencias creadas sobre la alimentación, que algunas organizaciones están tratando de ayudar a los organismos públicos a implantar políticas de “alimentación saludable”, mediante estudios que revelan el estilo de vida insano que lleva la mayoría de la población. A pesar de la labor de dichas estructuras, se cree que los esfuerzos están siendo mayoritariamente en vano, por lo que esta investigación tiene la finalidad de averiguar si la percepción que tienen los jóvenes sobre su dieta y determinados alimentos es la adecuada y si, en caso contrario, esto está siendo un factor clave a la hora de alimentarse, es decir, si se crean falsas creencias a la hora de percibir y asimilar el mensaje.

El objetivo de probar la existencia de falsas creencias en los jóvenes consiste en poder adecuar tanto el mensaje que reciben, como el medio que les informa, a los estándares de alimentación saludable. Así, mediante una encuesta online realizada a público joven, se ha podido constatar determinadas conclusiones, entre las cuales destacan las malas fuentes utilizadas por parte de los consumidores que, no solo no aportan nada positivo, sino que crean falsas creencias que son necesarias erradicar mediante la promoción de alimentación saludable por parte de los organismos públicos.

**Palabras clave: alimentación, salud, fuentes de información, publicidad, creencias.**

## *Abstract*

The present work analyzes the impact of food on health. It is an issue that is gaining more prominence in recent years due to the increase in man's awareness of what is ethically correct for him and for society. However, this awareness does not provide the ability to distinguish between sources that provide valuable information and those that negatively influence health.

Such is the level of false beliefs created about food, that some organizations are trying to help public bodies to implement policies of "healthy eating", through studies that reveal the insane lifestyle that leads the majority of the population. Despite the work of these structures, it is believed that the efforts are mostly in vain, so this research aims to find out if the perception that young people have about their diet and certain foods is appropriate and if, otherwise, this is a key factor when it comes to feeding.

The objective of proving the existence of false beliefs in young people is to be able to adapt both the message they receive and the means that informs them, to healthy eating standards. Thus, through an online survey carried out on young people, certain conclusions have been noted, among which the bad sources used by consumers that not only do not contribute anything positive, but create false beliefs that need to be eradicated the promotion of healthy eating by public bodies.

**Keywords: food, health, healthy food, food beliefs, food choice, publicity, sources of information.**

## II. Introducción

Para la OMS (2015), una dieta saludable ayuda a protegernos de la malnutrición y de enfermedades tales como las cardiovasculares, los cánceres, la diabetes y otras como las piedras en la vesícula biliar, la litiasis renal, etcétera. A pesar de las conocidas causas negativas de seguir una alimentación insana, la mayor parte de la población continúa ingiriendo nutrientes que no hacen más que dañar su cuerpo, tal y como confirma el macroestudio de Global Burden of Disease, el cual asegura que una dieta inadecuada es responsable del 25% de las muertes evitables en el mundo. (Barber, et al., 2015)

España es considerado un país que sigue una dieta mediterránea, es decir, alta en consumo de frutas, verduras, legumbres y una baja ingesta de carne, grasas y otros ingredientes dañinos para la salud. (Bulló, Casas-Agustecñch, Márquez-Sandoval, Salas-Salvadó, Vizmanos, 2008) Sin embargo, estamos ante un país que ha reducido en los últimos 40 años su dieta mediterránea en un 65%, pese a que continúa existiendo la tradición, sin evidencia, de que este modelo es seguido por la población. Es más, este tipo de dieta está directamente relacionada con un cuerpo sin sobrepeso (IMC > 25), lo cual es contrario a lo ocurrido en España, donde cerca del 9% de las muertes de adultos (28.000) son responsabilidad del exceso de peso. (VSF Justicia Alimentaria Global, 2016)

De hecho, en últimos estudios se ha demostrado que en España no es, hasta cercana la avanzada edad, cuando se adapta una dieta mediterránea por encima de la media europea (Díaz Méndez et al., 2013), por lo que es necesaria la promoción, por parte de los organismos responsables, de una alimentación más saludable. (Bellido, De Luis Román, Continente, 2006)

### i. ¿Comemos tan bien como creemos?

Para los consumidores es muy difícil saber si están siguiendo una dieta sana y detectar qué ineficiencias deben cambiar si no saben qué tipo de nutrientes requieren cada día, si no conocen la importancia de sacarlos de una fuente saludable, así como esto beneficia a su cuerpo y, por último, si no tienen claro los beneficios de uno y otro alimento. (Arletta, Beloian, Fusillo, 1977) Es un hecho que la alimentación seguida en España no es la mejor posible. Pese a que, como se dijo en la introducción, se tiene la idea general de que en nuestro país es implementada una dieta mediterránea, la realidad es que el

75% se provee de una alimentación insana. Es más, si tenemos en cuenta solo la población joven, el porcentaje data de un 94%. (VSF Justicia Alimentaria Global, 2016) Simplemente teniendo en cuenta el Índice de Adecuación a la Dieta Mediterránea, podemos observar como España es uno de los cinco países que más ha empeorado su alimentación, alejándose de los estándares de lo conocido como “Dieta mediterránea.” (Da Silva, et al., 2009)

Así, el consumidor español tiende a ingerir ingredientes como la sal, el azúcar o las grasas que, en exceso, son asociadas al aumento de enfermedades crónicas. (OMS, 2003) (EFSA, 2008) Sin embargo, es complicado concienciar a la población de dichas consecuencias. Es más, un estudio realizado por el Hospital Universitario La Paz, Madrid (2008), a 131 pacientes, con edad comprendida entre los 44 y los 70 años, demostraba que solo la mitad de ellos creía existir una gran relación entre su enfermedad y la nutrición seguida, mientras que el 21% consideraba que la relación era moderada. (Gómez Candela, C. et al., 2008).

## **ii. ¿Y cuáles son las principales causas?**

Según una investigación de mercado de Nielsen (2013) solo la mitad de los españoles compra productos frescos, alegando al precio como el motivo más determinante. Tanto es así, que el gasto promedio del consumidor en España es cercano a los 1500€/persona/año (MAPAMA, 2016), es decir, prácticamente la misma cifra que el precio de la dieta recomendada. Así pues, teniendo en cuenta que el precio de los alimentos procesados es mucho menor al de los frescos (Devine, Nelson, Chin, Dozier, Fernández, 2012), sustituir la ingesta por ingredientes más saludables es imposible para gran parte de la ciudadanía.

Además, otra de las causas que se encuentra es la publicidad de las empresas, hasta el punto que más del 60% de los anuncios que aparecen en la televisión del ciudadano español son de alimentos poco saludables, según un estudio realizado por la Escuela Nacional de Sanidad del Instituto de Salud Carlos III de Madrid (2013). Estas campañas llevan al consumidor a comprar productos que le aportan un bajo valor nutricional, muchas veces sin siquiera saberlo, como puede ser las grasas, el azúcar o la sal. (Organización Mundial de la Salud, 2003) (EFSA, 2008)

Respecto a estos ingredientes y muchos otros, surgen determinadas falsas creencias que en muchos casos son erróneas y se aclararán en este estudio.

### **iii. Justificación y objetivos**

A medida que pasan los años, va aumentando el número de personas que se preocupa por mantener un estilo de vida saludable, en el cual la alimentación es un factor clave. Hoy en día, en plena época de la información, parece que somos más ignorantes que nunca. Paradójicamente, el continuo desarrollo de la tecnología y las comunicaciones no es capaz de evitar la sobreinformación y, a la vez, desinformación causada, entre otras cosas, por una mala transmisión del mensaje. (Gutiérrez Sánchez, 2015)

Este trabajo tiene la finalidad de hacer ver al lector que hay opciones alimenticias mucho más saludables, pero es posible que no las aprecie debido a que las fuentes de dónde obtiene la información no son las adecuadas. Por tanto, es en las creencias de la alimentación saludable donde se centrará este Trabajo de Fin de Grado, con el objetivo de desmentir ciertas afirmaciones sobre la dieta y mostrar al lector que lo que él entiende por saludable está, muy probablemente, alejado de la realidad.

Asimismo, se valorará el grado de conocimiento sobre las creencias de salud y, según los resultados obtenidos, se realizarán recomendaciones a organismos públicos para que modifiquen, tanto su mensaje, como el medio a través del cual promueven una alimentación saludable.

### **iv. Contribución**

Este estudio pretende realizar una triple contribución: social, empresarial y académica. La contribución social está clara teniendo en cuenta las anteriores explicaciones y justificaciones. En cuanto a la empresarial, hoy en día muchas compañías tratan de colaborar con organismos públicos para optimizar sus políticas de promoción y marketing sobre alimentación. Además, el estudio realizado permitirá a las empresas de alimentación que así lo deseen, obtener información acerca de sus consumidores y las fuentes que utilicen. Asimismo, la contribución académica se debe a la puerta que abre este estudio para ampliarlo y realizar futuras investigaciones que, en la actualidad, son inexistentes.

## **v. Metodología**

Este trabajo nace debido a la observación de diversas publicaciones en medios, así como comentarios sobre alimentación sin ningún tipo de fundamento. A partir de este punto, se comenzó a revisar diversos estudios acerca de la dieta seguida en países desarrollados mediante la plataforma de Google Scholar. Entre las palabras clave utilizadas en la búsqueda, cabe destacar *healthy eating*, *food beliefs*, *consumer information*, etc.

## **vi. Estructura**

La constitución del trabajo trata de una primera parte donde se definirá el marco teórico, dentro del cual se incluye food choice, food beliefs, y las fuentes de donde adquiere la información el consumidor, así como la credibilidad que le aporta para, más adelante, exponer las falsas creencias a testar. El segundo bloque consta, en un principio, del planteamiento de la metodología empleada, seguido de los resultados obtenidos y, por último, una serie de conclusiones con sus correspondientes explicaciones para acabar dando recomendaciones a organismos públicos y, así, mejorar sus procesos de promoción de alimentación saludable.

### **III. Marco teórico**

#### **i. Food choice**

Son diversas las motivaciones que llevan a comprar uno u otro producto. En el caso de alimentos, el precio, la conveniencia, la salud y la apelación a los sentidos son los más destacados. (Bolaños Ríos & Jáuregui Lobera, 2011; Kaya, 2016) Es más, la conducta alimentaria del ser humano, es decir, su comportamiento a la hora de seleccionar alimentos depende de diversos factores que concurren en el sistema nervioso central, concretamente en el hipotálamo (que es el órgano responsable de generar respuestas de búsqueda o cesación de alimentos). (Valenzuela, 2002)

Dentro de los factores que determinan elegir uno u otro alimento, se pueden encontrar los internos, es decir, los que tienen su origen en la propia persona (biológicos, emocionales, creencias, actitudes y conocimientos) y los externos, que pueden influir a los anteriores y están constituidos por factores socioculturales, económicos, físicos y por los medios de comunicación. (EUFIC, 2006)

Últimamente, elegir qué comer se ha convertido en una “batalla” entre lo que es saludable y lo que no debido a las imprecisiones de los científicos acerca de este tema (Shaw, 1999). Asimismo, los alimentos más beneficiosos para la salud suelen ser más caros, lo cual tiene una gran influencia en la decisión del consumidor. (International Food Information Council Foundation, 2007; Monsivais y Drewnowski, 2007)

Además, en los últimos años ha crecido la comunidad de defensores del medioambiente y de la comida natural, que está más por la labor de consumir productos orgánicos debido a la creencia general de que tiene un contenido nutricional más alto. (Lee & Yun, 2015) Incluso los consumidores de productos orgánicos defienden unos determinados motivos por los que toman la decisión de adquirir un producto, como que es más saludable, sabe mejor, protegen el medioambiente, etc. (Bonti-Ankomah, Martin, Yiridoe, 2005) Esto, evidentemente, son sus opiniones y se puede estar de acuerdo o no, por lo que son las creencias de cada uno las que son decisivas a la hora de comprar. (Carlisle, Douglas, Gombert, McArdle, 2017)

## **ii. Food Beliefs**

Diversos estudios confirman la relación existente entre la mala información y una dieta inadecuada, hasta el punto que abundantes consumidores tienen creencias sobre alimentos y dietas que son erróneas. (Mckee, O'Malley & White, 2007)

Es más, las creencias, tanto las verdaderas como las falsas asimiladas como tales por los progenitores, son transmitidas en las familias de generación en generación (Birch Cutting, Fisher & Grimm-Thomas, 1999), así como en la escuela entre los compañeros se convencen unos a otros de ciertas "Beliefs" que en la mayoría de casos no son ciertas. (Field et al., 2008)

Un estudio realizado por Bolaños Ríos y Jáuregui Lobera, (2011) demuestra que, en adolescentes, hay correlación entre un cuerpo físico en forma y las creencias irracionales sobre alimentación (Irrational Food Beliefs), como puede ser la influencia del círculo de amistades o la publicidad de los medios. Aseguran que dichas creencias están directamente relacionadas con la continua autocrítica y la mala gestión de las emociones, hasta tal punto de llegar a producir ansiedad y estrés que les generan determinados desórdenes alimenticios negativos para su salud, lo cual puede ser especialmente delicado para las familias con miembros que padecen enfermedades provocadas por una mala alimentación, como la diabetes o la obesidad. (Marino, Murrock & Taylor, 2013)

La misma investigación confirma que las Irrational Food Beliefs pueden provocar un gran riesgo en los comportamientos alimenticios, llegando a perder el control de la dieta. Por tanto, la pérdida de peso llegará, pero con ciertas consecuencias, como una reducción del BMI (Body Mass Index) y de la seguridad personal social.

Así, para erradicar estas falsas creencias habrá que atacar el problema, es decir, las desinformaciones sobre la alimentación provocadas, en gran medida, por progenitores que reafirman los mitos alimenticios a sus hijos, por las redes sociales tan utilizadas por la juventud hoy en día (Lenhart, 2015), o por las fuentes como el internet, al cual se accede en búsqueda de información sobre dieta, salud y fitness, pero que ha sido demostrada como una suministradora incorrecta de información, ligada a patologías dietéticas y una imagen corporal pobre. (Syed-Abdul et al., 2013)

### **iii. Fuentes de información**

#### **a. Barreras**

A la hora de seguir una dieta saludable, el sabor de los alimentos (Shepherd et al., 2006), como en el caso de la comida rápida, así como la falta de tiempo para hacer comidas familiares (Neumark-Sztainer, Hannan, Story, Croll, Perry, 2003) y la falta de conocimiento y habilidades acerca de la nutrición son importantes barreras. (Shepherd et al., 2006) Asimismo, los más jóvenes relacionan una alimentación saludable con la obligación impuesta por sus padres y se ven influenciados por lo que pueda pensar su círculo social acerca de dicho hábito (Cullen et al., 2001), por lo que programas educativos que aporten el apoyo social necesario puede ser una gran solución para eliminar esta barrera. (Fitzgerald & Spaccarotella, 2009)

En cuanto a la falta de conocimiento, ésta depende de la información que le llega al consumidor, a la cual no prestará demasiada atención ni buscará activamente, debido a que, por lo general, no cumple sus expectativas. Es más, su decisión más racional será el mantenerse ignorante. (Verbeke, 2008) Las razones de esta posición son, entre otras, la sensación de que el procesarla genera un coste de oportunidad mucho más valioso que la propia información, también la “sobreinformación” que provoca la continua publicidad que deja indiferente o confuso al consumidor y, por último, el mayor interés por la información cuando se le comunica las consecuencias negativas, en lugar de las positivas, así como el peso y el precio generan más atención que la salud y la nutrición. (Verbeke, 2008) Asimismo, en los casos de búsqueda activa de información, Feick (1986) demostró que las mujeres con hijos lo hacían sin mostrar mucho interés por ella, es decir, más motivadas por la salud de sus hijos.

#### **b. Tipos**

El conocimiento de una alimentación saludable no conlleva un cambio de hábito, se requiere influencia externa para sobrepasar las barreras que se interponen entre éstos. (Bandura, 1997) Sin embargo, Buzby y Ready (1996) realizaron una encuesta en EE. UU. para comprobar de donde sacaba la información sobre nutrición el consumidor, obteniendo como resultados las revistas y periódicos, la televisión, el etiquetado y otras personas, pero lo más significativo es que solo el 16% afirmaba obtener información

por parte del Gobierno.

Desde entonces, no hay duda en que el internet se ha convertido en una fuente de información con fuerte impacto en el consumidor, llegando a producirse hasta 170.000 búsquedas en Google acerca de la salud y la alimentación. (Gil, 2015) La industria alimentaria enfoca, así, en niños la mayor parte de sus técnicas de ecommerce a través de sus propias webs. (Altinkaya & Sabaghzadeh, 2017) Además, un alto uso de la televisión y el ordenador está directamente relacionado con mayores peticiones, por parte de los niños, de alimentos anunciados, como comida rápida, caramelos, bebidas azucaradas, etc (Wiecha et al., 2006) y con un mayor sedentarismo. (Henry J. Kaiser Family Foundation, 2004)

En cuanto a la televisión, es el medio más usado por la industria para persuadir con técnicas como la repetición del mensaje, la marca, el producto, apoyándose en rostros conocidos, etc, con el objetivo de que se recuerde la marca y se atraiga al consumidor (Rozendaal, Buijzen, Valkenburg, 2011), hasta el punto de que cerca del 25% de la inversión en publicidad en España es sobre dichos productos, siendo el público infantil el target más grande, ya que se estima que cada niño ve unos 95 anuncios diarios y tiene una importante influencia en las decisiones de compra, además de ser el público del futuro. (VSF Justicia Alimentaria Global, 2016) Es más, en un estudio en EE. UU. se estimó el efecto de reducir de 6 a 12 años la edad en la que un niño se exponga a publicidad alimenticia dando unos resultados de entre uno y tres niños obesos que podrían no haberlo sido de haber implementado esta medida. (Angus, Cairns, Hastings, 2009), debido a que los cereales anunciados para llegar al target infantil tienen, de media, 60% más sal, 85% más azúcar y 65% menos fibra. (Harris et al., 2009)

Tal es la publicidad televisiva de alimentos de bajo valor nutricional (chocolates, golosinas, bollería, embutidos, etc) que se realizó un estudio en España para valorar qué porcentaje de anuncios publicitados en horario infantil era de este tipo, alcanzando una cifra superior al 70%. (Kelly et al., 2010)

En 2013, la propia Directora Regional de la OMS en Europa abogaba por limitar el marketing y la venta de los alimentos que propician la obesidad infantil.

El marketing de alimentos y bebidas altos en azúcares, grasas y sal dirigido a niños es reconocido en Europa como un elemento muy influyente en el desarrollo de la obesidad y otras enfermedades. El sobrepeso es uno de los problemas para la salud pública más importantes de este siglo y esta situación no mejora ya que, de media, un niño de cada tres de entre 6 y 9 años tiene sobrepeso u obesidad.

(Jakab, 2013)

Otra fuente a través de la que el consumidor obtiene información alimenticia es el microblogging, el cual permite publicar mensajes con contenido multimedia de manera muy rápida, algo que cada vez más usuarios están realizando para informarse acerca de materia relacionada con salud. La red más utilizada actualmente sobre microblogging es Twitter. (Blasco, 2016) Respecto a esta materia, la empresa Salomon McCown (2015) realizó determinados estudios que afirman que el 52% de la información buscada en internet es acerca de la salud, la alimentación, los hábitos saludables y medicamentos.

Además, en los últimos años, están surgiendo una serie de *influencers* de las redes sociales, los cuales generan contenido de interés para sus seguidores. (Campillo Alahama & Pérez Condés, 2016) Dentro de sus publicaciones, son destacables aquellas que tratan de su estilo de vida y alimentación, ya que influyen en un gran número de personas, provocándoles la necesidad de seguir un comportamiento determinado. (Villarejo, 2016)

Por último, el etiquetado tiene, por ley, información obligatoria y es una destacada habilidad que está estrechamente relacionado con el conocimiento nutricional (Petrovici, Ritson, 2006), así como con la ingesta de frutas y verduras, cuyo consumo es deficiente en los casos de bajo conocimiento (Parmenter, Wardle, & Waller, 2000) y capacidad culinaria. (Bennett, Hughes & Hetherington, 2004) En un estudio realizado en Reino Unido y otros cinco países europeos, se observó como lo que atrae más la atención del etiquetado en el consumidor son las calorías, el azúcar y las grasas. (Grunert, Fernández-Celemín, Wills, 2010) Sin embargo, diversos estudios confirman la ineficiencia del etiquetado. Según la investigadora de Mercados Nielsen, cerca de dos tercios de los consumidores tiene problemas para entenderlo y según Eroski Consumer, para el 80% han de hacerse cambios en el etiquetado.

Es más, según (VSF Justicia Alimentaria Global, 2016), el 60% de consumidores se queja de excesos de información, el 53% del tamaño de la letra, el 64% no entiende prácticamente nada de lo que lee y el 70% aboga por un etiquetado más claro con, solamente, información útil. Para añadir, el 60% de los encuestados manifiesta no leer todo el etiquetado, así como la gran mayoría afirmaba no recibir información acerca del sodio ni conocer la cantidad diaria de sal recomendada. De hecho, el Reglamento de la Unión Europea respecto al etiquetado (1169/2011) exige el cambio de gramos de sodio a gramos de sal, ya que de esta manera se oculta el verdadero problema, que es el consumo de sodio superior a 2 gramos y es exactamente lo contrario que dicta EE. UU. al respecto.

### **c. Credibilidad**

¿Por qué los consumidores creen en unas fuentes y de otras desconfían?

La industria alimentaria y el Gobierno carecen de cierta confianza, mientras que otras fuentes, como los doctores o la publicidad de calidad, son más valorados. (Frewer, Howard, Hedderley, Shepherd, 1996)

En cuanto a la industria, esto es debido a que la gran mayoría de la población tiene complicaciones para interpretar el etiquetado, hasta el punto en que leer la información nutricional no afecta al índice de masa corporal (Drichoutis, Nayga, Lazaridis, 2006) y que diferentes formatos en el etiquetado tienen consecuencias en la elección del consumidor. Se mostró en un estudio en Alemania como aquellos a los que se les suministró productos sin etiqueta tomaron la decisión incorrecta en cuanto a lo referido a saludable. (Borgmeier, Westenhoefer, 2009)

Por tanto, un etiquetado que sea legible y tenga sentido podría modificar el comportamiento del consumidor, cuyas conductas alimentarias se producen, actualmente, sin pensar. (Sobal & Wansink, 2007) ya que, hoy en día, dicha técnica es compleja y poco efectiva para comunicar la información. (Drichoutis, Nayga, Lazaridis, 2006)

Por otra parte, un estudio revelaba la poca confianza de los encuestados en el Gobierno, ya que solamente el 10% de ellos creía totalmente en sus publicaciones, es decir,

prácticamente el mismo nivel de confianza que en las industrias, seguramente debido a que el etiquetado está regulado por organismos gubernamentales. (Buzby y Ready, 1996)

¿A qué se debe esta poca credibilidad?

Que un alimento lleve etiquetado no quiere decir que sea más saludable. De hecho, se llevó a cabo un estudio recientemente en Reino Unido que revelaba la poca diferencia entre un producto con y sin etiquetado. (Kaur, Scarborough, Matthews, Payne, Mizdrak, Rayner, 2016)

Entonces, ¿puede un alimento publicitarse como sano cuando en realidad no lo es?

Desgraciadamente, la legislación en España lo permite. La Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN) define como declaración saludable “cualquier declaración que afirme, sugiera o dé a entender que existe una relación entre una categoría de alimentos, un alimento o uno de sus constituyentes, y la salud”, por lo que un alimento repleto de azúcares y grasas dañinas para la salud al que se le añade calcio puede publicitarse como “fuente de calcio” para atraer clientes debido a sus supuestos beneficios para la salud. Algo parecido ocurre con los aceites vegetales, gran parte de los cuales, como el de oliva, tienen grasas insaturadas que reducen el colesterol en sangre. Sin embargo, otros como el de palma son muy perjudiciales para el consumidor, pero el hecho de leer en el etiquetado que lleva aceites vegetales y no animales puede confundir.

El procesamiento de la información nutricional requiere, por tanto, un razonamiento más activo y sistemático de lo normal. (Verbeke, 2008)

## **IV. Falsas creencias que testar**

Como se ha demostrado anteriormente, la alimentación tiene un peso muy importante en la salud. Sin embargo, los mitos y creencias que no están respaldadas por ninguna evidencia científica se interponen en el camino de la transmisión de información correcta sobre los alimentos. (Lesser, Lucan, Mazza, 2015)

A continuación, se van a desmentir grandes mitos sobre este tema.

### ***1. Reducir los hidratos de carbono ayuda a bajar de peso.***

La disminución del peso corporal depende del cómputo total de calorías consumidas, no únicamente de una reducción de los hidratos. (Cano-Rodríguez, Aguado, Ballesteros-Pomar, Pérez-Corral, 2006) De hecho, disminuir la ingesta de estos drásticamente puede provocar una sensación de falta de energía totalmente innecesaria, ya que lo principal para la reducción de peso consiste en la capacidad para adherirse a un plan, es decir, de seguir dicha dieta por un largo período de tiempo. (Carvajal Encina, De Lucas García, 2013)

Estos autores nos muestran como, en un estudio en niños, las dietas bajas en hidratos fueron tan efectivas como el control de las raciones en niños con obesidad.

Así pues, queda demostrado que una reducción de hidratos en la dieta no equivale siempre a una bajada de peso. Por tanto, se pueden desmentir también las creencias de que “el pan engorda” o “las patatas engordan”, ya que el pan tiene alrededor de 250kcal por cada 100 gramos y las patatas unas 85kcal/100g. Sin embargo, la creencia de que estos alimentos son hipercalóricos se debe al aumento de peso producido por los acompañamientos que se añaden pan, o los derivados de patatas y sus salsas. (Boticario, 2012)

### ***2. Las grasas son perjudiciales para la salud.***

Rotundamente no. De hecho, las grasas monoinsaturadas y los ácidos grasos poliinsaturados omega 3 reducen la presión arterial (Mata, Lahoz, Alonso, Porres, 1999) y, estos últimos, tienen una gran relevancia en la gestación de bebés en cuanto al desarrollo del cerebro y la retina. Además, ayudan a prevenir enfermedades, como las

cardiovasculares o el cáncer y a controlar otras, como el SIDA u otros trastornos. (Castro-González, 2002) Es más, las dietas altas en grasas y bajas en hidratos disminuyen menos el metabolismo basal.

Así, es importante aclarar que nuestro cuerpo necesita de las grasas, pero hay que distinguir entre las saludables y las no saludables, y no sobrepasar el 30% del total de calorías recomendado por la OMS, que actualmente en España está en más del 40% (Varela Moreiras, 2014; Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, 2006).

Las grasas negativas para la salud son las denominadas saturadas y trans.

En cuanto a las grasas trans, ya prohibidas por los EE. UU., la Federación Española del Corazón (2015) aseguraba que son las peores grasas para la salud cardiovascular y no están siquiera legisladas por la Unión Europea, permitiendo así que se evite la publicación de sus cantidades en el etiquetado de los productos. Además, según la British Medical Journal (2015), simplemente con un aumento del 2% de calorías en la ingesta de este tipo de grasas, se aumenta en un 25% el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. Asimismo, la OMS (2009) recomendaba no superar el 1%, es decir, 20kcal si se tiene en cuenta una persona que consume 2.000 kcal por día. Este tipo de grasas, por su parte, tiene la finalidad de conservar alimentos perecederos, su consecuencia principal es que aumenta el colesterol LDL en sangre, conocido coloquialmente como “colesterol malo”, además de reducir el HDL, o “colesterol bueno” y se puede encontrar en productos como precocinados, margarinas, bollería industrial, galletas, fritos, etc. (VSF Justicia Alimentaria Global, 2016)

En cuanto a las saturadas, las recomendaciones de la FAO son no superar el 10% del total de calorías ingeridas. A pesar de ello, ningún país europeo tiene el honor de cumplir. (Varela Moreiras, 2014) Este tipo de grasas está presente en quesos, embutidos, carnes procesadas, bollería, productos lácteos, aceites vegetales, etc. Además, está demostrado científicamente que el sustituir hidratos o grasas insaturadas por grasas saturadas provoca un aumento del colesterol LDL (malo) y, por tanto, más riesgo de padecer enfermedades coronarias. (AESAN, 2011)

Según un informe de VSF Justicia Alimentaria Global (2016), la industria alimentaria reduce las grasas saturadas de sus productos, a la vez que aumenta los azúcares añadidos. Esta práctica aumenta el colesterol LDL, así como los niveles de triglicéridos, y reduce el colesterol HDL. Todo esto provoca un mayor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, así como de obesidad y resistencia a la insulina.

### ***3. Saltarse el desayuno o la cena ayuda a bajar de peso.***

Esta nueva premisa de saltarse el desayuno o la cena, según González Rodríguez (2007), se relaciona indirectamente con la obesidad, ya que nos lleva a comer algo rápido entre horas, generalmente procesado y con un valor alimenticio mucho menor.

Saltarse el desayuno no es efectivo a la hora de perder peso. Según un estudio, incluso comer cereales o pan precocinado, es una mejor opción. (Cho, Dietrich, Brown, Clark, Block, 2003) Esto es debido a que, como se afirmó en el mito número 1, la reducción del peso depende del número total de calorías diarias consumidas. Es más, reducir éstas en exceso puede suponer un bajón del metabolismo y de la masa muscular, es decir, las calorías en ningún caso han de rebajarse de golpe, ya que es muy perjudicial para la salud. (Boticario, 2012) Es habitual, por tanto, tomar medidas drásticas cuando se quiere reducir la grasa corporal que, por lo general, están muy alejadas de lo considerado como una dieta saludable y que están creando unos hábitos alimenticios muy negativos en los jóvenes. (Basulto Marset, Manera Bassols, Baladía Rodríguez, 2012) Sin embargo, el hábito de no desayunar, que es seguido por más del 50% de la población, según una encuesta realizada por la CEACCU en 2009, (Bolaños, 2009) no se puede incluir dentro de las medidas drásticas (al igual que saltarse la cena), ya que está demostrado científicamente que un ayuno de corta duración moviliza los depósitos de grasa, lo cual favorece la pérdida de peso. (García de Lorenzo y Mateos, Rodríguez Montes, 2013) Esto no quiere decir que no desayunar, o no cenar, sea el método perfecto para perder grasa, ya que las calorías no ingeridas en esa comida deberán proveerse en las demás, con el objetivo de no reducir radicalmente la energía consumida y no generar así una bajada del metabolismo y la masa muscular.

Por lo tanto, lo importante es qué y cuánto se come, no en qué momento del día. (Boticario, 2012)

#### **4. *El zumo de naranja es muy saludable.***

Hay que aclarar sobre el zumo de naranja, ya que está tan normalizado en la dieta mediterránea, que existe mucha diferencia entre un zumo procesado y uno natural. Al parecer, existe la teoría de que el aporte de nutrientes puede ser los mismos bien consumiendo uno u otro, y más teniendo en cuenta el marketing de “100% natural” que hacen algunas marcas, cuando en realidad el concentrado de zumo contiene unos niveles de azúcar exagerados, a unos niveles incluso de una lata de Coca Cola. Tal y como afirma Alissa Hamilton, autora de “What you don’t know about orange juice”, en 1960 la FDA (Food and Administration Drug) comenzó a dudar sobre si podía denominarse “fresco” a ese producto. La propia Hamilton asegura: “La mayor parte del zumo de naranja está tan procesado que sería imposible beber si no fuera por los saborizantes”

Por tanto, el zumo de naranja natural es saludable, sí, pero hay que saber diferenciarlo de un néctar que, según la Directiva Europea (2013), es la definición usada para llamar a un zumo de frutas con azúcares añadidos. Asimismo, esto no quiere decir que haya que traspasar la recomendación de azúcar “libre” de la OMS la cual, como se afirmó antes, es de un 5% del total de calorías ingeridas.

#### **5. *Para perder peso, hay que ser vegetariano o comer orgánico.***

Un estudio reciente sugiere que elegir “healthy food”, como fruta o verdura, tiene beneficios, no solo a nivel físico, sino también mental, por lo que se puede rechazar la idea de que proveerse de alimentos con bajo valor nutricional tiene mayores ventajas que seguir una dieta saludable. (Wahl et al., 2017) Dicho estudio se basa en una investigación realizada en 12.000 australianos adultos, por Mujcic, R. y Oswald, A. J. (2016), para afirmar que seguir una dieta sana aporta cierta felicidad y bienestar, además de ser una inversión de vida a largo plazo. Sin embargo, esto no quiere decir que para bajar de peso se debe dejar de comer carne. De hecho, gran parte de los alimentos de origen vegetal, como las semillas, los frutos secos, los quesos vegetales, etc son productos con un alto nivel de grasas (Boticario, 2012), por lo que su consumo excesivo aumentaría las calorías ingeridas y, como se ha visto anteriormente, incrementaría el peso.

Asimismo, cada año que pasa va aumentando la comunidad de vegetarianos y de personas que abogan por una alimentación orgánica, dentro de la cual los jóvenes están más motivados por cuestiones medioambientales y morales, a la vez que los más mayores están preocupados por temas de salud. (Pribis, Grajales, Pencak, 2010) Mientras tanto, fuera de dicha comunidad se encuentran personas cuyo único contacto con la alimentación orgánica ha sido a través de frutas y verduras. (Pradel, Foster, 2005)

Lo que queda claro es que los productos orgánicos tienen determinados beneficios, como un mejor sabor pero que, poniéndolo en una balanza con el mayor precio, se decantan más por lo segundo. (Seufert, Ramankutty, Foley, 2012) Además, en cuanto a comer productos orgánicos para bajar de peso, un estudio realizado por la Universidad de Stanford (2012) revela que no hay ninguna evidencia de dichos beneficios, ni ningún otro relacionado con la salud. (Olson, 2017)

#### ***6. La carne es necesaria como fuente de proteína.***

El hecho de comer carne, si nos mantenemos dentro de las recomendaciones de la OMS, no es algo que dañe extremadamente nuestra salud. Estas recomendaciones se basan en eliminar de nuestra dieta las carnes procesadas, consideradas como cancerígenas por la propia OMS, y reducir el consumo de las carnes rojas, clasificadas como “probablemente cancerígenas”. (OMS, 2015) De hecho, según estudios de la propia OMS, cada porción de 50 gramos de carne procesada consumida al día aumenta el riesgo de padecer cáncer de colon en un 18%. (OMS, 2015) Además, son muy conocidos los efectos negativos que tiene la carne roja. La World Cancer Research Fund recomienda no ingerir más de 500 gramos semanales de este producto.

Es más, en la niñez hay que tener mucho cuidado con lo que se suministra al organismo, ya que existen edades críticas en las que la provisión excesiva de proteínas animales puede tener relación con problemas de salud, como la obesidad. (Remer, Kroke, Günther, Buyken, 2007) Ni siquiera la necesidad de hierro justifica la ingesta de carne, debido a que hay evidencias que muestran como las dietas vegetarianas, o aquellas con bajo consumo de carne no se ven muy afectadas por la ausencia de éste. (Kafatos, Savva, 2014)

Aun así, el consumo de carne no solo tiene consecuencias en nuestra salud, sino también en el medio y en los propios animales. Según Pojman (2000), la crianza de animales genera un gasto de 28kcal de energía fósil para producir 1 kcal, por las 3,3kcal que se gastan para generar proteína vegetal, es decir, 8 veces menos energía. No solo eso, también hay una gran ineficiencia en cuanto al uso de agua, la cual es necesitada 100 veces más para producir 1kg de proteína animal que para 1kg de vegetal, hasta el punto de que solo EE. UU. está acabando con el 87% del agua fresca de cada año. (Pimentel, 1997) Además, para alimentar a los animales se requiere cierto cultivo que está acabando con más de 7 billones de toneladas de suelo cada año, solo en los Estados Unidos, cuyos residuos van a parar a ríos y lagos. (Pimentel, 1997)

Por tanto, la agricultura animal es, de lejos, la fuente de producción intensiva más ineficiente y dañina para el planeta que consume el ser humano, por lo que la acción más simple y de mínimo esfuerzo a tomar para preservar los recursos es la de dejar de consumir carne. (Pojman, 2000)

Sin embargo, como se puede apreciar en el gráfico, el consumo de carne va en continuo aumento y no parece que vaya a parar.

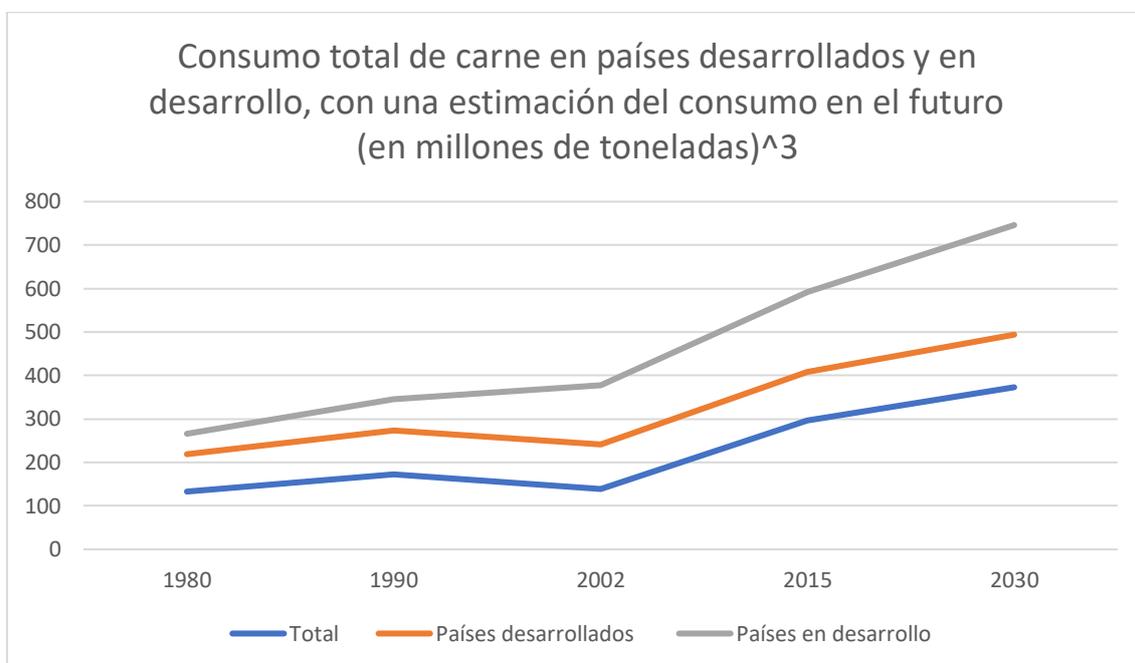


Gráfico 1 (Fuente: Meatclimate)

Para llegar a producir tales cantidades, las industrias cárnicas industrializan sus procesos

de producción de manera que los animales generen el mismo producto, aunque de peor calidad, en un menor plazo de tiempo. Dichos procesos consisten, entre otras cosas, en el suministro de antibióticos. (Gándara, Falcón, Grande, 2000)

Asimismo, los animales antes de ser sacrificados son sometidos a un alto estrés que provoca cambios medibles post mortem a nivel muscular, es decir, relacionados con los niveles de glucógeno, pH y color. (Odeón y Romera, 2017)

Las condiciones de vida y alimentación de los animales sometidos a los métodos de la ganadería intensiva son crueles, a lo que hay que añadir las pésimas condiciones de transporte (hacinamiento e inmovilidad) y las horas previas a la matanza, ya que los cerdos presienten su muerte violenta.

(Vinyes, 2005)

Así, como solución y respuesta a la creencia de que la carne es indispensable como fuente de proteínas, hay que destacar que, simplemente sustituyendo una hamburguesa de carne por una vegana, la salsa boloñesa por una sin carne, arroz con judías en lugar de con pollo, etc se puede cambiar la dinámica hacia un camino moralmente más positivo. (Pojman, 2000)

Sabemos que comer carne es una tradición, pero que una tradición parezca natural es un problema (Paxton, 2000), ya que podemos encontrar diferentes atletas olímpicos como Carl Lewis que siguen una alimentación basada en proteína vegetal. (Pojman, 2000) Alimentos como la proteína de soja, de legumbres, de semillas o de cereales son algunos ejemplos de sustitutos de la proteína animal. (Asgar, Fazilah, Huda, Bhat, Karim, 2010)

### ***7. La leche es una fuente imprescindible de calcio.***

Su naturaleza tiene mucho valor para la dieta equilibrada del ser humano, ya que contiene grasas, hidratos de carbono, vitaminas y minerales. (Fernández et al., 2015)

En épocas de pobreza y, sobre todo, para los niños la leche tiene una importancia muy grande. Es más, el presidente de la SEGG (Sociedad Española de Geriatria y Gerontología) (2014) la recomienda debido a que: “Aporta a un bajo precio y esfuerzo

una gran cantidad de nutrientes.”

Esto no parece una afirmación como para situar la leche como un alimento indispensable. De hecho, el ser humano es el único mamífero que consume leche en edad adulta a pesar de que, a partir de los 6 años, alrededor al 70% de la población mundial reduce su producción de lactasa, la enzima utilizada para digerir la lactosa. Esto provoca la conocida intolerancia a la lactosa, que genera dolores corporales, flatulencias, diarreas, etc. (Trombetta, 2017) Además, el problema no es solo que consumamos leche, sino que lo hacemos de otros animales, pese a que nuestro cuerpo no está preparado para asimilar las grasas saturadas y proteína animal que va destinada a las crías por naturaleza. (Shinya, 2005)

Asimismo, para traer el lácteo al supermercado, las industrias emplean una serie de procesos que restan todo lo positivo al producto inicial, como la descomposición de grasas, lactosa, y proteínas. (Trombetta, 2017)

También hay que desmentir la teoría de que la leche previene la osteoporosis. Todo lo contrario, además de su alto contenido en calcio, lo es también en ácidos orgánicos y proteínas que están ricas en azufre. Estos componentes alteran el pH del ser humano y provocan que el cuerpo necesite extraer calcio, que saca de los huesos. (Shinya, 2005) De hecho, se mostró en un estudio que la leche no tenía ningún beneficio en la rotura de cadera de mujeres, incluso en las mayores a 60 años. (Willett, Strampfer, Colditz, 1997) Por tanto, el calcio que necesitamos lo podemos adquirir de otros alimentos, como el brócoli, la coliflor, la quinoa, las acelgas, las espinacas, etc. (Acuña, Gigante, Menoni, Gómez, 2016)

## V. TRABAJO EMPÍRICO

### i. Propósito

El presente estudio viene motivado por la insuficiente información clara que reciben los consumidores sobre alimentación saludable. Por tanto, se pretende investigar el tipo de alimentación que siguen de media los jóvenes, así como las fuentes que utilizan y la credibilidad que éstas les aportan con el objetivo de adecuar las promociones de alimentación de los organismos públicos a dichos jóvenes.

### ii. Objetivos y preguntas de investigación

1. Probar la existencia de falsas creencias sobre alimentación en jóvenes
2. Estudiar si hay relación entre las variables sociodemográficas y el grado de creencias sobre alimentación.
3. Probar si existe relación entre la fuente de la que se obtiene información y el grado de creencias sobre alimentación.
4. Estudiar si el modelo revisado del TCP contribuye a predecir el comportamiento de mantener una alimentación saludable.
5. Comprobar si hay relación entre el nivel de alimentación saludable y el grado de creencias.

### iii. Metodología

Para responder a los objetivos, se realizó un trabajo empírico de tipo cuantitativo, en concreto, un cuestionario acerca del grado de creencias de alimentación adaptado a jóvenes de entre 18 y 30 años, de diversa clase social, pero residentes en España. Para definir el público objetivo se utilizaron preguntas filtro al inicio del cuestionario.

Dicho cuestionario se realizó gracias a la herramienta Online Encuesta y se difundió a través de las redes sociales WhatsApp e Instagram, a través de mi cuenta personal y la de otros usuarios (entre ellos, una *influencer*) buscando la mayor variedad de encuestados posible con el objetivo de no tener una muestra sesgada. Permaneció abierta durante tres días, lo cual permitió conseguir 247 participantes, de los cuales 186 lo concluyeron para, posteriormente, analizar los datos mediante el programa informático de estadística SPSS.

El diseño del cuestionario (ver anexo) está estructurado en una primera parte donde se realizan preguntas acerca de los hábitos alimenticios que sigue el encuestado para analizar su calidad de la dieta, una segunda parte en la cual se formulan preguntas propias de la Teoría del Comportamiento Planificado (TCP), cuyas medidas se expondrán a continuación. La tercera parte está constituida por cuestiones acerca de las fuentes de donde se provee de información sobre alimentación el encuestado y la confianza que éstas le aportan. Por último, el cuestionario finaliza con preguntas de clasificación, es decir, el sexo, la edad, el nivel de estudios, el deporte realizado semanalmente, etc.

Ahora, en cuanto a las medidas del TCP, para medir la actitud se planteó la siguiente frase: “para mí, mantener una alimentación saludable es...”, con respuestas en una escala de diferencial sistemático (de -3 a 3) que representaban los valores adquiridos por los adjetivos bipolares importante/no importante, bueno/malo, agradable/desagradable. En cuanto a la norma subjetiva, esta se midió con las oraciones: “la mayoría de la gente que es importante para mí piensa que debería mantener una alimentación saludable”, “la gente que es como yo cree que debería mantener una alimentación saludable” y “la gente que es importante para mí quiere que mantenga una alimentación saludable”, con sus correspondientes respuestas de entre 1 y 7, representando los siguientes adjetivos bipolares, respectivamente: “totalmente en desacuerdo/totalmente de acuerdo”, “definitivamente no/definitivamente sí”, “muy probable/ poco probable”. Ahora, para medir el control conductual, se utilizaron 5 preguntas: “estoy convencido de que puedo mantener una alimentación saludable”, “para mí mantener una alimentación saludable en un futuro cercano será”, “creo que tengo la capacidad de mantener una alimentación saludable en un futuro cercano”, “¿hasta qué punto te sientes capaz de mantener una alimentación saludable en un futuro cercano?”, “¿qué confianza tienes en poder mantener una alimentación saludable en un futuro cercano?”, con sus respectivas respuestas bipolares (de 1 a 7): “verdadero/falso”, “fácil/difícil”, “definitivamente no la tengo/definitivamente sí la tengo”, “muy capaz/poco capaz”, “mucho/poca”.

La siguiente ronda de cuestiones trata del comportamiento del entrevistado, donde se pregunta cómo de acuerdo está con las afirmaciones que queremos testar como falsas creencias (nada de acuerdo, en desacuerdo, algo en desacuerdo, algo de acuerdo, de acuerdo, muy de acuerdo), para medir su grado de conocimiento sobre alimentación.

Asimismo, se preguntará en qué cantidad recibe información el encuestado de las siguientes fuentes: familia, amigos, redes sociales, blogs, revistas y televisión y radio, así como la credibilidad que éstas le aportan (no da uso, nada, poca, bastante, mucha, única fuente).

El cuestionario termina con preguntas sociodemográficas (sexo, edad, peso, altura, nivel de estudios tanto de él como del cabeza de familia) y una última acerca del deporte semanal realizado. El peso y la altura se requieren para calcular su IMC.

**Tabla 1: principales variables sociodemográficas**

<b>Variables demográficas</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación</b>
Sexo	Dicotómica, 1=mujer; 0=hombre	,49	,50
Edad	Cuantitativa	21,36	5,17
IMC	Cuantitativa	22,20	3,51
<b>Tiempo dedicado a deporte</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	
Nada	53	28,80	
1-2 días	45	24,46	
3-5 días	70	38,04	
6-7 días	16	8,70	
<b>Total</b>	<b>184</b>	<b>100,00</b>	

Finalmente, el cuestionario se cerró con 186 respuestas útiles, que componen la muestra del estudio. Sin embargo, para construir el IMC, solo fueron posibles 178 respuestas, ya que ciertos entrevistados no llegaron a la última página del cuestionario. Dicha muestra está compuesta por prácticamente las mismas mujeres que hombres (49% mujeres), con una media de edad de 21 años y un IMC clasificado dentro del intervalo de peso “normal”. Esta última clasificación da a entender, en un primer momento, que la alimentación seguida por los entrevistados es adecuada, pero se investigará a fondo más adelante. Además, en cuanto a los días de deporte realizados por semana, cabe destacar como más de la mitad de los encuestados hacen ejercicio menos de 2 días por semana.

**Tabla 2: Nivel de estudios del entrevistado y del cabeza de familia**

<b>Nivel de estudios</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Secundaria	8	4,35
Bachillerato	31	16,85
Universitario	139	75,54
Postgrado	6	3,26
<b>Total</b>	<b>184</b>	<b>100,00</b>
<b>Nivel de estudios cabeza de familia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Sin estudios	2	1,09
Primaria	5	2,72
Secundaria	16	8,70
Bachillerato	38	20,65
Universitario	76	41,30
Postgrado	47	25,54
<b>Total</b>	<b>184</b>	<b>100,00</b>

Ahora bien, en el nivel de estudios de los entrevistados observamos cierto sesgo al encontrar que el 75% de las respuestas son de universitarios, cuando el INE data en España en alrededor a un 40% las personas que han estudiado, o están cursando, una carrera universitaria, un porcentaje alejado del adquirido en la muestra. Sin embargo, en el nivel de estudios del cabeza de familia observamos una variedad de respuestas adecuada.

## VI. Resultados

Primero de todo, se detallarán los estadísticos de las variables utilizadas en la revisión de la TCP, observables en la *tabla 3*.

- **Tablas**

**Tabla 3: principales variables de la TCP**

	<b>Media</b>	<b>Desviación</b>
Actitud para comer sano	5,63	1,74
Norma subjetiva	4,91	1,08
Control conductual	4,99	,92
Grado de intención para mantener dieta sana	5,18	,82

Podemos observar valores, en media, muy similares en cuanto a actitud, norma subjetiva y control conductual. Sin embargo, vemos como la media de la actitud es ligeramente superior, por lo que los entrevistados se ven más capaces, en un futuro próximo, de mantener una alimentación saludable por sí mismos, que de recibir el apoyo o el deseo de su círculo para que siga una dieta sana.

**Tabla 4: Grado de alimentación saludable**

	<b>Media</b>	<b>Desviación</b>
¿Qué grasa utilizas generalmente para comer?	91%	0,289
¿Cuántas bebidas carbonatadas y/o azucaradas consumes al día?	81%	0,392
¿Cuántas piezas de fruta consumes al día?	41%	0,493
¿Cuántas raciones de legumbres consumes por semana?	25%	0,433
¿Cuántas raciones de pescado/marisco consumes por semana?	20%	0,400
¿Cuántas veces por semana consumes frutos secos?	25%	0,436
Nivel de alimentación saludable	2,83	1,2

En la tabla 4 podemos observar el grado de alimentación saludable de los encuestados. El valor en media (porcentaje) representa en qué cantidad los entrevistados conocen lo más saludable sobre estas cuestiones. Por ejemplo, en el caso de “¿qué grasa utilizas generalmente para comer?”, el hecho de tener una media de un 91% quiere decir que el 91% de los encuestados utiliza la grasa más saludable, en este caso el aceite de oliva. (Pérez Martínez, López-Miranda, Delgado-Lista, López-Segura & Pérez Jiménez, 2006) La pregunta “¿cuántas bebidas carbonatadas y/o azucaradas consumes al día?” tiene como mejor opción “una o menos” (Liñan Duran, Meneses López, Delgado Cotrina, 2007), la cual ha respondido el 81%. En cuanto a “¿cuántas piezas de fruta consumes al día?” lo ideal es, por lo menos, dos (dos y tres o más), pero un 59% consume únicamente 1 o ninguna. La cuarta pregunta “¿cuántas raciones de legumbres consumes por semana?”, tiene como respuesta ideal “tres o más”, lo cual ha respondido únicamente el 25% de los entrevistados. La quinta cuestión referida a las raciones de marisco/pescado, tiene como mejor respuesta “tres o más”, que han respondido el 20%. Por último, “¿cuántas veces por semana consumes frutos secos?” se respondería con “tres o más”, lo cual ha respondido el 25%. (Pérez Lancho, 2007)

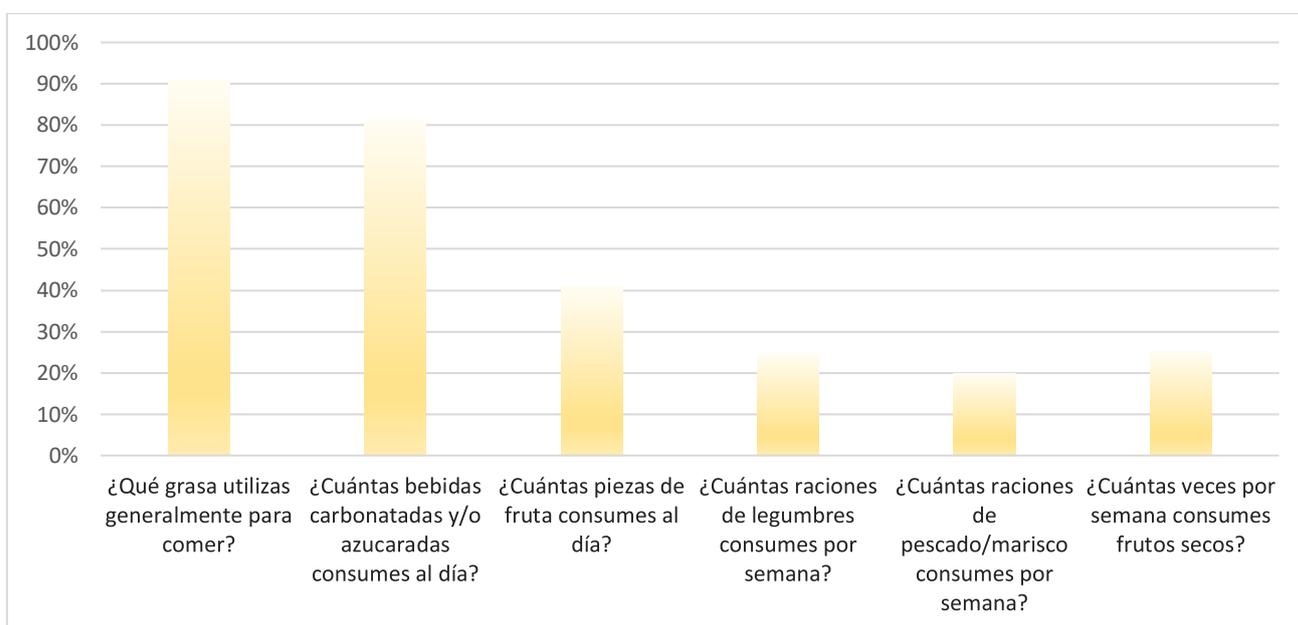


Gráfico 2 (Fuente: datos)

La manera en la que se ha calificado una respuesta como saludable ha sido dándole el valor 1, es decir, al ser 6 preguntas, una persona con hábitos de alimentación totalmente

saludables tendría una calificación de 6, pero la media del total de encuestados es de 2,83, una cifra muy baja, desgraciadamente, como se puede apreciar en la *tabla 4*.

¿Será un problema de información?

**Tabla 5: Fuentes de información y credibilidad**

	Media	Desviación
Cantidad info Familia	3,77	1,291
Cantidad info Amigos	3,13	1,201
Cantidad info Redes Sociales	3,45	1,311
Cantidad info Blogs	2,63	1,455
Cantidad info Televisión, radio...	2,90	1,192
Cantidad info Revistas	2,30	1,366
Credibilidad Familia	3,06	1,179
Credibilidad Amigos	2,37	1,202
Credibilidad Redes Sociales	2,01	1,195
Credibilidad Blogs	1,53	1,344
Credibilidad Televisión, radio...	1,73	1,187
Credibilidad Revistas	1,26	1,311

En la *tabla 5*, la cantidad de la información está valorada con un máximo de 6 y la credibilidad con 5, por lo que se puede observar que la fuente de la que más reciben información los encuestados y la que más credibilidad les aporta es la familia. Es más, en cuanto a la credibilidad, se puede apreciar como la familia y los amigos son quienes más confianza dan al encuestado, seguramente por el hecho de ser personas de su círculo, lo cual no quiere decir que las fuentes que hayan utilizado estos individuos sean las correctas. Llama la atención como las revistas y blogs que, en la mayoría de los casos, se basan en la ciencia y en estudios, no aportan la suficiente credibilidad, ya que están incluso por debajo de las redes sociales. También es destacable la cantidad de información recibida por parte de revistas y blogs, la cual es insuficiente teniendo en cuenta su calidad y la cantidad recibida por las demás, como se puede observar en el siguiente gráfico.

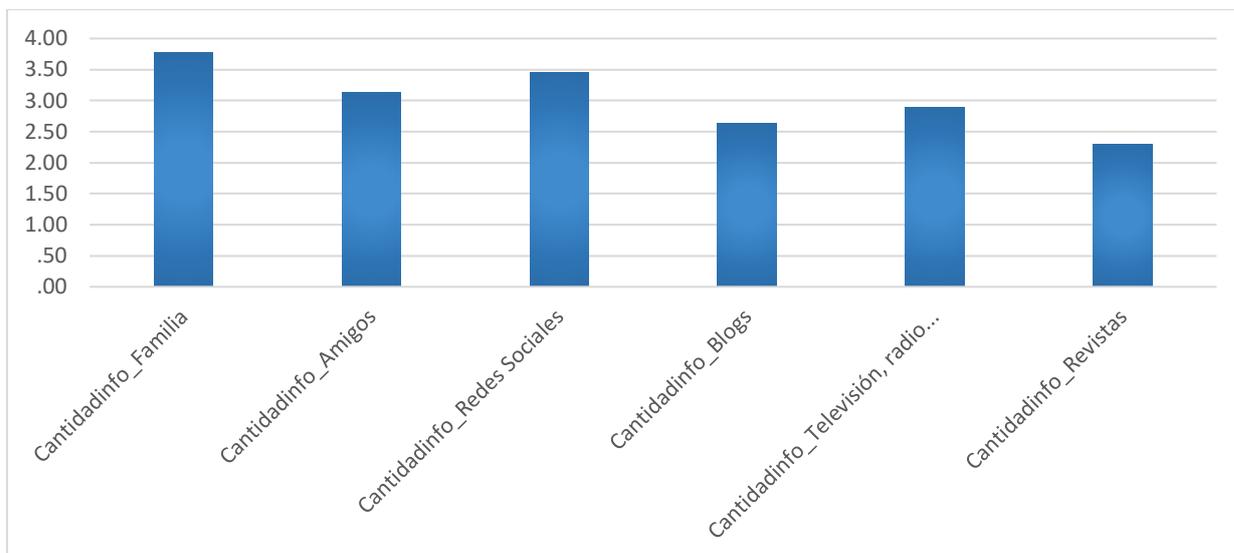


Gráfico 3 (Fuente: datos)

Como se ha podido observar en la *tabla 5*, las fuentes de donde recibe la información el consumidor y sus consecuencias las vamos a ver a continuación.

**Tabla 6: Creencias**

	Media	Desviación
Reducir los hidratos de carbono ayuda a bajar de peso.	3,17	1,312
Las grasas son perjudiciales para la salud.	3,55	1,489
Saltarse el desayuno o la cena ayuda a bajar de peso.	5,28	1,100
El zumo de naranja es muy saludable.	2,48	1,291
Ser vegetariano ayuda a perder peso.	4,61	1,380
La carne es necesaria como fuente de proteína.	2,45	1,518
La leche es una fuente imprescindible de calcio.	3,11	1,648
Seguir una alimentación con alimentos orgánicos ayuda a reducir de peso.	3,68	1,332
Grado de conocimiento creencias sobre salud	3,54301	,730488

Estas creencias se valoran con 1 cuando se está “muy de acuerdo” y con 6 cuando “nada de acuerdo”

Para empezar, “reducir los hidratos de carbono ayuda a bajar de peso” es una afirmación un tanto ambigua. Como se afirmaba en la explicación anteriormente, bajar de peso depende del cómputo total de calorías y se deben erradicar las creencias como “la patata y el pan engordan”. Sin embargo, es posible que dietas bajas en hidratos y altas en grasa tengan mayores beneficios que aquellas altas en hidratos y bajas en grasa, ya que puede incluso reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (Bueno, Vieira de Melo, Lima de Oliveira & da Rocha Ataíde, 2013), pero también habría que entrar a valorar el tipo de hidratos que se dejaron de consumir en el estudio porque determinados hidratos simples, como los de la bollería, no son los más adecuados. Los hidratos son, por tanto, una fuente necesaria y más aún para los deportistas, que son capaces de resistir más tiempo haciendo ejercicio cuando se nutren antes de hidratos. (Sánchez-Valverde, V., Moráis López, A., Ibáñez, J., Dalmau Serra, J., 2013) Ahora bien, el hecho de tener en media un 3,17 quiere decir que los entrevistados están “algo de acuerdo” con la afirmación, es decir, hay una falsa creencia circulando que hay que tratar de aclarar lo antes posible.

La siguiente afirmación es sobre las grasas. Este macronutriente no es, de ninguna manera, negativo para la salud cuando hablamos de “grasas buenas”, como se explicaba en el apartado de “falsas creencias a testar”, por lo que un 3,55 quiere decir que, en media, los entrevistados no están ni “algo de acuerdo” ni “algo en desacuerdo”, lo cual se puede expresar también como un “no lo sé”. Esto confirma otra falsa creencia circulando por la sociedad.

“Saltarse el desayuno o la cena ayuda a bajar de peso”. Esta afirmación es rotundamente falsa ya que, como se ha comentado muchas veces, el ganar o perder peso depende de la cantidad de calorías consumidas. Por ejemplo, si yo suelo tomar 500kcal para desayunar y 500kcal para comer, puedo perfectamente decidir tomar 1000kcal para comer y no desayunar. El 5,28 demuestra que es una creencia prácticamente erradicada ya que se está, en media, “en desacuerdo”.

En cuanto al zumo, un 2,48 en media demuestra que los encuestados están de acuerdo con

la afirmación “El zumo de naranja es saludable”, pero no todos los zumos son saludables. Queda claro con las aclaraciones previas, que los fabricantes añaden conservantes, saborizantes y azúcares insanos para el consumidor, por lo que hay que saber diferenciar el zumo natural del zumo procesado y no tener miedo a consumir los azúcares de la fruta, ya que es el azúcar más saludable que podemos adquirir y que, como sabemos, no puede sobrepasar el 5% de las calorías. Sin embargo, aquellos que consumen azúcares añadidos, reducen su ingesta de fruta en un 30-40%. (Overby, N., Lillegaard, I., Johansson, L., Andersen, L., 2004)

“Ser vegetariano ayuda a perder peso” y “seguir una alimentación con alimentos orgánicos ayuda a reducir de peso” son afirmaciones totalmente erróneas. Como se explicaba antes, ser vegetariano tiene muchas ventajas a la hora de alimentarse más de frutas y verduras y eliminar la carne de la dieta, ya que son conocidas las restricciones de la OMS en cuanto a este nutriente. Asimismo, comer orgánico permite ingerir de alimentos libres de pesticidas y otras sustancias dañinas para la salud (Forman & Silverstein., 2012)., pero al igual que ser vegetariano, este estatus no aporta la posibilidad de reducir el peso de manera mágica. Como se ha comentado anteriormente, dependerá de las calorías consumidas, así que las puntuaciones, en media, de 4,61 y 3,68, respectivamente, demuestran que ciertos entrevistados están equivocados respecto a estas creencias.

La siguiente afirmación clasifica a la carne como una fuente de proteína indispensable, lo cual no es cierto, como sabemos. Es conocido el caso de Carl Lewis, campeón olímpico que se hizo vegetariano en 1990 para superar su marca récord al año siguiente. (Cash, 2008) Hay diferentes fuentes de las que adquirir la proteína. De hecho, en los últimos años se está haciendo más común la ingesta de insectos (o, en su defecto, harina de insectos) que, aunque parezca sorprendente, aportan alrededor de un 30% más de proteína que la carne sin grasa ni colesterol (Arango Gutiérrez., Vergara Ruiz & Mejía Vélez, 2004). Un 2,45 de puntuación en media quiere decir que la mayor parte de los entrevistados están de acuerdo con la sentencia “la carne es necesaria como fuente de proteína”, lo cual es completamente falso.

Lo mismo ocurre con la afirmación acerca de la leche, ya que la puntuación nos muestra que los entrevistados están “algo de acuerdo”. Sin embargo, como se ha comentado

anteriormente, se conocen distintas fuentes de calcio aparte de la leche como, por ejemplo, las espinacas, la col, el salmón, etc. Esto demuestra que hay otra creencia más que desmentir.

Por último, el grado de conocimiento de creencias sobre salud es una medida de 1 a 6 que representa la sabiduría de los entrevistados acerca de la alimentación saludable, es decir, una puntuación de 3,54 demuestra que, en media, los entrevistados están situados en el ecuador de la clasificación (entre “algo de acuerdo” y “algo en desacuerdo”) de las 8 creencias anteriores.

- **Modelos y discusión:**

Se han planteado dos modelos: uno explica el grado de conocimiento sobre alimentación saludable y el otro explica la alimentación saludable.

Antes de nada, cabe destacar que ninguna de las variables sociodemográficas (sexo, edad, IMC y nivel de estudios de entrevistado y de cabeza de familia) es significativa para los modelos, por lo que se han excluido con el objetivo de dar una visión más clara de los resultados. Por lo tanto, a la hora de alimentarse bien no tiene influencia el ser hombre o mujer ni, sorprendentemente, el nivel de estudios que parecía una variable determinante y no lo ha sido, probablemente, al sesgo encontrado y explicado anteriormente.

### **1. Modelo que explica el grado de conocimiento sobre alimentación saludable**

El propósito de este modelo es analizar si las variables incluidas contribuyen a explicar el grado de conocimiento sobre alimentación saludable. Se puede observar que el modelo es significativo y explica el grado en un 27,9% teniendo en cuenta el  $R^2$  y en un 20,7% según el  $R^2$  corregido, que es el que se tendrá en cuenta ya que el  $R^2$  aumenta con independencia de que las variables contribuyan realmente a explicar la variable endógena.

Modelo	
$R^2$	0,279
$R^2$ corregido	0,207
Significación (ANOVA)	0,000

Variable	Beta	Significación
(Constant)		,000
<b>Cantidadinfo_Familia</b>	<b>-,244</b>	<b>,003</b>
<b>Cantidadinfo_Amigos</b>	,000	,997
Cantidadinfo_Redес Sociales	,033	,690
<b>Cantidadinfo_Blogs</b>	<b>,188</b>	<b>,040</b>
<b>Cantidadinfo_Televisión, radio...</b>	<b>-,316</b>	<b>,000</b>
Cantidadinfo_Revistas	,035	,667
<b>Días semanales que dedicas a hacer deporte</b>	<b>,132</b>	<b>,081</b>
<b>Nivel de alimentación saludable</b>	<b>,227</b>	<b>,004</b>
Actitud para comer sano	-,011	,878
Norma subjetiva	-,098	,173
Control conductual	-,108	,177

*Tabla 7*

La tabla con los resultados del modelo incluye las betas y la significación. Las primeras, cuando son positivas muestran que, a más nivel de alimentación saludable, mejor conocimiento sobre alimentación saludable y viceversa.

Como se puede observar, a mayor cantidad de información recibida de las familias, hay un menor conocimiento sobre alimentación saludable, por lo que queda demostrado que esta no es una fuente positiva para el consumidor, a pesar de que es la más utilizada (3,77 en la tabla 5 frente al, por ejemplo, 2,63 de los blogs). Es más, los blogs, con una significación del 95%, ejercen una influencia positiva sobre el grado de conocimiento de

la alimentación. Todo lo contrario ocurre con la televisión que, pese a ser el canal más utilizado por las industrias para promocionar sus productos, influyen negativamente y es que esto provoca una escasez de “alfabetización nutricional” debido a que los expertos en nutrición afirman no ser capaces de promocionar información sobre alimentación saludable (Echegaray, Peñafiel & Ronco López, 2017).

Además, el número de días semanales en que se hace deporte influye positivamente, a un nivel de significación del 90%, en el grado de conocimiento de alimentación. Asimismo, a más nivel de alimentación saludable, habrá un conocimiento mayor, a un nivel de significación del 95%.

## 2. Modelo que explica la alimentación saludable

Este modelo pretende estudiar las variables que explican la alimentación saludable. En la siguiente tabla se observa un  $R^2$  de 0,286, es decir, que la variable endógena está explicada en un 28,6% por las explicativas. Sin embargo, como sabemos, el  $R^2$  aumenta con independencia de que las variables contribuyan realmente a explicar la variable endógena, por lo que se tiene en cuenta el  $R^2$  corregido, y este es de 21,5%.

Modelo		
$R^2$		,286
$R^2$ corregido		,215
Significación (ANOVA)		,000
Variable	Beta	Significación
(Constant)		,049
Cantidadinfo_Familia	-,068	,421
Cantidadinfo_Amigos	,100	,225
Cantidadinfo_Redес Sociales	-,125	,132

Cantidadinfo_Blogs	,118	,198
Cantidadinfo_Televisión, radio...	-,019	,825
Cantidadinfo_Revistas	-,113	,160
Días semanales que dedicas a hacer deporte.	,119	,115
<b>Actitud para comer sano</b>	<b>,120</b>	<b>,090</b>
Norma subjetiva	,035	,628
<b>Control conductual</b>	<b>,287</b>	<b>,000</b>
<b>Grado de conocimiento creencias sobre salud</b>	<b>,225</b>	<b>,004</b>

*Tabla 8*

En la tabla se puede observar como lo único que tiene influencia en el nivel de alimentación es la actitud, el control conductual y el grado de conocimiento de creencias. Es obvio que la actitud influye positivamente, a un nivel de significación del 90%, en el nivel de alimentación, teniendo en cuenta que los determinantes de ésta son los resultados que el individuo espera que se produzcan si adopta el comportamiento y el valor subjetivo que se atribuye a esos resultados. En cuanto al control conductual, tiene también una influencia positiva en el nivel de alimentación, tal y como afirmaba Ajzen (1991) cuando aseguraba que el control conductual no incide directamente solo en la intención, sino también en el comportamiento.

Es también destacable el efecto que tiene el grado de conocimiento en el nivel de alimentación. Con un nivel de significación del 95%, podemos observar una influencia positiva ya que, como es evidente, el hecho de tener mayores conocimientos acerca de la alimentación debe llevar a una dieta más saludable.

- **Correlaciones**

Entre las correlaciones más destacadas, además de las ya mencionadas, podemos encontrar la existente entre el grado de actitud para mantener una dieta sana y la cantidad

de información recibida de blogs y revistas (a un nivel de significación del 99%), es decir, una actitud positiva a la hora de seguir una alimentación saludable tiene una relación directa con las fuentes que se utilizan para sacar la información que, precisamente, son las más sinceras.

	Cantidadinfo_Blogs	Cantidadinfo_Revistas
<b>Grado de actitud para mantener dieta sana</b>	<b>,214**</b>	<b>,208**</b>

*Tabla 9*

También es llamativo que gran parte de los entrevistados que reciben información sobre alimentación saludable de la familia, también lo hacen de los amigos, a un nivel de significación del 99%. Asimismo, aquellos que la reciben de amigos, lo hacen también de las redes sociales y la televisión, a un 95% de significación.

	Cantidadinfo_Amigos	Cantidadinfo_Redес Sociales	Cantidadinfo_Televisión, radio...
<b>Cantidadinfo_Familia</b>	<b>,451**</b>	-0,077	0,013
	0	0,293	0,86
	186	186	186
<b>Cantidadinfo_Amigos</b>		<b>,166*</b>	<b>,160*</b>

*Tabla 10*

## VII. Conclusiones y recomendaciones

Como sabemos, uno de los grandes problemas de la dieta seguida por los consumidores se debe a que se informan de fuentes erróneas. Como veíamos en el primer modelo, las familias como transmisoras de la información están demostradas como una influencia negativa en el conocimiento acerca de la alimentación saludable. Está claro que hay un serio problema con las fuentes que utilizan los consumidores para informarse, pero parece que hay posibles soluciones.

La realidad es que las redes sociales están a la orden del día y parece evidente que es un canal que se debería aprovechar para difundir campañas de alimentación saludable, debido a su extensa red de usuarios (Constine, 2013). Sin embargo, el hecho de promocionarse como un organismo público no parece la mejor idea, ya que los consumidores valoran el anonimato en las redes sociales (Newman, Lauterbach, Munson, Resnik & Morris, 2011).

Además de las redes sociales que, al parecer, alcanzan niveles de retención y compromiso muy altos por parte del usuario (Constine, 2013), otra posibilidad son los perfiles nutricionales que se está llevando a cabo en países como Reino Unido, Noruega y Dinamarca con el objetivo de controlar la información que suministran las industrias, algo que la legislación española no hace hoy en día. Dichos perfiles ya han sido recomendados a la Unión Europea por diversos organismos como la OCU (Organización de Consumidores y Usuarios) y la OMS los define como “la ciencia de clasificar o categorizar los alimentos de acuerdo con su composición nutricional por razones relacionadas con la prevención de enfermedades o promoción de la salud”. Asimismo, la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA) propuso, en 2006, el reglamento 1924/2006, cuyo artículo número 4 obliga a la Comisión a establecer perfiles nutricionales para evitar la publicidad de alimentos insanos como sanos (EFSA, 2008). Sin embargo, ni con un documento de este tipo se ha conseguido que la Unión Europea lo ponga en marcha. Por su parte, en Reino Unido se ofrecen perfiles muy claros. Las siguientes tablas representan los alimentos sólidos y líquidos.

**Tabla 11: Tabla de perfiles nutricionales para alimentos sólidos**

Texto	Poco	Medio	Alto	
Código color	Verde	Naranja	Rojo	
Grasa	< 3,0g/100g	3,0g - 17,5g/100g	>17,5g/100g	>21g/porción
Saturadas	< 1,5g/100g	1,5g - 5g/100g	>5g/100g	>6g/porción
Azúcares totales	< 5,0g/100g	5g - 22,5g/100g	>22,5g/100g	>27g/porción
Sal	< 0,3g/100g	0,3g - 1,5g/100g	>1,5g/100g	>1,8g/porción

(Fuente: Justicia Alimentaria Global)

**Tabla 12: Tabla de perfiles nutricionales para bebidas**

Texto	Poco	Medio	Alto	
Código color	Verde	Naranja	Rojo	
Grasa	< 1,5g/100ml	1,5g - 8,75g/100ml	>8,75g/100ml	>10,5g/porción
Saturadas	< 0,75g/100ml	0,75 - 2,5g/100ml	>2,5g/100ml	>3g/porción
Azúcares totales	< 2,5g/100ml	2,5g - 11,5g/100ml	>11,25g/100ml	>13,5g/porción
Sal	< 0,3g/100ml	0,3g - 0,75g/100ml	>0,75g/100ml	>0,9g/porción

(Fuente: Justicia Alimentaria Global)

Pero ¿qué opina nuestro Gobierno del etiquetado semáforo?

Para García Tejerina, la ministra de Agricultura, Alimentación y Medioambiente (2016), los perfiles nutricionales no son una buena idea ya que alimentos como el aceite de oliva serían etiquetados con color rojo cuando están demostrados sus beneficios para la salud. La ministra aseguró también: “por este contenido de azúcares puede ser etiquetado como más saludable un refresco, por ejemplo, que un zumo natural”, algo que, como sabemos, no es cierto ya que lo que se tiene en cuenta con el etiquetado son los azúcares añadidos, los cuales, según la Directiva Europea (2013), un zumo de frutas no puede llevar ya que, por el contrario, sería denominado néctar.

La realidad es que los perfiles nutricionales permitirían detectar qué alimentos contienen ingredientes negativos para la salud, por lo que tendría fuertes efectos en la

alimentación procesada, que es la causante de la gran mayoría de los excesos de azúcar, sal y grasas, ya que las empresas utilizan estos ingredientes como forma de marketing para cambiar el sabor, la textura, o el color del producto. En realidad, el 75% del azúcar que consumimos y el 80% de la sal lo adquirimos de alimentos procesados. Asimismo, el 70% de la dieta española se basa en dichos alimentos. (VSF Justicia Alimentaria Global, 2016) Actualmente las recomendaciones de salud pública promueven el alto consumo de frutas y verduras y aconsejan moderación en el consumo de alcohol, carne y alimentos ricos en sal. (Boticario, 2004). Así, es obligatorio el uso de sistemas de información para evaluar la eficiencia y efectividad de las medidas adoptadas, (Ortega y López, 2014) por los organismos responsables.

Según el informe de (VSF Justicia Alimentaria Global, 2016), el Ministerio de Sanidad y la SEEDO (Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad) aportan datos para demostrar que la obesidad provoca un gasto al Estado de 2.500 millones de euros (un 8% del gasto de sanidad pública), la diabetes 17.000 millones de euros, entre los costes directos, los gastos sociales, el absentismo laboral y las jubilaciones anticipadas. En cuanto a las enfermedades cardiovasculares, el coste directo del Estado está cerca de los 6.000 millones de euros, cifra que aumentará hasta los casi 9.000 millones para 2020.

Por último, el cáncer. Según la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), el 90% del gasto sanitario en cáncer se emplea en los últimos 6 meses de vida del paciente, por lo que no es un gasto a tener muy en cuenta en este momento. Aun así, la misma SEOM propone ampliar este desembolso a diferentes fases de la enfermedad. Es más, en un estudio publicado en la revista *Annals of Oncology* y presentado en el Congreso Europeo del Cáncer (2013), se demuestra que un mayor gasto gubernamental en salud conlleva un menor número de muertes por cáncer. (Ades et al., 2013)

En el estudio se tiene en cuenta el gasto en salud per cápita de los países y se puede observar cómo, sobre todo en los países del Este (Rumanía, Polonia...), donde el gasto es inferior a 2.000 dólares, que alrededor del 60% de los pacientes fallece debido a un diagnóstico de cáncer. Sin embargo, en países como Francia o Alemania, donde el desembolso en salud per cápita es superior a 4.000 dólares, el número de pacientes difuntos debido a esta enfermedad es inferior al 40%.

En conclusión, el gasto sanitario en el tratamiento de la obesidad, la diabetes, y las

enfermedades cardiovasculares, asciende a unos 20.000 millones de euros, si solo tenemos en cuenta los costes directos. Por tanto, el Estado gasta una quinta parte del presupuesto de sanidad (20%) en tratar enfermedades que tienen una relación directa con la alimentación seguida.

Antes de buscar de dónde recortar el gasto de la asistencia sanitaria, hay que buscar opciones que mejoren la eficiencia. Todos los sistemas sanitarios, en todas partes, podrían hacer un mejor uso de los recursos, ya sea a través de prácticas de contratación mejores, de un mayor uso de los productos genéricos, de mejores incentivos para los proveedores o de una financiación y procedimientos administrativos simplificados.

(Margaret Chan, exdirectora de la OMS, 2010)

Así, dicha ineficiencia en el reparto del gasto sanitario, que según estimaciones de la OMS provoca que se derroche entre el 20% y el 40%, ha llevado a la Unión Europea a intervenir y promulgar una Carta de Derechos Fundamentales para estandarizar las políticas de salud pública. Y es que los países miembros de la UE destinan menos del 1% de su gasto sanitario a estrategias de promoción de la salud, según datos de la OMS. Tal es así que, según la propia OMS, los Estados Miembros han acordado reducir, para 2025, tanto el consumo de sal en un 30%, como la población con obesidad y diabetes. No solo eso, es tan obvio el daño que nos produce el consumo excesivo de azúcar que la propia OMS (2015) ha recomendado en su informe “Las políticas fiscales para la dieta y la Prevención de Enfermedades no Transmisibles (ENT)” aumentar los impuestos de las bebidas azucaradas en un 20% para reducir el consumo de estas y rebajar así el número de personas con afecciones como la diabetes, la obesidad o incluso las caries.

En el siguiente gráfico podemos observar la evolución del consumo de agua y de refrescos de 2009 a 2012.

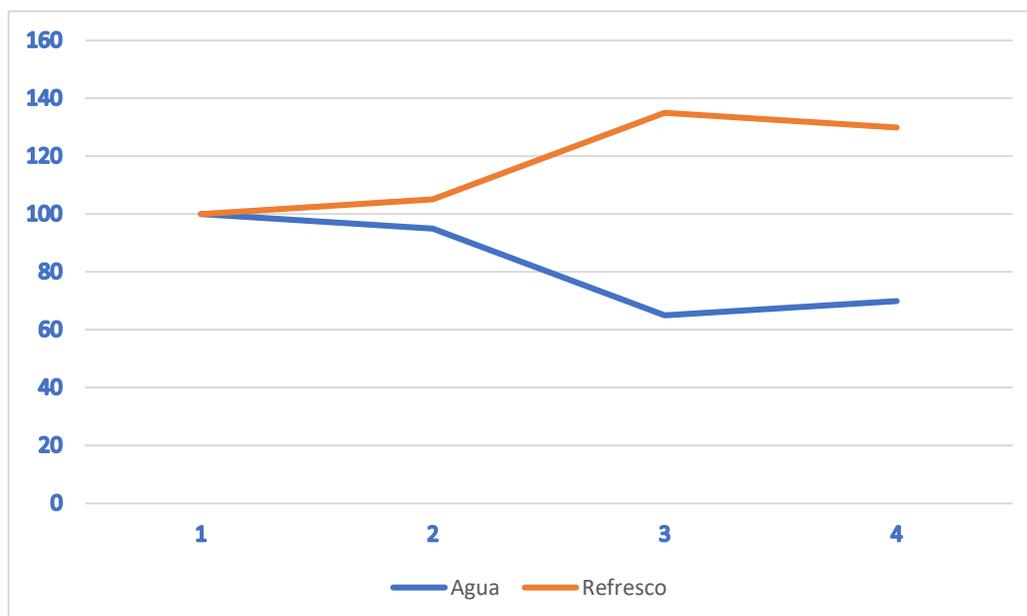


Gráfico 4 (Fuente: Justicia Alimentaria Global)

La única pega que se le encuentra a la promoción a través de las redes sociales es el hecho de no estar seguros de cómo responderá el consumidor, teniendo en cuenta que hay que abarcar una gran variedad de tipos de personas (edad, sexo, estilos de vida, etc) y comportamientos (Maher, Lewis, Ferrar, De Bourdeaudhy & Vandelanotte, 2014). Por tanto, otra medida prácticamente inmediata a adoptar por los organismos públicos consiste en reducir el precio de los alimentos saludables. En Estados Unidos se considera que el consumo de frutas y verduras aumentaría alrededor a media ración diaria por el simple hecho de reducir sus precios en un 1%. Esto tendría un importante impacto en los casos de enfermedades, como por ejemplo las coronarias y los ictus, las cuales se estima que, con esta medida, disminuirían en una cifra cercana a los 7.000 y 3.000 pacientes respectivamente, ahorrando al Estado 1.000 millones de dólares. (Bock, Maragkoudakis, Wollgast, Caldeira, Czimbalmos, Rzychon, Atzel, Ulberth, 2014) Asimismo, se estima que la excesiva obesidad existente en los EE. UU tiene una relación muy directa con los precios bajos de alimentos insanos, en mayor medida, en los habitantes con menor nivel de ingresos. Aun así, la ingesta de comida poco saludable no se debe solo a los precios, hay mucho crédito que dar a la publicidad. De hecho, en lo referido a ésta, los niños están más expuestos de lo deseado debido a que la normativa publicitaria, en España, no cubre la calidad nutricional de los productos como, por el contrario, sí pasa en Reino Unido con canales como Cartoon Network, en

el cual se tiene prohibida la publicidad de alimentos y bebidas insanos. (VSF Justicia Alimentaria Global, 2016)

La legislación acerca de la publicidad engañosa (Ley 34/1988) dicta:

“Es engañosa la publicidad que, de cualquier manera, incluida su presentación, induce o pueda inducir a error a sus destinatarios, pudiendo afectar a su comportamiento económico, o perjudicar o ser capaz de perjudicar a un competidor. Es asimismo engañosa la publicidad que silencie datos fundamentales de los bienes, actividades o servicios cuando dicha omisión induzca a error de los destinatarios.”

Con esto se concluye que un alimento no debe publicitarse como saludable si no está constituido por valores nutricionales adecuados ya que, de lo contrario, se podría promocionar como tal (y esto, de hecho, existe) un producto repleto de ingredientes dañinos para la salud del consumidor, pero que contiene uno saludable. Algunos ejemplos de esto y de cómo los perfiles nutricionales abarcarían el problema los encontramos en:

El Cola Cao “aporta el 30% de los nutrientes esenciales y el 520% de la cantidad máxima recomendada de azúcares”. La margarina Flora Pro Activ “ayuda a reducir tu colesterol y a incrementar los riesgos cardiovasculares por tener el doble de la cantidad recomendada de grasa saturada” (VSF Justicia Alimentaria Global, 2016)

Teniendo en cuenta como de negativa califican los resultados anteriores (tablas) la publicidad televisiva a la hora de valorar el nivel de alimentación saludable parece un problema bastante serio y más conociendo el gasto del sector alimentario en publicidad, que es millones de euros superior al de nuestro Gobierno en sus políticas de prevención. Solamente en 2004, Pepsi utilizó 1.700 millones de euros para promocionar sus productos, una cifra muy superior a los 1,2 millones que destinó el Estado para su campaña de prevención de la obesidad infantil “Prevenir la obesidad infantil tiene premio: estar sano.” Es más, el sector alimentario invierte unos 5.500 millones de euros, lo cual es equivalente al 20% del total del gasto en marketing. (Díaz Méndez, Gómez Benito, 2008)

Así, una educación efectiva en cuanto a la mejora de la alimentación podría llegar a

salvar grandes cantidades de dinero. (Arletta, Beloian & Fusillo, 1977) Simplemente el hecho de reducir las grasas trans supone 58.700 millones de gasto para los países integrantes de la UE cada año, es decir, un 0,5% del PIB y la asistencia sanitaria a las consecuencias de dichas grasas tiene un coste de 36.400 millones al año. (VSF Justicia Alimentaria Global, 2016) Por tanto, un nuevo rumbo es requerido, pero los resultados no serán instantáneos, las campañas de comunicación e información requieren una reformulación de los alimentos y la colaboración de otras instituciones. (Ortega & López, 2014) No se trata únicamente de proveer información al consumidor ya que, como se ha dicho anteriormente, más información no significa siempre estar más informados. (Verbeke, 2008)

Como conclusión, cabe recordar por última vez las fuentes de las que obtiene, en media, la información sobre alimentación el consumidor, lo cual provoca, como afirma Moncada y Navarro (2011), que el 70% de los españoles necesite un cambio en su dieta, debido a que no siguen una de calidad. Por lo tanto, es evidente que los organismos responsables han de tomar medidas al respecto para evitar problemas en la población relacionados con la salud y, al fin y al cabo, con la alimentación. Dentro de las medidas posibles está el dedicar los esfuerzos a la educación de los más jóvenes, pero este estudio no abarca lo que entienden los jóvenes por “alimentación saludable”, por lo que sería una línea de investigación futura averiguar su conocimiento y relacionarlo con su comportamiento según la intención que tengan de mantener una alimentación saludable.

Como se ha dicho anteriormente, se da mucha importancia al hecho de concienciar a los jóvenes desde que son pequeños porque así se crean hábitos de alimentación saludable, por lo que otra línea de investigación futura posible y muy interesante consistiría en valorar el grado de conocimiento de los padres y su actitud a la hora de mantener una alimentación saludable y relacionarlo con el nivel de alimentación de los niños para, así, averiguar cómo se podría mejorar la dieta de los más jóvenes.

## VIII. REFERENCIAS

Acuña, M, Gigante, S, Menoni, C y Gómez, A. (2016). Calcio de lácteos versus calcio de otros alimentos naturales y adicionados", UdelaR. Escuela de Nutrición.

Ades, F., Senterre, C., De Azambuja, E., Sullivan, R., Popescu, R., Parent, F., Piccart, M; Discrepancies in cancer incidence and mortality and its relationship to health expenditure in the 27 European Union member states, *Annals of Oncology*, Volume 24, Issue 11, 1 November 2013, Pages 2897–2902,

AECOSAN (2006). Reglamento nº 1924/2006 de 20 de Diciembre.

Ajzen (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision proceses*, 50, 179-211

Arango Gutiérrez, G. P., Vergara Ruiz, R. A., & Mejía Vélez, H. (2004). Análisis composicional microbiológico y digestibilidad de la proteína de la harina de larvas de *hermetia illuscens* L (Diptera:Stratiomyiidae) en Angelópolis-Antioquia, Colombia. *Revista Facultad Nacional De Agronomía, Medellín*, 57(2), 2491-2500.

Asgar, M. A., Fazilah, A., Huda, N., Bhat, R., & Karim, A. A. (2010). Nonmeat protein alternatives as meat extenders and meat analogs. *Comprehensive Reviews in Food Science and Food Safety*, 9(5), 513-529. 10.1111/j.1541-4337.2010.00124.x

Ayda Sabaghzadeh Tousi, Zelha Altinkaya, 1 F E A S, I A U, I, T Correspondence: Ayda Sabaghzadeh Tousi, Faculty of Economics, Turkey. Impact of TV advertising on children's food choices10.5539/ijms.v9n6p24

Arletta, MA, Beloian, M & Fusillo, M (1977). BS.Consumer nutrition knowledge and self reported food shopping behavior.

Álvarez, Luis., Cascante, Katty., Castro-Quezada, Itandehui., Díaz Méndez, Cecilia., García Espejo, Isabel., Gómez-Benito, Cristóbal., Gracia, Mabel., Gutiérrez, Rodolfo., Herrera, Paloma., Lozano, Carmen., Luque, Emilio., Moreno, Marta., Novo, Amparo., Ramírez de Molina, Ana., Reglero, Guillermo., Ruano-Rodríguez, Cristina & Lluís Serra-

Majem. (2013). Comida y alimentación: hábitos, derechos y salud: Panorama social 9

Bandura, A. (1997). Self-efficacy and health behaviour. In A. Baum, S. Newman, J. Wienman, R. West, & C. McManus (Eds.), *Cambridge handbook of psychology, health and medicine* (pp. 160-162). Cambridge: Cambridge University Press.

Basulto, J., Baladia, E., Manera, María (2012). Dietas hiperproteicas o proteinadas para adelgazar: innecesarias y arriesgadas. Dieta Dukan y método PronoKal® como ejemplo. Grupo de Revisión, Estudio y Posicionamiento de la Asociación Española de Dietistas-Nutricionistas. Barcelona. España. FMC. 2012;19(7)411-8. Trabajo íntegro publicado.

Birch, LL., Cutting, TM., Fisher, JO., Grimm-Thomas, K. Like mother, Like daughter: Familiar patterns of overweight are mediated by mothers' dietary disinhibition. *American Journal of Clinical Nutrition*. 1999; 69: 608-613

Bock, Anne-Katrin & Maragkoudakis, Petros & Wollgast, J & Caldeira, Sandra & Czimbalmas, A & Rzychon, Malgorzata & Atzél, Béla & Ulberth, Franz. (2015). Tomorrow's healthy society - research priorities for foods and diets: Petros Maragkoudakis. *European Journal of Public Health*. 25. 10.1093/eurpub/ckv175.254.

Bolaños, P. (2009). Evolución de los hábitos alimentarios. de la salud a la enfermedad por medio de la alimentación

Boticario, C. (2004). Una alimentación sana puede prevenir el cáncer? *Revista A distancia* (v.22)

Boticario, C (2012) Departamento de Ciencias Analíticas Facultad de Ciencias. UNED. Nutrición y alimentación: Mitos y realidades

Borgmeier I, Westenhoefer J. Impact of different food label formats on healthiness evaluation and food choice of consumers: a randomized-controlled study. *BMC Public Health*. 2009;9:184.

Bueno, N., De Melo, I., De Oliveira, S., & Da Rocha Ataíde, T. (2013). Very-low-carbohydrate ketogenic diet v. low-fat diet for long-term weight loss: A meta-analysis of randomised controlled trials. *British Journal of Nutrition*, 110(7), 1178-1187.

Buyken, AE., Günter, AL., Kroke, A., Remer, T (2007). Early protein intake and later obesity risk: which protein sources at which time points throughout infancy and childhood are important for body mass index and body fat percentage at 7 y of age? *Am J Clin Nutr.* 2007 Dec;86(6):1765-72.

Buzby, J. C., & Ready, R. C. (1996). Do consumers trust food-safety information? *FoodReview*, 19(1)

Cairns, G., Angus K. y Hastings, G. (2009). The Extent, Nature and Effects of Food Promotion to Children: A Review of the evidence to December 2008. World Health Organization

Cancho Grande, B., M. S. García Falcón & J. Simal Gándara (2000) El uso de los antibióticos en la alimentación animal: perspectiva actual - *Journal of Food*, 3:1, 39-47, DOI: 10.1080/11358120009487647

Cano-Rodríguez, I., Ballesteros-Pomar, M. D., Pérez-Corral, B., & Aguado, R. (2006). Dietas bajas en hidratos de carbono frente a dietas bajas en grasas. *Endocrinología y Nutrición*, 53(3), 209-217. doi:10.1016/S1575-0922(06)71091-9

Cash, M. (2008). Thoughts and oughts. *Philosophical Explorations*, 11(2), 93-119. 10.1080/13869790802015635

Castro González, María Isabel Ácidos grasos omega 3: beneficios y fuentes *Interciencia*, vol., 2. 7., núm., 3., marzo, 2002, . . . Venezuela. *Interciencia* ISSN: 0378-1844 [interciencia@ivic.ve](mailto:interciencia@ivic.ve) asociación interciencia Venezuela

Cho, S., Dietrich, M., Brown, C. J. P., Clark, C. A., & Block, G. (2003). The effect of breakfast type on total daily energy intake and body mass index: Results from the third national health and nutrition examination survey (NHANES III). *Journal of the American College of Nutrition*, 22(4), 296-302. 10.1080/07315724.2003.10719307

Colditz, G., Feskanich, D, Willet, W & Stampfer, M. (1997). Introduction. Milk, Dietary Calcium, and Bone Fractures in Women: A 12-Year Prospective Study. *American journal Public Health* 1997. Vol 87. N°6

Constine, J (2013). Facebooks Q2: monthly users up 21% YOY to 1.15B, dailies up 27% to 699 M, mobile monthlies up 51% to 819M

Cullen, K. W., Baranowski, T., Rittenberry, L., Cosart, C., Hebert, D., & de Moor, C. (2001). Child-reported family and peer influences on fruit, juice and vegetable consumption: Reliability and validity of measures. *Health Education Research*, 16(2), 187-200.

Da Silva, R., Bach-Faig, A., Raidó, B., Buckland, G, Vaz de Almeida, M.D. y Serra-Majem, Ll. (2009). Worldwide variation of adherence to the Mediterranean Diet, in 1961-1965 and 2000-2003. *Public Health Nutrition*: 12(9a), 1676-1684.

Deborah R Wahl, Karoline Villinger, Laura M König, Katrin Zieseemer, Harald T Schupp, & Britta Renner. (2017). Healthy food choices are happy food choices: Evidence from a real life sample using smartphone based assessments. *Scientific Reports (Nature Publisher Group)*, 7, 1-8. 10.1038/s41598-017-17262-9

De Lucas García, Nieves & Carvajal Encina, Francisco. (2013). ¿La presión arterial diastólica puede ser predictora de ingreso en niños con asma?. 1885-7388. 9.

British Medical Journal (2015). De Souza, R. J., Mente, A., Maroleanu, A., Cozma, A. I., Ha, V., Kishibe, T., . . . Anand, S. S. (2015). Intake of saturated and trans unsaturated fatty acids and risk of all cause mortality, cardiovascular disease, and type 2 diabetes: Systematic review and meta-analysis of observational studies. *BMJ : British Medical Journal*, 351, h3978. 10.1136/bmj.h3978

Devine, C. M., Nelson, J. A., Chin, N., Dozier, A., & Fernandez, I. D. (2007). "Pizza is cheaper than salad": Assessing workers' views for an environmental food intervention. *Obesity*, 15(1S), 68S. 10.1038/oby.2007.388 Retrieved from

Díaz-Méndez, Cecilia & Benito, Cristobal. (2008). Alimentación, consumo y salud.

Drichoutis, A., Lazaridis, P. & Nayga, R.. 2006. Consumers' use of nutritional labels: a review of research studies and issues. *Academy of marketing science review*, 9, 1-22.

EFSA. The setting of nutrient profiles for foods bearing nutrition and health claims

pursuant to article 4 of the regulation (EC) no 1924/2006 - scientific opinion of the panel on dietetic products, nutrition and allergies. (2008). EFSA Journal, 6(2), 644. 10.2903/j.efsa.2008.644

FEC. Elisa Calle, (2015). El peligro de las grasas trans. M Universidad Complutense (Madrid).

Feick, L. E, Henmann, R. O., & Warland, R. H. (1986). Search for nutrition information: a probit analysis of the use of different information sources. Journal of Consumer Affairs, 20, 173-192.

Fernández Fernández, E., Martínez Hernández, J. A., Moreno Villares, J. M., Martínez Suárez, V., Hernández Cabria, M., Collado Yurrita, L. R., & Morán Rey, F. J. (2015). Documento de consenso: importancia nutricional y metabólica de la leche. Nutrición Hospitalaria, 31(31), 92-101. doi:10.3305/nh.2015.31.1.8253

Field, A. E., Javaras, K. M., Aneja, P., Kitos, N., Camargo, C. A., Taylor, C. B., & Laird, N. M. (2008). Family, peer, and media predictors of becoming eating disordered. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 162(6), 574–579.

Fitzgerald, N & Spaccarotella, K. Barriers to a healthy lifestyle: from individuals to public policy – An ecological perspective. JOE 2009; 47 (1)

Frewer, L.J., Howard, C., Hedderley, D. & Sheperd, R. 1996. What determines trust in information about food-related risks? Underlying FSA psychological constructs. Risk analysis, 16(4):473-486.

Forman, F & Silverstein, J (2012). Organic foods: Health and environmental advantages and disadvantages. Pediatrics, 130(5), e1415. 10.1542/peds.2012-2579

García de Lorenzo y Mateos, Abelardo; Rodríguez Montes, José Antonio Metabolismo en el ayuno y la agresión. Su papel en el desarrollo de la desnutrición relacionada con la enfermedad Nutrición Hospitalaria, vol., 6., núm., 1., 2013, . . . España. Nutrición hospitalaria ISSN: 0212-1611

Gil, L (2015). Impacto de las redes sociales en el sector de la salud.

Gombert, K., Douglas, F., Carlisle, S., & McArdle, K. (2017). A capabilities approach to food choices. *Food Ethics*, 1(2), 143-155. 10.1007/s41055-017-0013-5

González Rodríguez MP, De la Rosa Morales V. Los adolescentes que consumen comida rápida y no desayunan tienen más riesgo de ser obesos en la vida adulta. *Evid Pediatr.* 2007; 3: 46.

Gutiérrez Sánchez, A. (2015). La comunicación en alimentación, una responsabilidad social. *Revista Española de Comunicación en salud*, 11-14

Grunert, KG, Wills, JM, Fernández-Celemín, L (2010). Nutrition knowledge and use and understanding of nutrition information on food labels among consumers in the UK.

Hamilton, A (1960). *Squeezed: What You Don't Know About Orange Juice*. Yale University Press, 2009. JSTOR,

Harris et al. Priming effects of television food advertising on eating behaviour (2009)

Hughes, G., Bennett, K. M., & Hetherington, M. M. (2004). Old and alone: Barriers to healthy eating in older men living on their own. *Appetite*, 43(3), 269-276.

International Food Information Council Foundation. (2007). IFIC foundation food and health survey: Consumer attitudes toward food, nutrition & health. Retrieved February 5, 2009

Jáuregui-Lobera, I.; Bolaños Ríos, P. (2011) What motivates the consumer's food choice? *Nutrición Hospitalaria*, vol., 2. 6., núm., 6., noviembre-diciembre, . . . España. *Nutrición hospitalaria* ISSN: 0212-1611 info@nutriciónhospitalaria.com grupo aula médica España

Kafatos, A; Savvas, C (2014). *Current Pediatric Reviews*, Volume 10, Number 3, August 2014, pp. 177-183(7).

Kaur, A., Scarborough, P., Hieke, S., Kusar, A., Pravst, I., Raats, M., & Rayner, M. (2016). The nutritional quality of foods carrying health-related claims in germany, the netherlands, spain, slovenia and the united kingdom. *European Journal of Clinical Nutrition*, 70(12), 1462. 10.1038/ejcn.2016.196

- Kaya, I. H. (2016). Motivation factors of consumers' food choice. *Food and Nutrition Sciences*, 7(3), 149-154. 10.4236/fns.2016.73016
- Kelly, B., Halford, J. C., Boyland, E. J., Chapman, K., Bautista-Castaño, I., Berg, C., ... Grammatikaki, E. (2010). Television food advertising to children: a global perspective. *American Journal of Public Health*, 100(9), 1730-1736.
- Lahoz, C., Alonso, R., Porres, A., Mata, P (1999). Las dietas enriquecidas en ácidos grasos monoinsaturados y ácidos grasos polinsaturados omega 3 disminuyen la presión arterial sin modificar la concentración de insulina plasmática en sujetos sanos. *Med Clin. Barcelona*; 122; 133-137.
- Lee, Y., Kim, J., Oh, Y., & Lee, M. (2008). Mothers' perceptions of children's food behaviors: Use of focus group interview study. *Nutrition Research and Practice*, 2(4), 259-268. 10.4162/nrp.2008.2.4.259 Retrieved from <http://synapse.koreamed.org/search.php?where=aview&id=10.4162/nrp.2008.2.4.259&code=0161NRP&vmode=FULL>
- Lenhart, A. (2015). *Teens, social media & technology overview 2015*
- Lesser, Lenard I., MD, MSHS, Mazza, Mary Carol, PhD, AM, & Lucan, Sean C., MD, MPH, MS. (2015). Nutrition myths and healthy dietary advice in clinical practice. *American Family Physician*, 91(9), 634-638.
- Ley, 3., de 11 de noviembre, & General de Publicidad. Legislación consolidada.
- Liñan Duran, Carlos; Meneses López, Abraham; Delgado Cotrina, Leyla (2007). Evaluación in vitro del efecto erosivo de tres bebidas carbonatadas sobre la superficie del esmalte dental *Revista Estomatológica Herediana*, vol., 1. 7., núm., 2., . . . Perú
- López-Sobaler, Ana María, & Ortega, Rosa María. (2014). Questioning the effectiveness of food taxes as part of the fight against obesity. *Gaceta Sanitaria*, 28(1), 69-71
- Maher, C., Lewis, L., Ferrar, K., De Bourdeaudhy, I., & Vandelanotte, C (2014). Are health behavior change interventions that use online social network effective? A systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 16(2) (e40)

AESAN: Martínez López, A., Martín de Santos, María del Rosario, Alonso Andicoberry, C., Herrera Marteache, A., Lorente Toledano, F., & Ortega Hernández-Agero, T. (2011). Informe del Comité Científico de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN) sobre el botulismo infantil. *Revista del Comité Científico de la AESAN*, (14), 9-26

Márquez-Sandoval F, Bulló M, Vizmanos B, Casas-Agustench P, Salas-Salvadó J. Un patrón de alimentación saludable: la dieta mediterránea tradicional. *Antropo* 2008;16:11-22

Mckee, S., O'Malley, S., White, M (2007). Smoke and mirros: magnified beliefs that cigarette smoking surppresses weight. *Addictive Behaviors*, 32 (10): 2200 – 2210

Monsivais, P., & Drewnowski, A. (2007). The rising cost of low-energy-density foods. *Journal of the American Dietetic Association*, 107(12), 2071-2076.

Mujcic, R., Oswald, J (2016). Evolution of Well-Being and Happiness After Increases in Consumption of Fruit and Vegetables. *Am J Public Health*. 106(8): 1504-10

Murrock, C. J., Taylor, E., & Marino, D. (2013). Dietary challenges of managing type 2 diabetes in african-american women. *Women & Health*, 53(2), 173-184. 10.1080/03630242.2012.753979

Navarro, A., Moncada, R. Calidad de la dieta española según el índice de alimentación saludable. *Nutr. Hosp.*[online]. 2011, vol.26, n.2, pp.330-336. ISSN 1699-5198.

Neumark-Sztainer, D., French, S.A., Hannan, P. J., Story, M., & Fulkerson, J. A. (2005). School lunch snacking patterns among high school students: Associations with school food environment and policies. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 2(1), 14.

Newman, M., Lauterbach, D., Munson, S., Resnick, P & Morris, M. 2011. It's not that i don't have problems, i'm just not putting them on facebook: challenges and opportunities in using online social networks for health. In *Proceedings of the ACM 2011 conference on Computer supported cooperative work (CSCW '11)*. ACM, New York, NY, USA, 341-350. DOI: <https://doi.org/10.1145/1958824.1958876>

Odeón, M.M & Romera, S.A (2017). Estrés en ganado: Causas y consecuencias. Instituto de Virología, CICVYA-INTA, Hurlingham, Provincia de Buenos Aires, Argentina. 2Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas-CONICET. 3Facultad de Ciencias Exactas, Químicas y Naturales, Univ. de Morón.

Olson, E. L. (2017). The rationalization and persistence of organic food beliefs in the face of contrary evidence. *Journal of Cleaner Production*, 140, 1007-1013. 10.1016/j.jclepro.2016.06.005

Øverby, N., Lillegaard, I., Johansson, L., & Andersen, L. (2004). High intake of added sugar among Norwegian children and adolescents. *Public Health Nutrition*, 7(2), 285-293.

Padel, S., & Foster, C. (2005). Exploring the gap between attitudes and behaviour. *British Food Journal*, 107(8), 606-625. 10.1108/00070700510611002

Parry, J. (2009). Margaret chan: A to Z. *Bmj*, 339(jul30 3), b3106. 10.1136/bmj.b3106

Peñafiel-Saiz, C; Ronco-López, M; Echegaray-Eizaguirre, L (2017): “Jóvenes, salud e Internet. Percepción, actitud y motivaciones de los jóvenes ante la información de salud”. *Revista Latina de Comunicación Social*, 72, pp. 1.317 a 1.340.

Pérez Condés, M., & Castillo, C (2016). *Influencer engagement, una estrategia de comunicación que conecta con la generación millennial*. Universidad de Alicante

Pérez Lancho, M. C. (2007). Alimentación y Educación Nutricional en la Adolescencia. *Trastornos de la conducta alimentaria*, (6), 600-634.

Pérez Martínez, P., López-Miranda, J., Delgado-Lista, J., López-Segura, F., & Pérez Jiménez, F. (2006). Aceite de oliva y prevención cardiovascular: más que una grasa. *Clinica e Investigacion en Arteriosclerosis*, 18(5), 195-205. doi:10.1016/S0214-9168(06)73688-9

Petrovici, D. A., & Ritson, C. (2006). Factors influencing consumer dietary health preventative behaviours. *BMC Public Health*, 6, 222.

Pimentel, D., James Houser, et al., "Water Resources: Agriculture, the Environment, and Society," *Bioscience*, vol. 47, no. 2 (February 1997), p. 100.

Pojman, L (2000). *The moral life*. Oxford University Press. Ethics, literature, & theory; an introductory reader, 2d ed (2005). . Portland: Ringgold, Inc

Pribis, P., Pencak, R. C., & Grajales, T. (2010). Beliefs and attitudes toward vegetarian lifestyle across generations. *Nutrients*, 2(5), 523-531. 10.3390/nu2050523

Rozendaal, E., Buijzen, M., Valkenburg, P. (2011). Childrens understanding of advertisers persuasive tactics. *International Journal of Advertising*, 30(2), pp. 329-350

Sánchez-Valverde Visus, F.|Moráis López, A.|Ibáñez, J.|Dalmau Serra, J. (2013). Recomendaciones nutricionales para el niño deportista. *Anales de Pediatría*, 81(2), 125.e6. doi:10.1016/j.anpedi.2013.08.007

SEOM (2003), paliativos de las Unidades de Oncología Médica y trabajar, & coordinadamente con Atención Primaria.El 90 % del gasto sanitario en cáncer se destina a la atención de los últimos seis meses de vida

Seufert, V., Ramankutty, N., Foley, J. A., 2012. Comparing the yields of organic and conventional agriculture. *Nature*. 485, 10 May, 229-233.

Shaw, E (1999) "A guide to the qualitative research process: evidence from a small firm study", *Qualitative Market Research: An International Journal*, Vol. 2 Issue: 2, pp.59-70

Shepherd, J., Harden, A., Rees, R., Brunton, G., Garcia, J., Oliver, S., & Oakley, A. (2006). Young people and healthy eating: A systematic review of research on barriers and facilitators.

Shinya, H (2005). *La enzima prodigiosa*. Debolsillo. Clave.

Solomon McCown (2015). Recuperado el 20 de marzo de 2017, de <http://www.solomonmccown.com>

Syed-Abdul, S., Fernandez-Luque, L., Jian, W.-S., Li, Y.-C., Crain, S., Hsu, M.-H., ... Liou, DM. (2013). Misleading health-related information promoted through video-based

social media: Anorexia on YouTube. *Journal of Medical Internet Research*, 15(2), e30. <https://doi.org/10.2196/jmir.2237>

Trombetta, F (2017). ¿Es la leche mala para la salud?

Valenzuela, A (2002). *La obesidad y sus comorbilidades*. Santiago de Chile: Edición Mediterráneo

Verbeke, W. (2008). Impact of communication on consumers' food choices. *Proceedings of the Nutrition Society*, 67(3), 281-288. 10.1017/S0029665108007179 Retrieved from [http://journals.cambridge.org/abstract\\_S0029665108007179](http://journals.cambridge.org/abstract_S0029665108007179)

Villarejo, A (2016). *Influencers, por qué son importantes en tu estrategia de social media*.

Vinyes, F. (2005). ¿Carne? ¡No, gracias!. Barcelona, España. Oceano Ambar

Vos, T., Barber, R. M., Bell, M. L., Bell, B., Bertozzi-Villa, A., Biryukov, S., . . . . . (2015). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: A systematic analysis for the global burden of disease study 2013. *The Lancet*, 386(9995), 743-800. 10.1016/S0140-6736(15)60692-4

VSF Justicia Alimentaria Global. (2016). *Viaje al centro de la alimentación que nos enferma*. Barcelona: VSF Justicia Alimentaria Global.

Wansink, B. & Sobal, J. Mindless eating: The 200 daily food decisions we overlook. *Environment and Behavior* 39, 106–123 (2007).

Wardle, J., Parmenter, K., & Waller, J. (2000). Nutrition knowledge and food intake. *Appetite*, 34(3), 269-275.

Wiecha, J., Peterson, K., Ludwig, D., Kim, J., Sobol, A., & Gortmaker, S. (2006). When children eat what they watch: Impact of television viewing on dietary intake in youth. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 160, 436-442.

World Health Organization. *Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation on Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases*. WHO Technical Report Series 916.

Ginebra: WHO Library Cataloguing?in?Publication Data; 2003.

Yiridoe, E. K., Bonti-Ankomah, S., & Martin, R. C. (2005). Comparison of consumer perceptions and preference toward organic versus conventionally produced foods: A review and update of the literature. *Renewable Agriculture and Food Systems*, 20(4), 193-205. 10.1079/RAF2005113

# IX. ANEXO

## Cuestionario

### Estilo de vida en jóvenes

#### Página 1

Quería agradecerte, de antemano, tu colaboración realizando esta encuesta.

Antes de empezar, ten en cuenta lo siguiente...

1. Tu edad ha de estar comprendida entre los 18 y los 30 años.
2. No hay respuestas más correctas que otras, simplemente marca con sinceridad.
3. Hay preguntas que se parecen, pero NO son iguales. Por favor, tómate tu tiempo para responderlas.
4. Por último, recuerda que el cuestionario es anónimo.

¡Adelante!

#### Vamos a hablar del tipo de alimentación que sigues habitualmente:

**¿Qué grasa utilizas generalmente para comer? \***

- Mantequilla
- Margarina
- Aceite de oliva
- Aceite de girasol
- Aceite de coco
- Otros

**¿Cuántas bebidas carbonatadas y/o azucaradas consumes al día? \***

Incluye tónicas, colas, zumos azucarados, refrescos y similares.

- Una o menos
- Dos
- Tres
- Cuatro o más

**¿Cuántas piezas de fruta consumes al día? \***

- Ninguna
- Una
- Dos
- Tres o más

**¿Cuántas raciones de legumbres consumes por semana? \***

Incluye guisantes, habas, lentejas, garbanzos, soja, entre otros.

- Ninguna
- Una
- Dos
- Tres o más

**¿Cuántas raciones de pescado/marisco consumes por semana? \***

- Ninguna
- Una
- Dos
- Tres o más

**¿Cuántas veces por semana consumes frutos secos? \***

- Ninguna
- Una
- Dos
- Tres o más

**Ahora, por favor, responde a estas preguntas que se te formulan en primera persona:**

**Para mí, mantener una alimentación saludable es: \***

	-3	-2	-1	0	1	2	3	
No importante	<input type="radio"/>	Importante						
Malo	<input type="radio"/>	Bueno						
Desagradable	<input type="radio"/>	Agradable						

**La mayoría de la gente que es importante para mí piensa que debería mantener una alimentación saludable: \***

	1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente en desacuerdo	<input type="radio"/>	Totalmente de acuerdo						

**La gente que es como yo cree que debería mantener una alimentación saludable: \***

	1	2	3	4	5	6	7	
Definitivamente sí	<input type="radio"/>	Definitivamente no						

**La gente que es importante para mí quiere que mantenga una alimentación saludable: \***

	1	2	3	4	5	6	7	
Poco probable	<input type="radio"/>	Muy probable						

**Estoy convencido de que puedo mantener una alimentación saludable: \***

	1	2	3	4	5	6	7	
Falso	<input type="radio"/>	Verdadero						

**Para mí, mantener una alimentación saludable en un futuro cercano será: \***

	1	2	3	4	5	6	7	
Difícil	<input type="radio"/>	Fácil						

**Creo que tengo la capacidad de mantener una alimentación saludable en un futuro cercano: \***

	1	2	3	4	5	6	7	
Definitivamente sí la tengo	<input type="radio"/>	Definitivamente no la tengo						

¿Hasta qué punto te sientes capaz de mantener una alimentación saludable en un futuro cercano? \*

	1	2	3	4	5	6	7	
Nada capaz	<input type="radio"/>	Muy capaz						

¿Qué confianza tienes en poder mantener una alimentación saludable en un futuro cercano? \*

	1	2	3	4	5	6	7	
Poca	<input type="radio"/>	Mucha						

**Página 4**

¿En qué medida estás de acuerdo con las siguientes afirmaciones? \*

	Nada de acuerdo	En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
Reducir los hidratos de carbono ayuda a bajar de peso.	<input type="radio"/>					
Las grasas son perjudiciales para la salud.	<input type="radio"/>					
Saltarse el desayuno o la cena ayuda a bajar de peso.	<input type="radio"/>					
El zumo de naranja es muy saludable.	<input type="radio"/>					
Ser vegetariano ayuda a perder peso.	<input type="radio"/>					
La carne es necesaria como fuente de proteína.	<input type="radio"/>					
La leche es una fuente imprescindible de calcio.	<input type="radio"/>					
Seguir una alimentación con alimentos orgánicos ayuda a reducir de peso.	<input type="radio"/>					

## Página 5

¿En qué medida recibes información sobre alimentación de las siguientes fuentes? \*

Por favor, valora todas las fuentes.

	Nada	Muy poca	Poca	Bastante	Mucha	Toda
Familia	<input type="radio"/>					
Amigos	<input type="radio"/>					
Redes Sociales	<input type="radio"/>					
Blogs	<input type="radio"/>					
Televisión, radio...	<input type="radio"/>					
Revistas	<input type="radio"/>					

¿Qué credibilidad te aportan dichas fuentes? \*

Por favor, valora todas las fuentes.

	No lo uso	Nada	Poca	Bastante	Mucha	Solo recibo información de esta fuente
Familia	<input type="radio"/>					
Amigos	<input type="radio"/>					
Redes Sociales	<input type="radio"/>					
Blogs e influencers	<input type="radio"/>					
Televisión, radio...	<input type="radio"/>					
Revistas	<input type="radio"/>					

## Página 6

Por favor, indica tu sexo. \*

Hombre

Mujer

**Por favor, indica tu edad \***

En formato numérico

**Por favor, indica tu peso aproximado (en kg) \***

En formato numérico sin decimales

**Por favor, indica tu estatura (en cm) \***

En formato numérico

**Indica tu nivel de estudios terminados o, en su caso, que estés cursando. \***

- Sin estudios
- Primaria
- Secundaria
- Bachillerato
- Universitario
- Post-grado

**Indica el nivel de estudios terminados por el cabeza de familia. \***

- Sin estudios
- Primaria
- Secundaria
- Bachillerato
- Universitario
- Post-grado

**Indica el número de días semanales que dedicas a hacer deporte. \***

- No dedico un tiempo específico al deporte
- Entre 1 y 2 días semanales
- Entre 3 y 5 días semanales
- 6 o 7 días semanales

## **Página 7**

Muchas gracias por rellenar el formulario.

Te invitaría a una cerveza, pero recuerda que el alcohol no es lo mejor para mantener una vida saludable.

¡Muchas gracias por tu colaboración y cuida la alimentación!

» **Redirection to final page of Online Encuesta** ([cambiar](#))