

Universidad CEU - San Pablo
Facultad de Farmacia
Departamento de Ciencias Farmacéuticas y de la Salud



CEU
*Universidad
San Pablo*

**PROYECTO DE EDUCACIÓN NUTRICIONAL EN
POBLACIÓN VULNERABLE DE LEGANÉS (MADRID,
ESPAÑA)**

**PROYECT ABOUT NUTRITIONAL EDUCATION IN
VULNERABLE POPULATION OF LEGANÉS (MADRID,
SPAIN)**

Trabajo Fin de Grado
Grado en Nutrición Humana y Dietética
Curso 2021-2022

Alumna: Esther Jhên Segorbe Matía
Directoras: Dra. Ángela García González y Dra. Violeta Fajardo Martín

ÍNDICE

| | <u>Págs.</u> |
|--|--------------|
| Resumen/ <i>Abstract</i> | 1 |
| 1. Introducción..... | 2 |
| 1.1. Educación nutricional: definición y significación..... | 3 |
| 1.2. La situación actual de los refugiados en España..... | 4 |
| 2. Objetivos..... | 5 |
| 3. Sujetos y metodología..... | 6 |
| 3.1. Sujetos..... | 6 |
| 3.2. Metodología..... | 6 |
| 4. Resultados..... | 8 |
| 4.1. Taller para niños/adolescentes..... | 8 |
| 4.2. Taller para madres en periodo de lactancia y/o con niños menores de 3 años..... | 9 |
| 4.3 Taller para adultos | 10 |
| 5. Discusión | 12 |
| 6. Conclusiones | 15 |
| 7. Bibliografía | 16 |
| 8. Anexos | 18 |
| Anexo 1. Taller de educación infantil (desde 3 a 9 años)..... | 18 |
| Anexo 2. Taller para madres de bebés (lactantes) y/o niños menores de 3 años..... | 20 |
| Anexo 3. Taller para adultos (desde 18 hasta 65 años)..... | 23 |

RESUMEN

Este Trabajo de Fin de Grado ha consistido en el diseño y aplicación de un programa de educación nutricional en población vulnerable, concretamente refugiados de diferentes países acogidos en España por la Comisión de Ayuda al Refugiado (CEAR), residentes en Leganés (Madrid). El objetivo principal de los talleres desarrollados ha sido acercar a la población de refugiados seleccionada la alimentación española y con ella, su cultura y forma de vida, para facilitar su integración en nuestro país, tomando como modelo de dieta saludable la Dieta Mediterránea, proporcionándoles habilidades y conocimientos para una alimentación adecuada.

Para su correcto desarrollo se han analizado los hábitos alimentarios en los múltiples países de origen de la población seleccionada, así como las condiciones de vida actuales. De igual manera, se han considerado las patologías que presentan mayor prevalencia y que pueden prevenirse/modularse con un cambio de hábitos/estilo de vida.

Los talleres nutricionales se han llevado a cabo con un lenguaje y descripciones sencillas, explicando la nutrición en cada etapa de la vida (lactantes, niños y adultos) y siempre teniendo en cuenta sus creencias y religión. En su gran mayoría, las actividades han tenido buena acogida y se han podido cumplir los objetivos y el desarrollo de los talleres contando con la participación de los asistentes.

En el futuro, podría contemplarse la evaluación de los asistentes para conocer su adhesión a las pautas explicadas a largo plazo, e incluso, continuar con actividades similares para observar la evolución de los que comenzaron.

ABSTRACT

This Final Degree Project consisted of the design and application of a nutritional education programme for vulnerable population, specifically refugees from different countries hosted in Spain by the Refugee Aid Commission (CEAR), living in Leganés (Madrid). The main objective of the developed workshops has been to take interest the selected refugee population to the Spanish food and with it, their culture and way of life, to facilitate their integration in our country, taking the Mediterranean Diet as a healthy model diet, providing them skills and knowledges for healthy eating.

For its correct development, we have analysed the eating habits in the many countries of origin of the targeted population, as well as their current living conditions. Similarly, we have considered the most prevalent pathologies that can be prevented/modulated with a change of habits/lifestyle.

The nutritional workshops have been carried out in simple language, with basic descriptions, explaining nutrition at each stage of life (breastfed babies, children, and adults) and always considering their beliefs and religion. For the most part, the activities have been well received and it has been possible to attain the objectives and the development of the workshops with the participation of the members.

In the future, an evaluation of the attendees could be considered in order to ascertain their adherence to the explained guidelines in the long term, or even, by continuing with similar activities to observe the evolution of those who started.

1. INTRODUCCIÓN

En la actualidad, las enfermedades crónicas no transmisibles tales como enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2, diversos tipos de cáncer y enfermedades respiratorias crónicas (ej. asma), son una de las principales causas de mortalidad en el mundo. Los factores desencadenantes de estas enfermedades, en la mayoría de los países desarrollados, son principalmente los malos hábitos alimentarios junto al sedentarismo, los que provocan grandes tasas de sobrepeso u obesidad en la población [1].

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la obesidad y el sobrepeso han alcanzado caracteres de epidemia a nivel mundial, por lo que la preocupación por la prevalencia de estas enfermedades sigue en aumento con los años y no parece haber un cambio de patrón, a pesar de las políticas nutricionales planteadas por muchos países desarrollados [2].

En población infantil, esta circunstancia se acentúa aún más, ya que si no se toman medidas en esta primera etapa de la vida hay una gran probabilidad de que el niño obeso o con sobrepeso se convierta en un adulto obeso o con sobrepeso. Concretamente, en España, la obesidad infantil es un problema grave, como muestran los datos del Estudio Aladino (Figura 1), que se viene realizando a través de la Estrategia NAOS (Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad) de la AESAN (Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición) desde el año 2011 en escolares de 6 a 9 años [2].

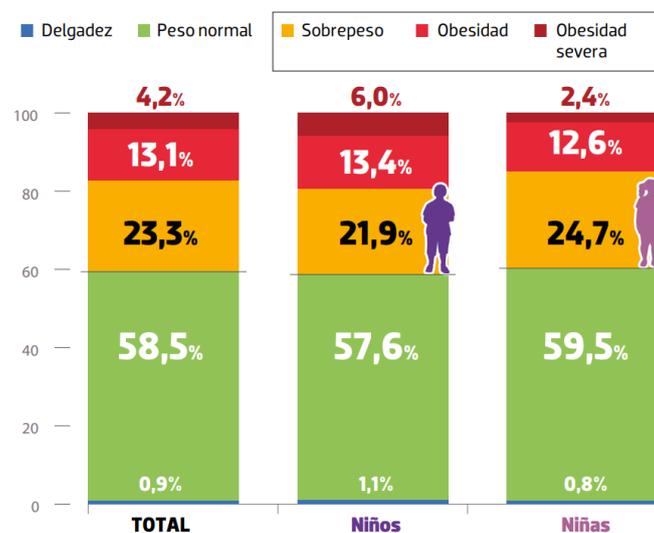


Figura 1. Prevalencia del sobrepeso, obesidad y exceso de peso en España.

Esta situación es preocupante en países desarrollados debido a que se tiene acceso a comida y servicios de todo tipo, lo que permite tener un ritmo de vida en el que la sociedad brinda todas las facilidades para no tener que realizar ningún esfuerzo físico (ej. ascensores, escaleras mecánicas, patinetes eléctricos, etc.). Asimismo, en la alimentación cada vez se opta más por comidas preparadas, *fast-food* y alimentos

ultra procesados, fáciles de cocinar y que no requieren una elaboración compleja, pero que sin embargo poseen una elevada cantidad de grasas y azúcares [3].

De los diez factores de riesgo identificados por la OMS como claves para el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles en nuestro entorno, cinco de ellos están íntimamente relacionados con llevar un patrón de alimentación poco saludable, caracterizado por un consumo insuficiente de frutas y verduras frente al elevado consumo de ultra procesados, además de no practicar de manera regular actividad física. Lo más importante y en lo que se debe poner el foco y la atención, es que todos estos factores son modificables, lo que representa una gran oportunidad para revertir esta situación [3].

El sobrepeso y la obesidad son más frecuentes en clases sociales bajas, con menor nivel económico y educativo. Los estudios de investigación evidencian una asociación negativa entre la obesidad y el *estatus* socioeconómico de esa persona y/o de su familia [4]. En España, los estudios hablan de una prevalencia baja de sobrepeso u obesidad en niños de familias con nivel educativo medio o alto, mientras que en familias con nivel educativo bajo se ve todo lo contrario [4]. Por lo tanto, se puede concluir teniendo en cuenta todas las variables que pueden influir en el desarrollo de sobrepeso u obesidad, que las socioeconómicas presentan mayor influencia en la patogénesis de esta enfermedad que las relacionadas con posibles factores genéticos, como puede ser el sobrepeso en los progenitores [5].

2.1. Educación nutricional: definición y significación

La educación nutricional se define como: *“Aquellas estrategias educativas diseñadas para facilitar la adopción voluntaria de conductas alimentarias y otros comportamientos relacionados con la alimentación y la nutrición propicios para la salud y el bienestar. Estas estrategias están enfocadas en el desarrollo de habilidades de los sujetos para tomar decisiones adecuadas en cuanto a su alimentación y en la promoción de un ambiente alimentario propicio. Las acciones de educación nutricional se desarrollan en los ámbitos individual, comunitario y político”* [6].

La intervención nutricional es una herramienta fundamental para conseguir un buen patrón de alimentación, y de este modo conseguir un óptimo estado de salud en todas las etapas de la vida ya que la alimentación saludable permite tener energía para poder realizar cualquier actividad cotidiana, así como rendir en cualquier labor que suponga un esfuerzo (tanto físico como mental), gracias a los nutrientes que aportará [7].

En este sentido, la importancia de la educación nutricional radica en que ésta favorece un buen balance mental y físico del individuo, aunque tener un buen patrón de alimentación requiera, en la actualidad, disciplina, fuerza de voluntad y automotivación [7].

En cualquier intervención nutricional se debe empezar por la base, enseñando a realizar una correcta elección de los alimentos que serán el fundamento de la alimentación y los diferentes grupos de macronutrientes, así como su disposición para lograr conocer cómo estructurar un plato saludable y, de igual modo, qué alimentos deben formar parte de nuestra ingesta solo de forma ocasional. Los resultados de cualquier intervención serán mejores cuanto antes sean comunicados dichos conocimientos, es decir,

desde edades cuanto más tempranas, mejor. Los patrones sostenibles y saludables de nutrición inculcados desde pequeños ayudarán a que éstos sean mantenidos durante la adolescencia y toda la madurez [6, 7].

2.2. La situación actual de los refugiados en España

En septiembre de 2015 y ante la Comisión Europea (CE), el Gobierno español se comprometió con la acogida de 14.931 personas refugiadas hasta el año 2017. Previamente al compromiso, España ya había iniciado ese proceso y habían acogido en su territorio a 1.100 refugiados.[8] En total, en España fueron acogidas y reubicadas, hasta ese año, 16.031 personas procedentes de Irak, Siria y Eritrea [8].

De acuerdo con la Convención de Ginebra sobre el Estatuto de los Refugiados de 1951, una persona refugiada se describe como una persona que: *“debido a fundados temores de ser perseguida por motivos de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a un determinado grupo social u opiniones políticas, se encuentre fuera del país de su nacionalidad y no puede o, a causa de dichos temores, no quiera acogerse a la protección de su país; o que careciendo de nacionalidad y hallándose, a consecuencia de tales acontecimientos fuera del país donde antes tuviera su residencia habitual, no pueda o, a causa de dichos temores no quiera regresar a él”* [9].

Además de la acción del gobierno, las Organizaciones No Gubernamentales (ONGs), juegan un papel fundamental en la acogida de personas refugiadas en nuestro país, siendo las más importantes: La Comisión de Ayuda al Refugiado (CEAR), la Asociación Católica Española de Migración (ACCEM) y la Cruz Roja Español (CRE) a nivel estatal [8], además de las propias Comisiones de Ayuda al Refugiado que actúan a nivel autonómico [10].

El estado nutricional de los refugiados es aún más complicado que en otras poblaciones dada la situación de partida que presenta este colectivo, ya que su dieta suele ser nutricionalmente deficitaria debido a la escasez de alimentos que sufren durante el desplazamiento, la cual tampoco suele mejorar inmediatamente después cuando se asientan en otro lugar, dadas las complicadas circunstancias que atraviesan (económicas, culturales, humanitarias, etc.). Los estudios que analizan el estado nutricional de las personas refugiadas en la acogida inicial de este colectivo muestran unas condiciones de salud bastante diferentes respecto a la población local [10]. En este sentido, se debe tener en cuenta la situación en los campos de refugiados, donde primero se alimenta a los niños y a los hombres, que suelen tener una carga de trabajo más significativa que las mujeres, dejando a éstas en último lugar por lo que resultan las más desfavorecidas a nivel nutricional. Asimismo, los campos de refugiados donde se asientan por períodos (normalmente indeterminados) de tiempo, son a veces construidos con celeridad y poca previsión de futuro, lo que influye de manera drástica en la calidad del agua y los centros de distribución de alimentos, que pueden encontrarse lejos y con dificultades de acceso desde los campos y viceversa [11].

Los estudios realizados en comunidades de acogida que son cercanas a lugares en conflicto, como en Siria, Iraq, Jordania y el Líbano, muestran que existe una preocupante prevalencia de anemia entre el

colectivo de personas refugiadas. En la mayoría de los casos, la anemia no es severa, pero la prevalencia sí que es significativamente superior al porcentaje mundial de esta enfermedad [11].

Con relación a los datos de desnutrición global, existe mayor disparidad en los resultados publicados. De esta forma, el estudio liderado por el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) en Siria y Jordania en 2014 muestra una incidencia global de desnutrición baja, mientras que la evaluación conjunta del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y otras entidades, realizada en el Líbano en 2013, indica un problema de salud pública debido a la prevalencia global de desnutrición, sobre todo entre los niños, la población más vulnerable y por ello, la más preocupante [12].

Por otro lado, también inducen a la reflexión los resultados de estudios que tratan sobre las enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición. Por ejemplo, los trabajos del *Journal of Community Health* de 2012 y de ACNUR de 2015 destacan que más de un 50% de los refugiados recién llegados a otros países, como a Estados Unidos, presentan enfermedades crónicas de base antes de llegar, es decir, desde sus países de procedencia ya tenían esta condición. Algunas de estas enfermedades son la hipertensión (13,3%), dislipemia (9,4%) o problemas relacionados con el comportamiento (15%). Por último, se deben recalcar las cifras de obesidad y sobrepeso (23,3% y 31,1%, respectivamente), las cuales los expertos relacionan de forma directa con hábitos alimentarios poco saludables previos a la emigración [12].

2. OBJETIVOS

El objetivo de este Trabajo Fin de Grado ha sido el diseño e implantación de un proyecto de educación nutricional en una población de refugiados de diferentes países acogidos en España por la Comisión de Ayuda al Refugiado (CEAR), en Leganés (Madrid). Esta intervención nutricional busca proporcionarles conocimientos y habilidades para una alimentación saludable, así como facilitar su integración mediante la alimentación conociendo los diferentes alimentos que se consumen en España dentro del patrón alimentario de Dieta Mediterránea mediante la realización de actividades formativas teórico-prácticas.

Objetivos específicos:

1. Evaluar de forma sencilla los conocimientos previos sobre alimentación de los participantes en el proyecto nutricional.
2. Que los asistentes a los talleres desarrollados reconozcan los principales alimentos que componen cada grupo alimentario de la pirámide nutricional, así como sus equivalentes en sus países de procedencia.
3. Que los asistentes a los talleres realizados sean capaces de establecer la composición del plato ideal con su correspondiente distribución de macronutrientes.
4. Fomentar su participación con ideas de recetas de sus países de procedencia y su reformulación con alimentos disponibles en España.

3. SUJETOS Y METODOLOGÍA

3.1. Sujetos

En este Trabajo Fin de Grado, hemos colaborado con la Comisión de Ayuda al Refugiado (CEAR), entidad que participa en el sistema de asilo en España. Esta organización cuenta con centros de acogida para personas solicitantes de asilo y refugiados por todo el territorio español (Figura 2), donde se les facilita un espacio para avanzar en el proceso de su autonomía y la plena integración social [10].



Figura 2. Mapa autonómico de la Comisión de Ayuda al Refugiado. Fuente: Página web de CEAR España [10]

El programa de intervención nutricional desarrollado ha ido dirigido a refugiados residentes en Leganés (Madrid) de todas las edades. Se han realizado varios grupos para poder adaptar la información a cada edad y colectivo, realizando tres talleres en total.

3.2. Metodología

En primer lugar, se contactó con CEAR y sus trabajadores sociales para conocer la situación actual de los refugiados.

Se solicitó información sobre las características y recursos (económicos, sociales, médicos, etc.) que se les han concedido desde que llegaron a España, el número de miembros de la familia diferenciando entre hijos y progenitores, así como sus edades, situación de integración actual junto al tiempo que llevan residiendo en España, así como respecto al idioma.

Esta información resultó fundamental como punto de partida ya que fue la base para definir los objetivos de cada una de las actividades formativas (talleres) a realizar. Cada núcleo familiar tiene una situación diferente y se ha visto reflejado en el desarrollo de los talleres.

El desarrollo de las actividades formativas se apoyó en presentaciones *Power Point* utilizando fotografías principalmente de alimentos, la pirámide de la alimentación saludable española (Figura 3), para conseguir realizar una actividad muy visual y, con ello, atraer la mayor atención de los participantes a pesar de la barrera del idioma [13].



Figura 3: Pirámide de la Alimentación Saludable. 2018.
Fuente: Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC) [13]

El taller infantil se basó en el cuento “*Sanotes, sanitos*” de Blanca García-Orea Haro, dietista-nutricionista clínica, experta en microbiota [14].

Ninguno de los participantes comprendía el castellano con suficiente nivel como para entender los conceptos explicados. Por ello, se contó con intérpretes de los diferentes dialectos e idiomas (árabe occidental, darí y francés) y los talleres se han impartido en castellano o inglés.

Así mismo, los educadores sociales de CEAR asistieron como personal de apoyo.

4. RESULTADOS

Este programa de educación nutricional ha contado con tres talleres teórico-prácticos impartidos en los locales de la Asociación de Vecinos de San Nicasio (Leganés).

4.1. Taller para niños/adolescentes

El primer taller fue el taller infantil (niños de 3 a 9 años) y para adolescentes (de 10 a 15 años), programados de forma simultánea en diferentes aulas, para respetar el horario escolar y facilitar la asistencia a los menores de las familias seleccionadas juntos a sus progenitores.

Finalmente, solo se realizó el taller para población infantil, ya que no acudió ninguno de los adolescentes citados. En este caso, acudieron dos familias que procedían de Afganistán (con tres niños de 3, 4 y 5 años) y Marruecos (un niño de 5 años). Aunque los niños, al estar acudiendo al colegio sabían desenvolverse en castellano, contamos con intérpretes de darí y árabe occidental para facilitar la comprensión a los progenitores. Los niños acudieron acompañados de sus madres, que finalmente se integraron en el taller participando de las actividades formativas.

Objetivo: Conseguir que los niños fueran capaces de diferenciar alimentos más y menos saludables de forma global, entendiendo cuáles debían formar parte de su ingesta diaria, así como los que deberían quedar en un consumo ocasional, sin llegar a la prohibición de ningún alimento.

Metodología: Este taller consistió en una presentación *Power Point* tipo cuento infantil (Anexo 1), en el que los dos protagonistas (Alba y Jorge) habían acudido a una fiesta de cumpleaños y habían consumido dulces de todo tipo (tartas, chocolate, donuts, etc.) y otros alimentos ultra procesados poco saludables (pizzas, patatas fritas, *snacks*, etc.). Se enfocó hacia el mundo de la microbiota, para conseguir hacerlo más entretenido para su edad, para que conocieran que dentro del sistema digestivo existen microorganismos que se alimentan de todo lo que se ingiere, por lo que si se alimentan a los microorganismos beneficiosos con nutrientes saludables, nos encontraríamos sanos, felices, con energía y no tendríamos que acudir al médico de forma recurrente, mientras que si se alimentan a los microorganismos perjudiciales con productos ricos en grasas saturadas/*trans* y azúcares simples, tendremos problemas digestivos de forma más frecuente, así como dificultades para ir al baño en forma de diarrea o estreñimiento.

Para conseguir un taller más dinámico, después de contar el cuento, se planificó una actividad en la que los menores jugaron con plastilina para preparar el conocido *Plato de Harvard* o “plato saludable” (Figura 4) que previamente se les explicó durante la parte teórica de la actividad (Anexo 1). En él, se distinguen claramente las proporciones de vegetales (mitad del plato), que deben ser la base de su alimentación, junto a los alimentos que son fuente de proteína y cereales integrales (repartidos equitativamente en la otra mitad).

Es una herramienta muy sencilla y visual, por lo tanto, muy útil en este colectivo, para incidir en cómo se deben repartir los diferentes tipos de alimentos fuente de los distintos macronutrientes en las ingestas diarias.

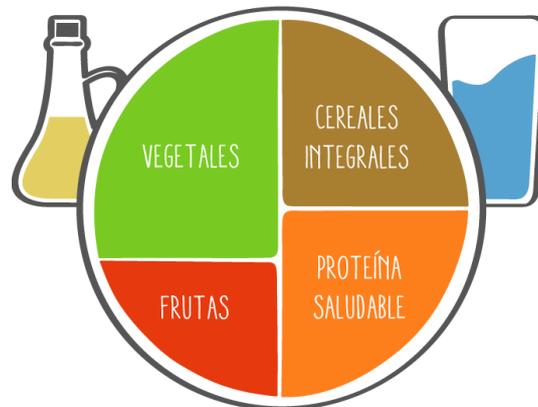


Figura 4. Plato de *Harvard*. Fuente: *Harvard School of Public Health* [15]

Los niños comprendieron muy bien el objetivo del taller, por lo que consiguieron disfrutar mucho jugando con la plastilina entre ellos, con sus familiares y con los demás monitores.

Competencias adquiridas: Al finalizar el taller, los menores fueron capaces de identificar los alimentos menos saludables, posicionándolos en una cartulina de color rojo para saber que su consumo debía ser ocasional, mientras que los alimentos que debían formar parte de la ingesta diaria se clasificaron en una cartulina de color verde. Se reforzó la idea de no prohibir ningún alimento y saber simplemente que debe haber un equilibrio, potenciando los productos frescos y recomendando consumir, de manera más ocasional, los más procesados.

4.2. Taller madres en periodo de lactancia y/o con niños menores de 3 años

El segundo taller versó en información para la correcta alimentación de los niños en sus primeros meses de edad y estaba destinado a madres que tuvieran niños menores de 2 años (Anexo 2).

Como única participante asistió una mujer de Sierra Leona con su hijo de 9 meses, ya que las otras 4 familias convocadas no acudieron por diferentes motivos personales (citas con el psicólogo, problemas con otros menores en la familia, etc.).

El taller se desarrolló en inglés ya que no contábamos con ningún intérprete.

Objetivo: Conseguir que los progenitores, en particular, las madres, principales responsables de la organización de los menús familiares, sean capaces de comprender la mejor manera de introducir los alimentos en la dieta del bebé (modos y presentaciones de los alimentos, restricciones, precaución con alimentos alergénicos, etc.), así como entender la importancia de ofrecer al bebé alimentos de alta densidad nutricional evitando aquellos que son pobres en micronutrientes (ultra procesados) y que cuanto más tarde sean incluidos en la alimentación del bebé, más beneficioso será para su salud.

Metodología: El contenido de este taller fue sobre la importancia de la lactancia materna y la introducción de alimentación complementaria (AC) basadas en las Recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría sobre la Alimentación Complementaria [16]. Del mismo modo, se dieron ideas sobre desayunos y meriendas saludables, ya que, tras evaluar su situación previa, se había observado que era donde los hábitos de los niños refugiados y acogidos por CEAR, eran peores. Por este motivo, se insistió bastante en este punto y en que las madres conociesen las bases de una alimentación saludable para comenzar desde edades tempranas a mejorar los hábitos alimentarios de los más pequeños. En este caso, también se explicó la distribución del “plato saludable” [15] para poder estructurar las comidas de manera sencilla tanto para la madre como para el lactante en el futuro, ya que es una recomendación para la población general.

Competencias adquiridas: La participante de este taller fue capaz de entender cómo introducir los alimentos desde la técnica del *BLW (Baby Led Weaning)*, una forma de ofrecer la AC en la que al bebé se le permite “dirigir” el proceso desde el inicio. Son los progenitores los que deciden qué ofrecer y, por tanto, recae en ellos la responsabilidad de ofrecer comida sana, segura y variada, pero será el bebé el que cogerá por sí mismo la comida que se pone a su alcance; decidiendo qué comer y cuánto comer [16].

En este sentido, se le proporcionaron ideas de meriendas y desayunos saludables con un buen aporte de nutrientes para el bebé, para ella y el resto de componentes de la unidad familiar. De igual modo, la participante fue capaz de diferenciar los múltiples grupos de alimentos fuente de los distintos macronutrientes, y cómo estos deben estar distribuidos en el “plato saludable” [15].

4.3. Taller para adultos

En último lugar, se realizó un taller dirigido a adultos desde 18 a 65 años (Anexo 3). Los adultos tenían más facilidades para acudir al taller ya que no tenían cargas familiares, por lo que esta actividad fue la más concurrida de las tres que se realizaron. Los participantes fueron: dos mujeres de Senegal (39 y 32 años), una mujer de Camerún (35 años), un hombre de Costa de Marfil (45 años), un hombre de Marruecos (22 años) y un hombre de Mali (20 años). Pudimos contar con intérpretes de francés (para los refugiados de Senegal, Camerún y Costa de Marfil) y de árabe occidental (para los refugiados más jóvenes, procedentes de Marruecos y Mali).

Objetivos: Identificar los tipos de macronutrientes y los diferentes grupos de alimentos, así como las principales fuentes de grasas, azúcares y sal y su potencial riesgo en el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles, si se consumen de manera habitual, además de entender cómo se debe estructurar un plato para obtener una ingesta con todos los nutrientes necesarios.

Metodología: En este último taller, se comenzó con la diferenciación de los tipos de macronutrientes que existen y sus fuentes, viendo ejemplos de cada uno, incluyendo alimentos que forman parte de cada grupo de alimentos de los que constituyen la pirámide de la alimentación [13], mezclando los pertenecientes a la dieta mediterránea consumida en España, con los de sus países de origen clasificados en el mismo grupo, para poder ver las equivalencias y aprender los alimentos que hay en común y los nuevos que se encuentran de forma sencilla en el día a día en el mercado español. De nuevo, se explicó el “plato saludable” [15] para poder brindarles esa herramienta y conseguir así que fueran capaces de aplicar todo lo aprendido en cada comida del día.

Se hizo hincapié en el consumo de sal, azúcar y grasas; explicando las principales fuentes alimentarias que los contienen añadidos y en las que están naturalmente presentes, incidiendo también en las principales consecuencias de un consumo excesivo de los mismos según sus tipos y las diferencias más reseñables a nivel nutritivo entre los tres.

Competencias adquiridas: Los participantes fueron capaces de distinguir los diferentes tipos de macronutrientes y sus fuentes alimentarias, añadiendo en muchas ocasiones otros ejemplos que no se encontraban en las diapositivas. Adquirieron los conocimientos necesarios sobre cómo estructurar un plato para que fuera saludable y fueron conscientes de la cantidad de sal, azúcar y grasas que suelen tener los productos alimenticios procesados que encontramos disponibles en el supermercado, sabiendo qué consecuencias futuras podría tener el consumo diario de este tipo de alimentos.

Finalmente, se planteó la posibilidad de evaluar la eficacia de esta intervención nutricional respecto a la adquisición de los nuevos hábitos alimentarios saludables mediante la realización de cuestionarios escritos. No obstante, dada la dificultad del colectivo respecto a la comprensión del idioma y del tema a tratar, se realizaron preguntas sencillas para observar si habían entendido todo lo explicado y actividades interactivas como completar su propio plato saludable, en los mismos talleres *in situ*.

Asimismo, durante el desarrollo de los talleres, los participantes tuvieron posibilidad de preguntar dudas o aclaraciones. La mayoría de los adultos comentó recetas o alimentos que solían consumir en sus países de origen; así como cuestiones, realizadas mayoritariamente por mujeres, sobre el peso corporal, ya que consideraban que había alimentos como los lácteos enteros o la patata que les hacían ganar peso de forma muy rápida y, por lo tanto, los habían eliminado de la dieta, a lo que se les animó a consumir los lácteos en sus versiones desnatadas o introducir la patata cocinada de diversas formas (cocida, al horno o en puré, en lugar de frita como suelen consumirla), entre otras dudas.

5. DISCUSIÓN

Los motivos que llevan a una persona a abandonar su hogar y huir de su tierra son muy diversos. Pueden ser guerras, regímenes dictatoriales, violencia o cualquier situación de peligro identificada. No obstante, el problema no desaparece al salir del país de origen, porque comienzan nuevas incógnitas en el nuevo país a las que enfrentarse, e incluso antes de abandonar su país.

Normalmente, las políticas de inmigración están más enfocadas en la recepción de los inmigrantes que en la propia integración al país al que llegan [17], a pesar de que los estudios, tanto en Europa como en diferentes países en vías de desarrollo, demuestran que los gastos económicos que producen los refugiados son siempre inferiores a los que producen en los países de acogida, en forma de impuestos sobre el consumo y de productividad laboral [18].

Por otro lado, el racismo y la xenofobia son aún un obstáculo al cual se enfrentan en algunos de los países de acogida, incluyendo en éste, especialmente, a los menores en el proceso educativo. Solo un 61% de los niños refugiados tienen acceso a educación primaria frente al 91% a nivel mundial, mientras que en educación secundaria las cifras son aún más desalentadoras, solo un 23% de refugiados adolescentes están matriculados frente a un 84% a nivel mundial [17, 19].

La situación es aún más problemática en las menores, ya que la educación es su única garantía para evitar situaciones de matrimonio infantil y, por tanto, permitirles tomar las riendas de su vida, para poder participar de forma activa en la vida laboral [19].

Por último, se encuentra la situación psicológica de partida de los refugiados, el gran olvidado en los estudios publicados. Los traumas psicológicos que emanan de una situación de partida como es una guerra u otra situación traumática, no se tienen en cuenta en la gran mayoría de situaciones. Lo más habitual es que hayan estado sometidos a situaciones de violencia en el propio país de origen o durante la travesía hacia su lugar de destino, por lo tanto, la intervención psicológica sería un aspecto muy necesario por desarrollar en esta población para garantizar un estado de salud global óptimo, evitando así la cronificación de manifestaciones derivadas de los traumas tales como insomnio, comportamientos obsesivos, pesadillas y tendencia al aislamiento social. En los niños son aún más destacables ya que pueden generar miedos a situaciones que no deberían, como acudir al colegio y lo que esto implica, evitando la participación en actividades con otros menores, o incluso llegando a extremos de no querer relacionarse y, por ello, no salir del hogar [19].

En relación con los hábitos alimentarios, en líneas generales, los estudios demuestran que el colectivo inmigrante que reside en España presenta una progresiva integración en la forma de alimentarse en este país, aunque es cierto que poseen determinadas costumbres de consumo propias de sus países de origen [20].

En el estudio sobre “Hábitos alimentarios de los inmigrantes en España” [20], se describen los hábitos alimentarios de los inmigrantes en nuestro país y se comparan de acuerdo con su zona de procedencia, observando que el almuerzo es la comida más importante del día para todos, sin diferencias significativas en los cuatro colectivos de inmigrantes analizados [20]. El desayuno y la cena la realizan principalmente en la vivienda, mientras que el almuerzo, debido a la actividad laboral, suele concentrarse en el lugar de trabajo donde consumen la comida que han elaborado previamente en sus hogares [20]. Esto señala al almuerzo como uno de los potenciales puntos sobre los que la educación nutricional puede ser más efectiva.

Con respecto al contenido de la dieta, los inmigrantes asentados en España consumen una amplia y variada gama de productos, especialmente en el almuerzo, al igual que los españoles, y sin diferencias destacables según sean días laborables/de trabajo y no laborables. En este sentido, cabe señalar que sí se produce un aumento en el consumo de pan respecto al consumido en el país de origen, incluyéndolo a diario, especialmente por los colectivos de magrebíes y Europa del Este, siendo el pan blanco el elegido. En cuanto al consumo de bebidas, el agua es la mayormente citada, seguida de la leche entera, y los refrescos azucarados [20].

La educación nutricional en personas refugiadas requiere de una gran implicación y, sobre todo, una participación activa del entorno familiar. Estamos ante un colectivo vulnerable, con grandes dificultades que se ven reflejadas a la hora de realizar cualquier actividad fuera de su rutina diaria. En el presente trabajo, ante el aviso que reciben desde CEAR para la realización de los talleres de educación nutricional enfocados en este Trabajo de Fin de Grado, los refugiados no mostraron iniciativa, en su gran mayoría, para acudir, y fueron las encargadas de la asociación las que decidieron aunar a familias. Se encargaron de informar acerca de la procedencia de los asistentes para realizar los talleres lo más adaptados posibles a la alimentación de su país de origen. En este sentido, se observó que la respuesta de la población fue variada, mientras que en el caso del taller destinado a los adolescentes no hubo participantes por falta de interés, en el destinado a niños pequeños hubo una gran acogida a la hora de la asistencia y la participación. Así mismo, en el destinado a madres con bebés lactantes tampoco se tuvo buena respuesta ya que acudió sólo una participante, pero en el taller para adultos se cumplió con el aforo completo. Estos hechos demuestran las dificultades para trabajar con este colectivo y el compromiso que podemos conseguir ante actividades que puedan resultarles poco interesantes, *a priori*.

En los talleres se vio que la figura materna es fundamental en la educación nutricional que se puede llevar a cabo en un hogar de refugiados, ya que son ellas las encargadas de organizar la compra y realizar los menús semanales y, por lo tanto, son la población diana más interesante a la hora de organizar este tipo de acciones formativas. Del mismo modo, son las encargadas de realizar las meriendas y almuerzos a los menores, cuya composición, se nos hizo hincapié desde CEAR, no era la más adecuada, por lo que en todos los talleres se dieron ideas de desayunos, almuerzos y meriendas (las tres comidas que no realizan en el colegio, exceptuando la cena, y las más complicadas de cuadrar para que sean nutricionalmente completas).

El mayor reto de los talleres fue presentar los alimentos nuevos para ellos y tradicionales en la Dieta Mediterránea, al resultarles desconocidos por múltiples causas (no formaban parte de su patrón de alimentación, les generaban sensación de rechazo por desconocimiento, en los niños, o por elevado consumo en su país de origen, ej. arroz, en adultos y preferían no consumirlos tanto en España).

En cuanto a las preferencias alimentarias, nuestros participantes coinciden en gran parte con las de otros estudios publicados [21]. El arroz, cuscús, pasta y pescado son los alimentos más conocidos y consumidos y, curiosamente, también los más rechazados, tal y como se ha indicado previamente, por ser alimentos que han formado parte de su ingesta diaria durante muchos años y les resultan monótonos.

Además, hay cierta aversión hacia algunas verduras como las crucíferas, junto a las legumbres y los frutos secos. En cuanto a las frutas, su consumo está bastante extendido en general y suele ser el grupo que presentar mayor adhesión por parte de los participantes [21,22].

También se debe tener en cuenta el cambio que ha supuesto la emigración desde su país de origen y el mayor consumo de alimentos procesados. Así, los principales cambios observados, sobre todo en los adultos, son el fácil acceso a refrescos, productos ya cocinados, bollería en general y ultraprocesados principalmente azucarados, cuyo consumo aumenta, lo que coincide con los estudios mencionados con anterioridad [21, 22]. Estos cambios en los hábitos de consumo de alimentos hacen muy necesaria la realización de programas de educación nutricional en este colectivo, desde el primer campamento donde se les acoge, hasta el país en el que se establecen de forma definitiva.

El gran reto de este Trabajo de Fin de Grado ha sido comprender que la comunicación persona a persona engloba muchos aspectos que se deben tener en cuenta, y que para los educadores es completamente necesario adquirir habilidades comunicativas para poder asegurar un intercambio óptimo de información que pueda resultar de utilidad a los receptores [23]. A este respecto, es esencial conocer previamente las diferentes culturas de las personas con las que se va a trabajar y, de este modo, incrementar las competencias culturales que podrán asegurar que las personas con las que se trabaja se sientan cómodas en el ambiente en el que se encuentren en ese momento y, por lo tanto, conseguir su atención e incluso su confianza, aceptando las afirmaciones mostradas y brindándoles un espacio donde se encuentren cómodos para preguntar cualquier duda que les surja como ha sido el caso. Es fundamental conocer al colectivo concreto con el que se va a trabajar antes de actuar, es decir, conocer su país de origen, edad o situación familiar, así como dejar atrás cualquier tipo de prejuicios (sean del tipo que sean) para poder realizar una intervención exitosa [23].

Las barreras lingüísticas son el mayor obstáculo de todos los planteados, de ahí la importancia de poder ofrecer, tal como se hizo en este trabajo, talleres en inglés o contar, también como es nuestro caso, con los servicios de traductores profesionales, así como la realización de información escrita en el idioma de origen. La comunicación no verbal es fundamental en este caso para conseguir crear un vínculo con los asistentes, al menos durante el tiempo que dure la actividad. En la actualidad, se complica aún más debido al uso de la mascarilla durante el desarrollo de los talleres (necesaria por la pandemia originada por SARS COVID-19), que elimina gran parte de la expresión de la cara.

A pesar de todas las dificultades señaladas, la educación nutricional es una herramienta altamente valiosa para que la población sea capaz de adquirir hábitos, en este caso alimentarios, pero es aplicable a cualquier tipo de estilo de vida saludable en cualquier contexto geográfico y socioeconómico como es el nuevo que presentan al llegar a España.

Por último, es importante señalar que a pesar de que no hay que restringir el campo de acción educativa, y, por tanto, no lo hemos hecho en este presente Trabajo Fin de Grado, los menores en edad escolar se encuentran en el momento óptimo y, sobre todo, decisivo, para adquirir conocimientos y, de igual modo, ser capaces de transmitirlos a sus familiares y colaborar de esta manera en la instauración de nuevos hábitos aprendidos tanto en el hogar como fuera de él. Por ello, consideramos de gran importancia la instauración de programas de educación nutricional específicos para este grupo de edad.

Es de esperar que el impacto del proyecto de educación nutricional, diseñado en este Trabajo Fin de Grado muestre un efecto positivo sobre la dieta de la población y, sobre todo, en los más jóvenes que han participado. Así mismo, los resultados de Proyectos de Educación Nutricional ya implantados en poblaciones de refugiados denotan la necesidad de que desde los gobiernos e instituciones se inviertan los recursos necesarios para realizar este tipo de actividades formativas de forma recurrente y continuada para poder obtener resultados a largo plazo [21, 22].

6. CONCLUSIONES

Las actividades teórico-prácticas impartidas han contado, en su gran mayoría, con buena acogida y se han podido desarrollar de la forma esperada, con todo el material previamente elaborado y logrando un correcto desarrollo de todas las actividades, exceptuando el taller de los adolescentes.

Los asistentes adquirieron las competencias transmitidas tal y como demostraron al realizar las actividades incluidas en los talleres de manera exitosa.

A pesar de su corta duración y de la asistencia limitada, se puede concluir que el proyecto nutricional desarrollado ha sido adecuado para incrementar los conocimientos de los participantes en materia de alimentación saludable y en la introducción de nuevos alimentos en su dieta.

En el futuro, podría evaluarse la posibilidad de continuar con los talleres y otras actividades similares, fuera de este proyecto de Fin de Grado, en este colectivo vulnerable, para seguir viendo la evolución de todos los que comenzaron con los primeros talleres.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Enfermedades no transmisibles. Datos y cifras. Organización Mundial de la Salud; OMS. Madrid. 2021. [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. Martínez Berriochoa A, Cuevas R, Rodríguez M. Informe sobre la obesidad infantil en España. EROSKI S. Coop y Fundación EROSKI. 2021-2022. [Internet]. Disponible en: https://www.consumer.es/app/uploads/guias/es/obesidad_infantil.pdf
3. AESAN. Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad. Coiman, S.L. 2020. [Internet]. Disponible en: <https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/estrategianaos.pdf>
4. Álvarez-Castaño L, Goez-Rueda JD, Carreño-Aguirre, C. Factores sociales y económicos asociados a la obesidad: los efectos de la inequidad y de la pobreza*. 2012. [Internet]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v11n23/v11n23a06.pdf>
5. Cano Garcinuño A, Alberola López S, Casares Alonso I, Pérez García I. Desigualdades sociales en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en adolescentes. 2010. [Internet]. Disponible en: <https://www.analesdepediatría.org/es-desigualdades-sociales-prevalencia-sobrepeso-obesidad-articulo-S169540331000305X>
6. Contento IR. Nutrition education: linking research, theory, and practice. Asia Pac J Clin Nutr. 2008;17 Suppl 1:176-9. [Internet]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18296331/>
7. **Castillo Sánchez, MD, León Espinosa de los Monteros, MT. Educación sanitaria en alimentación y nutrición. 1º edición. Formación Alcalá SL; 2010.**
8. Vivas L. Análisis de la estrategia alimentaria en la acogida de personas refugiadas en Cataluña (España). Rev. Bioética y Derecho [Internet]. 2019; (46): 167-183. [Internet]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872019000200011
9. Naciones Unidas. Convención sobre el Estatuto de Refugiados. Ginebra. 1951. [Internet]. Disponible en: <https://www.acnur.org/5b0766944.pdf>
10. Comisión de Ayuda al Refugiado. CEAR ESPAÑA. [Internet]. Disponible en: <https://www.cear.es/>
11. Salti, N, Ghattas, H. Food insufficiency and food insecurity as risk factors for physical disability among Palestinian refugees in Lebanon: Evidence from an observational study. Disability and health journal 9(4):655-62. 2016. [Internet]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27116917/>
12. Informe Global ACNUR (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados). 2020. [Internet]. Disponible en: <https://www.acnur.org/6178a8114.pdf>
13. Sociedad Española de Neurociencia. SENC. [Internet]. Disponible en: <https://www.senc.es/>

14. **García-Orea Haro, B. Sanotes, sanitos. Un cuento para comer sano, eliminar las bacterias malas y hacer cacas buenas. 1º edición. B de Blok; 2021.**
15. Harvard T.H. Chan School of Public Health. Healthy Eating Plate. 2011. [Internet]. Disponible en: <https://www.hsph.harvard.edu/nutritionsource/healthy-eating-plate/>
16. Gómez Fernández Vegue, M. Recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría sobre la Alimentación Complementaria. 2018. [Internet]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/recomendaciones_aep_sobre_alimentacion_complementaria_nov2018_v3_final.pdf
17. Hellman T, Lober D, Kenis P, Muhlbacher S, Arpe J. Social Policy in the UE – Reform Barometer 2016: Social Inclusion Monitor [traducción al castellano]. Fundación Bertelsmann. 2016. [Internet]. Disponible en: https://www.fundacionbertelsmann.org/wp-content/uploads/2021/10/201801_BSt_SIM-Barometro_de_Reformas-2016_web.pdf
18. D’Albis H, Boubtane E, Coulibaly D. Macroeconomic evidence suggest that asylum seekers are not a burden for Western European countries. American Association for the Advancement of Science. 2017. [Internet]. Disponible en: <https://www.science.org/doi/epdf/10.1126/sciadv.aaq0883>
19. González Sanbria, M E. Comunicación ante la situación crítica de refugiados sirios: barreras comunicativas, diferencias culturales y métodos para superarlos. 2016. Ávila. [Internet]. Disponible en: https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/130168/TG_GonzalezSanabriaME_Comunicacion_ante_la_situacion_critica_refugiados_sirios.pdf?sequence=1&isAllowed=y
20. Nielsen. Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. Hábitos alimentarios de los inmigrantes en España. Actualización 2007. [Internet]. Disponible en: https://www.mapa.gob.es/es/alimentacion/temas/consumo-tendencias/libro_2007_tcm30-89331.pdf
21. Arroyo-Izaga M, Andía Muñoz V, Demon G. Diseño de un programa de educación nutricional destinado a mujeres saharauis residentes en los campamentos de Tindouf (Argelia). Nutr Hosp 2016; 33:91-97. [Internet]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v33n1/17_original16.pdf
22. Alvarado Olmedo, L. Programa de Educación Nutricional dirigido al alumnado de Educación Secundaria de la Wilaya de Ausred (Tindouf). 2020. Revista de Educación de la UGR (Universidad de Granada), 27. 296-287. [Internet]. Disponible en: <https://revistaseug.ugr.es/index.php/reugra/article/download/18012/15798/>
23. Lera Rodríguez, MJ. La alimentación desde un enfoque intercultural. Universidad de Sevilla. 2007. [Internet]. <https://aulaintercultural.org/2007/10/09/la-alimentacion-desde-un-enfoque-intercultural-unidad-didactica/>

8. ANEXOS

ANEXO 1. TALLER DE EDUCACIÓN INFANTIL (DESDE 3 A 9 AÑOS) (impartido en español con traducción a darí y árabe occidental)

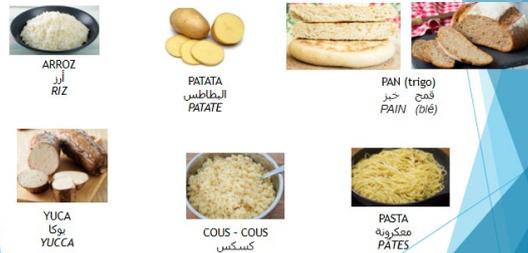
| | |
|--|---|
|  <p>Alba</p> <p>Jorge</p> | <p>A Alba y Jorge les gusta...</p>  |
|  | <p>¿POR QUÉ JORGE Y ALBA SE ENCUENTRAN MAL?</p> |
| <p>Dentro de nuestra tripa...</p>  <p>BICHITOS BUENOS</p> <p>BICHITOS MALOS</p> |  <p>Huevos, pescados y carne</p>  <p>Lácteos</p>  |



ANEXO 2. TALLER PARA MADRES DE BEBÉS (LACTANTES) Y/O NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS (impartido en inglés)



1º GRUPO: CEREALES Y TUBÉRCULOS



2º GRUPO: LEGUMBRES



3º GRUPO: VERDURAS y FRUTAS



3º GRUPO: VERDURAS Y FRUTAS



4º GRUPO: PESCADOS, HUEVOS y CARNES=PROTEÍNA



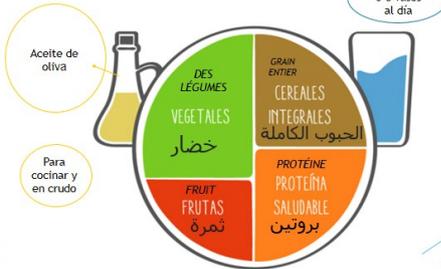
5º GRUPO: LÁCTEOS

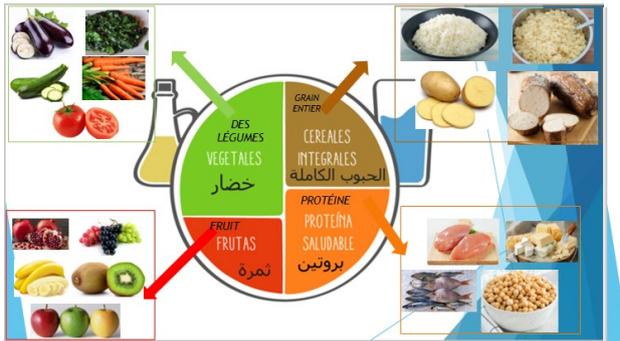


6º GRUPO: GRASAS



PLATO SALUDABLE



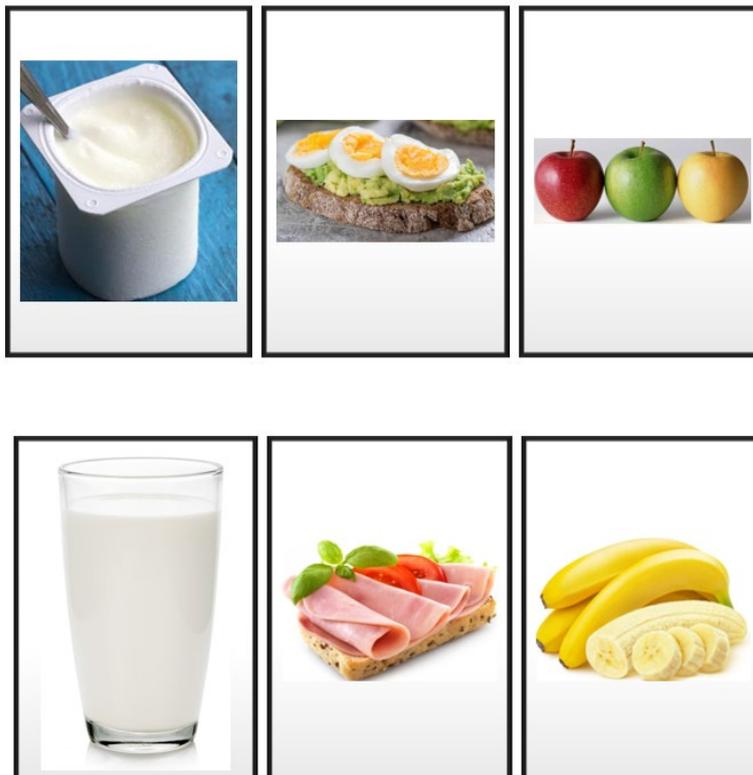


¿Y NUESTROS BEBÉS?

- ▶ La lactancia de forma exclusiva (materna o artificial) debe estar presente durante los 6 primeros meses de edad y a demanda todo el tiempo que hijo y madre deseen.
- ▶ La comida antes del cuarto mes de vida puede dar problemas: atragantamiento, infecciones respiratorias o gastroenteritis, y complicaciones a largo plazo (mas prevalencia de diabetes, obesidad,...)
- ▶ Tampoco se debe esperar más del séptimo mes, ya que puede aumentar el riesgo de alergias e intolerancias alimentarias, peor aceptación de nuevas texturas y sabores, y sobre todo, carencias nutricionales.
- ▶ Sabremos que nuestro bebé esta preparado para introducir alimentación complementaria cuando:
 - ❖ Empiece a presentar un interés activo por la comida.
 - ❖ La desaparición del reflejo de extrusión (expulsión de alimentos no líquidos con la lengua).
 - ❖ Ser capaz de coger comida con la mano y llevarla a la boca.
 - ❖ Mantenerse en la postura “sentada” con apoyo
- ▶ A partir de los 7-12 meses, se deben incorporar cereales, fruta entera (triturada, chafada, en pequeños trozos...) y no en zumo, verduras y hortalizas, legumbres, huevo, carne, pollo, pescado y aceite de oliva.
- ▶ A partir de los 12 meses y hasta los 24 (de 1 a 2 años), se pueden incluir lácteos enteros: yogur, quesos tiernos y verduras de hoja verde (acelgas, espinacas,..)
- ▶ A partir de los 3 años (nunca antes), alimentos solidos con riesgo de atragantamiento ENTEROS: como los frutos secos, uvas (enteras) u otras frutas de tamaño parecido
- ▶ Cuanto más tarde y en menor cantidad mejor, y SIEMPRE a partir de los 12 meses: alimentos superfluos como azúcares, miel, cacao, bollería, galletas y diferentes embutidos)



LÁCTEO
 PRODUITS LAITIERS
 ألبان
 +
 PAN INTEGRAL
 PAIN COMPLET
 الخبز الكامل
 +
 PROTEÍNA
 PROTÉINE
 بروتين
 +
 FRUTA
 FRUIT
 ثمرة



ANEXO 3. TALLER PARA ADULTOS (DESDE 18 HASTA 65 AÑOS) (impartido en español con traducción a francés y árabe occidental)

Pirámide de los alimentos de ESPAÑA

BERIDAS FERMENTADAS
CONSUMO OPCIONAL, MODERADO Y RESPONSABLE EN AQUELLOS

CONSUMO OPCIONAL, OCASIONAL Y MODERADO

2-3 AL DÍA

CONSUMO VARIADO DIARIO
1-3 AL DÍA (ALTERNAR)

2-3 AL DÍA

GRUPOS DE CONSUMO EN CADA COMIDA

3-4 AL DÍA

SEGUN GRADO DE ACTIVIDAD FÍSICA

MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

Actividad física diaria 60 min.

Equilibrio emocional

Balanza Energética

Técnicas culinarias saludables

AGUA: 4-6 vasos al día
Proporcion de hidratación según el tipo de la hidratación (según la OMS)

1º GRUPO: CEREALES Y TUBÉRCULOS

ARROZ
أرز
RIZ

PATATA
البطاطس
PATATE

PAN (trigo)
خبز
PAIN (blé)

YUCA
يوكا
YUCCA

COUS - COUS
كسكس

PASTA
مكرونة
PÂTES

2º GRUPO: LEGUMBRES

LENTEJAS
عدس
LENTILLES

GUISANTES
بازلاء
POIS VERT

GARBANZOS
حمص
صناعات
POIS CHICHES

ALUBIAS
فاصولياء
HARICOT

3º GRUPO: VERDURAS y FRUTAS

BERENJENA
بانجان
AUBERGINE

ESPINACAS
سبانج
ÉPINARD

ZANAHORIA
جزرة
CAROTTES

TOMATE
طماطم

CALABACÍN
كوسة
COURGETTE

COLIFLOR
قرنبيط
CHOUFLEUR

ALCACHOFA
جرتوف
ARTICHAUT

CALABAZA
بطاطيونا
CITROUILLE

LECHUGA
خس
SALADE

JUDIAS VERDES
فاصولياء خضراء
HARICOTS VERTS

3º GRUPO: VERDURAS Y FRUTAS

LIVA
GRAIN DE RAISIN
عنب

MELÓN
الشممام
CANTALOUPE

GRANADA
رمان
GRENADE

MORA
مؤرة
MÛRE
علق

FRESA
فراولة
FRAISE

DÁTIL
التمر
DÂTIL

MANZANA
تفاح
POMME

KIWI
كيوي
KIWI

PLÁTANO
بانان
BANANE

4º GRUPO: PESCADOS, HUEVOS y CARNES=PROTEÍNA

POLLO
دجاج
POULET

GALLO, LUBINA, CORVINA, ...
سمك أبيض
POISSON

CORDERO
VIANDE DE MOUTON ET D'AGNEAU
لحم الشاة

PESCADO AZUL
POISSON BLEU
السمك الأزرق

HUEVOS
بيض
OEUFS

5º GRUPO: LÁCTEOS

LECHE
حليب
LAIT

YOGUR
ريادي
YAOURT

QUESOS
FROMAGE
جبن

6º GRUPO: GRASAS

FRUTOS SECOS / fruit secs

NUECES
جوز
NOIX

CACAHUETES
فول سوداني
CACAHUETES

AVELLANAS
بندق
NOISSETTES

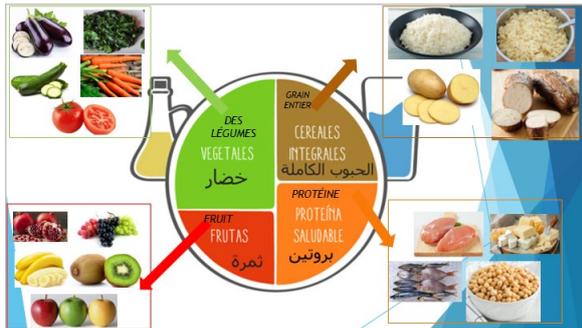
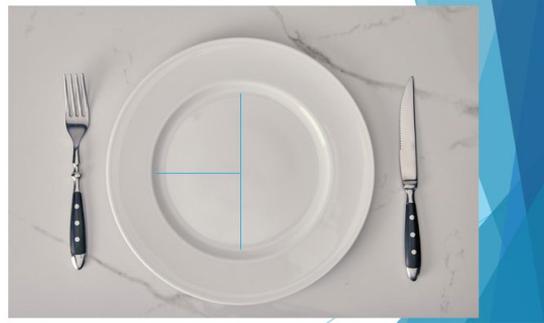
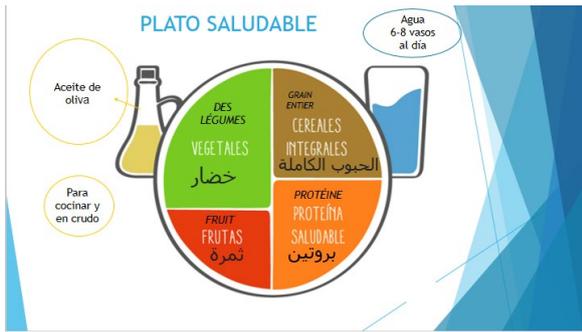
ALMENDRAS
لوز صخري
AMANDES

COCO
جوزة الهند
COCO

SEMILLAS (CHÍA, LINO, CALABAZA...)
بذر الكتان لب بذر الشيا بذر
DES GRAINS (CHIA, LIN, CITROUILLE...)

ACEITE DE OLIVA
زيت الزيتون
HUILE D'OLIVE

AGUACATE
أفوكادو
AVOCAT



SAL, GRASAS SATURADAS Y AZÚCAR

Según la OMS, deberíamos consumir como **máximo...**

- ▶ 25 g de azúcar al día = 5 cucharaditas de azúcar/día
- ▶ 5 g de sal al día = 1 cucharadita y media
- ▶ Un 10% de ultra procesados podrían formar parte de nuestra dieta (ocasionalmente)

Y realmente, ¿sabemos donde podemos encontrar de verdad azúcar y sal aunque pensemos que no?



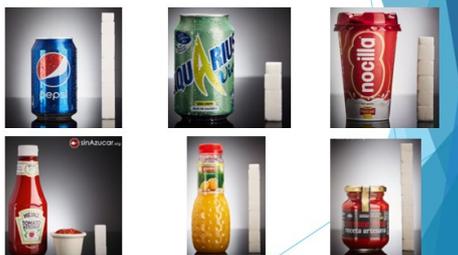
AZÚCAR

AZÚCAR

- ▶ Consumir mucho azúcar también contribuye a problemas de salud a largo plazo. Por ejemplo, a **caries dentales** porque el azúcar alimenta las bacterias que viven en la boca.
- ▶ También puede provocar problemas hormonales, que se pueden ver a simple vista como puede ser el **acné**, o también a hormonas que controlan el **peso** de una persona (leptina). Al alterarse esta hormona, con el tiempo, una dieta alta en azúcar evita que el cerebro sepa cuándo una persona ha comido lo suficiente.
- ▶ También, los niveles altos de azúcar en la dieta pueden causar **diabetes**, unido esto a la **obesidad** y diferentes enfermedades cardiovasculares como la **hipertensión**.



En bebidas y salsas...



Postres...



SAL



SAL

- ▶ El **sodio** (componente principal de la sal) es un mineral que participa en multitud de funciones del cuerpo, entre las que se incluyen **mantener el equilibrio adecuado de líquidos**, el correcto funcionamiento del **sistema nervioso** y **muscular**.
- ▶ El problema es que el **exceso de sodio** puede contribuir a la **hipertensión** y ésta a su vez a la **enfermedad cardiovascular**, entre otros.
- ▶ Consumimos sodio de forma natural en los alimentos de **origen animal**, ó en la **sal de mesa** (el salero ☞) y especialmente en la que está añadida en los **ultraprocesados** que los hace más sabrosos.
- ▶ El **exceso de sal añadida** (con ultraprocesados y el salero) puede favorecer el desarrollo de enfermedades como **hipertensión arterial**, **cefaleas** (dolores de cabeza), **osteoporosis** (problemas en los huesos)....
- ☞ En definitiva, si eres una persona sana, la sal con moderación puede estar presente siempre y cuando la alimentación está basada principalmente en **alimentos naturales** (y no ultraprocesados) como **verduras**, **frutas**, **legumbres** y **frutos secos**.

GRASAS



GRASAS (de ultraprocesados)

- ▶ Los ultraprocesados son aquellos que, generalmente, contienen **más de 5 ingredientes**, entre los que se encuentran los **azúcares añadidos**, las **harinas** y **aceites refinados**, **aditivos** y **sal**.
- ▶ Estas grasas, elevan el **colesterol "malo"** y **reducen el bueno**, y también influyen en el **aumento de peso** y padecer otras enfermedades a largo plazo como **diabetes**, **hipertensión arterial**. U otras enfermedades **degenerativas** (Alzheimer) o **metabólicas** (cáncer ó enfermedades del corazón)
- ▶ Si se consumen, debe ser de forma **ocasional** y siendo conscientes, pero sin remordimientos: se pueden consumir sin problema en cumpleaños, celebraciones o comidas especiales, o porque ese día concreto te apetezca...
- ▶ Tenemos que poder **identificar** que estos tipos de alimentos son **muy palatables** (a nuestro paladar le gustan, están ricos y son "muy sabrosos"), cambian nuestro **estado de ánimo** porque **engañan al cerebro** y éste nos pide mucho más, y como nos sacian poco (nos llena poco) dentro de un rato volveremos a tener hambre.

ULTRAPROCESADOS...



+ 1 cucharadita y media de sal



+ 2 cucharaditas y media de sal



1 cucharadita de sal



3 cucharaditas y media de sal (bote entero)



2 cucharaditas de sal



1 cucharadita de sal

Grasas saludables

Grasas monoinsaturadas



Se encuentran en el aceite de oliva y de canola, en el aguacate y cacahuetes.

Grasas poliinsaturadas



Omega 6: Se encuentra en los aceites de semillas como de girasol y maíz y nueces.
Omega 3: Se encuentra en pescados azules como el salmón, en las semillas de lino y vegetales de hoja verde.

Grasas poco saludables

Grasas saturadas



Proviene principalmente de productos animales como carnes rojas, embutidos, lácteos enteros como leche, quesos curados y untables, cremas y helado. De origen vegetal se encuentran en el aceite y leche de coco y chocolates.

Grasas trans



Son grasas monoinsaturadas Hidrogenadas. Las hallamos en las margarinas y manteca, en la comida rápida, frituras, pastas y pan dulce.

Triángulo de la alimentación saludable

