



Enfoques sociales para promover el consumo de F & V

En el mundo hoy día existe consenso acerca del efecto protector del consumo de frutas y verduras en la mayor parte de las enfermedades que nos afectan, especialmente cardiovasculares, cáncer, obesidad y diabetes. A pesar de existir este conocimiento, el consumo de la población sigue siendo bajo.

Para enfrentar esta situación se requieren nuevas estrategias que aumenten el consumo de frutas y hortalizas, ya que el conocimiento no basta para el cambio de hábito. En el mundo se ha demostrado que la mejor forma de cambiar hábitos es a través de actividades participativas. Por ello son tan interesantes los artículos que se presentan en este número, donde la campaña del chef Jamie Oliver con el Ministerio de Alimentación de Gran Bretaña de enseñar a cocinar alimentos saludables, muestra ser tan efectiva. Las personas que aprenden a cocinar productos saludables y a bajo costo logran cambiar sus hábitos, aumentar el consumo de frutas y verduras y disminuir los alimentos procesados.

Otra iniciativa interesante es la llevada a cabo por la Universidad de Wisconsin con la prescripción del consumo de frutas y verduras por parte de los prestadores de salud, junto con la entrega de 10 dólares para comprar a productores locales, para que de esta forma conozcan los mercados locales de frutas y verduras.

Por último, la evaluación de actividades de promoción del consumo de frutas y verduras en 8 países miembros de la Alianza Global 5 al día es una demostración del esfuerzo conjunto que están realizando más de 40 países a nivel mundial para tener una alimentación saludable y así colaborar a la producción local de frutas y verduras, pero muy especialmente para aumentar su consumo como una forma de prevenir las principales enfermedades que hoy comprometen a la humanidad. Para ello, estrategias como las señaladas en estos artículos, participativas, activas e innovadoras con participación de las familias y de la comunidad, son fundamentales para tener una mejor salud y calidad de vida.

Dr. Fernando Vio del Rio
Presidente Corporación 5 al día Chile

Un boletín compartido
en todo el mundo

P. Alvarado • 5 a Day Nicaragua
S. Barnat • Aprifel • France
P. Binard • Freshfel Europe • Belgium
S. Carballo • 5 a Day Uruguay • MAES
L. DiSogra • United Fresh • USA
P. Dudley • United Fresh • New Zealand
J. Estradas • 5 a Day Bolivia
D. Ferreira • 5 ao dia • Portugal
N. Rios • 5 a Day Paraguay
C. Gamboa • Network 5 a Day Costa Rica
• Ministry of Health
ME. Leão Diogenes Melo • F&V Promotion - INCA
• Brazil
A. Gysi • 5 am Tag • Switzerland
P. Harycki • 5 a Day Poland • KUPS
H. Huss • CO CONCEPT • Luxemburg
Z. Huszti • 5 a Day Hungary
Y. Iritani • 5 a Day Japan
J. Jalkanen • 5 a Day Finland
S. Lauxen • 5 am Tag Germany Corporation
S. Lewis • Fruits & Veggies Half Your Plate! • Canada
C. Macias • F&V Promotion Program of Cuba
• Institute of Nutrition and Food Hygiene
A. Moises • 5xday • Mexico
M. Penny • 5 a Day Peru
E. Pivonka • Fruits & Veggies - More Matters • USA
G. Rebnes • 5 a Dagen • Norway
J. Rey • 5 a Day Spain • Association for the Promotion
of consumption of F&V
A. Senior • 5 a Day Colombia • Corporación
Colombia Internacional
M. Tapia • 5 a Day Foundation Venezuela
F. Vio • 5 a day Chile Corporation
H. von Bargen • 5 am Tag Germany
M. Winograd • 5 a Day Association Argentina



Reconocimiento a 250
colaboradores desde 2006

December 2015 : MJ. Amiot, MN. Shashirekha; Ana F. Vinha and coll. K. Srinivasan; (Bioactive components in F&V)

January 2016: M. Caroli, JP. Redden; E. Van Kleef ; J. Cohen (Food options to increase vegetables consumption)

February 2016: DA. Greenaway. A. Reat. G. Machell. M. Pia Chaparro (Special WIC)

March 2016: A. Scalbert. R. Zamora-Ros. M. Rabassa, C. Andres-Lacueva. E. Combet (Polyphenols)

April 2016 : P. Scarborough; O. Mytton; C. Ni Mhurchu; A. Briggs (Food Taxes & Subsidies)

Editions available in:

English:

www.aprifel.com / www.freshfel.org / www.kauppapuutarhaliitto.fi
www.unitedfresh.co.nz / www.5amtag.ch / www.halfyourplate.ca

French:

www.aprifel.com

Spanish:

www.5aldia.org

Los cursos comunitarios de cocina tienen efectos positivos sobre la ingesta de frutas y verduras y la confianza en la cocina. Lecciones del Ministerio de Alimentación de Jamie Oliver

J. Hutchinson^a, J.F. Watt^b, E.K. Strachan^b, J.E. Cade^a

a. Nutritional Epidemiology Group, School of Food Science and Nutrition, University of Leeds, Willow Terrace, Road, Leeds LS2 9JT, UK

b. The Office of the Director of Public Health, Tech North, 9 Harrogate Road, Leeds, LS7 3NB, UK

Aunque las políticas gubernamentales a menudo se centran principalmente en aumentar el conocimiento del consumidor sobre la alimentación saludable para mejorar las dietas nacionales, es probable que los individuos requieran habilidades prácticas para utilizar este conocimiento. La nutrición culinaria es un nuevo enfoque que combina los aspectos de los principios nutricionales con la cocina y el conocimiento culinario en forma de intervenciones de cocina "prácticas" a menudo basadas en la comunidad¹. La falta de habilidades culinarias se ha asociado con la mala alimentación y el aumento del consumo de alimentos altamente procesados y de alta densidad energética y baja calidad nutricional^{2,3}. Además, los hogares de bajos ingresos suelen tener dietas deficientes y tienen mayores riesgos de enfermedades relacionadas con la dieta^{4,5}, y tienen menos probabilidades de sentirse cómodos cocinando⁶.

La campaña del Ministerio de Alimentación de Jamie Oliver (MoF por sus siglas en inglés) tiene como objetivo reducir las desigualdades relacionadas con la dieta enseñando a los individuos cómo preparar comidas caseras, rápidas, saludables y de bajo costo, usando ingredientes frescos. El impacto del curso de cocina del Ministerio de Agricultura ha sido evaluado en el Reino Unido en relación con los cambios en el consumo de fruta y verdura (F&V) y la confianza al cocinar, en personas que asistieron al centro Leeds Kirkgate Market de 2010 a 2014. En este estudio de intervención pre-post, los resultados cuantitativos se midieron antes e inmediatamente después del curso, ya los 6 meses de seguimiento. Se utilizaron cuestionarios autoadministrados para registrar el número de porciones de F&V consumidas por día, el número de bocadillos consumidos por día y los niveles de confianza en la cocina de los participantes (la puntuación más alta de 5). 795 adultos (43% hombres) que asistieron fueron evaluados antes e inmediatamente después del curso de 2010 (una tasa de respuesta del 66%); 462 cuestionarios completados en los tres puntos de tiempo medidos (una tasa de respuesta de seguimiento del 58%). Se reclutó más del doble del nivel promedio nacional de individuos necesitados. Además, 40 participantes participaron en entrevistas telefónicas estructuradas con detalles de sus experiencias del curso.



Figure 1: Curso del Ministry of Food course in Leeds Kirkgate Market, UK
Courses provided by 'Zest Health for Life'

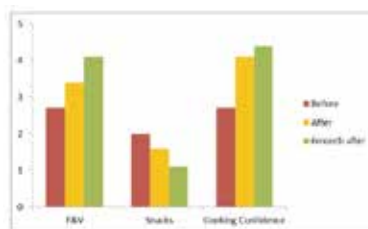


Figura 2: Cambios en la ingesta de F&V, la ingesta de "snacks" y la confianza en la cocina, antes, inmediatamente después, y 6 meses después de la intervención de cocina del Ministerio de Alimentos (MoF) de Leeds (N = 462)

Los análisis de regresión multivariada mostraron que la edad y la discapacidad, pero no la condición de desposeídos, ni la etnicidad, se asociaron con cambios en la ingesta autoinformada de F&V y puntuaciones de confianza en la cocina entre el inicio del curso y seis meses después. Los adultos más jóvenes (16-19) tuvieron aumentos significativamente menores en la ingesta de F&V de aproximadamente la mitad de una porción en comparación con los 20-64 años de edad (diferencia entre los grupos -0,60 (95% CI -1,10, -0,10) porciones/D, P = 0,02) y aquellos con impedimentos físicos tuvieron un cambio menor que aquellos sin discapacidad (-0,69 (95% CI -1,32, -0,07) porciones / d, P = 0,03). Se registraron aumentos menores en la confianza en la cocina para los adultos más jóvenes que para los mayores, y para aquellos con discapacidades de aprendizaje que los que no tenían discapacidades. Además, los varones reportaron un mayor incremento en las puntuaciones de confianza en la cocina a los 6 meses después del curso que en las mujeres (0,29 (95% CI 0,04, 0,55), p = 0,03).

Los resultados de la entrevista telefónica apoyaron los hallazgos cuantitativos. Los encuestados dijeron que el curso había mejorado sus habilidades cortando con cuchillo, el uso de condimentos y aspectos de higiene de los alimentos, así como otras habilidades básicas de cocina. También informaron de un aumento en la conciencia de los costos de compras, los presupuestos y una mayor conciencia sobre el acceso a los alimentos saludables en el mercado de Leeds. Muchos participantes dijeron que visitaron el mercado más, teniendo una mayor conciencia de los alimentos saludables disponibles para ellos allí. Para los participantes de las zonas desfavorecidas de Leeds el aspecto más valioso del curso parecía estar en aprender nuevas recetas y maneras de cocinar a partir de cero, utilizando ingredientes básicos, obteniéndose en la mayoría de los participantes de estas áreas, el haber aprendido maneras más saludables de cocinar que incluían el usar menos grasas y aceites, mientras que poco menos de la mitad adquirió conocimiento sobre el valor de los ingredientes frescos. Los participantes también informaron comer menos alimentos congelados, procesados y "para llevar a casa", altos en grasa. Un beneficio clave para los participantes del curso fue socializar con otros en el curso - por ejemplo, algunos participantes con discapacidades o que viven en zonas desfavorecidas reportaron una clara disminución en el aislamiento social.

Conclusiones

Las intervenciones de cocina basadas en la comunidad del MoF pueden tener efectos positivos significativos en la confianza en la cocina y en la elección de alimentos, específicamente en la ingesta de frutas y verduras y "snacks". Pueden fomentar cambios a corto plazo en la conducta dietaria, que pueden mantenerse y mejorarse a lo largo de períodos de tiempo más largos. También pueden producir una gama más amplia de resultados sociales, incluyendo un aumento en la autoeficacia, el control personal y la confianza general en los adultos. Las intervenciones de cocina basadas en la comunidad pueden presentar un mecanismo efectivo para facilitar cambios dietarios positivos sin hacer mayores las desigualdades socioeconómicas.

Resultados del estudio

Hubo aumentos significativos en el consumo diario de F&V y en los niveles de confianza en la cocina y una disminución significativa en la frecuencia de "snacks" consumidos inmediatamente después del curso (para los que completaron los cuestionarios en a) dos puntos de tiempo, N = 795 y b) N = 462). Además, seis meses después del inicio del curso, el consumo de F&V se había incrementado significativamente desde el inicio del curso en 1,5 (IC del 95% 1,3, 1,6, p <0,001) por día, el número de bocadillos reportó una disminución significativa durante el mismo período Por -0,9 (IC del 95%: -1,0, -0,8, p <0,001) por día, y la confianza en la cocina aumentó en el mismo período en una puntuación de 1,7 (IC del 95% 1,6, 1,9, p <0,001) de cinco (Figura 2).

Basado en: Hutchinson J., Watt J. F., Strachan E. K., & Cade J. E. Evaluation of the effectiveness of the Ministry of Food cooking programme on self-reported food consumption and confidence with cooking. *Public Health Nutrition*, 19 (18), 3417-3427 (2016)

Referencias

1. Condrasky MD & Hegler M (2010) How culinary nutrition can save the health of a nation. *J Extension* 48, 2COM1.
2. Brunner TA, van der Horst K, Siegrist M (2010) *Appetite* 55, 498-506.
3. Hartmann C, Dohle S, Siegrist M (2013) *Appetite* 65, 125-131.

4. James WP, Nelson M, Ralph A et al. (1997) *BMJ* 314, 1545.
5. Darmon N, Drewnowski A (2015) *Nutr Rev* 73, 643-660.
6. Adams J, Goffe L, Adamson AJ et al. (2015) *Int J Behav Nutr Phys Act* 12, 99.

Programa de Prescripción de Frutas y Verduras (FVRx) en Wisconsin Central: Resumen de resultados (FVRx)

Ashley Chrisinger and Annie Wetter

University of Wisconsin Stevens Point, 2101 Main Street, Stevens Point, USA

El consumo inadecuado de frutas y verduras es particularmente preocupante en los niños porque el crecimiento significativo y el desarrollo óseo se producen durante este período. Por otra parte, para muchos estadounidenses, los hábitos dietarios que desarrollan como niños continúan a lo largo de la edad adulta. Las intervenciones durante la infancia, por lo tanto, especialmente las relacionadas con las prácticas parentales, que están relacionadas con los comportamientos dietario de los niños, pueden ser particularmente eficaces para mejorar la salud a lo largo de la vida del niño. Los programas de Prescripción de Frutas y Verduras (FVRx) son una intervención relativamente nueva diseñada para incrementar el consumo de frutas y verduras por parte de los niños al cambiar el ambiente "alimentario" en el hogar; Es decir, reduciendo las barreras para que los padres compren y consuman más frutas y verduras.

Desde su introducción en 2010, los programas de FVRx sólo se han dirigido a vecindarios de bajos ingresos, y muchos de estos programas limitan la inscripción a familias con riesgo de enfermedades crónicas relacionadas con la dieta. Sin embargo, debido a que los datos nacionales muestran que todos los grupos socioeconómicos se beneficiarían de una intervención que aumentara el consumo de frutas y verduras, los socios comunitarios ubicados dentro de WI Central diseñaron un programa piloto FVRx que no apuntó a un grupo socioeconómico específico. El objetivo de este proyecto piloto era identificar si este diseño podría tener un impacto positivo en la compra y consumo de frutas y verduras entre las familias con niños, independientemente de su estado socioeconómico o estado de salud.

En 2015, dos comunidades de WI centrales implementaron y evaluaron un programa de prescripción de frutas y verduras de bajo costo y subsidios bajos, para influir en la compra y consumo de frutas y verduras (FV) de familias sin importar su estatus socioeconómico. Debido a que las familias de todos los grupos socioeconómicos no cumplen con las recomendaciones de FV, nuestro programa no se dirigió específicamente a familias de bajos ingresos. En colaboración con organizaciones comunitarias y proveedores locales de atención médica, los pediatras proporcionaron a las familias recomendaciones de FV, un cupón de \$ 10 para vegetales en el mercado local de agricultores junto con acceso a materiales de apoyo en línea diseñados usando la teoría cognitiva social para reducir las barreras al consumo de FV. El programa funcionó 16 semanas durante la temporada de mercado de los agricultores.

Resumen de los resultados del programa

➤ Participación:

- El 36% de las familias (n = 353) llevaron su prescripción FVRx dada por su pediatra al mercado de los agricultores y recibieron fichas para gastar en productos del mercado.
- Esto resultó en que se gastaron \$ 1.215 en productos locales de los mercados de los agricultores participantes.
- El 10% de las familias participantes nunca había asistido a un mercado de agricultores antes de este programa.
- 40% de los participantes reportaron participar en el material educativo en línea.

➤ Evaluación:

- Para los niños de padres que participaron en este programa, el consumo de frutas y verduras (FV) se incrementó en un 18% y 28%, respectivamente.

- Los padres reportaron mayor confianza en que podrían manejar la respuesta emocional de su hijo a los cambios en la dieta.
- Los padres informaron que la preferencia de sus hijos por las verduras aumentó en el curso del programa de 16 semanas.
- Los padres que no canjearon sus FVRx también fueron menos propensos a aceptar que el costo era una barrera para su consumo de FV.
- Las barreras más altas reportadas para el consumo de FV para los participantes fueron:
 - "mi hijo (a) no elige verduras cuando come" (con un 31% de acuerdo con esta declaración) y
 - "mi hijo (a) no quiere probar diferentes frutas y verduras" (el 24% estuvo de acuerdo con esto)
- 49% de los participantes no estuvieron de acuerdo con una afirmación de que el costo era una barrera para su consumo de FV.

Los comportamientos de los padres alrededor de la compra de FV no cambiaron significativamente en los encuestados, sin embargo, hubo mejoras significativas antes y después del programa en el consumo de FV de los niños reportado por los padres. Las tasas de rescate Rx fueron bajas en comparación con otros programas, probablemente debido a factores logísticos tales como días de mercado limitados y la distancia entre la residencia de la familia y las ubicaciones del mercado. Sólo dos mercados participaron en este programa piloto. La mayoría (90%) de los Rx fueron canjeados por familias ya familiarizadas con los mercados de los agricultores.

El componente de evaluación de este programa reveló algunas limitaciones de usar el mismo diseño estándar del programa FVRx para familias de diferentes estatus socioeconómicos. El modelo para los programas de FVRx se beneficiaría de una investigación adicional sobre componentes de diseño eficaces, específicos para los recursos dentro de la comunidad que ofrece el programa. La implementación de este programa, sin embargo, fue significativa en el desarrollo de las relaciones entre las organizaciones comunitarias y los sistemas de salud.

Seguimiento:

Al entrar en el tercer año de este programa, el diseño se ha modificado para llegar a familias de "bajo riesgo" y de "alto riesgo" de manera diferente. El término de alto riesgo utilizado por el programa está asociado con la inseguridad alimentaria y las complicaciones relacionadas con la salud, estas familias ahora reciben un vale de mayor valor y más apoyo individualizado. El financiamiento para este programa proviene principalmente de los hospitales asociados, pero no funcionaría sin las donaciones en especie de las organizaciones comunitarias asociadas.

Las dos comunidades originales que pilotaron este programa juntos ahora usan diseños diferentes debido a las diversas necesidades y recursos de cada uno a pesar de su proximidad geográfica. Por ejemplo, una comunidad tiene una mayor tasa de pobreza, por lo que se centran exclusivamente en las familias de alto riesgo. Una comunidad ha ampliado las asociaciones a los mercados cerrados que venden productos locales a lo largo de la semana, ya que el principal mercado de los agricultores está abierto sólo una vez por semana. Estos cambios han aumentado la participación del programa y el apoyo de la comunidad.

Basado en: Chrisinger, A. and Wetter, A. Fruit and Vegetable Prescription Program: Design and Evaluation of a Program for Families of Varying Socioeconomic Status. *Journal of Nutrition Education and Behavior* Volume 48, Number 7S, 2016

Actividades de promoción de consumo de frutas y verduras en 8 países miembros de AIAM5.

M. Moñino¹, E. Rodríguez², M.S. Tapia², A. Domper³, F. Vio³, A. Curis⁴, F. Paris⁴, N. Martínez¹, A. Senior⁵, H. Galeano⁵, C. Gamboa⁶, P.E. Alvarado⁷, J.J. Estradas⁸ and AIAM⁵ members

1. Asociación para la promoción del consumo de frutas y hortalizas "5 al día" - España; 2. Fundación "5 al día" Venezuela. 3. Corporación "5 al día" Chile; 4. Fundación Campo, Educación y Salud A.C. 5xdía México; 5. "5 al día" Colombia - Corporación Colombia Internacional; 6. Red "5 al día" Costa Rica. Ministerio de Sanidad; 7. "5 al día" Nicaragua; 8. "5 al día" Bolivia.

¿Qué hicimos?

AIAM5 - Alianza Global de Promoción al Consumo de Frutas y Hortalizas "5 al día"- congrega a 28 organizaciones nacionales de 27 países que, bajo el lema "más frutas y verduras, la mejor opción para tu salud", colaboran para que las políticas globales y nacionales de promoción de la salud, contemplen el consumo diario de frutas y hortalizas, como una prioridad para la prevención y control de las enfermedades asociadas a la alimentación. Dado que la promoción del consumo de frutas y hortalizas (FYH) es el principal objetivo de los socios de AIAM5, se propuso recopilar las prácticas de promoción con el fin de identificar buenas prácticas en el planteamiento de estrategias, programas y actividades para la promoción del consumo de FYH.



¿Cómo lo hicimos?

Desarrollamos un cuestionario para la recogida sistemática de datos que nos permitiera categorizar e identificar fortalezas, debilidades, oportunidades, costo-efectividad, viabilidad, así como las prácticas de mayor potencial para adaptarse a políticas de promoción de salud nacionales de cada uno de los países. Se evaluaron cuestionarios procedentes de México, Chile, Costa Rica, Venezuela, Colombia, Bolivia, Nicaragua y España.

¿Qué resultados obtuvimos?

Se destacó la variada naturaleza jurídica de los socios, aunque era común que contaran con colaboradores del sector profesional de las FYH, departamentos gubernamentales y sociedades científicas del ámbito de la salud, educación y agricultura, así como con grupos de consumidores. Se observaron diferencias entre las campañas, consecuencia de los distintos entornos nacionales particulares y de los socios que conforman las entidades. Las acciones se enmarcaron en programas de marketing social de promoción de la salud y se clasificaron en cuatro grandes grupos:

a. Comunicación, información y/o divulgación de los beneficios del consumo de FYH en distintos entornos: ferias, eventos deportivos, mercados, puntos de venta, congresos, jornadas científicas y técnicas, etc. Los medios usados eran diversos, pero destacaban las redes sociales y los medios de comunicación digitales y tradicionales.

b. Investigación y desarrollo de proyectos y documentos de divulgación científica, generadores de documentos que ayudaban a los socios de las distintas entidades a resolver problemas respecto de los mensajes,

publicación de boletines científicos, estudios de identificación de barreras de consumo, buenas prácticas agrícolas, etc.

c) Educación y/o formación formal e informal, a través de programas educativos, charlas, talleres, etc., dirigidos a consumidores, especialmente a la población infantil y sus familias, tanto en el ámbito escolar como en el comunitario.

d) Responsabilidad Social Corporativa (RSC) para la diferenciación competitiva de empresas y mejora de su reputación, mediante intervenciones comunitarias o en sus plantillas, para prevenir las enfermedades relacionadas con la alimentación.

¿Cuáles fueron las conclusiones principales?

En general, las actividades desarrolladas por las propias entidades, sus socios y otras entidades colaboradoras que reciben servicios en las campañas, estaban basadas en principios que ya han demostrado un impacto relevante en los programas de promoción de la salud en el ámbito comunitario. Sin embargo, fueron muy escasas las acciones llevadas a cabo para evaluar las modificaciones de actitudes para el cambio o de sensibilización de los consumidores respecto del consumo de frutas y hortalizas, probablemente por los limitados recursos económicos y humanos, así como a los limitados e irregulares apoyos de los gobiernos nacionales a estas entidades.

¿Cuáles podrían ser las claves para mejorar las prácticas de promoción?

- Hacer todo lo posible para medir el impacto de los programas, estableciendo indicadores cuantificables para evaluar su grado de alcance y su influencia en el consumo.
- Recopilar sistemáticamente el valor añadido logrado y percibido por las empresas colaboradoras, las que usan el logo de las campañas o reciben servicios en el marco de acciones de RSC.
- Valorar el pago de cuotas anuales por parte de los socios que configuran las entidades tipo "5 al día", para asegurar la continuidad de las acciones.
- Estudiar el nicho de oportunidades que ofrece la RSC de las empresas para obtener recursos y contribuir a la difusión e impacto de las campañas que contribuyan a la salud de sus trabajadores mejorando los entornos alimentarios y el acceso a las frutas y verduras, en la comunidad.
- Adaptar los recursos ya elaborados por algunos socios de AIAM5 para la difusión en redes sociales y ser activos en estas plataformas digitales por su potencial impacto en la comunidad.
- Seguir trabajando para congregarse el mayor apoyo posible en los sectores público, privado, sociedad civil y entidades "5 al día", para facilitar que las políticas de agrícolas y de salud nacionales sean coherentes con la promoción del consumo de frutas y verduras.



Adaptado del artículo M. Moñino¹, E. Rodríguez², M.S. Tapia² et al. Evaluación de las actividades de promoción de consumo de frutas y verduras en 8 países miembros de la Alianza Global de Promoción al Consumo de Frutas y Hortalizas "5 al día"-AIAM5. Rev Esp Nutr Hum Diet. 2016; 20(4): 281 - 297