

Obesidad y medios de comunicación

ebook.ecog-obesity.eu/es/sociedad-comunicacion-entorno-obesidad/obesidad-y-medios-de-comunicacion



Artur Mazur

Facultad de Medicina de la Universidad de Rzeszów, Polonia
e-mail: drmazur@poczta.onet.pl

Igor Radzewicz-Winnicki

Facultad de Medicina de la Universidad de Silesia, Katowice, Polonia

Introducción

El concepto de medio de comunicación hace referencia colectivamente a todos los medios tecnológicos que se usan para la comunicación de masas así como a todas las organizaciones sociales que controlan estas tecnologías. Las tecnologías de comunicación tecnológicas pueden dividirse en dos grandes grupos: los medios de comunicación tradicionales (periódicos, libros, revistas, radio y televisión), que se caracterizan por transmitir los mensajes en un único sentido, del emisor a la audiencia, y los llamados “nuevos medios de comunicación”, que promueven la cooperación interactiva entre dos o más personas transfiriendo y recibiendo mensajes simultáneamente. Históricamente, la comunicación masiva se originó cuando la humanidad desarrolló sus destrezas comunicativas. Este proceso empezó con los primeros homínidos, que usaban la comunicación no verbal: gritos, llantos, chillidos, gestos, mímica y/o silbidos. Pero la auténtica revolución comunicativa ocurrió aproximadamente en el 90.000 - 40.000 a. C., cuando la humanidad inventó el lenguaje. Este hecho, según los antropólogos, significó la transformación del Homo Sapiens en Homo Loquens –los seres humanos capaces de comunicarse. La siguiente piedra angular se alcanzó cuando hace unos 5.000 años se inventó un alfabeto en Mesopotamia y empezó la era de la escritura. Hace escasamente 500 años, en 1455, Johannes Gutenberg diseñó la imprenta, lo que comenzó una revolución real de la información. Desde entonces, la humanidad ha estado viviendo irreversiblemente en la época de los medios de comunicación, que ha influido en aspectos religiosos, políticos, científicos, sociales, culturales y de salud de nuestra vida. La invención de los medios de comunicación interactivos empezó en 1832, cuando el barón Shilling von Canstatt diseñó el telégrafo, abriendo la puerta a desarrollos sucesivos de nuevos inventos que se extendieron ampliamente en el siglo XX [1, 2, 3]. Esta es la razón por la cual los medios de comunicación de masas afectan a la salud de la humanidad y por la que probablemente juegan uno de los papeles más importantes en el proceso de la transformación epidemiológica.

Epidemiología

El contacto de los niños con los medios de comunicación empieza nada más nacer. El contacto temprano de los niños con los medios de comunicación, en la mayoría de los casos a través de fotografías que se toman en la sala de partos y que se distribuyen a través de la web, está muy extendido. El contacto de un niño con la televisión empieza en la etapa de recién nacido y tiende a aumentar continuamente. En el primer año de vida, el niño reacciona a los personajes de la pantalla con mímica y con la voz. A los bebés, lo que más les atrae son los anuncios. Los niños pequeños pasan aproximadamente una hora al día viendo la televisión y a partir del cuarto año de vida la exposición a otros tipos de medios de comunicación se expande y aumenta significativamente hasta llegar a las 7 horas diarias. La relación entre el tiempo que se ve televisión y la obesidad es claramente una preocupación, ya que ver la televisión es un entretenimiento muy popular para los niños en todo el mundo. En el Reino Unido los niños ven una media de 17 horas de televisión por semana (tanto contenido infantil como familiar), la mayoría de las cuales son anuncios [4, 5, 6, 7]. En un estudio multicultural que incluye datos de Estados Unidos, Australia y ocho países europeos se ha demostrado una importante relación entre la exposición a los anuncios y la obesidad infantil [9]. En Estados Unidos, el 80% de los adolescentes posee al menos un dispositivo electrónico como un móvil, una tablet o un ordenador [10, 11, 12]. La presencia de estos dispositivos en las habitaciones de los niños y adolescentes incrementa 1-2 horas al día la exposición a estos medios de comunicación. Hasta el 75% de los hogares estadounidenses tienen al menos 3 televisores. Se estima que la televisión está presente en el 19% de las habitaciones de bebés, el 29% de las de niños entre 2 y 3 años, el 43% de las de niños entre 4 y 6 años y en el 68% de las de niños de 8 años o más. La mitad de los niños estadounidenses tienen también un DVD, vídeo o consola en su habitación, y un tercio disponen de un ordenador con acceso a Internet [10, 11, 12]. Un renombrado estudio multicultural de la UNESCO acerca de 5.000 adolescentes de 12 años de 23 países que

representan diferentes regiones con variadas condiciones de desarrollo, culturales, sociales y económicas ha revelado que el patrón de la exposición de los niños a los medios de comunicación es similar globalmente. Este estudio revela que el 91% de los niños de la muestra tienen acceso a un televisor en casa y pasan de media tres horas al día frente a éste, tiempo como mínimo un 50% superior al que dedican a cualquier otra actividad fuera del colegio, incluyendo los deberes [8]. Según datos de Kaiser Family, los adolescentes estadounidenses pueden pasar casi 12 horas al día usando distintos tipos de medios de comunicación. Después de dormir, el uso de los medios de comunicación es la segunda actividad a la que los adolescentes dedican más tiempo [10]. Un estudio comparativo internacional acerca de los anuncios televisivos para niños indica que la exposición varía entre los 10-12 anuncios por hora en Australia, EEUU y Reino Unido, dos veces menos en Francia, Alemania y Dinamarca y los 2-3 anuncios por hora en Austria y Bélgica. La menor cantidad de anuncios de comida se encontró en Suecia, con casi ninguna publicidad de comida (menos de 1 anuncio por hora) [13]. En Estados Unidos, la media de exposición a los medios de comunicación de niños de 8 a 18 años subió en 2010 hasta las 10 horas 45 minutos al día, con un dominio importante de la televisión. La exposición a los medios de comunicación ha aumentado continua y significativamente en los últimos 10 años. El uso de los medios de comunicación es notablemente superior en familias monoparentales y en hogares con bajos niveles de educación y/o bajos ingresos [10, 11, 12, 14, 15].

Televisión y obesidad infantil

Uno de los impactos mejor documentados de los medios de comunicación en la salud infantil es el incremento del riesgo de obesidad y sobrepeso [5, 6, 7, 9]. La prevalencia de la obesidad en niños y adolescentes se ha incrementado significativamente en las décadas recientes y se ha convertido en un problema de salud pública importante [16]. Según la OMS y la Iniciativa COSI para la vigilancia de la obesidad infantil en Europa, hay al menos el 15%-32% de niños con sobrepeso u obesidad en Europa, con una media del 24%. Esta proporción se está incrementando [16, 17]. Muchos estudios han mostrado la posible correlación entre el tiempo que los niños dedican a ver la televisión, el incremento del índice de masa corporal y un comportamiento nutricional no saludable. Algunos estudios longitudinales bien diseñados como el Framingham Children's Study evidencian que el incremento del tiempo que se ve la televisión es un factor de riesgo independiente que predice un incremento del IMC [15, 16]. Dietz y Gortmaker identificaron por primera vez una relación entre el tiempo que se pasa viendo la televisión y el índice de obesidad entre niños de 12-17 años [18]. En un amplio estudio transversal sobre adolescentes, encontraron una relación dosis-efecto con un incremento del 2% en la prevalencia de obesidad por cada hora adicional que se pasa viendo la televisión [11, 12, 13]. El estudio de Viner y Cole sugiere que ver la televisión en la niñez es un factor de riesgo independiente de IMC elevado en adultos [6]. Otros autores han sugerido que los chicos que ven videos que contienen anuncios publicitarios sobre alimentos, están significativamente más propensos a escoger el producto anunciado que los chicos que no ven los anuncios. Otros estudios observaron que los niños preferían el sabor de los alimentos y bebidas presentados en envases de McDonalds al de aquellos productos idénticos en envases similares pero sin marca [19, 20, 24]. Los hábitos de consumo televisivo predicen la adiposidad futura, sugiriendo un rol causativo. Sin embargo, esta relación es en parte mitigada por el ejercicio y está asociada con diferencias específicas en la ingesta de comida y la dieta. El consumo alto de televisión por parte de niños y adolescentes se asocia con el consumo reducido de fruta y verdura, más picoteo, más ingesta de comida poco saludable y menos ingesta de alimentos más sanos. Ver la televisión está relacionado tanto con el tipo como con la cantidad de comida consumida. Algunos estudios muestran que los niños obesos reconocen más anuncios de comida y en una mayor proporción que los anuncios que no son de comida. También reconocen más anuncios de comida que los niños con

un peso normal [20, 21, 22, 23, 24]. Normalmente, el incremento en la ingesta de calorías asociado con ver la televisión es sobre todo debido al incremento del consumo de comida altamente energética y pobre en nutrientes. En conjunto, el consumo de televisión está asociado con una dieta de poca calidad. Otros estudios señalan que ver la televisión es inversamente proporcional a la ingesta de fruta y verdura. Los niños en particular parece que consumen una parte substancial de su energía diaria viendo la televisión, hasta un 20% y un 25% entre semana y los fines de semana, respectivamente. Ver la televisión puede tener un impacto significativo en el consumo de energía total [24, 25, 26, 27, 28]. El comportamiento nutricional de los niños y adolescentes se ve afectado no solo por el tiempo que se conectan a los medios de comunicación sino también de forma independiente por el contenido de los programas. Los niños que escuchan música tienden a comer menos que los que ven la televisión [27, 28].

La relación con los medios de comunicación también contribuye a la obesidad infantil reduciendo el tiempo que se emplea en la actividad física. Los anuncios de comida en la televisión animan a los niños a elegir productos poco saludables, mientras que la promoción cruzada de productos de comida y personajes televisivos y cinematográficos lleva a los niños a comprar y consumir alimentos poco nutritivos y muy calóricos [22, 23, 27, 28, 29]. Varios estudios han mostrado que la asociación entre consumo televisivo y obesidad se mantiene incluso cuando se tienen en cuenta otras variables de confusión potenciales, como el estatus socioeconómico, la tendencia familiar al sobrepeso y, especialmente, los niveles de actividad física. Otro análisis muestra que en 18 de 22 estudios longitudinales el tiempo de exposición a los medios de comunicación predice un mayor aumento de peso con el tiempo [24, 26]. Hay una pequeña minoría de estudios que no presentan resultados significativos. Sin embargo, esta falta de resultados se suele atribuir a las limitaciones en la definición y la medición del tiempo de uso de los medios en pantalla, entre otros factores de confusión [24].

El marketing alimentario en televisión

Los modelos de perfil nutricional clasifican los alimentos según su composición nutricional por motivos relacionados con la prevención de enfermedades y la promoción de la salud. Estos modelos pueden ser usados para apoyar la regulación de la publicidad alimentaria identificando los productos que deben (o no) ser anunciados a los niños [30]. Las estadísticas de Europa y Estados Unidos muestran que los anunciantes se dirigen a niños y jóvenes para que establezcan lo antes posible una "marca de referencia". La mayoría de comidas y productos alimentarios dirigidos a niños en Europa y Estados Unidos son altamente energéticos y con alto contenido en grasa, azúcar y/o sal, en contraposición a las recomendaciones nacionales e internacionales. Esto es debido a la industria publicitaria, que mueve 250.000 millones de dólares al año con 900.000 marcas vendedoras. Los niños y adolescentes son un público atractivo: los adolescentes gastan 155.000 millones de dólares al año, los menores de 12 años, otros 25.000 millones, y ambos grupos influyen en el gasto anual de sus padres, que puede representar unos 200.000 millones [10, 13, 15, 21, 22, 23]. Es fundamental apuntar que se estima que en los países occidentales cada niño ve alrededor de 40.000 anuncios al año, de los cuales aproximadamente 4.500-7.000 son anuncios de comida no saludable, lo que influye en las expectativas nutricionales de los niños [10, 13, 15]. Los menores de 7 u 8 años tienden a ver los anuncios como algo divertido, entretenido y con información objetiva. A partir de los 8-10 años, los niños desarrollan la habilidad de procesar los anuncios, aunque no necesariamente lo hacen. Desde la más temprana adolescencia (11-12 años), el razonamiento de los niños se vuelve más multidimensional, incluyendo pensamientos abstractos así como concretos [14, 19, 20]. Como se ha dicho anteriormente, los niños que ven videos con anuncios de comida tienden a seleccionar más los productos anunciados que los niños que no han visto los anuncios [10, 14, 19, 20, 22]. También prefieren el sabor de los alimentos y bebidas con la marca McDonalds al de aquellos productos idénticos en envases similares pero sin marca [19, 20, 24]. La publicidad influye claramente en el consumo a corto plazo de los niños de 2 a 11 años. También es bastante claro que

la publicidad influye en la dieta habitual de los niños entre 2 y 5 años y parece influir en niños mayores, de 6 a 11 años. Otros estudios afirman claramente que la exposición a los anuncios se asocia con el nivel de grasa desde la infancia (2 a 11 años) a la adolescencia (12 a 18 años) [19, 20, 24]. La necesidad de introducir regulaciones internacionales para la publicidad de los alimentos muy energéticos y pobres en nutrientes se propuso en el 2004 en el marco de la Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud de la OMS [31]. A pesar de la creciente concienciación social e institucional y de diversos intentos para introducir una protección legislativa contra la excesiva influencia en el consumo alimentario de los jóvenes, hay todavía muchos anuncios dedicados a los niños que abusan de su inexperiencia y credulidad [32, 33, 34]. Además, para reforzar el efecto de las campañas de ventas, los productores ofrecen numerosos productos atractivos como pegatinas y juguetes y promueven su colección con la compra de productos de su marca, como paquetes de cereales, caramelos o comida rápida. Videojuegos, muñecos de peluche, ositos y otros personajes animados se usan en promociones cruzadas relacionando la comida basura con populares personajes cinematográficos, animando a los niños a comprar comida porque los mismos personajes aparecen en los anuncios televisivos de cereales, chocolates, patatas y otros tipos de comida mayoritariamente no saludable [9, 10, 23, 24, 25]. La mayoría de estos anuncios cruzados promocionan los siguientes productos: caramelos (32%), cereales (31%) y comida rápida [23, 24, 25]. Un niño puede estar expuesto hasta a 11 anuncios por hora durante los programas televisivos de un sábado por la mañana [9, 10, 23]. No es sorprendente, pues, que exista una relación significativa entre el tiempo de consumo televisivo y el número de intentos para que los padres compren determinados productos.

Ver la televisión no es solo un instrumento capaz de inducir a un mayor consumo de energía comiendo mientras se ve la televisión y de favorecer el deseo por la comida, sino que también crea actitudes y creencias duraderas acerca de los estándares normativos de nutrición [10, 23, 24]. La información dada por los medios electrónicos, especialmente la televisión, es usualmente tan rápida que no deja tiempo para el análisis crítico del contenido ni para adoptar una postura individual. El 70% de los niños de 6 a 8 años creen que la comida rápida es más sana que la hecha en casa. Esta concepción equivocada está estadísticamente relacionada con el tiempo de exposición a los medios de comunicación. Los niños de 2 a 8 años expuestos a anuncios durante programas de televisión infantiles muestran una tendencia significativa a elegir comida de las marcas anunciadas, incluso si se trata de una corta exposición [14, 15, 19, 20]. Algunos estudios sugieren que el número de anuncios vistos por los niños tiene un impacto directo en lo que desean comprar. Un estudio muestra que tres de cada cuatro peticiones de niños son de productos alimentarios vistos en la televisión [10]. Otro estudio apunta que los estudiantes de entre el 7º y el 12º grado que consumen comida rápida al menos tres veces por semana pasan más tiempo viendo la televisión que los estudiantes que no consumen casi nunca comida rápida, o tienden a consumir más cantidad de refrescos que sus compañeros de edades similares. En conclusión, las decisiones de los niños en la compra de alimentos se basan en anuncios engañosos y están mucho más influenciadas por lo que ven los niños en la televisión que los adultos [10, 11, 12].

El colegio

Los niños pasan una gran parte de su vida diaria en el entorno escolar, lo que influye en los niños y las comunidades locales. Estos entornos pueden favorecer la obesidad: en los últimos 20 años, las compañías de marketing han desarrollado estrategias enfocadas exclusivamente a los colegios. Casi el 20% de los institutos de Estados Unidos ofrecen comida rápida de marcas como Pizza Hut, Taco Bell o Subway [10]. En Europa se observa una tendencia similar [24]. Hay muchos tipos de publicidad directa en los institutos: logotipos de refrescos, comida rápida o aperitivos en los marcadores deportivos; carteles de patrocinadores en gimnasios; anuncios en periódicos y anuarios escolares; forros para libros de texto gratuitas con anuncios, y anuncios de comida y bebida de

determinadas marcas en los salvapantallas de los ordenadores escolares. También hay anuncios de comida en los medios de comunicación escolares. Otra forma de publicidad en los colegios son los materiales educativos, incentivos o concursos con patrocinio empresarial. Por otro lado, los colegios pueden jugar un papel fundamental reorientando los entornos físicos y sociales y proporcionando información, herramientas y estrategias prácticas para ayudar a los estudiantes a adoptar estilos de vida saludables. Más del 95% de la gente joven está en colegios. Los estudiantes tienen la oportunidad de comer gran parte de su ingesta diaria y hacer actividad física en el colegio. Los colegios son un entorno ideal para enseñar a los jóvenes a adoptar y mantener un estilo de vida saludable y activo. Las investigaciones muestran que programas escolares bien diseñados y bien implementados pueden promover efectivamente la actividad física y la alimentación saludable [10, 15, 17, 24, 29, 33, 34, 35].

Internet y los nuevos medios de comunicación

La comunicación mediante ordenador ha emergido recientemente como un medio viable tanto para recoger como para divulgar la información médica. Los anunciantes y vendedores han empezado a centrarse en el rápidamente creciente número de niños online con una variedad nuevas técnicas de publicidad y marketing interactivas. La mayoría de las grandes compañías que dirigen sus anuncios y ventas a los niños han creado sus propias webs, diseñadas como “entornos de marca” para niños. Estas webs ofrecen juegos, sopas de letras, concursos, juegos de preguntas, adivinanzas, música, postales electrónicas, clips de anuncios, sorteos, recetas descargables, fondos de escritorio y salvapantallas con sus productos, además de tiendas online que venden sus productos autorizados. En 2009, aproximadamente 1,2 millones de niños de 6-11 años al mes visitaron páginas de juegos publicitarias de empresas de alimentación, pasando hasta 63 minutos por mes en cada página. Los niños también pueden suscribirse a boletines electrónicos con noticias sobre productos y promociones. Varias páginas comerciales dirigidas a niños incluyen anuncios de productos alimentarios dirigidos también a ellos. Las empresas de alimentación usan las redes sociales para dirigir mensajes de marketing directamente a los jóvenes, entre ellas los 12 restaurantes de comida rápida más grandes y 33 marcas de bebidas azucaradas. Por ejemplo, Coca-Cola es la empresa número uno en Facebook, con 56 millones de seguidores. Alrededor del 37% de los niños de 10 a 12 años tiene una cuenta en las redes sociales. Una de las formas de marketing más modernas permite a las compañías de comida llegar a los jóvenes a través de sus dispositivos móviles (móviles, tablets y iPods) mediante mensajes de texto, e-mails, redes sociales y aplicaciones móviles, incluyendo los anuncios en juegos. Las compañías de comida rápida, refrescos, bebidas energéticas, aperitivos y caramelos son las primeras en adoptar el marketing móvil para atraer a los jóvenes. Sin embargo, estos nuevos medios pueden jugar también un papel positivo en la ayuda a los obesos. Los programas a través de internet y el acceso desde teléfonos móviles pueden derribar las barreras tradicionales para acceder a tratamientos de bajada de peso, porque están disponibles las 24 horas, son asequibles y permiten el anonimato para aquellos que evitan buscar ayuda por vergüenza u otros motivos. Estos medios proveen foros que ofrecen apoyo por e-mail, tableros de anuncios, chats, foros de grupo y reuniones online. Los nuevos medios pueden minimizar los problemas de los participantes asociados a las visitas físicas a las clínicas, evitando la pérdida de tiempo, y tiene el potencial para ser usado de muchas formas para mejorar los resultados de la pérdida de peso.

Regulaciones en los anuncios para niños

En el Reino Unido, Grecia, Dinamarca y Bélgica la publicidad infantil está limitada, y en Quebec, Suecia y Noruega la publicidad para niños de menos de 12 años es ilegal. La Unión Europea

también ha introducido disposiciones mínimas en materia de publicidad infantil para sus 27 estados miembros. El artículo 9.2 de la Directiva 2010/13/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 10 de marzo de 2010, sobre la coordinación de determinadas disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros relativas a la prestación de servicios de comunicación audiovisual (Directiva de servicios de comunicación audiovisual) pretende proteger a los niños de los anuncios de comida y bebida no saludable en los programas infantiles. La regulación es la siguiente: *Los Estados miembros y la Comisión impulsarán a los prestadores del servicio de comunicación a desarrollar códigos de conducta en relación con la comunicación comercial audiovisual inadecuada que acompañe a los programas infantiles o se incluya en ellos, de alimentos y bebidas que contengan nutrientes y sustancias con un efecto nutricional o fisiológico, en particular aquellos tales como grasas, ácidos transgrasos, sal o sodio y azúcares, para los que no es recomendable una ingesta excesiva en la dieta total* [32]. La Directiva introduce reglas generales para la publicidad dirigida a menores, por ejemplo, protegerles de la exhortación directa a comprar ciertos productos o del aprovechamiento de su confianza en personas importantes, pero no prohíbe directamente toda la publicidad de alimentos inapropiados ni estipula normas específicas sobre el tipo de comida o la extensión de la promoción de hábitos nutricionales. En lugar de crear una política europea clara sobre publicidad alimentaria, la Directiva pasa la responsabilidad de crear códigos a las empresas de comunicación, sin indicar ninguna necesidad de cooperar con organizaciones de profesionales de la salud y/o administraciones dedicadas a la salud pública en la creación de dichos códigos. La mayoría de regulaciones se centran únicamente en la televisión y los anuncios en los colegios, dejando casi sin regular el espacio de internet, los patrocinios y las promociones cruzadas. En los países europeos, así como en Estados Unidos, comisiones sociales e industriales comunes controlan los códigos de marketing a través del llamado “sistema de autorregulación”, lo que de hecho limita el desarrollo de disposiciones legislativas gubernamentales, a pesar de una fuerte defensa por parte de la salud pública y grupos de consumidores. Estas instituciones autorreguladas están habitualmente fundadas y administradas por la industria. En una perspectiva global, cabe destacar que este tipo de autorregulaciones raramente existe en países de ingreso bajo y mediano, dejando la mayor carga de anuncios dirigidos a la infancia en estos países [31, 32, 33, 34, 40, 41].

Consideraciones para los sistemas de salud

Los profesionales de los sistemas de salud están en una posición privilegiada para informar a los padres y a los niños a afrontar los problemas sociales y de salud relacionados con los medios de comunicación digitales y clásicos. Deben animar a los padres a controlar no solo el tiempo que el niño interactúa con los medios de comunicación sino también el contenido que consume. La alfabetización audiovisual debe introducirse como un estándar en los servicios de protección a la salud que los trabajadores sanitarios ofrecen a las familias. Es esencial animar a los padres y a los niños a utilizar juntos los medios de comunicación y a ayudar a niños a crear habilidades para filtrar el flujo de información, para que la analicen críticamente y discutan sobre su significado. Se debe advertir a los padres que no permitan a los niños tener dispositivos de comunicación en sus habitaciones, especialmente la televisión y un acceso ilimitado a internet. Los pediatras deberían animar a que se discuta en familia sobre el uso de la web y a fomentar la supervisión de actividades online en lugar de aplicaciones de bloqueo o espías (como el V-chip o sistemas de control parental), que son menos efectivas y pueden empeorar la comunicación entre las familias. A nivel de comunidades, deben buscarse posibilidades para iniciar programas preventivos y educativos de mejora de las competencias cognitivas de los niños y de sensibilización sobre el uso de los medios. Tales programas deberían desarrollar preferiblemente la cooperación con guarderías y colegios e incluso empezar a concienciar a los padres en los cursos de preparación al parto. Las comunidades también deberían disponer de las habilidades y los conocimientos necesarios para saber buscar información profesional sobre salud en los medios de comunicación para evitar falsos mitos y

anuncios engañosos. A nivel estatal, es esencial despertar la conciencia de la sociedad y de los agentes interesados sobre el impacto negativo de la exposición descontrolada de los niños a la negativa influencia de los medios de comunicación, que es una forma de abandono y abuso emocional. Deben aumentar la sensibilización y la lucha por la introducción de regulaciones de protección de los niños, en función de la declaración política europea "Salud en todas las políticas" e incluir a todos los medios de comunicación significativos. La existencia y el desarrollo de las nuevas tecnologías de comunicación requiere que el estado ponga especial atención en la introducción de programas de protección de la salud en internet. Las políticas de protección de la salud deben también proporcionar información científica acerca de los riesgos para la salud potenciales relacionados con la exposición a los medios de comunicación de masas y analizar los beneficios potenciales de la introducción de regulaciones en materia de protección de la salud centradas en internet, especialmente a través de contenidos de blogs y medios sociales.

Referencias

1. Irving E. Fang: A history of mass communication: six information revolutions, Burlington 1997, Focal Press , XV-XVII
2. Asa Briggs, Peter Burke: Social History of the Media: From Gutenberg to the Internet; Polity Press, Cambridge 2009, 13-60
3. Dennis Butler Fry: Homo loquens: man as a talking animal, Cambridge University Press, Cambridge 1977, 1-3
4. Reilly JJ, Armstrong A, Dorosty AR, Emmett PM, Ness A, Rogers I, Steer C & Sherriff A (2005) Early life risk factors for obesity in childhood: cohort study. *BMJ* 330,1357–1359.
5. Jago R, Baranowski T, Baranowski JC, Thompson D & Greaves KA (2005) BMI from 3–6 y of age predicted by TV viewing and physical activity, not diet. *Int J Obes (Lond)* 29, 557–564.
6. Viner RM & Cole TJ (2005) Television viewing in early childhood predicts adult body mass index. *J Pediatr* 147,429–435
7. Ortega RM, Andre´s P, Requejo AM, Lo´pez-Sobaler AM, Redondo MR & Gonza´lez-Ferna´ndez M (1996) Influence of the time spent watching television on the dietary habits, energy intake and nutrient intake of a group of Spanish adolescents. *Nutr Res* 16, 1467–1470
8. Groebel Jo: The UNESCO Global Study on Media Violence, UNESCO/OREALIC Bulletin/The Major Project of Education in Latin America and the Caribbean, 49, August 1999,5-17.
9. Lobstein T & Dobb S (2005) Evidence of a possible link between obesogenic food advertising and child overweight. *Obes Rev* 6, 203–208
10. Kaiser Family Foundation: Generation M2: Media in the Lives of 8- to 18-Year-Olds, Kaiser Family Foundation 2010
11. Strasburger Victor C, Jordan Amy B, Donnerstein Ed: Health Effects of Media on Children and Adolescents, *Pediatrics* 2010;125:756-767
12. Strasburger Victor C, Donnerstein Edward: Children, Adolescents, and the Media: Issues and Solutions, *Pediatrics* 1999;103:129-139.
13. Dobb S, Harris L. A spoonful of sugar. Television food advertising aimed at children: an international comparative study. London, UK: Consumers International, 1996.
14. Jackson Ch, Brown J D, Pardun C J: A TV in the Bedroom: Implications for Viewing Habits and

Risk Behaviors During Early Adolescence, *Journal of Broadcasting & Electronic Media* 2008;52(3):349-367.

15. Buijzen M & Valkenburg PM (2000) The impact of television advertising on children's Christmas wishes. *J Broadcast Electron Media* 44, 456–470.
16. L. Ogden, M.D. Carroll, B.K. Kit, K.M. Flegal, Prevalence of Obesity and Trends in Body Mass Index Among US Children and Adolescents, 1999-2010 *JAMA*. 2012;307(5):483-490.
17. WHO: *Obesity and Overweight (Fact Sheet No. 311)*. Geneva: WHO; 2011.
18. Gortmaker SL(1), Must A, Sobol AM, Peterson K, Colditz GA, Dietz WH. WHO: Television viewing as a cause of increasing obesity among children in the United States, 1986-1990. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1996 Apr;150(4):356-62.
19. Nairn, A., & Fine, C. (2008). Who's messing with my mind? The implications of dual-process models for the ethics of advertising to children. *International Journal of Advertising*, 27(3), 447–470.
- 11
20. Nguyen, S. P. (2007). An apple a day keeps the doctor away. Children's evaluative categories of food. *Appetite*, 48, 114–118
21. Halford JCG, Boyland E, Hughes G, Oliveira L & Dovey TM (2007) Beyond-brand effect of television (TV) food advertisements/commercials on caloric intake and food choice of 5 to 7 year old children. *Appetite* 49, 263–267.
22. Halford JCG, Boyland EJ, Cooper GD, Dovey TM, Smith CJ, Williams N et al. Children's food preferences: effects of weight status, food type, branding and television food advertisements (commercials). *Int J Pediatr Obes* 2008; 3: 31–38.
23. Boyland EJ, Harrold JA, Kirkham TC, Halford JC. The extent of food advertising to children on UK television in 2008. *Int J Pediatr Obes* 2011; 6: 455–461.
24. Hastings G, Stead M, McDermott L, Forsyth A, MacKintosh AM & Rayner M (2004) Review of Research on the Effects of Food Promotion to Children. Report prepared for the Food Standards Agency. Glasgow: Centre for Social Marketing, The University of Strathclyde.
25. Snoek HM, Van Strien T, Janssens JMAM & Engels RCME(2006) The effect of television viewing on adolescents' snacking: individual difference explained by external, restrained and emotional eating. *J Adolesc Health* 39,448–451.
26. Woodward DR, Cummings FJ, Ball PJ, Williams HM, Hornsby H & Boon JA (1997) Does television affect teenagers' food choices? *J Hum Nutr Diet* 10, 229–235.
27. Van der Bulck J & Van Mierlo J (2004) Energy intake associated with television viewing in adolescents, a cross sectional study. *Appetite* 43, 181–184.
28. Harrison K & Marske AL (2005) Nutritional content of foods advertised during the television programs children watch most. *Am J Public Health* 95, 1568–1574.
29. Flowers AA, Lustyik K, Gulyas E: Virtual Junk food playgrounds in Europe: advertisements in the UK and Hungary, *Journal of Virtual Worlds Research* 2010;3(2):4-25.
30. Rayner M, Scarborough P, Kaur A. Nutrient profiling and the regulation of

marketing to children: possibilities and pitfalls. *Appetite* 2012; 62: 232–235.

31. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, WHO, Geneva 2004

32. Directive 2010/13/EU, OJ L 95, 15.4.2010

33. Lobstein T, Baur L. Policies to prevent childhood obesity in the European Union. *Eur J Public Health* 2005;15:576–9.

34. Sharma LL, Teret SP, Brownell KD: The food industry and self-regulation: standards to promote success and to avoid public health failures, *Am J Public Health* 2010;100:240-246

35. Molnar A, Garcia DR, Boninger F, Merrill B. Marketing of foods of minimal nutritional value to children in schools. *Prev Med* 2008;47(5):504–7.

36. Lisa M. Powell, PhD, Jennifer L. Harris, PhD, Tracy Fox, Food Marketing Expenditures Aimed at Youth Putting the Numbers in Context *Am J Prev Med* 2013;45(4):453–461.

37. Powell LM, Schermbeck RM, Szczypka G, Chaloupka FJ, Braunschweig CL. Trends in the nutritional content of television food advertisements seen by children in the U.S.: analyses by age, food categories, and companies. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2011;165(12):1078–86.

38. Moore ES, Rideout VJ. The online marketing of food to children: is it just fun and games? *J Public Policy Marketing* 2007;26(2):202–20.

12

39. Harris JL, Speers SE, Schwartz MB, Brownell KD. U.S. food company branded advert games on the Internet: children's exposure and effects on snack consumption. *J Children Media* 2011;6(1):51–68.

40. Set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children, WHO, Geneva 2010

41. Recommendations for an International Code on Marketing of Foods and Non-Alcoholic Beverages to Children, IASO-IOTF, London 2008.

Acerca de los autores



Artur Mazur

Formación y capacitación

Licenciatura en Medicina: Universidad Jaguelónica de Cracovia, Polonia

Especialidad en Pediatría: 1994-1998 con distinciones

Especialidad en Endocrinología: 2010

1998: PhD, Universidad de Medicina de Silesia, Katowice, Polonia

2010: D. Sc., Universidad de Medicina de Silesia, Katowice, Polonia

2011: Catedrático de la Universidad de Rzeszów

Cargo profesional

Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Rzeszów

Director de la Unidad Pediátrica - Departamento de Pediatría, Hospital Regional 2, Rzeszów, Polonia

Publicaciones

Más de 150 artículos/abstracts en revistas científicas nacionales e internacionales.

Editor de 3 libros sobre obesidad, nutrición y salud pública.

Miembro de honor de sociedades científicas

Desde 2013: Presidente del Grupo Europeo de Obesidad Infantil

Desde 2010: Vicepresidente de la Sociedad Pediátrica de Polonia

Desde 2010: Miembro del consejo de la Academia Europea de Pediatría

Igor Radziewicz-Winnicki



Habilidades lingüísticas

Inglés: hablado, escrito y leído

Alemán: hablado, escrito y leído

Ruso: hablado

Checo: hablado, leído

Educación profesional

Especialista en Salud Pública, Universidad de Medicina de Varsovia, Instituto de Medicina Social, Varsovia, Polonia - 2011

Especialista en Pediatría, Clínica pediátrica de la Universidad de Silesia, Katowice, Polonia - 2008

PhD en Ciencias Médicas, Universidad de Medicina de Silesia, Katowice, Polonia - 2006

Doctor en Medicina, Universidad de Medicina de Silesia, Katowice, Polonia - 2001

Carrera profesional

Vicesecretario de estado, Ministerio de Sanidad de la República de Polonia – 2012-actualidad

Profesor en el Colegio de Ciencias de la Salud de la Universidad de Medicina de Silesia, Katowice, Polonia – 2008-actualidad

Profesor Adjunto en la Facultad de Ciencias Sociales y Económicas de la Escuela de Administración de Silesia, Katowice, Polonia - 2007-2012

Asistente en la Clínica Pediátrica de la Universidad de Medicina de Silesia, Katowice, Polonia-2002-2007

Experiencia profesional para y con organizaciones internacionales

Jefe de la delegación polaca de la 66ª Asamblea Mundial de la Salud - 2013

Jefe de la delegación polaca del 62º Comité Regional - 2012

Jefe de la delegación polaca del Consejo de Empleo, Política Social, Sanidad y Consumidores de la Unión Europea - 2012

Delegado de la Sociedad Pediátrica Polaca en la Academia Europea de Pediatría – 2010-actualidad

Miembro de la Sociedad Europea de Pediatría Social y Salud Infantil (actualmente: Sociedad Internacional de Pediatría Social y Salud Infantil) – 2008-actualidad

Miembro de la Alianza Estratégica para la Salud Futura de los Niños en Europa - 2010-actualidad

Delegado de la Sociedad Pediátrica Polaca para la Confederación Europea de Atención Primaria Pediátrica - 2011-2012

Experiencia como presidente en política de alto nivel y comités técnicos a nivel nacional e internacional

Presidente del Comité polaco de prevención y control de infecciones humanas y enfermedades infecciosas humanas – 2013-actualidad

Presidente del Junta Coordinadora del Programa ONUSIDA - 2012

Secretario General de la Sociedad Pediátrica Polaca - 2011-2012

Presidente del Programa Nacional para la prevención de drogas - 2012-actualidad

Presidente de la Comisión de Medicina Ética - 2013-actualidad

Presidente del Comité Directivo del Programa Nacional para el tratamiento de fertilización in vitro
– 2013-actualidad

Cómo usar este artículo

Este artículo se puede usar, compartir y copiar libremente citándolo como:

Mazur A., Radziewicz-Winnicki I (2015). Obesidad y medios de comunicación. En M. L. Frelut (Ed.). The ECOG's eBook on Child and Adolescent Obesity de ebook.ecog-obesity.eu

Al utilizar contenido de este artículo, asegúrese también de indicar los créditos. Para más información, visite ebook.ecog-obesity.eu/terms-use/summary/.

Final

Gracias por leer este artículo.

Si ha encontrado este artículo interesante, compártalo con alguien a quien también le pueda interesar.

Puede visitar ebook.ecog-obesity.eu para descargar y leer más artículos sobre obesidad infantil.