

CONSEJERÍA DE SALUD
CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN



JUNTA DE ANDALUCÍA

Programa de Promoción
de la

Alimentación Saludable en la Escuela



*Programa de Promoción
de la
Alimentación
Saludable
en la Escuela*



JUNTA DE ANDALUCÍA
CONSEJERÍA DE SALUD
CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN

PROGRAMA de promoción de la alimentación
saludable en la escuela. -- [Sevilla] :
Consejería de Salud, [2004]
91 p. : il. col. ; 24 cm
En port.: Consejería de Salud; Consejería
de Educación
1. Promoción de la salud 2. Salud escolar
3. Educación nutricional 4. Alimentos
saludables 5. Hábitos alimenticios
6. Educación en salud I. Andalucía. Consejería
de Salud II. Andalucía. Consejería de
Educación
WA 590
WS 115

PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN LA ESCUELA.

CONSEJERÍA DE SALUD.

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y PARTICIPACIÓN.

CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN.

DIRECCIÓN GENERAL DE EVALUACIÓN Y FORMACIÓN DEL PROFESORADO.

JUNTA DE ANDALUCÍA.

GRUPO DE TRABAJO:

ALONSO ALFONSECA, Javier. *Médico, Centro Andaluz de Medicina del Deporte.*

CABALLERO LÓPEZ, Germana. *Técnica, Consejería de Educación y Ciencia (coord.).*

FERNÁNDEZ REGATILLO, Luz M^a. *Jefa de Sección Promoción y Educación para la Salud, Consejería de Salud.*

GARCÍA GARCÍA, Virginia. *Médico, Equipo de Orientación Educativa, Los Palacios (Sevilla).*

LAMA HERRERA, Carmen. *Médico de Familia, Servicio Andaluz de Salud.*

MUÑOZ BELLERÍN, Jesús. *Jefe de Sección Salud Infantil, Consejería de Salud (coord.).*

RABAT RESTREPO, Juana M^a. *Unidad Nutrición Clínica y Dietética, Hospital Universitario Virgen Macarena.*

REBOLLO PÉREZ, Isabel. *Unidad Nutrición Clínica y Dietética, Hospital Juan Ramón Jiménez.*

YEDRO LOSCERTALES, Margarita. *Maestra, Colegio Público Félix Hernández, Isla Mayor (Sevilla).*

DISEÑO, MAQUETACIÓN E IMPRESIÓN:

Portada e Ilustraciones: PIXELTOON.

Concepto Gráfico: MIGUEL GUTIÉRREZ COMUNICACIÓN.

EDITA:

JUNTA DE ANDALUCÍA, CONSEJERÍA DE SALUD.

D. L. : SE - 2884 - 2004

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	5
INTRODUCCIÓN	11
1. Alimentación, actividad física y sobrepeso en los escolares ...	18
Hábitos alimentarios	18
Actividad Física	22
Obesidad y Sobrepeso	25
2. Los Contextos: Escolar, Familiar, Social	27
La Escuela	27
La Familia	32
El Entorno Social	34
3. Las Políticas	37
OBJETIVOS	41
METODOLOGÍA	63
EVALUACIÓN	73
Evaluación Educativa	75
Métodos y Técnicas de Evaluación	78
Evaluación del Programa	79
BIBLIOGRAFÍA	81





PRESENTACIÓN

INTRODUCCIÓN

OBJETIVOS

METODOLOGÍA

EVALUACIÓN

BIBLIOGRAFÍA





PRESENTACIÓN

Una alimentación equilibrada y la actividad física son los elementos que más contribuyen a un estilo de vida sano. Por ello, resulta deseable que, desde edad temprana, se conozca el importante papel que tiene el tipo de alimentación y el deporte en el mantenimiento de la salud. En este sentido, y junto al rol educativo que cumple la familia, debe aprovecharse el proceso de socialización que tiene lugar en la escuela.

La OMS y la Unión Europea propician las acciones educativas relativas a la salud en el ámbito escolar, por considerarlas factores impulsores de cambio de gran repercusión en el estado de la salud.

El Sistema Educativo Andaluz contempla la Educación para la Salud como parte de la educación integral de las personas. En las diferentes áreas de conocimiento se incorporan contenidos transversales relativos al fomento de hábitos de vida saludable. Así, los niños y niñas, ya en la Educación Primaria, aprenden a conocer su cuerpo, a contribuir a su propio desarrollo adoptando hábitos de salud y bienestar, e incluso a entender la repercusión de determinadas conductas sobre su salud actual y futura.

El material de Promoción de la Salud que aquí se presenta, parte del análisis de la situación actual en relación con la alimentación y la actividad física de los escolares de Andalucía, y plantea una serie de objetivos así como la metodología para el desarrollo de actividades y su evaluación. Al mismo tiempo, ofrece un conjunto de recomendaciones de organismos internacionales que han sido previamente adecuadas a nuestras características culturales y a nuestro sistema educativo.



Por otra parte, la Propuesta de Actividades concreta las distintas temáticas y acciones que el profesorado puede abordar y realizar en el aula. Esta propuesta queda abierta, no obstante, a una continua revisión, ampliación y mejora, tras la evaluación de las actividades y la determinación de su impacto e influencia en el aprendizaje de los hábitos de vida que se desea promover.

Esperamos, pues, que este Programa se convierta en un instrumento didáctico útil para el profesorado, que le permita avanzar en la línea de mejorar la salud y calidad de vida de los niños y niñas que se educan en Andalucía.

LA CONSEJERA DE SALUD
María Jesús Montero Cuadrado

LA CONSEJERA DE EDUCACIÓN
Cándida Martínez López







PRESENTACIÓN

INTRODUCCIÓN

OBJETIVOS

METODOLOGÍA

EVALUACIÓN

BIBLIOGRAFÍA





INTRODUCCIÓN

La población andaluza ha tenido tradicionalmente una adecuada cultura gastronómica gracias, en gran medida, a los productos de su cultivo. La dieta de nuestros mayores, rica en verduras y frutas, se ha constituido en lo que posteriormente se ha venido a denominar Dieta Mediterránea.

Sin embargo, desde hace pocas décadas en nuestra Comunidad Autónoma se han producido importantes cambios sociales y económicos, cambios que han repercutido en nuestros hábitos de vida, que incluyen el patrón de la alimentación y la actividad física que realizamos.

Entre los cambios más importantes que se han producido en nuestra sociedad destacan, por el papel decisivo que han tenido: la industrialización, la progresiva incorporación de la mujer al trabajo y los consiguientes cambios en la estructura y dinámica de las familias, la permeabilización de nuestra sociedad a la incorporación de nuevos patrones de alimentación procedentes de otras culturas, etc.

En este contexto nuestros hijos, hijas y toda la familia, incorporamos nuevas formas de relacionarnos con la alimentación, donde las comidas rápidas y los precocinados, los alimentos hipercalóricos, y el exceso de consumo de carnes rojas van en detrimento de la tradicional dieta rica en cereales, legumbres, frutas y verduras. Estos cambios de calidad y cantidad de comida repercuten de forma inequívoca en la salud de la infancia y la juventud y la determinan cuando llegan a la edad adulta. Obesidad, niveles elevados de colesterol, hipertensión, como factores de riesgo cardiovascular, problemas ortopédicos y endocrinos entre otros, aparecen en la infancia y suelen asentarse en la edad adulta.



En nuestra Comunidad Autónoma, al igual que en la mayoría de los países europeos, existe una oferta abundante de alimentos que hace que los problemas de salud se encuentren relacionados con la sobreabundancia, estando el sobrepeso y la obesidad entre los factores de riesgo que más preocupan desde el punto de vista de la Salud Pública.

Sin embargo, a pesar de que las enfermedades derivadas de las deficiencias nutricionales han sido, en gran medida, eliminadas como problema de Salud Pública, siguen emergiendo déficits en algunos grupos de población, como niños y niñas, especialmente si pertenecen a grupos sociales económicamente desfavorecidos. Dichas deficiencias nutricionales suelen guardar relación con los micronutrientes (por ejemplo: las vitaminas), pudiendo estar presentes incluso cuando los macronutrientes superan sobradamente la demanda.

La ingesta excesiva de energía y grasa saturada se considera responsable de buena parte de la carga de enfermedades relacionadas con la dieta, teniendo implicaciones importantes en términos de discapacidad, deterioro de la calidad de vida y costes sociales y económicos.

La siguiente tabla presenta algunos ejemplos de probables correlaciones entre determinadas patologías y ciertos factores de riesgo de origen alimentario (5)¹.

1. Los números (de color burdeos) que aparecen entre paréntesis, corresponden a obras consultadas para la elaboración de este Programa de Promoción de la ALIMENTACIÓN SALUDABLE en la ESCUELA, dichas reseñas se recogen en el apartado de bibliografía al final del mismo.



Patología	Factores de riesgo de origen alimentario
Hipertensión arterial	Consumo inadecuado de frutas y verduras Consumo excesivo de alcohol Consumo excesivo de sal
Enfermedades cerebrales y Cardiovasculares	Consumo inadecuado de frutas y verduras Consumo excesivo de ácidos grasos saturados Consumo inadecuado de alimentos ricos en fibras
Cánceres (especialmente de colon, mama, próstata y estómago)	Consumo inadecuado de frutas y verduras Consumo excesivo de alcohol Consumo excesivo de sal Consumo inadecuado de alimentos ricos en fibras Actividad física inadecuada o exceso ponderal
Obesidad	Aporte energético excesivo Actividad física inadecuada
Diabetes (tipo 2)	Obesidad Actividad física inadecuada
Caries	Consumo frecuente de hidratos de carbono fermentables Alimentos o bebidas con alto contenido en azúcar
Erosión dental	Consumo de alimentos, frutas o bebidas (ácidos)
Trastornos debidos a una deficiencia de yodo	Consumo inadecuado de pescado o de alimentos enriquecidos con yodo
Anemia ferropénica	Aporte inadecuado o inexistente de hierro Consumo inadecuado de frutas, verduras y carne
Menor resistencia a las infecciones	Consumo inadecuado de frutas y verduras Consumo inadecuado de micronutrientes Lactancia materna inadecuada

Fuente: COMISIÓN EUROPEA. "Informe sobre el estado de los trabajos de la Comisión Europea en el campo de la nutrición en Europa". Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, 2003.



En Andalucía, al igual que en el conjunto de países desarrollados, las principales causas de enfermedad y muerte están relacionadas con la práctica de unos hábitos de vida inadecuados: alimentación poco equilibrada, escasa actividad física, consumo de tabaco, etc.

Estos hábitos actúan como determinantes para la aparición de graves enfermedades como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, y determinados tipos de cáncer. Enfermedades que, además de la magnitud que actualmente representan, preocupan por la tendencia a aumentar el consumo de alimentos por parte de la población.

La prevención de las patologías asociadas a una alimentación inadecuada, mediante la creación de hábitos de vida saludables, concretados en la alimentación y la actividad física, aparece entre los principales objetivos de las políticas para una mayor calidad de vida y bienestar, tanto en el ámbito educativo como sanitario.

La asociación entre la dieta y los factores de riesgo cardiovasculares son bastante consistentes. Existe evidencia científica que informa de que el consumo de ácidos grasos saturados está relacionado con la alta mortalidad por enfermedad cardiovascular y cerebrovascular. Por el contrario, la ingesta reducida de grasa saturada y una mayor ingesta de fruta y verdura inciden favorablemente en la reducción de los factores de riesgo para estas enfermedades (29,39).

Algunos estudios recientes ponen de manifiesto cómo el consumo promedio de grasas saturadas y de colesterol dietético de la población española sobrepasa las recomendaciones de una dieta prudente. Andalucía se encuentra entre estas Comunidades. (41).



Otros estudios también evidencian cómo el exceso de peso, medido a través del Índice de Masa Corporal o IMC, se asocia con mayor frecuencia a trastornos cardiovasculares en España y, más concretamente, asocian el sobrepeso con la hipertensión, la hipercolesterolemia y la diabetes (18).

La enfermedad diabética afecta actualmente en Andalucía, aproximadamente a un 7% de la población general. Existe la convicción de que debido al incremento de la obesidad en la población infantil, en Andalucía, al igual que en los países más desarrollados, se está produciendo una tendencia creciente en el número de niños y niñas con diabetes, especialmente de tipo 2. Esta situación se ha confirmado en otros países como en EE.UU. (38), donde la American Diabetes Association (ADA) ha advertido de esta tendencia y del problema que supone el sobrepeso en menores (1).

La caries y la gingivitis son las enfermedades bucodentales más comunes que afectan a la población escolar, e incluso a las niñas y los niños pequeños. La caries y la gingivitis pueden prevenirse o controlarse, en gran medida, mediante el cepillado de los dientes y la modificación de los hábitos dietéticos. El tercer estudio epidemiológico de salud dental en escolares andaluces del año 2001 nos indica que, aunque han mejorado los índices de caries y restauración de las lesiones que provocan, el 44'9% de la población escolar andaluza de 7 años necesitan instrucción en higiene oral y hábitos dietéticos. Este porcentaje es del 60% para escolares de 12 años y del 61'8% para los de 14. Además se ha observado que los grupos más desfavorecidos son los que presentan un promedio superior de caries (9).



1. ALIMENTACIÓN, SOBREPESO Y ACTIVIDAD FÍSICA EN LA POBLACIÓN ESCOLAR.

Hábitos Alimentarios

Son numerosas las investigaciones que se han ocupado de verificar el impacto de los hábitos nutricionales sobre la salud de las personas. En concreto el modelo mediterráneo de dieta, basada en un elevado consumo de frutas, verduras, legumbres, cereales, pescado y aceite de oliva, es aceptado de manera generalizada por sus bondades, al reducir las tasas de mortalidad por enfermedades cardíacas y oncológicas entre otras (44).

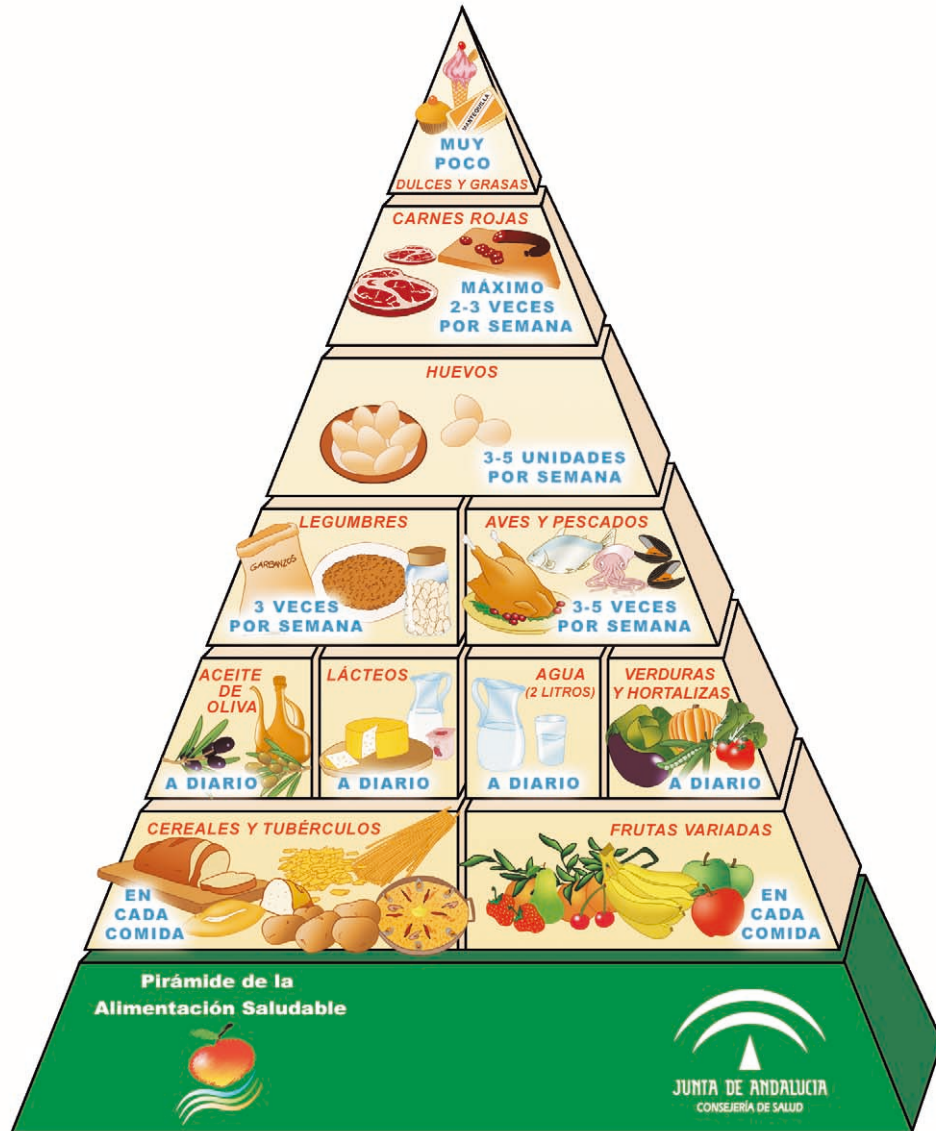
Sin embargo, este tipo de dieta que ha sido propia de nuestra cultura, está cambiando hacia otros modelos occidentales y hoy en día se pueden observar grandes diferencias en los hábitos alimentarios, entre los grupos de personas mayores y el de la juventud, especialmente con la infancia y la adolescencia.

Las guías de alimentación saludable aconsejan una dieta que, además de variada (entendida ésta como la que incluye componentes de diferentes grupos alimentarios), mantenga la ingestión energética en los niveles recomendados.

Con este fin se ha realizado una pirámide de la Alimentación Saludable, en la que se muestra de manera sencilla, la recomendación en la frecuencia del consumo de los distintos alimentos.



Pirámide de la Alimentación Saludable



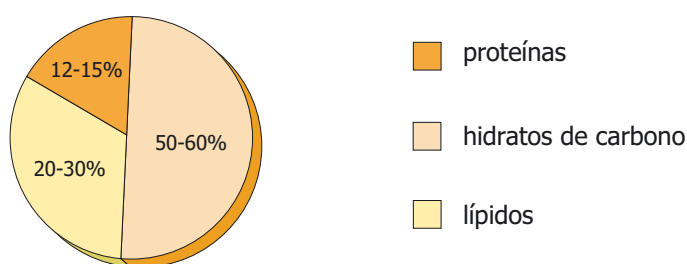
Sin embargo, parece que la variedad es una de las características de las dietas de nuestros hijos e hijas (17,40). La información que se dispone sobre la población escolar coincide al mostrar que, con relación a los niveles recomendados, se está produciendo una disminución de la ingesta de hidratos de carbono, fibra, minerales y vitaminas (fruta, verduras, cereales, legumbres), y de consumo de pescado. Por el contrario, hay un consumo excesivo de carnes rojas y sus derivados (fundamentalmente embutidos), lípidos y azúcares (14,42).

Una de las cuestiones que más han preocupado a nutricionistas, y sobre la que más interés e influencia ha tenido el profesorado, ha sido el desayuno. Las actuales recomendaciones sobre la proporción de aporte calórico y de nutrientes en el desayuno, nos dicen que según cambia la edad varían las necesidades, en cuanto al aporte calórico total, pero varían poco en cuanto a su distribución a lo largo del día.

Actualmente se considera que la distribución ideal de ingesta diaria de alimentos, en la infancia y la adolescencia, es la siguiente:

-Distribución de la ingestión de alimentos en 4 ó 5 comidas al día.

-Distribución de la ingesta de calorías de un 25% en el desayuno, 30% en la comida, 15% en la merienda y 30% en la cena.



-Aporte de hidratos de carbono de un 50-60%, 20-30% de grasas y 12-15% de proteínas de alta calidad.



Sin embargo y de acuerdo con los datos más recientes, no parece que estas recomendaciones se cumplan. En nuestro país el número de escolares que no toman desayuno se encuentra entre el 5 y el 10%, siendo cada vez más evidente la escasa contribución del desayuno y de la merienda a la ingesta calórica a lo largo del día, hecho que se incrementa con la edad. También existen diferencias en cuanto al desayuno según el sexo, siendo más frecuente que sean las niñas las que acudan al colegio sin haber desayunado (14,36,42).

Un desayuno más adecuado, además de contribuir a un patrón dietético más saludable, puede tener una influencia considerable sobre los resultados escolares. Se ha podido comprobar que la resistencia física y el test de creatividad son mejores en los niños y niñas, cuyo desayuno representaba el 20% de la energía recomendada, frente a aquellos en que sólo representaba el 10%. Estos datos estarían en relación con el hecho de que un aumento en las concentraciones de glucosa en sangre aumenta la memoria y el aprendizaje.

En parte, las desviaciones de una correcta alimentación entre la población escolar andaluza pueden ser debidas al insuficiente conocimiento sobre la importancia de la alimentación en el bienestar general y, por esta razón, no es infrecuente encontrar entre las recomendaciones de los trabajos realizados al respecto, la necesidad de fomentar las actividades y programas de información y formación para jóvenes (6).



Actividad Física

En los países desarrollados existe un cambio generacional en cuanto a los hábitos de tiempo libre en la juventud. Podemos decir que, actualmente, debido al desarrollo tecnológico del ocio, la mayor urbanización de nuestros pueblos y ciudades, entre otros múltiples factores sociales, han hecho que el tiempo de ocio de nuestros hijos e hijas sea cualitativamente diferente del que teníamos los que ahora somos padres y madres.

Estos cambios indudablemente tienen sus ventajas, pero también tienen sus inconvenientes. En general está aceptado que hoy los niños y las niñas ocupan mucho tiempo de ocio en casa, viendo la televisión, jugando con video juegos o conectados a Internet, aspectos a los que en muchas ocasiones se añade la falta de infraestructuras, recursos o espacios al aire libre que además permita relacionarse con los demás, fundamentalmente a través del juego.

Esta situación hace que se reduzcan las necesidades energéticas y de movimiento de nuestro organismo, propiciando así la aparición del sedentarismo y sus graves consecuencias como factor de riesgo para las enfermedades anteriormente citadas.

En la siguiente tabla se presentan los resultados de la Encuesta Andaluza de Salud, de 1999, donde se puede apreciar el bajo nivel de ejercicio físico realizado en nuestra comunidad autónoma, así como la diferenciación en cuanto a sexo, observándose como en general las niñas realizan menos actividad física que los niños.



Tipo de ejercicio físico que hacen niños, niñas y adolescentes en su tiempo libre, por edad y género. (%)

Tipo de ejercicio físico realizado	Edad		Género	
	5-9 años	10-15 años	Niño	Niña
Sedentario, no hago ejercicio físico en tiempo libre	11.69	11.95	17.34	22.24
Alguna actividad física o deportiva ocasional	62.18	49.54	49.42	56.76
Actividad física regular varias veces al mes	19.97	28.65	23.51	15.63
Entrenamiento físico varias veces a la semana	5.03	9.28	7.32	4.12

Fuente: Consejería de Salud. Encuesta Andaluza de Salud, 1999

Uno de los espacios más importantes para la práctica de ejercicio y deporte para la juventud son los Colegios. Aunque hay datos que sugieren que la cantidad total de actividad física realizada no depende de cuánta está programada en la escuela, ya que los niños y las niñas compensan ésta con la que realizan fuera de ella (25), en Andalucía es considerable el número de centros escolares que ofrecen a su alumnado sus instalaciones deportivas y de recreo para la realización de actividades deportivas extraescolares (30).

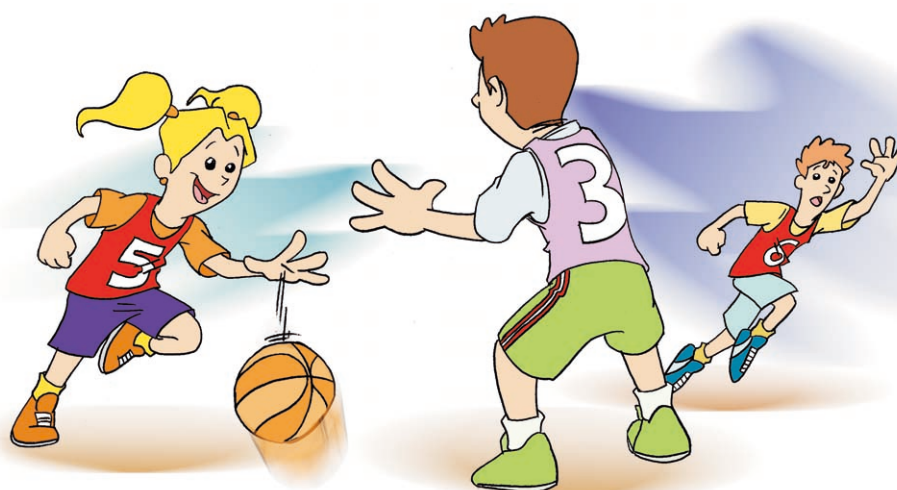


Porcentaje de centros escolares andaluces con actividades deportivas extraescolares para su alumnado

	Tipo de Colegio		Total
	Público	Privado	
Si	73.38	74.63	73.62
No	26.62	25.37	26.38
Total	100	100	100

Fuente: Observatorio del Deporte de Andalucía.

Esta apuesta de los centros por ofertar espacios de encuentro para la práctica deportiva, en muchas ocasiones apoyada por las Asociaciones de Madres y Padres, responde al reconocimiento de las pocas posibilidades que actualmente ofrece el medio donde vivimos y de la importancia como factor formativo y de salud que representa el deporte.



Obesidad y Sobrepeso.

La sobrealimentación y el sedentarismo son dos factores que influyen de manera determinante en el peso corporal de las personas. El sobrepeso y la obesidad se están constituyendo en un verdadero problema de salud, no sólo por la magnitud con que actualmente se presenta, sino además por la tendencia creciente que mantienen en los últimos años.

Uno de los métodos más usados para definir el estado nutricional de una persona es el cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC). Para ello se divide el peso (en Kg.) de la persona, por el cuadrado de su altura, expresada en metros cuadrados. Así por ejemplo, una persona de 70 Kg. y 1,7 m. de altura tiene un IMC de 24,2 kg/m²

Tabla de clasificación actual de los IMC

Desnutrición severa	< 16 kg/m ²
Desnutrición moderada	16 - 16.9 kg/m ²
Desnutrición leve	17 - 18.5 kg/m ²
Normal	18.5 - 24.9 kg/m ²
Sobrepeso grado I	25 - 26.9 kg/m ²
Sobrepeso grado II(preobesidad)	27 - 29.9 kg/m ²
Obesidad tipo I	30 - 34.9 kg/m ²
Obesidad tipo II	35 - 39.9 kg/m ²
Obesidad tipo III (mórbida)	40 - 49.9 kg/m ²
Obesidad tipo IV (extrema)	> 50 kg/m ²

Fuente: SENC. "Guías alimentarias para la población española, recomendaciones para una dieta saludable", 2001.



Tan solo hasta hace poco tiempo, el sobrepeso como problema estaba referido a la población adulta, pero recientemente se observan las mismas características de magnitud y tendencia en la población infantil y juvenil. Los malos hábitos alimentarios y un exceso de vida sedentaria son los factores responsables de esta situación: el 13,9% de la población infantil y juvenil española presenta obesidad, el 12,3% presenta sobrepeso que afecta, sobre todo, al tramo de edad de 6 a 13 años. Algunas investigaciones estiman que la obesidad infantil se ha duplicado en España y en Andalucía en los últimos 10 años.^{2 y 3}

Otros estudios de seguimiento de cohorte; ponen de manifiesto cómo el grado de mantenimiento del estado ponderal entre la edad prepuberal y la edad postpuberal es alto (26).

Un estudio realizado por la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) ha mostrado diferencias de género en relación al tipo de alimento más consumido en la población de 6 a 14 años. Concretamente, entre las niñas de estas edades existe una relación directa entre la obesidad y el consumo de productos de bollería, mientras que los niños obesos de esa edad consumen embutidos con mucha frecuencia.³

En el mismo estudio se ha podido constatar que la obesidad se produce con mayor frecuencia en los niveles socioeconómicos y de estudios más bajos, y entre aquellas personas que no desayunan o lo hacen mal.

2. *XLIV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN). Alicante, 2002.*

3. *V Congreso Nacional de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO), Palma de Mallorca, 2001.*



2. LOS CONTEXTOS: ESCOLAR, FAMILIAR, SOCIAL.

La Escuela

Como ya se ha expresado uno de los espacios imprescindibles para el desarrollo de actividades encaminadas hacia la promoción de hábitos de vida saludable se localiza, sin lugar a dudas, en la escuela. El amplio periodo de escolarización, el cumplimiento de los horarios y calendarios lectivos, el sentido formativo que el propio medio constituye y la capacidad potencial que todo el profesorado posee de inculcar estos estilos de comportamientos sanos en sus alumnos y alumnas, hacen de la escuela un ámbito privilegiado donde se asume la obligación de incorporarlos de forma sustancial, al proceso de enseñanza-aprendizaje en los distintos niveles educativos.

Entre las razones que se podrían argumentar, para reconocer que los centros escolares encauzan a la perfección este tipo de acciones, destacan las dos siguientes:

- Porque permiten acceder prácticamente a toda la población en edad escolar de manera coordinada y simultánea.*
- Porque ofrecen la oportunidad de practicar una alimentación sana y equilibrada, en consonancia con la actividad mental y física que el alumnado lleva a cabo diariamente.*

En consecuencia, es un factor clave, para asegurar su eficacia dentro del marco general de la Promoción de la Salud, que estas acciones educativas estén ubicadas en el Proyecto Curricular de Centro, con el fin de transmitir el conjunto de habilidades y destrezas que coadyuven a mejorar paulatinamente la calidad de vida de la comunidad. Es necesaria, por



tanto, no solo la participación de toda la comunidad educativa, sino también la de los demás estamentos sociales. En este sentido, habría que resaltar la coordinación con las familias, puesto que, sin su compromiso, la labor educativa, como ocurre en todas sus vertientes, podría obtener escasa, o nula, repercusión.

Actualmente, y en relación con el segundo punto, tanto los hábitos alimenticios como la actividad física se insertan en el conjunto de contenidos (conceptuales, procedimentales, actitudinales y transversales), del currículo de las diferentes etapas educativas, donde se hallan plenamente integrados.

La promoción eficaz de la salud en los centros docentes, desde todas las áreas y materias, deberá contribuir a la consecución de objetivos de crucial transcendencia, tanto en su concepción teórica, como en su dimensión práctica, y para ello ha de estar, al mismo tiempo, adecuadamente dotada de los recursos pertinentes. En este sentido, la evidencia que ofrecen numerosos estudios realizados en las dos últimas décadas (29), sugiere que las intervenciones en este campo son más efectivas si:

- Están orientadas a resultados cognitivos y sociales, como prioridad, que produzcan un cambio de conducta.*
- Los programas son de amplio alcance y holísticos, es decir, si relacionan el centro de enseñanza con los organismos y sectores encargados de la salud.*
- La intervención es considerable, abarca varios años escolares y guarda relación con los cambios en el desarrollo social y cognitivo de los jóvenes.*



-Se presta una atención adecuada a crear, reforzar y consolidar dichas capacidades a través de la formación del profesorado y la provisión de recursos.

Además de la organización curricular de los centros, para llevar a cabo estas actividades de Promoción de la Salud, es muy importante que cuenten con las infraestructuras adecuadas y los recursos necesarios, humanos y materiales, con el propósito de que se realicen tanto dentro del aula como fuera de ella (no solo como actividades complementarias, sino también como actividades extraescolares).

En este sentido, la disponibilidad de las instalaciones deportivas y los espacios de recreo, que cumplan las condiciones de seguridad y que satisfagan las expectativas lúdicas creadas en torno a ellos, adquiere una importancia capital a la hora de impulsar la promoción de la actividad física y el deporte, para contrarrestar ciertas tendencias nocivas (el sedentarismo, por ejemplo) de nuestra juventud.

Igualmente, el uso y disfrute de los comedores escolares, presentes en numerosos centros educativos de Andalucía, constituyen por sí mismos un recurso que se va asentando y extendiendo paulatinamente. Son ya muchos los alumnos y las alumnas que aprovechan estas instalaciones, por distintos motivos (principalmente, por falta de recursos económicos o por el horario laboral de padres y madres), para compartir la hora de la comida con sus compañeros y compañeras como otra más, pero diferente, del día lectivo. Este hecho los convierte en un instrumento educativo del mayor interés, especialmente en el ámbito de la nutrición que nos ocupa, ya que, al contar con determinados elementos (cámaras, fogones, baterías, cubiertos, vajillas, material fungible, etc.), pueden llegar a convertirse en el espacio idóneo para el desarrollo de otras actividades que complementen las acciones educativas realizadas en el aula (la confección y preparación de los menús, la conservación de los alimentos, las normas de cortesía y urbanidad, etc.).



En muchos centros educativos de nuestra Comunidad se han desarrollado, y están en marcha actualmente, programas o actividades específicas sobre la alimentación sana y equilibrada, lo cual pone de manifiesto el interés y la motivación del profesorado, que desempeña un papel esencial en los cambios que se observan en relación a los hábitos alimentarios de la población escolar, especialmente en el desayuno. Gracias a esta intervención docente, se ha constatado un avance considerable en el consumo de frutas y verduras, debido a un mayor grado de concienciación sobre el abuso, que ha habido y que todavía persiste, en el consumo de alimentos de producción industrial (bollería, entre otros), en detrimento de los magníficos desayunos tradicionales de nuestra región.

Esta capacidad de influencia formativa del profesorado en los alumnos y las alumnas y, a través de éstos, en sus familias, se convierte en uno de los pilares básicos sobre el que se fundamenta la consecución de los objetivos que se persiguen. Por tal motivo, un Programa de Promoción de la Alimentación Saludable en la Escuela debe contemplar las medidas necesarias para garantizar la formación del profesorado y ofrecer cuantos recursos sean pertinentes para facilitar el desarrollo de su labor.

Además de la escuela, el contexto familiar y social proyecta una corriente de hábitos uniformados de vida sobre la infancia y la juventud. Por ello, las acciones que desde cualquier sector se pongan en marcha para intentar mejorar (y por tanto, cambiar) sus conductas deben contener un planteamiento global de intervención de tipo holístico, esto es, que consiga que la participación de todos los sectores, de la comunidad educativa o no, sea clave para producir cambios profundos y permanentes, con estrategias que reduzcan al máximo los mensajes confusos y faltos de rigor y que, fundamentalmente, potencien la idea de que la alimentación rica, variada y saludable, junto a la práctica razonable del ejercicio físico, son componentes esenciales de la evolución psíquica y física en la etapa de desarrollo en que se encuentra el alumnado.



Las familias, por consiguiente, deben estar implicadas, según les corresponde, en este complejo entramado de acciones educativas, tanto para conseguir cambios favorables, como para mantenerlos. Existe una clara interacción entre los fenómenos familiares y la escuela. Los cambios en el mundo laboral, sobre todo con la incorporación de la mujer al mismo, y la evolución de la estructura familiar, que ofrece una mayor diversidad que en décadas anteriores, están modificando nuestra forma de vida. En muchas ocasiones, los hijos y las hijas deben permanecer más tiempo en el centro educativo para poder compatibilizar sus horarios con los de sus madres y padres.

Ante estas circunstancias, se reclaman renovadas prestaciones y servicios al sistema educativo. Nuestra Comunidad Autónoma ha respondido a estas necesidades con el Decreto de Apoyo a las Familias Andaluzas que la Consejería de Educación y Ciencia ha concretado con el Plan de Apertura de los Centros Educativos a la Comunidad, al que se está acogiendo una gran cantidad de centros. En él se establecen medidas que se proponen conciliar la vida laboral y la familiar. Con este propósito, se ofrece al alumnado una jornada escolar más amplia con nuevos servicios, como las aulas matinales, los comedores escolares y la oferta de actividades extraescolares, para dar respuesta así a los nuevos modelos de organización familiar y al ineludible interés de los padres y las madres a favor de una mayor calidad de vida escolar para sus hijos e hijas.

Por último, debe ser destacado que el papel de conexión entre el colegio y la familia está desempeñado indubitablemente por las Asociaciones de Madres y Padres de Alumnas y Alumnos. Dado que se ha insistido en que la labor docente no cumpliría todos sus objetivos sin la aportación insustituible de las familias, estas asociaciones contraen el inexcusable deber, en pleno uso de sus derechos, de estar presentes de forma activa en el diseño, la planificación y la puesta en práctica de cualquier actividad educativa, especialmente cuando esta pretende que su éxito se constate, principalmente, fuera del entorno escolar, como es el caso de la alimentación sana y equilibrada.



La Familia

En las últimas décadas la institución familiar ha experimentado profundos procesos de cambio, consecuencia, a su vez, de los cambios sociales y de las repercusiones que éstos han tenido en los estilos de vida.

Quizás algunos de los cambios sociales más importantes sean los producidos como consecuencia de las revoluciones tecnológica y laboral y de la globalización de la economía (incluida la industria alimentaria) que, por una parte, han aumentado la disponibilidad de alimentos para la población y, por otra parte, han reducido la actividad física necesaria para la realización de las labores de la vida cotidiana (sustitución de las escaleras por los ascensores, del paseo andando por el coche...).

Todo ello ha tenido como consecuencia la modificación de las necesidades nutricionales medias de nuestra sociedad, el incremento del consumo de alimentos fuera del hogar y el auge de las comidas precocinadas. En general, las dietas de la mayoría de los países europeos son ahora más ricas en proteína animal y en grasa saturada, mientras que el consumo de proteína vegetal, carbohidratos complejos y fibra dietética ha descendido. Dichos cambios dietéticos, sumados al fenómeno del sedentarismo, están asociados a un incremento de la incidencia de las enfermedades ya descritas.

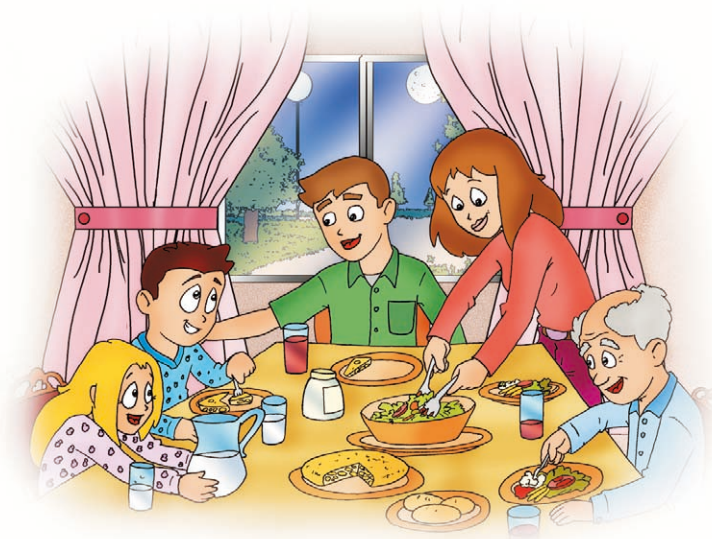
A pesar de los cambios en su estructura y dinámica, la familia sigue siendo uno de los espacios esenciales de socialización y adquisición de los futuros hábitos de vida en el niño.

Las mujeres en general, y las madres en concreto, son el colectivo que muestra una mayor preocupación por la alimentación y porque ésta sea saludable. Así lo indican los estudios sobre la población europea, que señalan que el colectivo que busca más activamente información sobre



nutrición está integrado, mayoritariamente, por mujeres de 35 a 54 años (edades que coinciden con el cuidado de los hijos e hijas), que cuentan, además y al menos, con un nivel secundario de educación.

Este aspecto es especialmente interesante en aquellas familias donde la responsabilidad de la alimentación y de la dieta diaria recae sobre la mujer/madre, porque en este caso es quien crea los hábitos de alimentación. Es importante destacar al respecto, que la mayor parte de la población infantil y juvenil española continúa realizando las comidas principales en casa (42). También es obligado precisar que un porcentaje importante (56%) de jóvenes participa en la elección del menú familiar (15).



Si bien parece ser que en las mujeres hay un mayor nivel de interés y que este se corresponde con un mayor nivel de conocimiento, esta premisa no se cumple, exactamente, cuando nos referimos a las personas jóvenes, pudiendo esto ser debido a que a estas edades, el interés no se corresponde con la búsqueda activa de información. Aunque la juventud muestra altos niveles de interés y de preocupación por estos temas, varios estudios españoles coinciden en la necesidad de elevar los conocimientos sobre alimentación, al poner de relieve que son escasos entre la población infantil y juvenil (6,17,42).



El Entorno Social

El entorno social en el que se mueven los niños, niñas y jóvenes (al igual que en el resto de la población), ejerce una gran influencia en sus hábitos, influencia que escapa al control de padres, madres y de la escuela, y cuyos efectos, favorables o desfavorables, desconocemos en muchas ocasiones.

El entorno social está constituido por el espacio macrosocial, donde participan las industrias, los medios de comunicación (películas, personas de moda, publicidad, etc.), las políticas agrarias y comerciales, ...

El espacio microsocia, conformado por las personas con las que habitualmente nos relacionamos: (amistades, vecindad, compañeros y compañeras, principalmente), tiene un carácter más concreto y local y una capacidad de impacto igualmente considerable. En este contexto se abren posibilidades de actuación para que

las acciones que desde la escuela se desarrollen a favor de unos hábitos de vida saludables, sean facilitadas y apoyadas por este entorno, a través del logro de alianzas de los centros educativos y de las familias con los recursos existentes en la comunidad, que configuran la salud, como son los servicios de salud, el sector comercial local, etc...



Existen fuerzas contrarias para una alimentación saludable en la vida diaria de las personas, como las limitaciones de tiempo y económicas, la publicidad de los productos alimentarios, los conceptos dietéticos erróneos,



la excesiva focalización hacia los beneficios a corto plazo de una dieta saludable, etc.

Según los resultados de una encuesta reciente realizada por el Institute of European Food Studies (IEFS; 19), para los consumidores europeos, las principales fuentes de información sobre nutrición son: los profesionales de la Salud, los medios de comunicación (televisión, radio, revistas, periódicos), la información de los envases de comida, la familia y las amistades.

Por otro lado, hoy se sabe que en las elecciones de alimentación de la juventud influye a menudo la publicidad, de manera especial la televisión, de productos alimenticios poco nutritivos y con un contenido alto en grasa y azúcar. No obstante y aunque los medios de comunicación influyen de manera importante en las formas de vida de la gente joven, estos mantienen actitudes críticas ante su influencia.

El aspecto físico es un factor muy importante en la población juvenil. Mientras que para las chicas el cuidado de la alimentación es el medio para conseguir el aspecto físico deseado, para los chicos es el ejercicio físico (17).

La comodidad (entendida como preferencia por la comida fácil de preparar, los precocinados, etc.) es también un elemento determinante para la juventud de la Unión Europea a la hora de elegir su comida. También en este caso se observan diferencias de género: mientras que las mujeres están más interesadas por la comida saludable, los hombres jóvenes se fijan en el sabor. Sabor y Comida Saludable pueden ser considerados, incluso, como aspectos incompatibles entre sí por algunas personas.

Estos datos sugieren claramente la necesidad de comenzar a estimular pautas de alimentación sanas desde las primeras edades, porque con ello se puede prevenir la aparición de problemas de salud inmediatos y a largo plazo y porque es más difícil cambiar de hábitos alimentarios en edades más tardías (29).



Además, los datos de las encuestas realizadas por el IEFS ponen de manifiesto que los factores que más influyen en la toma de decisiones de la ciudadanía, en relación a la alimentación, son la calidad de los alimentos, el precio, el sabor, el concepto de comida saludable y las preferencias familiares.

También se destaca la poca conciencia existente entre la población de los beneficios para la salud de la actividad física. Así, en España, el ejercicio/actividad no se encuentra entre los 3 primeros factores que pueden influir en la salud, aunque sí la alimentación.

Tampoco está incluido entre los factores, que influyen en el incremento del peso corporal, el consumo de grasas y el consumo de azúcar. La actividad física, como factor de control del peso, está mejor considerada por los jóvenes con un nivel superior de educación y menos por las personas mayores y/o con niveles educativos inferiores.

Entre las barreras que los españoles encuentran para realizar actividad física, se encuentran las obligaciones del trabajo o estudio y el cuidado de menores y/o personas mayores. Estas últimas son argumentadas tres veces más por las mujeres que por los hombres.

Es necesario incrementar la conciencia de que la actividad física se puede desarrollar mediante actividades tales como jardinería, pasear, bailar, etc., y no sólo "haciendo deporte". Hay que transmitir mensajes de que la mayoría de los beneficios de la actividad física pueden lograrse con medidas sencillas, incorporando a la vida diaria actividades como las citadas, que implican un nivel moderado, pero constante, de actividad física.

Lo expuesto hasta ahora adquiere todo su significado cuando partimos, por otra parte, de la consideración de que la familia es la principal educadora de los hijos y las hijas y sus comportamientos y los hábitos de vida familiares son los modelos que les sirven de principal referencia a la hora de adquirir sus propios hábitos de vida.



3. LAS POLÍTICAS

Desde hace años, los Organismos Internacionales como la UNESCO, la OMS, el Consejo de Europa y la Unión Europea, vienen elaborando recomendaciones para que la Educación para la Salud se integre plenamente en la vida y en el currículo de los centros docentes, con el fin de favorecer el autocuidado, adoptar estilos de vida más saludables e implicarse individual y colectivamente en la transformación del entorno natural y social.

Esto se debe a la voluntad por aunar esfuerzos para prevenir y controlar el grave impacto que las enfermedades crónicas tienen en la morbilidad y mortalidad general de los pueblos. Preocupada por esa tendencia la 53ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó, en mayo de 2000, una resolución en la que se subraya la necesidad de desarrollar las medidas correspondientes, concretándose en la elaboración de la Estrategia Mundial OMS sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, cuyo objetivo general consiste en orientar desde el ámbito local, nacional e internacional el desarrollo de actividades que, emprendidas conjuntamente, redunden en mejoras cuantificables del nivel de los factores de riesgo y reduzcan las tasas de morbilidad y mortalidad de la población por enfermedades crónicas relacionadas con el régimen alimentario y la actividad física (32).

Además de la anterior línea política de desarrollo, la OMS refuerza las medidas de promoción de la alimentación equilibrada y de lucha contra el sedentarismo recogiendo en su documento estratégico: "Salud para todos en el Siglo XXI" y más concretamente en su Objetivo 11: "Para el año 2015, todos los grupos de población deberán haber adoptado unos estilos de vida más sanos. Se mejora el equilibrio en materia de nutrición y se eliminan las carencias de vitaminas y minerales, aumentando la disponibilidad, el acceso y el consumo de cereales integrales, legumbres, verduras y frutas y reduciendo el consumo de alimentos con alto contenido en grasas" (33).



Igualmente, la Unión Europea incluye la nutrición como elemento fundamental en sus políticas. La nutrición ocupa un lugar destacado en sus programas de acción comunitaria en el ámbito de la Salud Pública, cuyo objetivo general es garantizar un alto nivel de protección de la salud en la definición y ejecución de todas las políticas y acciones de la Comunidad, promoviendo una estrategia sanitaria integrada e intersectorial. Uno de los ejes de la estrategia se basa en el abordaje de los factores determinantes de la salud a través de medidas de Promoción de la Salud, referentes a determinados temas (nutrición), sobre determinados grupos poblacionales (jóvenes, mayores,...) y en sus entornos (incluyendo los centros educativos).

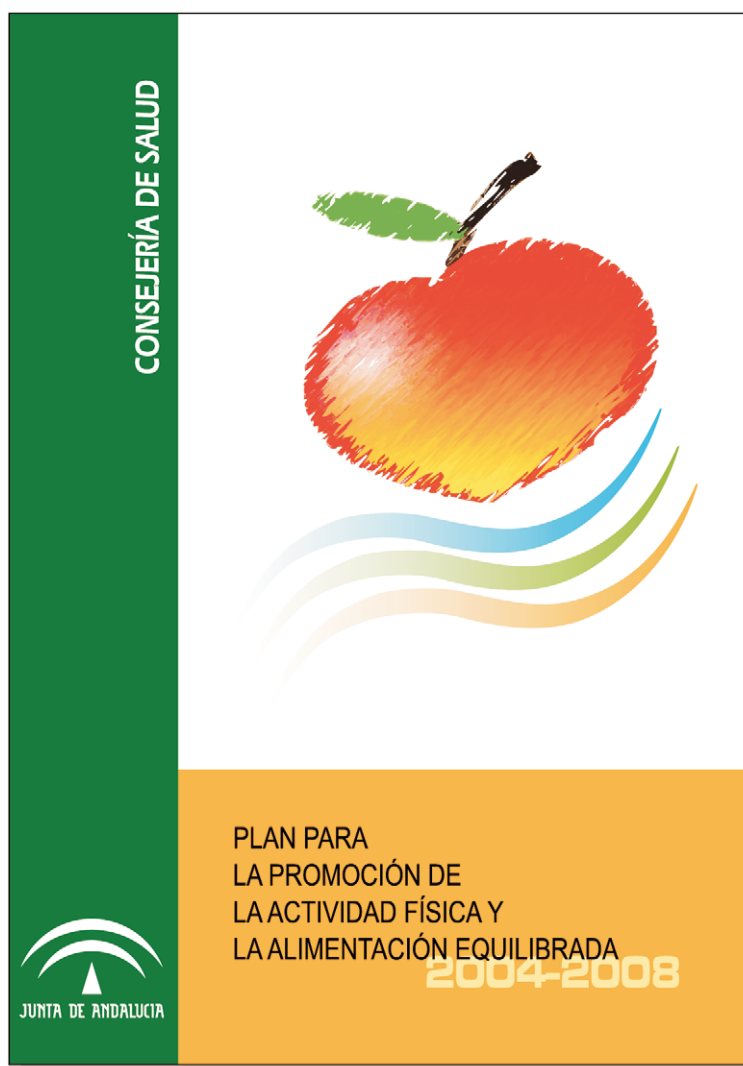
El curriculum de Educación Primaria en Andalucía establece que la Educación para la Salud y la Calidad de Vida constituyen un núcleo de contenidos que deberán abordarse con el objetivo, entre otros, de que los niños y las niñas vayan tomando conciencia de que determinadas actitudes y hábitos contribuyen a un desarrollo individual y social más grato y saludable. La Consejería de Educación ha elaborado documentos de apoyo al profesorado donde pueden encontrar los objetivos, contenidos, orientaciones metodológicas, etc. de las distintas áreas y su relación con la Educación para la Salud.

Dentro de las políticas de Salud contenidas en el Tercer Plan de Salud se contemplan entre sus líneas prioritarias de actuación, el mejorar la salud desde los entornos sociales mediante el fomento de hábitos de vida saludable, a partir de la cual se elaboró el Plan para la Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada 2004-2008 (7).

La elaboración del Programa de Promoción de la Alimentación Saludable en la Escuela viene promovido por este Plan que contempla, dentro de sus objetivos, la elaboración de Programas de Educación para la Salud, dirigidos a la población escolar andaluza, por parte de las



Consejerías de Salud y de Educación y con la participación de sociedades científicas.





PRESENTACIÓN

INTRODUCCIÓN

OBJETIVOS

METODOLOGÍA

EVALUACIÓN

BIBLIOGRAFÍA





OBJETIVOS GENERALES

- *Potenciar la adquisición por parte de niños y niñas andaluces de una alimentación sana y equilibrada.*
- *Promover la adquisición de conocimientos significativos, que permitan la participación del alumnado en la confección de dietas, que sean cuantitativa y cualitativamente más equilibradas.*
- *Favorecer la adquisición de hábitos y habilidades que permitan la autonomía del alumnado de Educación Primaria a la hora de comer.*
- *Colaborar en la educación del gusto y favorecer el desarrollo de capacidades de paladear la comida.*
- *Dotar a niños y niñas de conocimientos, que les permitan analizar las ventajas e inconvenientes que conlleva la alimentación que realizan, relacionándola con el desarrollo sano.*
- *Crear conciencia en las familias y en el alumnado del concepto de calidad en la selección de los productos alimenticios y actitudes sensatas de consumo.*
- *Potenciar el conocimiento y el análisis sobre el reparto de la riqueza y las consecuencias de hambruna en gran parte de la población del entorno cercano y de ámbitos más amplios.*






Con el fin de potenciar estos OBJETIVOS GENERALES se han diseñado una serie de actividades didácticas que ayudarán al profesorado a la consecución de los objetivos que se pretenden con el programa.

ACTIVIDADES


1.3.1. Degustación de diferentes alimentos.

El alumno realizará una degustación de diferentes alimentos de fácil manejo, para que aprenda a diferenciar sabores, olores, texturas, etc., invitándoles a pronunciarse sobre sus preferencias y aversiones, percibiendo y sintiendo.



Amargo Ácido Salado Dulce

¿Con qué parte de la lengua distinguirás el sabor de los siguientes alimentos?



ACTIVIDADES

menú de la semana.

Elaboración de un menú equilibrado y sano para cada uno de los días de la semana, trabajando los gustos personales insistiendo en los rechazos de determinados alimentos.

	PRIMERO PLATO	SEGUNDO PLATO	POSTRE
		Filete empanado y ensalada	Pera
		Pescado con ensalada	Naranja
MIÉRCOLES	Sopa de fideos	Pollo asado con patatas	Yogur
JUEVES	Espaguetis con tomate	Albóndigas con verduras	Plátanos
VIERNES	Crema de verduras	Tortilla de bonito con patatas	Flan

19

57





Estos objetivos se concretan en los siguientes **OBJETIVOS ESPECIFICOS.**

A) Potenciar la adquisición por parte de niños y niñas de una alimentación sana y equilibrada.

Objetivos para el Alumnado:

- *Conocer los diferentes tipos de nutrientes, que son necesarios para mantener un estado óptimo de salud.*
- *Tener información sobre cuáles son las cantidades suficientes de todos estos nutrientes.*
- *Descubrir en qué consiste una dieta equilibrada y comprobar que no existe una dieta ideal para todas las personas, ya que cada una tiene sus propias necesidades, en función de su edad, talla, actividad, etc.*
- *Desarrollar hábitos de alimentación, combinando los diferentes tipos de alimentos en cantidades suficientes en los ámbitos familiares.*



Objetivos para el Centro:

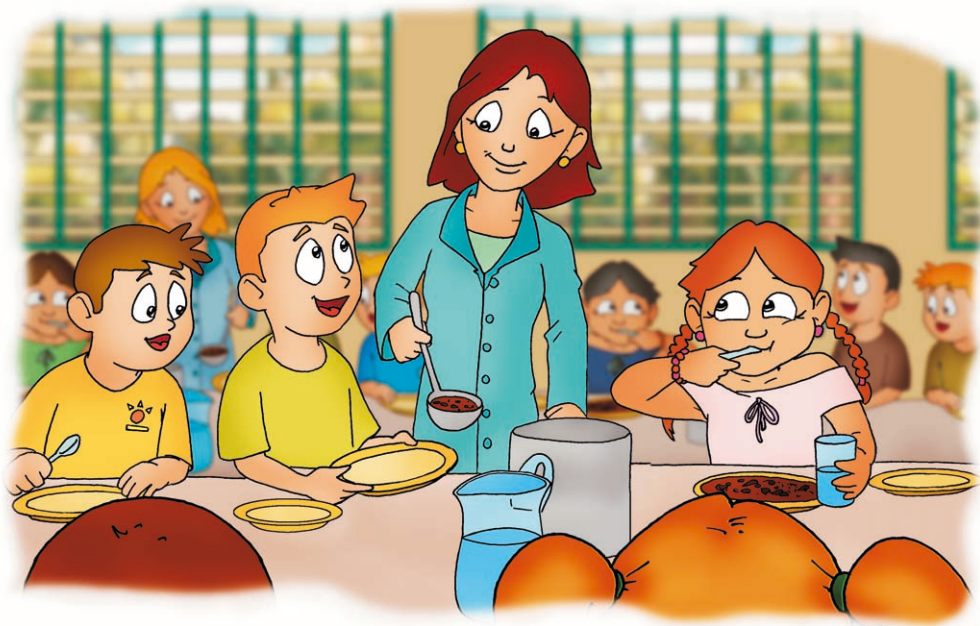
- Promover actitudes y hábitos tendentes a esta dieta equilibrada también desde la escuela.*
- Promover experiencias del alumnado, donde se prueben diversos tipos de alimentos.*
- Evitar el consumo excesivo de golosinas.*
- Informar e incidir paulatinamente en las ventajas de una dieta equilibrada, frente a los problemas que acarrear la obesidad, la desnutrición, etc.*

Objetivos en relación con las Familias:

- Informar a las familias sobre el valor nutritivo de los distintos tipos de alimentos.*
- Comunicar a las familias la necesidad de una alimentación adecuada, para promover en el alumnado una dieta equilibrada.*
- Dar a conocer a las familias la importancia de trabajar conjuntamente.*
- Llegar a un consenso en torno al aprendizaje de los hábitos alimenticios, que se inician en el seno de las familias, se debe continuar en la escuela y de una forma paralela, deben ser enriquecidos en el día a día de cada familia.*



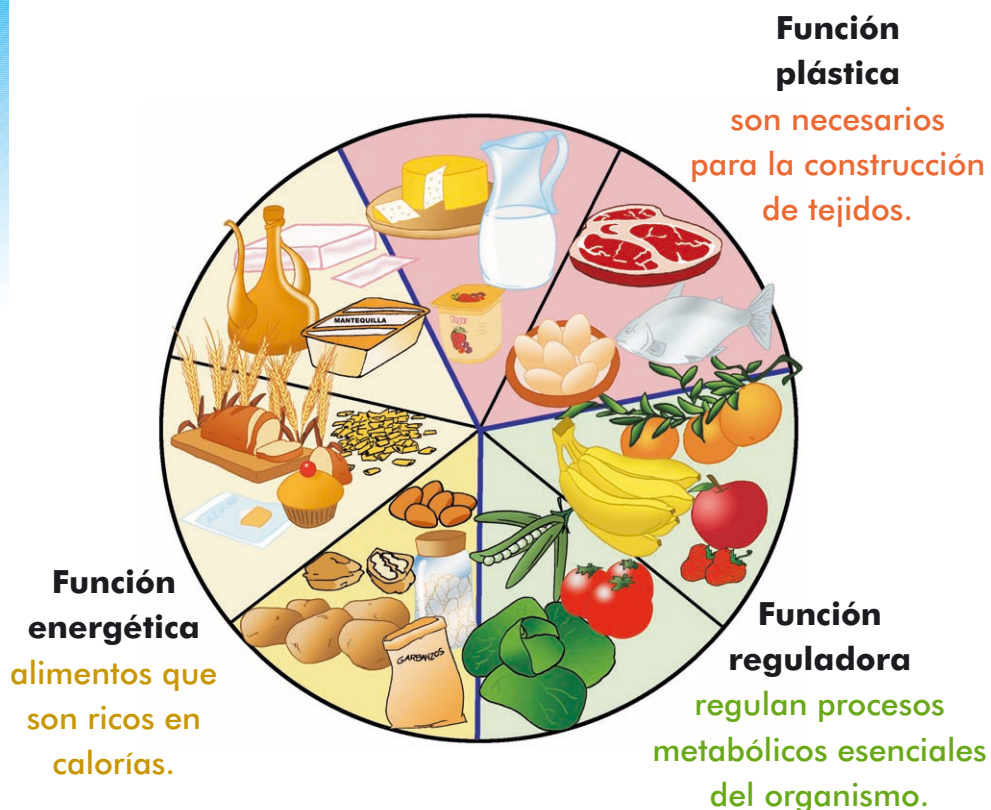
Si en el centro hay comedor escolar, es imprescindible un constante intercambio de información con las familias acerca de las dietas seguidas en el centro y en sus domicilios, de forma que se eviten carencias y reiteraciones en la alimentación.



B) Promover la adquisición de conocimientos significativos, que permitan la participación del alumnado en la confección de dietas, que sean cuantitativa y cualitativamente más equilibradas.

Objetivos para el Alumnado:

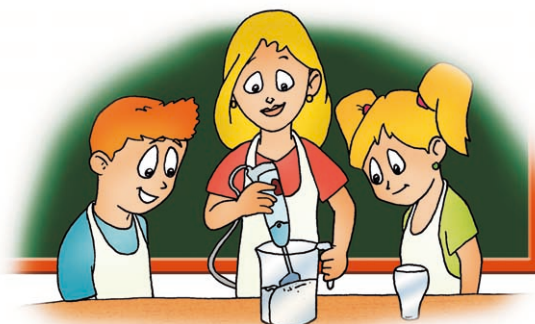
- Saber clasificar los alimentos según su función nutritiva, en los siguientes grupos:



- *Comprender que cada nutriente tiene unas funciones específicas en el organismo y que la mayoría de los nutrientes desarrollan mejor su función si están combinados con otros nutrientes.*
- *Conocer que ningún alimento tiene todos los nutrientes que son necesarios para un desarrollo completo y para alcanzar el estado de salud.*

Objetivos para el Centro:

- *Construir algunos conocimientos básicos que permitan al alumnado, al finalizar la Educación Primaria, participar en la elaboración de dietas equilibradas.*
- *Posibilitar que niños y niñas vayan captando algunos aportes elementales de cada alimento y que participen en la elaboración de dietas simples. El papel del alumnado debe ser activo; podemos proponer talleres de cocina, conversaciones en momentos de ingesta de alimentos, etc.*



- *Explicar el sentido de las dietas que se ofrecen en el centro educativo (puede ser en el tentempié o en el comedor escolar), utilizando un lenguaje adaptado a la edad y a las posibilidades del alumnado.*



Objetivos en relación con las Familias:

- *Desarrollar en el seno de las familias algunas normas como: cantidad adecuada de alimentos en cada comida y para cada persona, variedad de estos alimentos, reparto razonable de estos alimentos a lo largo del día, etc.*
- *Superar actitudes absolutamente estereotipadas, que otorgan a las madres el papel de elaborar todos los menús familiares, desarrollando modelos alternativos en los que se consideren las tareas relacionadas con la cocina como cooperativas, en las que todos los miembros de la familia deben participar.*



C) Favorecer la adquisición de hábitos y habilidades que permitan la autonomía del alumnado de Educación Primaria a la hora de comer.

Objetivos para el Alumnado:

- Favorecer destrezas propias de cada edad, que permitan una mayor autonomía del alumnado a la hora de comer, lo que incidirá en otras parcelas del desarrollo como: la seguridad en sí mismo, la capacidad de relacionarse con sus iguales y personas adultas.
- Incorporar y afianzar rutinas de higiene relacionadas con las actividades derivadas de la alimentación: limpieza de manos, higiene bucal, control postural, etc.
- Realizar diversas experimentaciones con la comida, en las que se contemplen y se permitan los posibles errores en estos intentos del alumnado, promoviendo que se desenvuelvan por ellos mismos.

Objetivos para el Centro:

- Incorporar a rutinas diarias de la vida del centro momentos en los cuales, de forma paulatina se introduzcan hábitos y habilidades como: manejo de cubiertos, utilización del vaso para beber, medidas de higiene antes de sentarse a la mesa, no levantarse a



mitad de comida, servir y recoger la mesa..., que permitan el desenvolvimiento autónomo del alumnado en relación a la alimentación de una forma experiencial.

Objetivos en relación con las Familias:

- Promover los procesos de desarrollo de la autonomía personal en la alimentación como un elemento de las relaciones entre niños y niñas y personas adultas, sobre todo en las primeras edades, alentándolos para que sean parte activa.*
- Captar y valorar la importancia de estos progresos e iniciativas de niños y niñas en la alimentación, posibilitando y compartiendo con ello estas experiencias.*



D) Colaborar en la educación del gusto y favorecer el desarrollo de capacidades de paladear la comida.

Objetivos para el Alumnado:

- *Abordar las experiencias sobre la alimentación desde una dimensión lúdica.*
- *Introducir las capacidades gustativas de diferentes alimentos de una forma paulatina (al principio mediante pequeñas porciones de los alimentos nuevos y, especialmente, cuando tienen más hambre).*

Objetivos para el Centro:

- *Experimentar con sabores de diversos alimentos y promover entre el alumnado el intercambio de opiniones sobre los mismos.*
- *Realizar de forma experimental la educación del paladar, como una mejor alternativa a un mero reconocimiento verbal de las denominaciones de los distintos sabores.*



Objetivos en relación con las Familias:

- *Convertir el acto de comer en algo placentero, sin que esto signifique un menoscabo para la adopción de una dieta variada y saludable, sino superando los obstáculos del rechazo hacia determinadas comidas.*
- *Crear un ambiente distendido y alegre, para favorecer en niños y niñas una actitud positiva ante la comida.*
- *Abordar la degustación de los alimentos conjuntamente con otros aspectos como: la preparación de los alimentos y el estudio de las propiedades nutritivas, llegando a tratamientos globales y significativos.*



E) Dotar a niños y niñas de conocimientos, que les permitan analizar las ventajas e inconvenientes que conlleva la alimentación que realizan, relacionándola con el desarrollo sano.

Objetivos para el Alumnado:

- *Integrar los conocimientos sobre alimentación, estableciendo relaciones con otros factores relacionados con la Educación para la Salud.*
- *Establecer conexiones entre los distintos aspectos del ámbito de conocimientos y experiencias de Educación para la Salud, observando cómo entre las destrezas, las actitudes y los hábitos hay relaciones e inciden unos en otros.*

Objetivos para el Centro:

- *Evitar las posiciones excesivamente “moralistas” y científicas e introducir el análisis y las reflexiones sobre las consecuencias reales de su “estilo de vida”.*

Objetivos en relación con las Familias:

- *Encuadrar todo lo relacionado con la alimentación del alumnado en un conjunto de aspectos que podemos denominar “estilo de vida”, fuera del cual pierde su sentido.*



F) Crear conciencia en las familias y en el alumnado del concepto de calidad en la selección de los productos alimenticios y actitudes sensatas de consumo.

Objetivos para el Alumnado:

- *Clasificar los productos que se utilizan en la elaboración de comidas, analizando su origen y tratamiento.*
- *Analizar y elaborar criterios sobre lo que significa productos de calidad y elección de los mismos dejando al margen criterios consumistas.*

Objetivos para el Centro:

- *Concienciar al alumnado en actitudes positivas contrarias al consumismo.*
- *Ahondar en el conocimiento del alumnado sobre el concepto de calidad en la selección de los alimentos.*



Objetivos en relación con las Familias:

- *Inculcar en el seno familiar la selección de productos de calidad para la elaboración de las comidas.*
- *Introducir estrategias que eviten el consumismo exacerbado y promuevan actitudes sensatas en la adquisición de productos alimenticios.*



G) Potenciar el conocimiento y el análisis sobre el reparto de la riqueza y las consecuencias de hambruna en gran parte de la población del entorno cercano y de ámbitos más amplios.

Objetivos para el Alumnado:

- *Conocer la existencia de situaciones de hambre en entornos cercanos y lejanos al ámbito del alumnado.*
- *Analizar o intentar encontrar explicaciones a estas situaciones de hambre y aportar soluciones.*

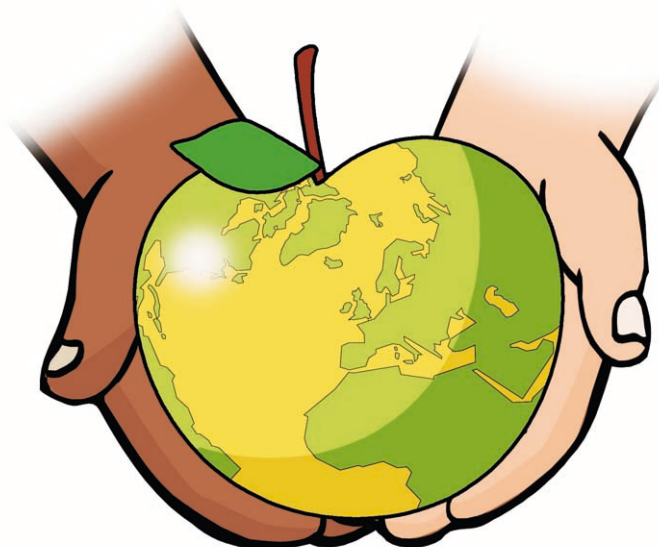
Objetivos para el Centro:

- *Crear conciencia crítica en el alumnado sobre el reparto de la riqueza y las consecuencias en la población que padece hambre.*
- *Analizar el origen de las situaciones de escasez alimentaria y promover alternativas para solucionarlas.*



Objetivos en relación con las Familias:

- *Tomar conciencia y abundar en las situaciones de desigualdad que provocan hambruna en parte de la población.*
- *Compartir en el seno de la familia reflexiones que abunden en el análisis de estas situaciones y comprometerse en la medida de sus posibilidades.*





PRESENTACIÓN

INTRODUCCIÓN

OBJETIVOS

METODOLOGÍA

EVALUACIÓN

BIBLIOGRAFÍA





METODOLOGÍA

Destacamos algunos aspectos generales de cómo abordar metodológicamente esta propuesta educativa sobre alimentación, en particular, y la Educación para la Salud en el marco escolar, en general.

- 1. Las actuaciones docentes que se desarrollen a partir de esta propuesta, al igual que todas las que nos planteemos en torno a la Educación para la Salud, deben estar integradas en el currículo y en la dinámica general del trabajo del aula.**

Estas actuaciones deben tener un enfoque globalizado en la etapa de Educación Primaria y deben estar insertas en los planteamientos diseñados para el conjunto de áreas curriculares con un tratamiento transversal.

En este sentido, un primer riesgo que hay que superar es el planteamiento muy frecuente, que desarrollan algunos docentes, al considerar el ámbito de conocimientos y experiencias relacionados con la Educación para la Salud, como una materia complementaria, que se abordará de una forma colateral a las áreas tradicionales, sobre todo a aquellas que son consideradas como "fundamentales" (lenguaje, matemáticas...). Este peligro se supera, si se consigue que las propuestas didácticas relacionadas con estos temas estén insertas en unas prácticas regularizadas.

La Educación para la Salud se debe concebir como una actividad continuada en los centros docentes, que exige planificación y evaluación.



Pero esto no implica que la Educación para la Salud tenga que ser concebida como una asignatura específica, sino que hay que optar por una concepción en la que se plantee globalizada dentro del conjunto del currículo, integrada con el resto de los contenidos y relacionada horizontalmente con otros ámbitos como: Educación para la Vida en Sociedad, Educación Ambiental, Educación para la Comunicación, Educación para el Consumo...

Lo fundamental no es cómo introducir la Educación para la Salud en la práctica educativa, sino cómo integrarla en la práctica educativa que en el centro se esté llevando a cabo.

2. La Educación para la Salud debe ser una tarea participativa.

La metodología debe ser participativa. Para establecer las prioridades y elegir los temas debemos partir de problemas reales (bajo consumo de frutas y verduras, desayuno insuficiente, un consumo masivo de bollería industrial en el tentempié escolar...). Antes de seleccionar los contenidos y los objetivos específicos, el profesorado debe dar participación al alumnado y a las familias porque son especialmente importantes por el hecho de ser agentes transmisores fundamentales de las conductas y estilos de vida de sus hijos e hijas.

La aplicación de este tipo de programas debe trascender el ámbito puramente escolar; es imprescindible implicar a las familias y también se deben potenciar actividades en las que participe toda la comunidad. Como siempre que planteemos objetivos relacionados con hábitos y actitudes va a ser necesaria una intervención conjunta de familiares y educadores.



Las distintas visiones que, sobre las posibilidades del alumnado, pueden dar familias y docentes determinan la necesidad de establecer un programa común donde se unifiquen criterios.

Habrá que establecer unos afortunados cauces de comunicación que tengan continuidad y que refuercen los mensajes que deseamos transmitir.

3. Hay que potenciar la actividad del alumnado, que debe ser el protagonista del proceso de construcción del conocimiento.

Otra característica importante de este ámbito de conocimientos y experiencias de Educación para la Salud es que su metodología debe ser activa. Ha de estar integrada en la vida diaria del centro y tiene que impregnar las actitudes de toda la comunidad educativa. Esta idea de actividad incluye la participación del alumnado no sólo en la realización de tareas concretas sino, fundamentalmente, en diversas actividades intelectuales (no debemos confundir actividad con movimiento).

En este tipo de planteamientos didácticos el principio de actividad implica un acercamiento de forma experiencial, a diferentes situaciones que ayudarán al alumnado a definir un estilo de vida saludable, lo que presupone su participación en las tareas (superando el papel de mero receptor), de forma que la reflexión sobre todas sus actuaciones sea algo imprescindible.

Los procesos de observación, análisis y crítica de los temas que se aborden deben ser promovidos constantemente.



4. Las aportaciones de profesionales de la sanidad son imprescindibles.

En la estructura participativa antes descrita también se deben incluir a profesionales sanitarios de la zona, que pueden asesorar al profesorado y colaborar en actividades de Educación para la Salud en los centros. Esto no se debe plantear de forma que recaiga en estos profesionales de la sanidad el tratamiento educativo de los temas. Lo que se debe pretender es integrar a estos profesionales en la dinámica del centro recogiendo sus conocimientos y aportaciones.

Nunca el personal sanitario debe sustituir la acción docente del profesorado, sino cooperar con este para que aporten datos sobre los problemas de salud de la zona, algunos programas globales de Promoción de la Salud, factores de salud que tienen una especial incidencia en el centro...

5. Se debe partir de las motivaciones, intereses e ideas previas del alumnado.

En el momento de seleccionar los contenidos, hay que tener en cuenta las motivaciones del alumnado, sus propios intereses, así como la funcionalidad de estos contenidos a corto y largo plazo. El punto de partida siempre debe ser la propia realidad y los conocimientos que niños y niñas ya poseen.

Aunque hay aspectos que, desde el punto de vista sanitario, son fundamentales e importantes por su repercusión en la salud hay otros que



preocupan especialmente al alumnado. El currículo de Educación para la Salud debe recoger contenidos de estos dos grupos, siempre tratando de establecer relaciones entre los factores que objetivamente están afectando a la salud del alumnado y otros que, subjetivamente, les preocupan.

Para que todo esto sea factible, hay que habilitar cauces de expresión para el alumnado sobre todo aquello que les preocupa en cada momento. Se trata de rentabilizar todos los momentos de la vida cotidiana de la clase, para lo que es imprescindible crear previamente un ambiente afectuoso y distendido.

A esta detección de los intereses del alumnado, debemos añadir la preocupación por descubrir sus conocimientos previos sobre los temas que se van a tratar, las ideas previas, sus verdaderas construcciones intelectuales sobre estos temas. Partiendo de estas ideas previas será posible una acción educativa más eficaz.

6. Se deben destacar los aspectos positivos.

Los contenidos de la enseñanza deben ser positivos. Hay que poner énfasis en las ventajas de los comportamientos saludables en vez de mostrar los inconvenientes de las conductas no saludables.

Esto no quiere decir que ocultemos información sobre los problemas de salud que pudiera plantearse. Se trata de que trabajemos con factores que sabemos que pueden contribuir a mejorar las condiciones de vida de las personas: alimentación, higiene, actividad física...



Se deben erradicar las concepciones moralistas de la educación sanitaria, situando al alumnado en una perspectiva que le permita realizar un análisis cada vez más rico y científico de los factores de salud y de sus implicaciones en la vida cotidiana.

Se deben ofrecer el mayor número posible de alternativas que permitan un desarrollo sano. Podemos enseñar nuevas formas de preparar los alimentos que consideramos básicos para una dieta equilibrada, y no criticar o enjuiciar negativamente las consecuencias indeseables que pueda tener su carencia.

Podríamos concluir expresando que no se trata de seguir un diseño metodológico concreto, específico y preestablecido, sino de actuar de modo flexible, con actitudes en las que lo importante no sea el aprendizaje de contenidos de tipo conceptual sino la asimilación de contenidos actitudinales que conduzcan al cambio de hábitos.







PRESENTACIÓN

INTRODUCCIÓN

OBJETIVOS

METODOLOGÍA

EVALUACIÓN

BIBLIOGRAFÍA





EVALUACIÓN EDUCATIVA

En los procesos evaluativos se tendrán en cuenta todas las acciones educativas del centro en Educación para la Salud, desde los progresos que se hayan conseguido en los valores y actuaciones de este ámbito de la transversalidad. También se valorará la aplicación en la puesta en práctica del conjunto de las áreas con el tema transversal, que enfoca la enseñanza con un objetivo último: “aprender a vivir”.

La evaluación debe comenzar por el análisis del Plan de Actividades y de su contextualización.

Entre los elementos concretos que se han de evaluar figuran:

- La adecuación de los objetivos y contenidos programados al NIVEL o CICLO con que se trabaja.*
- La validez de los objetivos seleccionados y secuenciados.*
- La efectividad de los planteamientos metodológicos.*
- La validez de las estrategias sobre alimentación empleadas.*
- La participación y colaboración de las familias.*



La evaluación de cada uno de los elementos supone:

- *Recogida de datos y análisis de la situación de partida (Evaluación Inicial).*
- *Puesta en funcionamiento de medios para resolver la problemática detectada en la situación de partida y valoración de su eficacia (Evaluación continua y formativa).*
- *Elaboración de conclusiones de los elementos antes evaluados (Evaluación Final).*

La evaluación permitirá recoger información para precisar y ajustar eficazmente la acción educativa.

Evaluación Inicial

Para detectar las ideas previas y costumbres alimenticias del alumnado se utilizarán:

- *Las manifestaciones verbales como asambleas y debates grupales, preguntas espontáneas..., que orientarán sobre las ideas y el conocimiento que los niños y las niñas ya tienen y la situación de partida.*



-Los cuestionarios con preguntas claras y precisas que han de cumplimentar, unos el alumnado y, otros las familias.

-Esta evaluación inicial se completaría con la observación directa y registro sobre cómo se alimenta el alumnado en la escuela (la “merendilla del recreo” y/o el comedor escolar).

Evaluación continua y formativa

Se valorarán las actividades, experiencias, estrategias, materiales, etc., que se hayan utilizado corroborada su eficacia en función de la mejora y el cambio en los hábitos y concepciones alimenticias que observemos en el alumnado y en sus familias.

Evaluación final

Al final se procederá a la evaluación a partir de los datos obtenidos en la evaluación continua y formativa, con la referencia de los objetivos generales establecidos y las estrategias de evaluación elaboradas. El contraste de ideas previas y conclusiones sirve de autoevaluación. Se valorará la toma de conciencia adquirida, el esfuerzo y el proceso seguido por el alumnado y la implicación de toda la comunidad educativa. Es importante considerar la incorporación del proyecto educativo de “Alimentación Saludable” en el plan de centro, los cambios ligados a las condiciones del entorno escolar y la mejora de hábitos conseguida (dieta) después de la intervención.



MÉTODOS Y TÉCNICAS DE EVALUACIÓN.

Los métodos y técnicas de evaluación dependen del sentido y la forma que demos a la evaluación. En este ámbito de Educación para la Salud necesitamos instrumentos, estrategias y sugerencias prácticas sobre las formas y situaciones en que se puede realizar la evaluación, ya que nos interesa sobre todo que cumplan una condición esencial: que, dentro de las posibilidades de trabajo en los centros, puedan proporcionar informaciones útiles para los fines que nos proponemos.

Entre otros instrumentos consideramos importantes:

- *Registro anecdótico, observación incidental o “crítica”.*
- *Escala de observación sobre hábitos alimenticios del alumnado.*
- *Registro de observación.*
- *Diario de clase, medio útil para obtener datos con carácter procesual de continuidad, que permite después ver el cambio producido.*
- *Intercambios orales: entrevistas y formas incidentales abiertas.*
- *Debates, asambleas, juegos, simulación, interpretación (role playing), excursiones...*



EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

Por último, es preciso mantener un sistema de información de las actuaciones realizadas por los centros, el grado de consecución de los objetivos propuestos y de la calidad y adecuación de los contenidos del propio Programa, porque sólo de esta manera podremos modificar nuestras intervenciones para hacerlas más eficaces contribuyendo a mantener y mejorar la salud.

Por tanto, la evaluación del programa se realiza a través de los siguientes instrumentos:

Indicadores de participación de los centros:

Nº de centros que realizan el programa por provincia.

Nº de aulas que realizan el programa.

Nº de niños y niñas que participan.

Nº de profesores y profesoras que participan.

Evaluación de las Actividades y de los Materiales:

A través de un cuestionario, elaborado para cada una de las actividades propuestas, dirigido al profesorado.

Evaluación de la participación familiar:

A través de cuestionario.





PRESENTACIÓN

INTRODUCCIÓN

OBJETIVOS

METODOLOGÍA

EVALUACIÓN

BIBLIOGRAFÍA





BIBLIOGRAFÍA

- 1.- **AMERICAN DIABETES ASSOCIATION.** *Type 2 diabetes in children and adolescents.* Diabetes Care 2000; 23: 381 - 89.
- 2.- **ARANCETA J, PÉREZ RODRIGO C, SERRA MAJEM LL, RIBAS L, QUILES IZQUIERDO J, VIOQUE J, FOZ M.** *Prevalencia de la obesidad en España: estudio SEEDO'97* Med Clin (Barc) 1998; 111: 441 - 445.
- 3.- **CALVO SC.** *La dieta en edad escolar.* Madrid: UNED, 1997.
- 4.- **CALVO SC, BOTICARIO C, LÓPEZ C.** *Alimentación, nutrición y salud. II. La dieta en edad escolar (vídeo y guía didáctica).* Madrid: UNED, 1998.
- 5.- **COMISIÓN EUROPEA.** *Informe sobre el estado de los trabajos de la Comisión Europea en el campo de la nutrición en Europa.* Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, 2003.
- 6.- **CANO FERNÁNDEZ C, CHOCRÓN GONZÁLEZ Y, MARTÍNEZ NIETO JM, RODRÍGUEZ MARTÍN A, RUIZ JIMÉNEZ MA, DÍAZ VÁZQUEZ MC, RENDÓN GÓMEZ MA.** *Nivel de conocimientos sobre alimentación/nutrición en adolescentes escolarizados de Cádiz.* Aten Primaria 1998; 22: 33 - 38.
- 7.- **CONSEJERÍA DE SALUD.** *Plan para la Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada 2004 - 2008.* Sevilla: Junta de Andalucía, 2003. (<http://www.juntadeandalucia.es/salud>).



- 8.- **CONSEJERÍA DE SALUD.** *3er. Plan Andaluz de Salud 2003 - 2008.* Sevilla: Junta de Andalucía, 2003. (<http://www.juntadeandalucia.es/salud>).
- 9.- **CONSEJERÍA DE SALUD.** *Tercer estudio epidemiológico de salud bucodental en escolares andaluces 2001.* Sevilla: Junta de Andalucía, 2002.
- 10.- **CONSEJERÍA DE SALUD.** *Propuesta de educación para la salud en los centros docentes.* Sevilla: Junta de Andalucía, 1990.
- 11.- **CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN Y CIENCIA.** *Para una alimentación saludable en la educación primaria.* Sevilla: Junta de Andalucía, 1998.
- 12.- **DIXEY R, HEINDL I, LOUREIRO I, PEREZ-RODRIGO C, SNEL J, WARNKING P.** *Healthy eating for young people in europe a school based nutrition education guide.* Ginebra: WHO Regional Office for Europe, 1999.
- 13.- **DOMINGO VILLARREAL A.** *La educación para la salud en el comedor escolar. (en: Aula de innovación educativa).* Barcelona 2 1994; 32: 54 - 58.
- 14.- **DURÁ TRAVÉ T.** *Ingesta de energía y nutrientes en los alumnos de educación secundaria obligatoria.* An Esp Pediatr 2001; 54: 547 - 554.
- 15.- **FAILDE I, ZAFRA JA, RUIZ E, NOVALBOS JP.** *Valoración de la alimentación de los escolares de una población de la Sierra de Cádiz (Ubrique).* Med Clin (Barc) 1997; 108: 254 - 258.
- 16.- **FELÍCITAS DOMÍNGUEZ-BERJÓN M, BORRELL C, NEBOT M, PLASÈNCIA A.** *La actividad física de ocio y su asociación con variables sociodemográficas y otros comportamientos relacionados con la salud.* Gaceta Sanitaria 1998; 12 (3): 100 - 109.



- 17.- GOÑI MURILLO C, VILCHES C, ANCIZU IRURE E, ARILLO CRESPO A, LORENZO REPARAS V, ANCIZU IRIBARREN P, ÁRIZ VIDONDO M, MARTÍNEZ INDA MJ. *Factores relacionados con los comportamientos alimentarios en una población juvenil urbana*. Aten Primaria 1999; 23: 32 - 37.
- 18.- GUALLAR-CASTILLÓN P, BANEGAS BANEGAS JR, GARCÍA DE YÉBENES MJ, GUTIÉRREZ-FISAC JL, LÓPEZ GARCÍA E, RODRÍGUEZ-ARTALEJO F. *Asociación de la enfermedad cardiovascular con el sobrepeso y la obesidad en España*. Med Clin (Barc) 2002; 118: 616 - 618.
- 19.- INSTITUTE OF EUROPEAN FOOD STUDIES. *A Pan-EU Survey on Consumer Attitudes to Food, Nutrition and Health. Report number two: Influences on food choice and sources of information on healthy eating* (<http://www.iefs.org>).
- 20.- INSTITUTE OF EUROPEAN FOOD STUDIES. *A Pan-EU Survey on Consumer Attitudes to Physical Activity, Body-weight and Health*.
- 21.- INSTITUTE OF EUROPEAN FOOD STUDIES. *Dietary Changes*.
- 22.- LÓPEZ NOMDEDEU C, GARCÍA CUADRA A, MIGALLÓN LOPEZOSA P, PÉREZ COELLO AM, RUÍZ JARILLO C, VÁZQUEZ MARTÍNEZ C. *Nutrición saludable y prevención de los trastornos alimentarios*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio de Educación y Cultura y Ministerio del Interior, 1999.
- 23.- LÓPEZ NOMDEDEU C, NÁJERA MORRONDO P. *Comedores escolares: guía sobre alimentación, nutrición e higiene de los alimentos*. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia, Centro de publicaciones, 1995.



- 24.- **LÓPEZ SANTOS, V.** *Hacia una escuela saludable*. Consejería de Educación y Ciencia, Junta de Andalucía, 1998.
- 25.- **MALLAM KM, METCALF BS, KIRKBY J, VOSS LD, WILKIN TJ.** *Contribution of timetabled physical education to total physical activity in primary school children: cross sectional study*. BMJ 2003; 327: 592 - 3.
- 26.- **MARTÍNEZ VIZCAÍNO F, SALCEDO AGUILAR F, RODRÍGUEZ ARTALEJO F, MARTÍNEZ VIZCAÍNO V, DOMÍNGUEZ CONTRERAS ML, TORRIJOS REGIDOR R.** *Prevalencia de la obesidad y mantenimiento del estado ponderal tras un seguimiento de 6 años en niños y adolescentes: estudio de Cuenca*. Med Clin (Barc) 2002; 119 (9): 327 - 30.
- 27.- **MATAIX VERDU, J.** *Nutrición para educadores*. Madrid: Díaz de Santos, 1995.
- 28.- **MENDOZA BERJANO R, SAGRERA PÉREZ MA, BATISTA FOGUET JM.** *Conductas de los escolares españoles relacionadas con la salud (1986 - 1990)*. Madrid: CSIC, 1994.
- 29.- **MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO.** *Evidencia de la eficacia de la promoción de la salud*. Madrid: MSC, 2000. (www.msc.es/salud/epiemiologia/home).
- 30.- **OBSERVATORIO DEL DEPORTE ANDALUZ.** *Deporte Escolar en Andalucía, 2001 (avance)*. Consejería de Turismo y Deporte. (www.uida.es/oda).
- 31.- **OLIVARES JIMÉNEZ, E.** *La alimentación, actividad del ser humano*. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia Narcea, 1993.
- 32.- **OMS/WHO.** *Process for a strategy on diet, physical activity and health*. Ginebra: WHO, 2002.



- 33.- **OMS/WHO.** *Salud 21, salud para todos en el siglo XXI.* European Health 21. Ginebra: WHO, 1999 (editado por el Ministerio de Sanidad y Consumo).
- 34.- **PALACIOS N, MONTORO JC.** *Guía práctica de la alimentación para el escolar: el deportista del futuro.* Madrid: Consejo Superior de Deportes. Centro Nacional de Investigación y Ciencias del Deporte, 1998.
- 35.- **POZUELOS ESTRADA FJ, TRAVÉ GONZÁLEZ G.** *Para una alimentación saludable en la educación primaria.* Sevilla: Consejería de Educación y Ciencia, 1998.
- 36.- **PÉRULA LA, HERRERA E, DE MIGUEL MD, LORA N.** *Hábitos alimentarios de los escolares de una zona básica de salud de Córdoba.* Rev Esp Salud Pública 1998; 72: 147 - 50.
- 37.- **RIVERO MARTÍN MJ, ROMÁN RIECHMAN E, CILLERUELO PASCUAL ML, BARRIO TORRES J.** *La importancia del desayuno en la alimentación infantil.* Form Contin Nutr Obes 2002; 5(6): 331 - 6.
- 38.- **ROCCHINI AP.** *Childhood obesity and a diabetes epidemic.* N Engl J Med 2002; 346.
- 39.- **RODRÍGUEZ ARTALEJO F, BANEGAS BANEGAS JR, DE OYA OTERO M.** *Dieta y enfermedad cardiovascular.* Med Clin (Barc) 2002; 119: 180 - 188.
- 40.- **ROYO-BORDONADA MA, GORGOJO L, DE OYA M, GARCÉS C, RODRÍGUEZ-ARTALEJO F, RUBIO R, DEL BARRIO JL, MARTÍN MORENO JM.** *Variedad y diversidad de la dieta de los niños españoles: Estudio Cuatro Provincias* Med Clin (Bar) 2003; 120: 167 - 171.



- 41.- RUBIO MA, GUTIÉRREZ FUENTES JA, GÓMEZ GERIQUE JA, BALLESTEROS MD, MONTOYA MT. *Estudio DRECE: dieta y riesgo de enfermedades cardiovasculares en España. Hábitos alimentarios en la población española*. *Endocrinología y Nutrición* 2000; 47 (10): 294 - 300.
- 42.- SERRA MAJEM LL, RIBAS BARBA L, PÉREZ RODRIGO C, ROMÁN VIÑAS B, ARANCETA BARTRINA J. *Hábitos alimentarios y consumo de alimentos en la población infantil y juvenil española (1998-2000): variables socioeconómicas y geográficas*. *Med Clin (Barc)* 2003; 121: 126 - 131.
- 43.- SERRA MAJEM L, ARANCETA BARTRINA J. *Desayuno y equilibrio alimentario. Estudio En Kid 1998-2000*. Barcelona, Ed Masson, 2002.
- 44.- TRICHOPOULOU A, COSTACOU T, BAMIA C, TRICHOPOULOS D. *Adherence to a Mediterranean Diet and Survival in a Greek Population*. *The New England Journal of Medicine* 2003; 348: 2599 - 2608.
- 45.- VARO CENARRUZABEITIA JJ, MARTÍNEZ GONZÁLEZ MA, SÁNCHEZ-VILLEGAS A, MARTÍNEZ HERNÁNDEZ JA, DE IRALA ESTÉVEZ J, GIBNEY MJ. *Actitudes y practicas en actividad física: situación en España respecto al conjunto europeo*. *Aten Primaria* 2003; 31(2): 77 - 86.

