



UNIVERSIDAD DE VALENCIA
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
DEPARTAMENTO DE TEORÍA DE LA EDUCACIÓN
PROGRAMA DE DOCTORADO 335 C
“ACCIONES PEDAGÓGICAS Y DESARROLLO COMUNITARIO”

**EDUCACIÓN ALIMENTARIA, FAMILIA Y
ESCUELA: APROXIMACIÓN AL ESTUDIO
DE LAS ESCUELAS DE RIBERA (SICILLIA)**

TESIS DOCTORAL

Presentada por

Sabina Russo

Dirigida por:

Piedad Sahuquillo Mateo

Teresa Alzate Yepes

VALENCIA
Febrero de 2021

A mi hija Anna

AGRADECIMIENTOS

Es difícil expresar con palabras el agradecimiento que siento hacia las personas que me han acompañado en este camino.

Deseo agradecer al Departamento de Teoría de la Educación de la Universidad de Valencia, al personal docente y administrativo.

Un agradecimiento especial a la Tutora Doctora Piedad Sahuquillo Mateo del Departamento Teoría de la Educación, facultad de Filosofía y C.C. Educación y a la codirectora Doctora Teresa Alzate Yepes de la Escuela Nutrición de la Universidad de Antioquia, de Medellín-Colombia, por su apoyo y su valiosa participación en la consecución de fuentes de información para este trabajo.

Agradezco a la Directora Escolar del Instituto Comprensivo “Vincenzo Navarro” Profesora Paola Triolo y a la Directora Escolar del Instituto Comprensivo “Don Bosco” la Profesora Anna Maria Conti de Ribera, por haberme dado la posibilidad de realizar las actividades para la investigación en sus Institutos.

Agradezco a todos los docentes, a los alumnos y a los padres de familia de las clases que participaron en la investigación.

Un agradecimiento especial al Doctor Biólogo Nutricionista Matteo Pillitteri, por haberme dado la posibilidad de realizar las actividades propias de la investigación.

Un sincero agradecimiento en particular a mi familia, a mi esposo y a mi hija que me han acompañado y apoyado en este desafiante camino.

Agradezco a vosotros que me habéis dado la oportunidad de conocer el mundo de la investigación, un ambiente fascinante, estimulante, sorprendente, y a menudo también, difícil y cansado.

Esta experiencia, me ha dado la oportunidad de crecer como persona y como profesional.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	5
ÍNDICE	7
Índice de tablas	11
Índice de gráficos	15
Índice de figuras	19
Índice de siglas	21
INTRODUCCIÓN	25

Primera Parte - *MARCO TEÓRICO*

CAPÍTULO I

La obesidad: problemática, variables influyentes y principales implicaciones	31
1.1 La obesidad: clarificación conceptual e implicaciones para el desarrollo del ser humano	32
1.1.1 Obesidad: hiperalimentación y escolarización	40
1.1.2 Obesidad y genética versus obesidad y ambiente	42
1.1.3 Obesidad: la necesidad de un enfoque multifactorial	48
1.2 Sobrepeso y obesidad infantil	53
1.3 La obesidad en Europa	57

1.4	<i>OKkio alla salute</i> : un sistema de vigilancia en Italia.....	66
-----	--	----

CAPÍTULO II

La familia y la educación alimentaria	75
2.1 La familia: principal agencia educadora y socializadora.....	77
2.2 Principales funciones de la familia	84
2.2.1 La función educativa de la familia.....	93
2.3 Estructura y dinámicas familiares: implicaciones educativas.....	100
2.4 La familia y su rol en la educación alimentaria	109

CAPÍTULO III

Educación alimentaria y bienestar: principales rasgos característicos del caso de Italia.....	117
3.1 Las bases de la educación alimentaria	118
3.2 Historia de la educación alimentaria en Italia.....	128
3.3 Del concepto de salud al de bienestar	138

CAPÍTULO IV

La escuela y la educación alimentaria.....	147
4.1 Importancia de la escuela en los procesos educativos con la familia	147
4.2 La alimentación del niño y el rol de la escuela.....	156
4.3 La importancia del desayuno y de la merienda.....	160

Segunda Parte - *MARCO EMPÍRICO*

CAPÍTULO V

Metodología y diseño de la investigación.....	169
5.1 Método	169
5.2 Metodología	170

5.3	Objetivos	171
5.4	Hipótesis	172
5.5	Participantes y sus características	172
5.6	Instrumentos utilizados	179
5.7	Procedimientos.....	182
5.8	Análisis de datos	185

CAPÍTULO VI

Resultados de investigación y análisis	187
6.1 Análisis de los resultados obtenidos de los cuestionarios aplicados a los niños en la fase inicial	188
6.1.1 Los hábitos alimentarios de los niños	188
6.1.2 El uso del tiempo de los niños: las actividades sedentarias	195
6.1.3 El uso del tiempo de los niños: la actividad física.....	202
6.2 Análisis de los resultados obtenidos de los cuestionarios aplicados a los padres en fase inicial	207
6.2.1 El estado ponderal de los niños	207
6.2.2 La percepción de los padres sobre la situación nutricional de los niños	208
6.2.3 La percepción de los padres sobre la actividad física y sobre las actividades sedentarias de los niños	216
6.2.4 ¿Cuáles son los predictores del sobrepeso de los niños?.....	220
6.3 Comparación entre los datos obtenidos en la fase inicial y final: la adecuación de la investigación-intervención	223
6.3.1 La intervención	223
6.3.2 Los cambios en los hábitos alimentarios	226
6.3.3 El uso del tiempo de los niños: los cambios en las actividades sedentarias	237
6.3.4 El uso del tiempo de los niños: los cambios en la actividad física	248

Tercera Parte - *DISCUSIÓN, CONCLUSIONES, LIMITES Y
PROSPECTIVA*

CAPÍTULO VII

Discusión de los resultados	257
7.1 Estado nutricional de los escolares: entre la objetividad y la percepción de los padres	259
7.2 Los hábitos alimentarios de los niños antes y después de la intervención.....	262
7.3 El sedentarismo y la actividad física antes y después de la intervención.....	266

CAPÍTULO VIII

Conclusiones, límites y prospectiva.....	271
8.1 Conclusiones globales.....	271
8.2 Límites y Prospectiva.....	274
Referencias.....	277
Anexos	309
Instrumentos de la investigación.....	309
Anexo 1: Cuestionario para los niños.....	311
Anexo 2: Cuestionario para los padres.....	315
Anexo 3: Tabla de registro para cada clase que implementó el “Diario semanal de la merienda en la escuela”.....	319
Anexo 4: Formulario de consentimiento informado I.C. Vincenzo Navarro	321
Anexo 5: Formulario de consentimiento informado I.C. Don Bosco ...	323

Índice de tablas

Tabla 1 <i>Complicaciones relacionadas al sobrepeso y a la obesidad</i>	59
Tabla 2 <i>Diferencias entre familia tradicional y familia contemporánea o personalista</i>	88
Tabla 3 <i>Dimensiones y subdimensiones de la competencia parental</i>	99
Tabla 4 <i>Nacionalidad de los padres por escuela</i>	175
Tabla 5 <i>Título de estudio de los padres por escuela</i>	175
Tabla 6 <i>Trabajo de los padres por escuela</i>	177
Tabla 7 <i>Etapas del estudio empírico en el año 2017</i>	183
Tabla 8 <i>Fases del estudio empírico en el año 2018</i>	185
Tabla 9 <i>Distribución de frecuencia de los niños respecto al consumo de desayuno</i>	188
Tabla 10 <i>Distribución de frecuencia de las respuestas dadas a la pregunta “Si esta mañana antes de venir a la escuela has tomado el desayuno, señala con una “x” todo aquello que has comido y bebido”</i>	190
Tabla 11 <i>Distribución de frecuencia de las respuestas dadas a la pregunta “Si esta mañana has tomado o tomarás la merienda, señala con una “x” todo aquello que has o comido o bebido”</i>	192
Tabla 12 <i>Distribución de las frecuencias de los niños que comen alguna otra cosa después de la cena, clasificadas de acuerdo al género</i>	194

Tabla 13 <i>Distribución de las frecuencias y de los porcentajes de los niños que ven el televisor por la mañana antes de ir a escuela, clasificadas por género</i>	195
Tabla 14 <i>Distribución de las frecuencias y de los porcentajes de niños que miran el televisor por la tarde, por género</i>	197
Tabla 15 <i>Distribución de las frecuencias y de los porcentajes de los niños que miran el televisor por la noche, por género</i>	198
Tabla 16 <i>Distribución de las frecuencias de los niños que por la tarde juegan con videojuegos o con el ordenador, por género</i>	200
Tabla 17 <i>Distribución de las frecuencias y de los porcentajes de los niños que juegan videojuegos por la noche después de la cena por género</i>	201
Tabla 18 <i>Distribución de las frecuencias y de los porcentajes de niños que por la tarde juegan al aire libre, por género</i>	203
Tabla 19 <i>Distribución de las frecuencias y de los porcentajes de los niños que realizan deporte por las tardes, por género</i>	204
Tabla 20 <i>Distribución de las frecuencias y de los porcentajes de la muestra, con base en el modo en el que se dirigen los niños a la escuela por género</i>	206
Tabla 21 <i>Valoración por parte de los padres de la condición de sus hijos como “bajo peso” “peso normal”, “un poco de sobrepeso”, “bastante sobrepeso”. Distribución de las frecuencias y de los porcentajes por género.</i>	208
Tabla 22 <i>Valoración objetiva de los niños como “bajo peso”, “peso ideal”, “en riesgo”, “bastante sobrepeso”. Distribución de las frecuencias y de los porcentajes por género</i>	211
Tabla 23 <i>Valoración por parte de los padres acerca de la cantidad de alimentos consumida por los niños. Distribuciones de las frecuencias y de los porcentajes por género</i>	212
Tabla 24 <i>Análisis de la regresión lineal</i>	221
Tabla 25 <i>Distribución de las frecuencias de los niños que toman y no toman desayuno, antes y después de la intervención</i>	226

Tabla 26 <i>Distribución de las frecuencias y de los porcentajes de alimentos consumidos por los niños en el desayuno antes y después de la intervención.....</i>	228
Tabla 27 <i>Tabla de contingencia y cálculo de chi cuadrado para la comparación entre la calidad del desayuno antes y después de la intervención.....</i>	230
Tabla 28 <i>Distribución de las frecuencias y de los porcentajes de alimentos consumidos por los niños en la merienda antes y después de la intervención.....</i>	232
Tabla 29 <i>Tabla de contingencia y cálculo del chi cuadrado para la comparación entre qué tan adecuada es la merienda antes y después de la intervención.....</i>	234
Tabla 30 <i>Comparación entre las distribuciones de las frecuencias y de los porcentajes de los niños que comen algo por las noches después de la cena, antes y después de la intervención</i>	236
Tabla 31 <i>Tabla de contingencia y cálculo del chi cuadrado para la comparación entre el hábito de mirar el televisor por la mañana antes y después de la intervención.....</i>	238
Tabla 32 <i>Tabla de contingencia y cálculo del chi cuadrado para la comparación entre el hábito de mirar el televisor por la tarde antes y después de la intervención</i>	240
Tabla 33 <i>Tabla de contingencia y cálculo del chi cuadrado para la comparación entre el hábito de mirar el televisor por la noche antes y después de la intervención</i>	242
Tabla 34 <i>Tabla de contingencia y cálculo del chi cuadrado para la comparación entre el hábito de jugar con videojuegos por las tardes antes y después de la intervención.</i>	244
Tabla 35 <i>Tabla de contingencia y cálculo del chi cuadrado para la comparación entre el hábito de jugar videojuegos por la noche, antes y después de la intervención.....</i>	246

Tabla 36	<i>Tabla de contingencia y cálculo del chi cuadrado para la comparación entre el hábito de jugar al aire libre por las tardes, antes y después de la intervención.....</i>	248
Tabla 37	<i>Tabla de contingencia y cálculo del chi cuadrado para la comparación entre el hábito de hacer deporte por la tarde, antes y después de la intervención.</i>	250
Tabla 38	<i>Tabla de contingencia y cálculo del chi cuadrado para la comparación entre la cantidad de niños que van a la escuela en automóvil, a pie o en autobús escolar, antes y después de la intervención.....</i>	252

Índice de gráficos

Gráfico 1 <i>Distribución de la muestra por género</i>	173
Gráfico 2 <i>Composición de la muestra según la institución educativa y el género</i>	174
Gráfico 4 <i>Composición de la muestra de los padres por nivel educativo y género, en los tres institutos escolares</i>	176
Gráfico 5 <i>Composición de la muestra de los padres con base en el género y tipo de trabajo</i>	178
Gráfico 6 <i>Porcentaje de niños que tomaron/no tomaron el desayuno antes de ir a la escuela</i>	189
Gráfico 7 <i>Porcentaje de alimentos y bebidas que los niños de la muestra comen y beben en el desayuno</i>	191
Gráfico 8 <i>Porcentaje de niños que toman/no toman la merienda en la escuela</i>	192
Gráfico 9 <i>Porcentajes de lo que comen y beben durante la merienda en la escuela los niños de la muestra</i>	193
Gráfico 10 <i>Porcentaje de niños que comen algún otra cosa después de la cena</i>	194
Gráfico 11 <i>Comparación entre niños y niñas que miran o no miran el televisor por la mañana antes de ir a la escuela</i>	196
Gráfico 12 <i>Porcentaje de niños y niñas que miran o no miran el televisor por la tarde</i>	197

Gráfico 13 <i>Porcentaje de niños y niñas que miran o no miraron el televisor por la noche</i>	199
Gráfico 14 <i>Comparación entre los porcentajes de niños y niñas que juegan o no juegan con videojuegos por las tardes</i>	200
Gráfico 15 <i>Comparación entre los porcentajes de niños y niñas que juegan videojuegos por la noche después de la cena</i>	202
Gráfico 16 <i>Comparación entre los porcentajes de niños y niñas que juegan o no juegan al aire libre por las tardes</i>	203
Gráfico 17 <i>Comparación entre los porcentajes de niños y niñas que practican un deporte por las tardes</i>	205
Gráfico 18 <i>Distribución de los porcentajes de la muestra con base en el modo en el que los niños se dirigen a la escuela por la mañana</i>	206
Gráfico 19 <i>Valoración por parte de los padres de la condición de sus hijos como “bajo peso”, “peso normal”, “un poco de sobrepeso”, “bastante sobrepeso”. Distribución de las frecuencias de porcentajes por género.</i>	209
Gráfico 20 <i>Comparación entre la valoración por parte de los padres y la valoración objetiva de los niños como “bajo peso”, “peso normal”, “un poco de sobrepeso”, “bastante sobrepeso”</i>	210
Gráfico 21 <i>Valoración por parte de los padres de la cantidad de alimentos consumida por los hijos. Distribución de las frecuencias y porcentajes por género.</i>	212
Gráfico 22 <i>Comparación entre la percepción por parte de los padres en cuanto a los propios hijos como bajo peso, peso normal o sobrepeso y la evaluación de su alimentación (come poco, lo justo, demasiado)</i>	213
Gráfico 23 <i>Valoración por parte de los padres de la frecuencia de consumo de fruta y verdura de sus hijos. Distribución de frecuencias por género</i>	214

Gráfico 24	<i>Valoración por parte de los padres de la frecuencia de consumo de sus hijos, de bebidas gaseosas y azucaradas. Distribución de las frecuencias por género</i>	215
Gráfico 25	<i>Valoración por parte de los padres de la frecuencia de la actividad física de sus hijos.....</i>	217
Gráfico 26	<i>Valoración por parte de los padres de la actividad física de sus propios hijos (Respuestas a la pregunta “¿Cómo evalúa la actividad física del niño?”).....</i>	218
Gráfico 27	<i>Valoración por parte de los padres del tiempo que sus hijos transcurren con los videojuegos o el ordenador al día</i>	219
Gráfico 28	<i>Valoración por parte de los padres del tiempo que transcurren sus hijos frente al televisor en un día.....</i>	220
Gráfico 30	<i>Porcentaje de los niños que toman/no toman desayuno. Comparación entre la fase inicial y la fase final</i>	227
Gráfico 31	<i>Qué cosa comen los niños en el desayuno: comparación entre la fase inicial y la fase final.</i>	229
Gráfico 32	<i>Comparación entre la cantidad de niños que toman un desayuno adecuado/no adecuado antes y después de la intervención....</i>	231
Gráfico 33	<i>Qué cosa comen los niños en la merienda: comparación entre la fase inicial y la fase final</i>	233
Gráfico 34	<i>Comparación entre la cantidad de niños que toman una merienda adecuada/no adecuada antes y después de la intervención....</i>	235
Gráfico 35	<i>Comparación entre la cantidad de niños que toman/no toman un tentempié después de la cena, antes y después de la intervención</i>	236
Gráfico 36	<i>Comparación entre la cantidad de niños que miran/no miran el televisor por la mañana, antes y después de la intervención..</i>	239
Gráfico 37	<i>Comparación entre la cantidad de niños que miran/no miran el televisor por la tarde antes y después de la intervención</i>	241
Gráfico 38	<i>Comparación entre la cantidad de niños que miraron/no miraron el televisor por la noche antes y después de la intervención ..</i>	243

Gráfico 39 <i>Comparación entre la cantidad de niños que juegan/no juegan videojuegos por las tardes, antes y después de la intervención</i>	245
Gráfico 40 <i>Comparación entre la cantidad de niños que juegan/no juegan con videojuegos la por la noche, antes y después de la intervención</i>	247
Gráfico 41 <i>Comparación entre la cantidad de niños que juegan/no juegan al aire libre, antes y después de la intervención.</i>	249
Gráfico 42 <i>Comparación entre la cantidad de niños que hacen/no hacen deporte, antes y después de la intervención.</i>	251
Gráfico 43 <i>Comparación entre la cantidad de niños que van a la escuela en automóvil, a pie o con el autobús escolar, antes y después de la intervención</i>	253

Índice de figuras

Figura 1 IMC para la edad 5/18	55
Figura 2 El diario semanal de la merienda en la escuela	223
Figura 3 Dos momentos de la merienda en la escuela	225

Índice de siglas

ASL - Hacienda sanitaria local

CNESPS - Centro Nacional de Epidemiología, Vigilancia y Promoción de la Salud

D.L. - Decreto de ley

D.M. - Decreto Ministerial

D.P.R. - Decreto del Presidente de la República

FAO - Organización de las Naciones Unidas para la agricultura y la alimentación

IMC - Índice de Masa Corporal

INN - Instituto Nacional de la Nutrición

INRAN - Instituto Nacional de Investigación de los Alimentos y la Nutrición

ISTAT - Instituto Nacional de Estadística

Kcal - Kilocaloría

MAF - Centro de Documentación del Mundo Agrícola de Ferrara

MIUR - Ministerio de Educación Universitaria y de la Investigación

OMS - Organización Mundial de la Salud

ONU - Organización de las Naciones Unidas

SIAN - Servicio de Higiene Alimentaria y Nutrición

SPSS - Paquete de estadística para las Ciencias Sociales

UNESCO - Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura

UNICEF - Fondo de las Naciones Unidas para la infancia

WHO - Iniciativa Europea de Vigilancia de la Obesidad Infantil (o COSI)

*“Comer de forma
correcta no solo previene
las enfermedades, sino
también promueve la
salud y una sensación de
bienestar física y
mental”.*

T. Colin Campbell, 2005

INTRODUCCIÓN

Son muchos los problemas que afectan a la sociedad contemporánea y uno de los más importantes es, seguramente, el del sobrepeso y la obesidad, sobre todo en edad infantil. Este es un problema transversal y presente en todas las realidades sociales del mundo entero. El presente trabajo se propone delinear un cuadro lo más completo posible de la importancia de la obesidad, en general, y de la obesidad infantil en particular, de sus principales causas y características, así como de posibles estrategias de intervención socioeducativa y normativa para enfrentarla.

Con el fin de poder llevar a cabo el propósito de esta Tesis, se consideró oportuno iniciar con una parte descriptiva del fenómeno con el fin de poder comprender mejor cuáles pudieran ser sus causas, si pueden ser físicas, biológicas y/o socialmente inducidas. Esto fue valorado como necesario para una mayor comprensión del problema y de sus posibles soluciones que han sido diversas y han tenido dependencia de las hipótesis científicas de cada época.

Con el paso del tiempo, ha tomado fuerza la tesis de que el sobrepeso y la obesidad son dos trastornos con diferentes fases no solo referibles al plano físico o mental. De hecho, algunos estudiosos afirman que el Índice de Masa Corporal, IMC, y el género están relacionados con la imagen que cada persona tiene de sí misma y esto tiene un impacto significativo en el nivel de

satisfacción y en la autoestima de la persona. La percepción de uno mismo y, por lo tanto, el aspecto físico, tienen repercusiones en el plano emocional que ponen en evidencia la estrecha conexión entre aspecto físico y mental. De hecho, el aspecto físico determina la individualidad y, al mismo tiempo, la apariencia activa el proceso de evaluación que repercute en la autoestima (Forzi y Not, 2003). A partir de esto, es evidente que los planos físico y mental no son divisibles. De hecho, su aparición no puede atribuirse a la presencia de un gen u otro, o a la falta de estructuras para realizar deporte. Se ha comprendido que el sobrepeso y la obesidad son trastornos transversales a diversos ámbitos y de esta forma deben ser enfrentados, uniendo todas las fuerzas disponibles para un buen desarrollo integral del ser humano.

En este sentido, la familia y la escuela son dos instituciones educativas que deben colaborar para ayudar al niño a tener un desarrollo armonioso tanto físico como psíquico. La familia, hoy en día, no es solo aquella tradicional sino que conviven diversas formas familiares que han de dar respuesta a las necesidades educativas de sus miembros, especialmente de los más jóvenes. Sin duda, dicha institución tiene un rol fundamental en el crecimiento del individuo y como tal tiene la obligación de aprovechar todos los recursos disponibles y colaborar con la escuela ya que también es otro de los pilares fundamentales en la educación de los más pequeños.

Al respecto, y dado que Italia ha aplicado plenamente la legislación y las recomendaciones europeas de salud y de la OMS, cabe destacar que el MIUR (Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca) ha implementado un programa de vigilancia OKkio alla salute. Este programa tiene como objetivo tratar de mejorar del sobrepeso y la obesidad infantil a través de varias propuestas y fases que requieren la colaboración de las familias y de las escuelas, y reportes cada determinado tiempo para controlar el progreso de dichos fenómenos.

Llegados a este punto y de modo más concreto, podemos afirmar que en esta tesis queremos investigar la importancia de la familia y de la escuela en la educación alimentaria y centrar nuestra atención en cómo viven esta

circunstancia los niños de la zona de Ribera, una ciudad en la costa sur de Sicilia. De hecho, mediante nuestro estudio pretendemos evidenciar cuáles son los principales hábitos alimentarios de estos niños y promocionar la “merienda” saludable para contribuir a su bienestar e implicar a las familias en dichos procesos. Así, esta Tesis nos permite analizar y profundizar en este contexto y plantear propuestas de mejora al respecto desde una fundamentación adecuada y coherente.

Por último, el trabajo que ahora presentamos se estructura en torno a tres grandes bloques o partes que, a su vez, están organizados por capítulos que permiten articular el discurso y las argumentaciones necesarias para la realización del estudio. Todo ello integrado en un índice que encabeza y apoyado en todas las figuras y formas que se han considerado pertinentes para arrojar mayor claridad y comprensión.

Primera Parte
MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

La obesidad: problemática, variables influyentes y principales implicaciones

La recopilación de datos del sobrepeso y la obesidad nos dejan ver un cuadro cada vez más preocupante. De hecho, indican que ambas patologías van en aumento y esto es un peligro para la salud. Son particularmente preocupantes los datos sobre el sobrepeso y la obesidad infantil, ya que está estadísticamente demostrado que un niño con problemas de exceso de peso durante la niñez tiene muchas probabilidades de ser un adulto obeso (Donini, Nizzoli, Bosello, Melchionda, Spera y Cuzzolaro, 2017).

La ciencia ha buscado las causas de los trastornos alimentarios a través de una serie de estudios que han explorado diversos ámbitos. Por ejemplo, se ha buscado encontrar las causas biológicas con el estudio de diferentes genes asociados con el sobrepeso y la obesidad (Zhangbin, Shuping, Xingguo, Chun, Xuejie y Xirong, 2012); también se han estudiado gemelos homocigotos y todo lo que puede influir como la estructura de la ciudad en

particular, como la ausencia de espacios verdes, y lo que promueve el uso del automóvil para llegar a los lugares de interés.

1.1 La obesidad: clarificación conceptual e implicaciones para el desarrollo del ser humano

Al hablar sobre obesidad tanto en los niños como en los adultos (Sartorio y Buckler, 2008), en algunas ocasiones que se ha llegado a afirmar que puede ser catalogada como la enfermedad del bienestar (Rotella, 1980), en la medida en que se considera que está relacionada con la alimentación. Sin embargo, consideramos que esta afirmación ha de ser puesta en tela de juicio y estimada falsa porque a través de numerosos estudios (Lakdawalla y Philipson, 2002; Chang, Barrett y Vosti, 2006; Miljkovic, Huffman y Rizov, 2008; Nganje y de Chastenet, 2008) se ha encontrado que la obesidad va mucho más allá y está relacionada con factores culturales, ambientales, económicos, psicológicos, genéticos, y no solo con la actividad física y la dieta. Por lo tanto, es necesario definir la obesidad eliminando algunas “falsas creencias” y analizando las diversas implicaciones sociales y sanitarias que tiene. Es decir, nos encontramos ante un fenómeno complejo y multivariable que para ser comprendido requiere un enfoque y mirada más amplia y diverso que permita tener en cuenta muchos más factores que en ella repercuten.

A nuestro entender, una de las principales y más preocupantes características de la obesidad es el aumento de la masa corporal distribuida en algunas partes del cuerpo, a la cual se relaciona un incremento en la morbilidad y mortalidad (Flegal, Graubard, Williamson y Gail, 2007). De hecho, con la obesidad están relacionadas varias patologías que implican diversas problemáticas y que pueden desencadenar, por ejemplo, la diabetes mellitus tipo 2, enfermedades

cardiovasculares e hipertensión arterial. Así pues, la obesidad puede definirse como un trastorno metabólico y nutricional relacionada con un estilo de vida incorrecto, especialmente en los países avanzados (Daza, 2009).

Reilly y Wilson (2006), afirman que el sobrepeso consiste en un exceso de peso corporal y que la obesidad es un exceso de grasa corporal; expresan también diferencias entre los individuos en lo que se refiere a la cantidad de masa grasa y de tejido adiposo, las cuales están determinadas por la edad, el sexo y la actividad física de cada individuo.

Otros estudiosos, como Moreno (Aranceta, Moreno, Mova y Anadon, 2009), expresan que la obesidad es una enfermedad crónica muy peligrosa para la salud y, por lo tanto, para el bienestar. Y subrayan la alarmante difusión de esta en la sociedad contemporánea sobre todo por las consecuencias que tiene sobre el plano físico y social, de lo que hablaremos a continuación. La obesidad es el resultado de la falta de equilibrio entre las calorías ingeridas y las calorías gastadas. Esto genera un aumento del tejido adiposo así como desajustes hormonales (Álvarez-Castro, Sangiao-Alvarelllos, Brandón-Sandá y Cordidobc, 2011).

Así pues, podemos acercarnos a definir la obesidad como lo hace Fabrizio, por el incremento ponderal determinado por el consumo energético en exceso respecto al gasto (Fabrizio, 2011), sin embargo, el proceso no se encuentra limitado a un desequilibrio entre lo que se ingiere y lo que se gasta. De hecho, se ha establecido que la obesidad es una patología resultante de la combinación de factores genéticos y ambientales, esto es, del estilo de vida (Rotella, 1980), que va mucho más allá de únicamente la alimentación

La relación entre la obesidad y otras enfermedades se conoce desde la antigüedad (Lev-Ran, 2000) y en la antigua Grecia, Hipócrates, considerado el padre de la medicina, ya hablaba de la obesidad como de una enfermedad que pronostica muchas otras (Haslam, 2007). Para la época, la mayor parte de las personas luchaba contra el hambre y la desnutrición, por lo que hasta el Renacimiento eran pocas las personas que padecían la obesidad y ésta era

considerada sinónimo de riqueza y nobleza (Vigarello, 2016).

Con la Revolución Industrial, se comenzó a establecer una relación entre la apariencia física robusta y vigorosa con la capacidad de trabajo, sobre todo, de los soldados y los trabajadores, lo cual llevó a un cambio en la composición corporal de la población y en el potencial genético que, con respecto a la altura, alcanzó su pico en el siglo XX (Caballero, 2007).

Así pues, la Revolución Industrial generó cambios no solo en la sociedad sino también en las costumbres alimentarias relacionadas, sobre todo vinculadas con los ritmos de trabajo y la larga jornada laboral. Esto llevó a la simplificación de las comidas y la recurrencia a alimentos industrializados que contenían conservantes y colorantes. De esta manera la obesidad se volvió el desorden nutricional de los países industrializados (Caballero, 2007).

Después de la revolución industrial, fue aumentando el número de las personas con sobrepeso y obesidad, siendo considerable el número de los obesos en Europa y el resto del mundo, y su aumento se ha conservado hasta hoy hasta convertirse en uno de los problemas de salud pública más importante.

Por otro lado, la difusión de la obesidad no ha hecho distinción de clase, ya que antes era erróneamente considerada la enfermedad de las altas clases sociales, pero hoy ha sido demostrado ampliamente, que esto no corresponde con la realidad. Del análisis de los datos del estudio de Fabrizio se puede afirmar que, cada vez más se detectan altos porcentajes de personas con obesidad en las clases sociales en desventaja y en países con problemas de malnutrición (Fabrizio, 2011).

Estas consideraciones son el resultado de estudios que a su vez han dado lugar a otros (Schmidhuber y Shetty, 2005; Ng, Fleming, Robinson, Thomson, Graetz y Margono, 2013) entre los que se puede citar aquel del 2014 hecho por 'Overseas Development Institute que analizó el fenómeno de la difusión de la obesidad en el mundo y en particular, en los países subdesarrollados, desacreditando el mito de que la obesidad fuese una enfermedad de los países

ricos. De los datos se evidenció que del 2008 al 2014 el número de las personas con sobrepeso y obesidad era mayor en los países en vías de desarrollo que en los países ricos (904 millones de personas en los países en vías de desarrollo y 557 millones en el resto del mundo) y se pronosticó que el número continuaría creciendo gracias al consumo de azúcar y endulzantes, que a su vez se incrementó un 20% en el intervalo de tiempo entre 1961 y 2009.

Otro estudio interesante, aunque en una línea diferente pero complementaria a la anterior, es el de Ritchie y Roser (Ritchie y Roser, 2019) que retoma los datos recopilados en 2016, a escala mundial, relativos al IMC, de hombres adultos, mujeres adultas y de niños. Los autores sostienen que la relación entre prosperidad y obesidad es evidente y que el número de individuos obesos, tanto adultos como niños ha aumentado a través de los años en todo el mundo.

De otro lado, estudios como el de Whiteford, Degenhardt y Rhem publicado en la revista Lancet (Whiteford, Degenhardt Rehm, Baxter, Ferrari, Erskine, Charlson, Norman, Flaxman, Johns, Burstein, Murray y Vos, 2013) afirman que la tasa de obesidad ha aumentado de manera impresionante en los niños de todo el mundo y en especial en los países en vías de desarrollo; se basan en un estudio realizado en una muestra de adultos y niños de 188 países entre 1980 y 2013.

El aumento de los individuos con sobrepeso y obesidad en países en vías de desarrollo ha continuado, tanto que la OMS ha encontrado que en África el número de niños con sobrepeso u obesidad ha aumentado desde el año 2000, en aproximadamente 50% y que además, aproximadamente la mitad de los niños menores de 5 años y que padecían sobrepeso u obesidad, en el 2016, vivían en Asia (OMS, 2019).

Otra aportación interesante es la de Birrell (Birrell, 2014) que habla de la propagación y el aumento de la tasa de obesidad en otro país: Sudáfrica. Este país está lleno de contradicciones y es extraño que coexista la pobreza extrema y la opulencia, la malnutrición, el sobrepeso y la obesidad. Birrell

#Este autor sostiene sobre una sociedad que está cambiando y que precisamente por esto surgen nuevos estilos de vida y hábitos. De los testimonios recogidos por el autor se concluye que el cambio que ha llevado al aumento de peso en la población tiene que ver con el desplazamiento de la población del campo a la ciudad y con el descubrimiento de productos alimentarios hipercalóricos e hiperprotéicos importados por las grandes multinacionales, alimentos fácilmente disponibles y poco costosos; a estos factores se asocia también la pasión por la comida rápida. Se asume como factor que ha contribuido al aumento de peso en la población, el imitar el modelo americano, eliminando la posibilidad de hacer actividad física. Señala, además, el factor cultural, es decir, el hecho de que una persona con sobrepeso en Sudáfrica sea considerada una persona rica, y por lo tanto, el exceso de peso es prácticamente, considerado un símbolo de status.

También en los países de América del Sur la globalización y los cambios que ha traído consigo, han provocado cambios en el estilo de vida de la población, lo cual ha contribuido al aumento de peso de las personas. Ha ido cambiando la calidad de los alimentos consumidos y se ha incrementado el consumo de alimentos procesados. Además, se ha observado que, el aumento de peso y el consumo de alimentos no sanos, se han vuelto una constante en las clases sociales menos favorecidas que se sienten atraídas por las promociones publicitarias y los precios bajos (ICEAN, 2013, p.9).

Por su parte, Möckenberg e Muzzo (2015), sostienen que el aumento de la obesidad que se ha registrado en los últimos tiempos, al grado de hablar de obesidad epidémica, es un problema social, y a dar origen a esta patología contribuyen diversos factores, además de los patológicos, como algunos psicológicos, culturales, ambientales y sociales. Esto ha llevado a abandonar la idea que consideraba a la obesidad determinada únicamente por la relación entre las calorías ingeridas y las calorías gastadas.

Tarbal, en 2010, había ya considerado el fenómeno desde un punto de vista epidemiológico enfatizando los datos en relación con la población española demostrando que el sobrepeso y la obesidad son problemas que no pueden ser

relegados únicamente a los países en desarrollo sino que pertenecen a realidades distintas (Tarbal, 2010). Él deduce que, en cuanto a la población adulta se refiere, el porcentaje de individuos obesos no difiere respecto a los demás países pero es alarmante el dato relativo a los niños españoles, ya que los números son suficientemente altos como para hablar de obesidad epidémica y de obesidad global. De hecho, se refiere a la prevalencia de la obesidad en los neonatos, niños y adolescentes, que está aumentando no solo en España sino en todo el mundo y muchos niños aún no son obesos pero tienen sobrepeso, es decir, se encuentran en camino hacia la obesidad.

Según los datos proporcionados por World Health Organization Regional Office for Europe en el 2016, se estima que 42 millones de niños menores de 5 años tienen sobrepeso y obesidad y que casi tres cuartos de ellos viven en Asia y en África (World Health Organization Regional Office for Europe, 2018). Además, en los países en los cuales la prevalencia de sobrepeso y obesidad es alta, existen crecientes necesidades económicas y sanitarias, y las tasas de obesidad siguen aumentando entre las personas con un status socio-económico bajo y entre los grupos étnicos minoritarios (World Health Organization Regional Office for Europe, 2018).

Todos los estudiosos están de acuerdo con el hecho de que la obesidad puede influir de distintas maneras sobre la salud del niño y del individuo adulto; sobre la salud inmediata, sobre la educación, sobre los resultados y sobre la calidad de vida (Manzoni y Castelnovo, 2011); ha sido ya establecido que los niños obesos tienen muchas probabilidades de serlo también en la edad adulta y que se encuentran en riesgo de desarrollar graves enfermedades crónicas no transmisibles.

Así pues, es importante entender que cualquiera que sea la teoría, la obesidad tiene un costo social no indiferente porque la obesidad es un problema tanto médico como social y las consecuencias clínicas y económicas de ella no son irrelevantes. De hecho, la diabetes mellitus, hipertensión y enfermedades cardiovasculares están relacionadas con el sobrepeso y un estudio de la “American Journal of Health Promotion” encontró que el aumento de IMC

(Ferrera, 2005) entre la población, incrementa los gastos médicos. Parece ser que el tratamiento de la obesidad cuesta al año entre 150 y 500 dólares más por persona ya que los individuos obesos consumen un mayor número de medicamentos (Di Flaviano, 2016). Estos pacientes tienen, además, mayor necesidad de medicación y de tiempo de hospitalización.

Por otro lado, el costo vinculado a la obesidad no es solo en términos de costos médicos directos sino también en cuanto a productividad, transporte y capital humano. Además, el costo por los días de trabajo perdidos varía de 175 a 2.485 dólares por persona. En Italia los costos vinculados a esta condición representan aproximadamente el 7% del gasto sanitario total. En este país se ha encontrado también, que los pacientes obesos tienen dificultades para encontrar un trabajo o para mantener buenos niveles de productividad. Parece ser que el 75,5% de los italianos obesos abandonan el trabajo, el 7,25% lo disminuye y el 12,5% se ve obligado a cambiar el tipo actividad. La estima de los costos sociales es de 12 millones de euros por año (Atella y Kopinska, 2012).

Sin duda, resulta interesante citar a la consultora McKinsey Global Institute, la cual condujo una interesante investigación sobre el gasto público que conlleva la obesidad. Señala que, si no se invierte la tendencia contemporánea, para el 2030, la mitad de la población mundial será obesa, lo cual comporta costos (en cuanto a la pérdida de productividad, el costo de los servicios y de las inversiones para invertir esta tendencia) del 28% del PIB (Producto Interno Bruto) mundial.

El estudio McKinsey también trató de encontrar soluciones que pudiesen poner freno a esta tendencia. Se ilustraron 74 intervenciones para enfrentar la obesidad en 18 áreas. Las intervenciones incluyen comidas escolares, indicaciones del contenido calórico en las etiquetas, restricciones en cuanto a la publicidad de los alimentos y bebidas con alto contenido calórico, y

campañas de salud pública. A pesar de que las intervenciones planeadas eran 74, fue posible proyectar únicamente 44 tipos de intervenciones. Los expertos del análisis de estas encuestas han deducido que:

- Es importante educar e informar sobre los riesgos de la obesidad;
- Las intervenciones individuales son poco efectivas con respecto a la reducción de porciones y el aumento de actividad física;
- Para que las intervenciones sean eficaces deben prever una acción sistémica y acciones conjuntas por parte de las empresas y de las políticas públicas ya que de manera individual ningún grupo (gobierno, revendedores de bienes, empresas, empleadores, médicos, etc.) puede controlar la obesidad.

El control de la obesidad, la educación y la responsabilidad personal son indispensables, sin embargo no son suficientes sobretodo porque la obesidad tiene que ver también con las actitudes de los consumidores (la falta de inclinación, por ejemplo, a la actividad física). La información de la cual disponen los individuos, por sí sola no es suficiente porque, si bien es cierto que se prevé que el etiquetado reporte todos los datos nutricionales reales, también es cierto que aquellos deben saber interpretarlos. Además de esto, los contextos territoriales también son influyentes, de modo que, si los entornos urbanos y escolares no son reestructurados, la actividad física y el movimiento no se favorecen, sino que siempre quedan relegados a la iniciativa de la persona (McKinsey Global Institute, 2014).

A partir de lo anteriormente expuesto, es evidente que la lucha contra la obesidad debe ser transversal a los distintos ámbitos y especial mención y atención requieren aquí tanto la familia como la escuela puesto que son las primeras y principales agencias educadoras del ser humano. No es posible pensar que el problema sea del individuo aislado sino, antes bien, al contrario. Es necesario que se dispongan intervenciones y planes de acción que impliquen el interés y el trabajo en equipo de los distintos entes implicados y comprometidos en los procesos educativos.

1.1.1 Obesidad: hiperalimentación y escolarización

En este apartado centramos nuestra atención en las principales causas y características del fenómeno objeto de estudio, relacionando especialmente estas cuestiones con las instituciones educativas de las que niños y niñas forma parte.

Se han investigado las causas de la aparición de la obesidad, tanto respecto a los factores externos como a los internos. Individualizar los factores que determinan la obesidad no ha sido simple y la investigación al respecto se ha continuado por varios años, pero a pesar de lo anterior no hay conclusiones únicas y son diversas las causas atribuidas a la etiología de esta enfermedad. Los estudios científicos concuerdan en que existen diversas formas de obesidad según su origen, por lo que se puede hablar de etiología multifactorial justamente por la relación entre las distintas causas biológicas, ambientales, de predisposición genética, de tipo hormonal y comportamental. De esta manera se ha hecho distinción entre:

1. Obesidad esencial, es decir, idiopática, externa o primaria, que es aquella que cuenta con el porcentaje más alto (incluye todas las formas de obesidad cuya causa exacta no ha sido identificada);
2. Obesidad secundaria, es decir la obesidad que se asocia con alguna enfermedad, bien sea hormonal como hipotiroidismo, síndrome de Cushing o alteraciones hipotalámicas, o bien sean obesidades asociadas a enfermedades genéticas como el síndrome de Carpenter, entre otros, lo cual permite identificar fácilmente los factores patogénicos. La incidencia de este tipo de obesidad es mucho más baja con respecto a la obesidad esencial (Rolla y Bossolasco, 2006).

Una vez establecido que la obesidad se deriva no solo de una alimentación excesiva sino de otros factores también importantes, los estudiosos han debatido durante mucho tiempo sobre hasta qué punto el exceso de comida influye en la aparición de la obesidad y se ha llegado a afirmar que la hiperalimentación sí es relevante, junto a otras variables (Rotella, 1980; Fabrizio,

2011; EUFIC, 2017), sin embargo, la obesidad está determinada no solo por la cantidad, en exceso, sino por la calidad de la comida ingerida (alimentos de alta densidad calórica y escasos nutrientes) tal como lo plantea la OMS al alertar acerca de que los niños están cada vez más expuestos a alimentos de alto contenido calórico (OMS, 2020).

Al respecto de este asunto, se ha especificado mejor la hiper alimentación y se ha confirmado que la causa es la hiper alimentación relativa, es decir de una alimentación que altera el sentido del hambre en las personas obesas con respecto a las personas de peso normal (Gremigni y Letizia, 2011).

En cambio, otros estudios han tenido como objeto la relación entre obesidad y el nivel de escolarización y otros índices también relacionados al nivel cultural y socioeconómico de las personas.

Es interesante el estudio de Rosmond (Rosmond, Dallman y Bjorntorp, 1998) en el que se investigó la correlación entre IMC y WHR (Waist to Hip Ratio) y algunas variables como el grado de escolaridad o la actividad física. Llegaron a la conclusión de que las variables examinadas se encuentran en correlación negativa y que, por lo tanto, al incremento del índice de masa corporal corresponde, por ejemplo, un nivel de escolaridad más bajo; por lo cual se puede afirmar que el bajo nivel de educación y la pobreza contribuyen a determinar un estado de malestar y de enfermedades crónicas.

Un estudio reciente evidencia que la clase social, la procedencia, la situación familiar y el distrito de residencia juegan un papel importante en la obesidad infantil (Cano, Ciges, Sánchez-Martínez y Carde, 2019).

Sin duda, como se ha evidenciado, son diversas las variables que influyen en los procesos de obesidad pero especialmente destacable es la importancia que hemos de ortorgar a la calidad de la alimentación y a su puesta en práctica tanto en el marco escolar como en el familiar. No obstante, si algún niño o niña se encuentra privado de escolarización hemos de tener en cuenta que esto también se ha demostrado, que puede afectar a problemas de salud de diversa índole (González-Rábago y Martín, 2019).

1.1.2 Obesidad y genética versus obesidad y ambiente

Continuando con la búsqueda de las causas de la obesidad, en este caso a nivel de patrimonio genético, la mayor parte de los estudios médicos han hecho referencia a los resultados del Human Genome Project (HGP) (Wilkie, 1995). Este proyecto a nivel internacional ha involucrado varios científicos que han llevado a cabo sus investigaciones en laboratorios de diversas partes del mundo por más de diez años. El proyecto planteaba adquirir conocimientos importantes que permitiesen entender los mecanismos de la genética humana, y al mismo tiempo, estudiar en qué medida los genes podían ser determinantes en el desarrollo de las enfermedades humanas. La investigación se realizó en humanos, en ratones y en la bacteria *Escherichia Coli*, que permitió secuenciar los genes del genoma, y proporcionó el mapeo de los genes de nuestros cromosomas (Klug, Cummings y Spencer, 2007).

Conocer el genoma del ser humano se puede equiparar a poseer un libro de instrucciones del cuerpo humano, permite prever el desarrollo de algunas enfermedades, sustituir “partes averiadas” de nuestro genoma, además de tantas otras increíbles aplicaciones. Conocer nuestro patrimonio genético también ha sido de vital importancia en el estudio de la obesidad; se han realizado diversos estudios para conocer las causas biológicas y/o orgánicas de esta enfermedad (Wilkie, 1995).

Dado que no ha sido posible correlacionar las causas con un gen durante años, se ha hablado de la “teoría del gen ahorrativo” según la cual algunos genes habrían evolucionado para favorecer la obesidad con el fin de permitir que la humanidad sobreviva ante las hambrunas y tiempos difíciles. Sin embargo, nuevas evidencias científicas indican que ninguno de los genes que están involucrados con la predisposición a la obesidad (son 115) ha desempeñado esta función (Wang y Speakman, 2016).

Al respecto, es interesante el estudio de Wang y Speakman (2016). Partiendo de que la obesidad contribuye a una serie de enfermedades y es el resultado de la interacción entre el entorno y los genes, este estudio pretende determinar

las bases genéticas de la obesidad y por qué los genes han mutado de alguna manera fomentando el comportamiento nocivo. No aceptan la teoría del gen ahorrativo porque, si éste existiese, la obesidad se habría extendido a toda la población. Tampoco consideran válida la justificación de esta teoría que sostiene que la mutación se produjo en los últimos tiempos y que, por lo tanto, fue imposible que se difundiera ya que las hambrunas ocurrieron solo después de la introducción de la agricultura.

Un aspecto interesante detectado por Wang e Speakman (2019) fue que de los 115 genes relacionados con el almacenamiento de grasas solo nueve presentan signos que podrían referirse a la teoría en estudio, pero algunos de estos genes favorecen a la condición de delgadez y no el acúmulo de grasas en las personas. Su estudio no desmiente totalmente la teoría del gen ahorrativo, pero le quita fuerza. Ambos expertos han propuesto como hipótesis alternativa que el aumento de peso sea debido a una mutación de genes que permite a los organismos producir calor o debido a aquellos genes que controlan que el peso corporal no sea excesivo (Harding, 2001).

Los genes involucrados son más de cien y algunos de ellos son:

- el gen FTO (*Fat Mass and Obesity*), que regula la energía que se produce en el individuo;
- el gen MC4R, que es el gen del apetito y de la saciedad y regula el balance energético, la obesidad sobre una base hereditaria. Los individuos que carecen de este gen pueden padecer obesidad, aumento de la masa corporal y de la densidad ósea;
- el gen SIRT1, que es el responsable de la síntesis de sirtuina 1 (proteína) presente en muchas células;
- el gen AMY1 responsable de la digestión y de la asimilación de los carbohidratos que puede llevar al incremento de la masa corporal;
- el gen OB, situado en el cromosoma 7, que es el responsable de la síntesis de la hormona proteica leptina de la que hablaremos a continuación (Lee, 2009).

Otra contribución interesante al estudio de la obesidad ha sido el estudio de la leptina. La leptina es una hormona en grado de regular la masa corporal de las personas y es producida por el tejido adiposo. Su trabajo es regular la ingesta de alimentos a través de la comunicación con el sistema nervioso central. De hecho, cuando es necesaria la ingesta de alimentos la leptina sintetiza y libera una sustancia que provoca el apetito en las personas.

Numerosos estudios han puesto en evidencia que en las personas obesas este mecanismo funciona de forma diferente. En estos sujetos la cantidad de leptina en circulación es mayor que en las personas de peso normal, por lo tanto, se ha llegado a la conclusión de que la obesidad es el resultado de la resistencia a esta sustancia. No obstante, esta conclusión no puede generalizarse para toda la población ya que existe un porcentaje de individuos con problemas de peso que presentan niveles bajos de leptina en circulación (Mazor, Friedman-Morvinski, Alsaigh, Kleifeld, Kistler, Rousso-Noori, Huang, Li, Verma y Schmid-Schönbein, 2018).

De acuerdo con lo que se ha expuesto hasta ahora, queda claro que todavía no hay una opinión compartida sobre cuáles son los factores que determinan la obesidad y que, por lo tanto, aún parece largo el camino a seguir para determinar sus causas con certeza, además este proceso es muy lento.

Hasta ahora hemos hablado de estudios que han buscado las causas analizando los aspectos fisiológicos del problema, sin embargo, como ya se ha dicho, el problema de la obesidad es un bastante complejo y multifactorial por lo cual el estudio de la misma debe prever los aspectos fisiológicos, ambientales y de estilo de vida (Rotella, 1980; Scartabelli y Santini, 2020).

Para tratar de entender y de responder a la pregunta de cuánto incide el patrimonio genético y cuánto el ambiente, y si existe una relación entre estos dos aspectos, ha sido importante el estudio del patrimonio genético de gemelos homocigotos (Font-Clos, Zapperi y La Porta, 2018). Los gemelos homocigotos poseen el mismo patrimonio genético, por lo que se pudiera suponer que, si todo está determinado por los genes, incluso en situaciones ambientales diferentes, los gemelos serán siempre iguales. A través de los

años, los gemelos han sido protagonistas de muchos estudios y los resultados siempre han sido sorprendentes: parece ser, como era predecible, que los genes determinan muchos aspectos de la vida, pero sobre estos aspectos mucho incide el ambiente.

Al respecto, es interesante un estudio publicado en *Psychological Measurement* (Font-Clos, Zapperi y La Porta, 2018) que ha utilizado seiscientas muestras genéticas de gemelos homocigotos tomadas de una base de datos británica. Con base en los resultados obtenidos de diversos estudios, se ha buscado especificar si y cuánto el ambiente y los genes inciden en el desarrollo de enfermedades crónicas como la obesidad y el sobrepeso. Se parte de un supuesto que muchas investigaciones ya han confirmado, es decir, que en la incidencia de la obesidad, las causas genéticas solo representan el 5%, mientras que el medio ambiente tiene un impacto muy significativo. Además, estudios anteriores habían identificado treinta y ocho genes responsables de ciertos trastornos y enfermedades asociadas con la obesidad, como el cáncer, estados inflamatorios, trastornos del estado de ánimo y trastornos reproductivos.

Así pues, los investigadores se han preguntado si el estudio de estos genes puede contribuir a la comprensión de cómo estos contribuyen a la incidencia de la obesidad. Los resultados son muy interesantes ya que han confirmado que no es el gen la causa de la obesidad sino más bien el ambiente en el que viven los gemelos homocigotos y su estilo de vida. Por lo tanto, el genoma no es el responsable de la obesidad sino que la misma obesidad es responsable de la activación de los genes que están implicados en procesos inflamatorios y relacionados con la obesidad. Los resultados de la investigación también confirman que el estudio sobre las causas de la obesidad debe tener en cuenta los factores genéticos y ambientales y sus correlaciones (Font-Clos, Zapperi y La Porta, 2018).

Tal y como venimos señalando, la obesidad infantil es una patología con prevalencia ascendente.

Por otra parte, Kops et al. (Horvath, Castro, Kops, Malinoski y Friedman,

2014) resalta la importancia del estilo de vida y de las primeras experiencias de un niño. Al respecto, realizaron un experimento con una muestra de niños de entre 10 y 12 años, para sostener la teoría de que las primeras experiencias que tiene un niño con la comida y las emociones que asocia a ella, contribuyen a que tenga preferencias por un determinado tipo de comida y por un determinado estilo de vida.

El medio ambiente es un factor determinante para el desarrollo del sobrepeso y la obesidad infantil. Es evidente que las elecciones del individuo se encuentran fuertemente influenciadas por el entorno en el que vive y, tal y como venimos afirmando, el primer entorno en el que el niño está inmerso es el entorno familiar. Así por ejemplo, los cambios tanto en la calidad como en la cantidad de los nutrientes que consumen la mujer embarazada y el niño en ese periodo pueden influir de forma permanente sobre los órganos en desarrollo (Moreno Villares, 2016). El término “inmerso” se ha escogido precisamente para subrayar el hecho de que todas las elecciones hechas por el niño en los primeros años de vida y que después le afectarán dependen del entorno (Iughetti y Bernasconi, 2005). Inicialmente los padres toman las decisiones por el niño y tienen una influencia en sus futuras decisiones incluso con el propio ejemplo.

Así pues, es importante entonces la relación que hay entre familia, nivel cultural, nivel económico y aumento de peso en la infancia. Se han realizado algunos estudios al respecto, sobre la relación entre el nivel educativo, cultural y escolar de la madre y la obesidad del niño (Ness, 2004; Moreno, Tomás, González-Gross, Bueno, Pérez-González y Bueno, 2004; Lissner, Wijnhoven, Mehlig, Sjöberg, Kunesova, Yngve, Petrauskiene, Duleva, Rito y Breda, 2016). Algunos estudios han encontrado como tendencia general, que el aumento de peso en los niños es inversamente proporcional al nivel escolar de la madre (Lissner et ál., 2016).

Por otro lado, después de los primeros años de vida del niño en el que las relaciones, las elecciones y el estilo de vida se desarrollan en el hogar, éste ingresa a la escuela donde pasa mucho tiempo con un grupo de compañeros

que comienzan a influir en su estilo de vida (Faliva, 2011). Por lo tanto, son importantes los programas de prevención de la obesidad y de promoción de la salud, las horas de educación física (OMS, 2019) y también el servicio de alimentos de la escuela, que debe proveer comidas sanas y equilibradas y no alimentos no saludables. Sin duda, el grupo de pares también es importante porque algunas pruebas experimentales muestran que los grupos de amigos tienen los mismos hábitos alimenticios (Gremigni y Letizia, 2011; Clarke, Fletcher, Lancashire, Pallan y Adab, 2013).

Junto al entorno familiar, escolar y de amistades, está el entorno contextual que influye en el desarrollo del individuo. Consideramos apropiado insistir en la influencia de este aspecto. Los avances tecnológicos han ido eliminando el poco movimiento que se realiza en casa, por ejemplo, cerrar las ventanas, encender el televisor, subir y bajar escaleras, y las mismas ciudades se han vuelto un ambiente obesogénico: hacen falta infraestructuras recreativas, parques, jardines, pistas de bicicleta y para correr, centros de agregación y gimnasios. Esto no hace posible la promoción de estilos de vida saludables.

De cualquier forma, cabe destacar que las enfermedades crónicas tienen su origen en la juventud, normalmente, aunque se manifiestan incluso después de décadas y por ello es necesario incorporar la promoción de hábitos de vida saludables en la comunidad, principalmente en las familias, con el objetivo de prevenir la obesidad infantil, mejorar su salud y su calidad de vida en la adultez (Maziak, Ward y Stockton, 2008; Penney, Almiron-Roig, Shearer, McIsaac y Kirk, 2014; Vio, Salinas, Montenegro, González y Lera, 2014).

La evidencia actual sugiere enfocar la intervención a todo el ambiente familiar puesto que la familia es un sistema del que los niños forman parte y en el que se desarrollan como adultos. En este sentido, respecto al trabajo con las familias en relación con la obesidad, la entrevista motivacional es una alternativa que ha demostrado ser útil en manejo de esta patología (Apolo Gavilanez, 2020) puesto que permite hacer sentir protagonistas de estos procesos a cada una de las personas que forman parte del sistema familiar al tiempo que se profundiza en las pautas de comportamiento nutricional que se

llevan a cabo en dicho contexto y se favorece la implicación en la modificación de las mismas.

1.1.3 Obesidad: la necesidad de un enfoque multifactorial

En línea con lo ya expuesto, aún no es posible atribuir científicamente a unos únicos factores la incidencia de la obesidad, pero se puede hablar de interacción de factores que determinan exclusivamente el estilo de vida. Es justo detenerse en el concepto subyacente de esta expresión, ya que se ha convertido en un término que se encuentra cada vez más en el lenguaje cotidiano, sobre todo en el de las disciplinas socio psicológicas.

El primero que utilizó esta expresión fue el psicólogo austriaco Adler (1997), el cual define estilo de vida a la personalidad de la persona, es decir, el modo en el cual cada uno de nosotros se percibe a sí mismo y al mundo, el modo en el cual cada uno de nosotros está en el mundo. Es un concepto complejo y no puede reducirse fácilmente a principios e ideas generales ya que cada persona tiene un modo distinto de vivir su propio mundo y está relacionado con los recursos de la persona y del ambiente psicofísico y sociocultural.

Entonces, estilo de vida puede ser definido como el modo en el que cada uno de nosotros interpreta a sí mismo al interno de la realidad en la que está naturalmente inmerso. Por lo cual, varía de persona a persona ya que es consecuencia de numerosos elementos individuales.

Las cuestiones sociales conllevan una importancia fundamental en el concepto de estilo de vida ya que los principales problemas del ser humano, incluso el de la satisfacción de las necesidades personales, se refleja en las relaciones con los demás. De hecho, sin los demás el hombre no puede ser considerado como un todo. Por lo tanto, la sociedad, el ambiente afectivo y social son determinantes del estilo de vida de las personas en la sociedad, deben buscarse los motivos de incomodidad e inadaptación que a menudo

generan actitudes erróneas y dañinas, entre las cuales también están los malos hábitos alimenticios.

Aunado a lo anterior, circunstancias como la nueva dependencia de la tecnología, del estilo de vida sedentario típico de nuestros tiempos, provoca que cada vez más personas presenten sobrepeso y obesidad. El estilo de vida sedentario es seguramente uno de los factores que determina la obesidad, y con base a esto se han llevado a cabo muchos estudios e investigaciones para establecer el peso que este factor tiene en la incidencia de este fenómeno (Hobbs, Pearson, Foster y Biddle, 2015). El sedentarismo asociado a la poca actividad física y a la alimentación incorrecta constituye uno de los factores de riesgo más importante ya que cada vez son más los niños que adoptan este estilo de vida. La evidencia científica muestra que para solucionar este problema, puede ser eficaz implementar un programa que incluya actividad física e intervenciones dirigidas a la educación sobre una sana alimentación (Gallotta, Iazzoni, Emerenziani, Meucci, Migliaccio, Guidetti y Baldari, 2016).

Es imprescindible la participación de la familia y la escuela en la educación alimentaria (Musitu y Cava, 2001; Pastor, 2014). Las maneras y la motivación de tales intervenciones se analizarán a continuación, por ahora es suficiente afirmar que la familia debe intervenir para eliminar los hábitos de alimentación incorrectos, para fomentar los hábitos alimentarios saludables, para que así el niño tenga la capacidad de elegir su alimentación de forma correcta en otros ambientes diferentes al familiar. La evidencia científica ha demostrado, que permitir a los niños (de cinco a once años) y a los jóvenes (de doce a diecisiete años) estar frente a una pantalla como máximo dos horas al día, aumentar su actividad física limitando el uso de medios de transporte motorizados, limitando el tiempo que pasan sentados fuera y dentro casa, puede mejorar la calidad de vida de los hijos. (Tremblay, Le Blanc, Janssen, Kho, Hicks, Murumets, Colley y Duggan, 2011). Estas costumbres pueden ayudar a niños y adolescentes a evitar comportamientos erróneos. Hancox, Milne, y Poulton (2004) afirman que el tiempo que se pasa frente al televisor

durante la infancia es predictor del aumento del índice de masa corporal y está vinculado al aumento del tejido graso, esta conclusión viene confirmada por otros estudios que invitan a limitar el sedentarismo en el periodo del crecimiento (Suchert Hanewinkel y Isensee, 2015).

Volviendo a la causalidad de la obesidad, no solo se debe a una mala nutrición y a un desequilibrio energético, ya que esta es una patología multifactorial en la que inciden varios aspectos que confluyen en la determinación del sobrepeso y la obesidad. Estos factores son (EUFIC, 2017):

- Alimentación: como ya se ha mencionado, una de las causas comprobadas es el desequilibrio entre las calorías consumidas y la energía gastada. La sobrealimentación en los primeros dos años de vida del niño incrementa el número de células adiposas predisponiendo de esta manera a la obesidad en la edad adulta. A menudo, los niños llevan una mala alimentación, consumen grandes porciones de alimento, no respetan los ritmos de la jornada alimentaria ni el número de comidas recomendadas, consumen bebidas gaseosas con alto contenido de azúcar que incrementan el aporte calórico.
- Hábitos alimentarios. A menudo los hábitos alimentarios son incorrectos, y, por ejemplo, se omite el desayuno y la merienda, que son comidas muy importantes, además no se consumen cantidades adecuadas de fruta y verdura. Hay, por supuesto, muchos otros hábitos alimentarios incorrectos en los niños, como el comer frente a pantallas, comer rápido, consumo excesivo de azúcares y ultraprocesados.
- Actividad física y sedentarismo. Los niños de ahora, ya sea porque se sienten atraídos o por los ritmos de vida frenéticos que llevan sus padres ocupados con el trabajo, pasan la mayor parte del tiempo frente al televisor, con la Tablet y los videojuegos. Hacen falta los paseos con los padres, los juegos al aire libre y en los parques. Van a la escuela utilizando medios de transporte,

raramente suben escaleras, más bien usan los elevadores incluso para subir solo un piso. Los niños no hacen actividad física, que según recomienda la OMS (OMS, 2016), sería aconsejable realizar sesenta minutos de actividad física cotidiana y una actividad física más intensa al menos tres veces por semana, con la finalidad de fortalecer el cuerpo y promover una sana estructura músculo esquelética (Gremigni y Letizia, 2011). Ha sido demostrado científicamente que el sedentarismo es un factor de riesgo. Las investigaciones científicas han evidenciado que el movimiento acelera el metabolismo generando el gasto de las calorías consumidas. Es obvio entonces que la falta de actividad, o el hecho de permanecer sentado ante una pantalla no solo conlleva un daño por la falta de movimiento, sino también por el hecho de que provoca consumir, por aburrimiento o estímulo, una mayor cantidad de alimento chatarra.

- Sueño: Los niños deben dormir entre nueve y once horas por la noche. Esto contribuye a evitar el sobrepeso y la obesidad ya que un niño cansado puede fácilmente caer en el sedentarismo y a lo que este trae como consecuencia. Además, debe considerarse que los niños son cada vez más sujetos a los estímulos de luz y sonido de los Smartphone, de los videojuegos y atraídos por las redes sociales, todo esto puede afectar la calidad del sueño (EUFIC, 2017).
- Factores psicológicos y ambiente social. Los factores psicológicos como la depresión y el estrés tienen una estrecha relación con el sobrepeso y la obesidad infantil. De hecho, estos pueden ser causados por estrés y depresión y al mismo tiempo causarlos (EUFIC, 2017).
- Familiaridad. La obesidad no es hereditaria, sino es una consecuencia de factores ambientales. el 25% de los niños obesos o con sobrepeso tienen un padre obeso o con sobrepeso y en el

34% ambos padres son obesos o con sobrepeso (Gremigni y Letizia, 2011).

- Genética. La mutación genética relacionada con la presencia de genes marcadores y regiones cromosómicas también puede influir en la obesidad de alguna manera. Las personas, además, desde infancia viven en un ambiente social que las condiciona de forma indirecta y está claro que el primer ambiente social y el más importante es el familiar, que representa una fuente de calor, sostén y afecto para el niño pero también de frustración y estrés. Del contexto familiar se derivan los hábitos alimentarios de los niños (Gini, 2012). Hay familias donde sí se da respuesta a las necesidades de los menores que favorecen su desarrollo integral. Algunos padres, en cambio, descuidan o ignoran las problemáticas psicológicas de los hijos acentuándolas. Esto se convierte también en una determinante para un comportamiento equivocado con respecto a la alimentación.

La infancia es un periodo muy delicado para el desarrollo físico y psíquico de la persona. Ya el padre del psicoanálisis, Freud, había subrayado la importancia de la infancia en el desarrollo de la personalidad del individuo. Había reconocido la importancia de la fase oral en la teoría del desarrollo psicosexual, que es una de las tres etapas por las cuales pasa el niño y que contribuye al desarrollo de su personalidad. Esta fase está caracterizada a la búsqueda del placer a través de la succión. De hecho, la libido, se concentra en la zona de la mucosa oral que se convierte en una zona erógena. Siendo esta una fase caracterizada por un marcado egocentrismo infantil, el niño cree que es el creador de todo y que todo lo que ha creado está relacionado con su boca.

Las fases del desarrollo sexual pueden tener repercusiones en la vida adulta determinando características comportamentales y distintos tipos de personalidad. Una fijación en la fase oral, puede tener como consecuencia,

una personalidad oral. Dicha personalidad tiene características que pueden en parte explicar la dependencia a la comida en edad adulta reiterando la conexión que existe entre la vida infantil y la vida adulta. Un adulto con una personalidad oral usará la comida como medio de gratificación y para superar las angustias (Freud, 2012).

Sin duda, podemos afirmar que la incidencia de estos comportamientos incorrectos puede determinar el aumento de peso y la obesidad en los niños y que la comunidad científica ha tratado de ponerse a reparo estudiando tanto su incidencia como su repercusión en la salud. Además, se han identificado formas alternativas de ayudar a todos a buscar el bienestar, que es consecuencia de un estilo de vida adecuado.

Con estos planteamientos no pretendemos agotar todas las posibilidades interpretativas a nivel teórico que se han ido planteando, pero sí evidenciar que son múltiples los factores que pueden dar respuesta al comportamiento nutricional adulto, partiendo del desarrollo en la etapa infantil, tal y como evidenciaremos en el siguiente apartado.

1.2 Sobrepeso y obesidad infantil

Como venimos afirmando, el sobrepeso y la obesidad son fenómenos cada vez más presentes en nuestra sociedad y lo más alarmante es el hecho de los casos se van incrementando cada vez más en la infancia (World Health Organization, 2018). Esto representa un problema de gran importancia porque esta condición es determinante para la salud en la edad adulta; está comprobado que la mayor parte de los adultos obesos fueron también obesos en la infancia (Piccinni, 2012). He ahí el porqué es necesario predisponer planes de prevención e intervención desde la infancia.

Como ya hemos afirmado, la obesidad y el sobrepeso en la infancia son factor

de riesgo para muchos problemas médicos en la edad adulta ya que enfermedades cardiovasculares, problemas endocrinos y otros, se manifiestan únicamente en la edad adulta.

La obesidad, también puede ser causa de problemas psicológicos, e incluso si no cae en la clasificación de enfermedades psiquiátricas, es innegable que tiene consecuencias a nivel psicológico desde la infancia.

Los niños y adolescentes que padecen obesidad frecuentemente, son discriminados y víctimas de bullying y esto puede conllevar el riesgo de desarrollar posteriormente trastornos alimentarios como la anorexia y la bulimia.

La estigmatización, la discriminación y la intimidación, tienen por lo tanto, consecuencias psicosociales que quebrantan la autoestima, generan estados de ansiedad, sentimientos de inferioridad y victimización lo cual conduce a la depresión, impotencia, trastornos del estado de ánimo y a problemas de comportamiento. Todo esto representa un cuadro complejo y difícil de abordar (Midei y Matthews, 2011).

Si analizamos la obesidad y el sobrepeso infantil podemos darnos cuenta de que es difícil determinarla con precisión. Los estudiosos están de acuerdo en la definición de los parámetros dentro los cuales se establece que una persona tiene un peso normal, sobrepeso u obesidad en cuanto a los adultos se refiere, más no es así con los niños.

Para determinar el estado nutricional se utiliza, sea en niños como en adultos el índice de masa corporal IMC o BMI (Body Mass Index) pero en los niños se considera la edad como referencia.

El concepto de índice de masa corporal se introdujo en el ochocientos por el matemático Quetelet que sostenía que existe una relación entre la altura y el peso y afirmaba que el peso corporal aumenta al cuadrado de la altura.

Este índice posteriormente fue utilizado para determinar los casos de obesidad. Sucesivamente el fisiólogo Keys oficializó el término el BMI o IMC (por su traducción del inglés) y lo consideró un dato biométrico que se obtiene al dividir el peso por el cuadrado de la altura (Dasgupta y Hauspie,

2013).

Según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud, OMS, (OMS, 2006) los valores de peso normal son aquellos que se encuentran entre 12,7 y 16,9, valores inferiores indican un estado de bajo peso. Y se identificaron otros cinco estados nutricios de acuerdo al IMC y la edad:

Figura 1

IMC para la edad 5/18

Tablade IMC Para la Edad, de NIÑAS de 5 a 18 años (OMS 2007)

Edad (años/meses)	Desnutrición severa <-3 SD (IMC)	Desnutrición moderada ≥-3 to <-2 SD (IMC)	Normal ≥-2 to ≤+1 SD (IMC)	Sobrepeso >+1 to ≤+2 SD (IMC)	Obesidad >+2 SD (IMC)
5:1	menos de 11.8	11.8-12.6	12.7-16.9	17.0-18.9	19.0 o más
5:6	menos de 11.7	11.7-12.6	12.7-16.9	17.0-19.0	19.1 o más
6:0	menos de 11.7	11.7-12.6	12.7-17.0	17.1-19.2	19.3 o más
6:6	menos de 11.7	11.7-12.6	12.7-17.1	17.2-19.5	19.6 o más
7:0	menos de 11.8	11.8-12.6	12.7-17.3	17.4-19.8	19.9 o más
7:6	menos de 11.8	11.8-12.7	12.8-17.5	17.6-20.1	20.2 o más
8:0	menos de 11.9	11.9-12.8	12.9-17.7	17.8-20.6	20.7 o más
8:6	menos de 12.0	12.0-12.9	13.0-18.0	18.1-21.0	21.1 o más
9:0	menos de 12.1	12.1-13.0	13.1-18.3	18.4-21.5	21.6 o más
9:6	menos de 12.2	12.2-13.2	13.3-18.7	18.8-22.0	22.1 o más
10:0	menos de 12.4	12.4-13.4	13.5-19.0	19.1-22.6	22.7 o más
10:6	menos de 12.5	12.5-13.6	13.7-19.4	19.5-23.1	23.2 o más
11:0	menos de 12.7	12.7-13.8	13.9-19.9	20.0-23.7	23.8 o más
11:6	menos de 12.9	12.9-14.0	14.1-20.3	20.4-24.3	24.4 o más
12:0	menos de 13.2	13.2-14.3	14.4-20.8	20.9-25.0	25.1 o más
12:6	menos de 13.4	13.4-14.6	14.7-21.3	21.4-25.6	25.7 o más
13:0	menos de 13.6	13.6-14.8	14.9-21.8	21.9-26.2	26.3 o más
13:6	menos de 13.8	13.8-15.1	15.2-22.3	22.4-26.8	26.9 o más
14:0	menos de 14.0	14.0-15.3	15.4-22.7	22.8-27.3	27.4 o más
14:6	menos de 14.2	14.2-15.6	15.7-23.1	23.2-27.8	27.9 o más
15:0	menos de 14.4	14.4-15.8	15.9-23.5	23.6-28.2	28.3 o más
15:6	menos de 14.5	14.5-15.9	16.0-23.8	23.9-28.6	28.7 o más
16:0	menos de 14.6	14.6-16.1	16.2-24.1	24.2-28.9	29.0 o más
16:6	menos de 14.7	14.7-16.2	16.3-24.3	24.4-29.1	29.2 o más
17:0	menos de 14.7	14.7-16.3	16.4-24.5	24.6-29.3	29.4 o más
17:6	menos de 14.7	14.7-16.3	16.4-24.6	24.7-29.4	29.5 o más
18:0	menos de 14.7	14.7-16.3	16.4-24.8	24.9-29.5	29.6 o más

Tabla de IMC Para la Edad, de NIÑOS de 5 a 18 años (OMS 2007)

Edad (años/meses)	Desnutrición severa <-3 SD (IMC)	Desnutrición moderada ≥-3 to <-2 SD (IMC)	Normal ≥-2 to ≤+1 SD (IMC)	Sobrepeso >+1 to ≤+2 SD (IMC)	Obesidad >+2 SD (IMC)
5:1	menos de 12.1	12.1-12.9	13.0-16.6	16.7-18.3	18.4 o más
5:6	menos de 12.1	12.1-12.9	13.0-16.7	16.8-18.4	18.5 o más
6:0	menos de 12.1	12.1-12.9	13.0-16.8	16.9-18.5	18.6 o más
6:6	menos de 12.2	12.2-13.0	13.1-16.9	17.0-18.7	18.8 o más
7:0	menos de 12.3	12.3-13.0	13.1-17.0	17.1-19.0	19.1 o más
7:6	menos de 12.3	12.3-13.1	13.2-17.2	17.3-19.3	19.4 o más
8:0	menos de 12.4	12.4-13.2	13.3-17.4	17.5-19.7	19.8 o más
8:6	menos de 12.5	12.5-13.3	13.4-17.7	17.8-20.1	20.2 o más
9:0	menos de 12.6	12.6-13.4	13.5-17.9	18.0-20.5	20.6 o más
9:6	menos de 12.7	12.7-13.5	13.6-18.2	18.3-20.9	21.0 o más
10:0	menos de 12.8	12.8-13.6	13.7-18.5	18.6-21.4	21.5 o más
10:6	menos de 12.9	12.9-13.8	13.9-18.8	18.9-21.9	22.0 o más
11:0	menos de 13.1	13.1-14.0	14.1-19.2	19.3-22.5	22.6 o más
11:6	menos de 13.2	13.2-14.1	14.2-19.5	19.6-23.0	23.1 o más
12:0	menos de 13.4	13.4-14.4	14.5-19.9	20.0-23.6	23.7 o más
12:6	menos de 13.6	13.6-14.6	14.7-20.4	20.5-24.2	24.3 o más
13:0	menos de 13.8	13.8-14.8	14.9-20.8	20.9-24.8	24.9 o más
13:6	menos de 14.0	14.0-15.1	15.2-21.3	21.4-25.3	25.4 o más
14:0	menos de 14.3	14.3-15.4	15.5-21.8	21.9-25.9	26.0 o más
14:6	menos de 14.5	14.5-15.6	15.7-22.2	22.3-26.5	26.6 o más
15:0	menos de 14.7	14.7-15.9	16.0-22.7	22.8-27.0	27.1 o más
15:6	menos de 14.9	14.9-16.2	16.3-23.1	23.2-27.4	27.5 o más
16:0	menos de 15.1	15.1-16.4	16.5-23.5	23.6-27.9	28.0 o más
16:6	menos de 15.3	15.3-16.6	16.7-23.9	24.0-28.3	28.4 o más
17:0	menos de 15.4	15.4-16.8	16.9-24.3	24.4-28.6	28.7 o más
17:6	menos de 15.6	15.6-17.0	17.1-24.6	24.7-29.0	29.1 o más
18:0	menos de 15.7	15.7-17.2	17.3-24.9	25.0-29.2	29.3 o más

Nota: https://www.fantaproject.org/sites/default/files/resources/FANTA-BMI-charts-Enero2013-ESPANOL_0.pdf

Independientemente de cómo se calcule el parámetro biométrico y de la precisión del IMC, no hay duda de que la obesidad está relacionada de alguna manera con la alimentación (Donini, Nizzoli, Bosello, Melchionda, Spera y Cuzzolaro, 2017).

A menudo nuestros niños reciben una dieta desequilibrada y alta en calorías

que se fundamenta en pautas nutricionales inadecuadas, por lo que es necesario intentar eliminar los errores en la alimentación desde los primeros meses de vida. Esto es equivalente, como ya hemos mencionado, a limitar el riesgo de complicaciones cardiovasculares en la edad adulta. Este objetivo se logra promoviendo un estilo de vida saludable basado en la actividad física constante, respetando la jornada alimentaria que incluye cinco pasos: desayuno, almuerzo, cena y dos bocadillos; respetando los tiempos, la cantidad y la calidad de la comida y prefiriendo los alimentos frescos de temporada y del territorio (Lecerf y Ragot, 2010).

El continuo aumento del sobrepeso y la obesidad en niños y adolescentes requiere que la prevención del riesgo cardiovascular comience desde la infancia y, en particular, la correcta alimentación es una herramienta fundamental para este propósito. Hasta los años 50 los problemas de nutrición en los niños se caracterizaban por la malnutrición por deficiencia, con las características de un problema alarmante, mismas que aún están presentes en Asia y en África.

La malnutrición por deficiencia sigue siendo un gran problema al igual que cuando se trata de malnutrición por exceso, esta última como consecuencia de la mejora económica que ha llevado al aumento del sobrepeso y obesidad infantil (Innocenti, 2013; Alonso Tena y Calatayud Salom, 2020; Montes, 2020). Sin duda, esto es observable ya en el contexto escolar, cuando prestamos atención al tipo de alimentos que los niños llevan al centro o que las familias les ofrecen con demasiada frecuente, a veces sin ser conscientes del todo, de las implicaciones que ello puede tener. Además en el entorno escolar también se pueden encontrar impedimentos para la promoción de hábitos alimentarios saludables en los escolares, como la oferta alimentaria en las tiendas, en las que se prioriza la venta de productos con baja calidad nutricional a precios relativamente muy bajos, promoviendo entornos escolares obesogénicos (García-Padilla y González-Rodríguez, 2017).

La obesidad (UNICEF, 2008; OMS, 2019) ha seguido creciendo y no se ha logrado detener su expansión. De los datos recogidos se encuentra un

incremento vertiginoso en el porcentaje de niños con sobrepeso. De hecho, en el 2017, 38,3 millones de niños menores de 5 años se encontraban en sobrepeso, registrando así un aumento en la tasa de sobrepeso de alrededor de 8 millones de individuos, un porcentaje muy elevado, igual al 5,6% de la población infantil.

Respecto a los años setenta, en Italia, el porcentaje de niños y adolescentes obesos ha aumentado tres veces. Datos más recientes obtenidos de un conjunto de estudios realizados entre el 2006 y el 2016 en una muestra de niños de entre 2 y 7 años demuestran que la situación no ha tenido cambios significativos pues el porcentaje de los niños con sobrepeso/obesidad es del 17,9% y el porcentaje de los niños obesos es 5,3%. Además, se encontró que el porcentaje más alto se encuentra en los países del Sur de Europa (Garrido-Miguel, Cavero-Redondo, Álvarez-Bueno, Rodríguez-Artalejo, Moreno, Ruiz, Ahrens y Martínez-Vizcaíno, 2019).

Evidentemente, la principal causa del mencionado incremento se deriva de las transformaciones sociales, culturales, económicas, cambios en los modelos de producción de alimentos, su disponibilidad, asequibilidad, comercialización y marketing, así como la poca actividad física, que sumado al consumo de dietas hipercalóricas y desequilibradas, caracterizadas por un bajo consumo de alimentos de origen vegetal y de alimentos integrales, así como de un elevado consumo de grasas y azúcares de rápida absorción, sodio y productos ultraprocesados, que conducen a los problemas nutricionales ya mencionados, evidentes en el exceso de peso y sus consecuencias.

1.3 La obesidad en Europa

Como ya se ha mencionado anteriormente, la Organización Mundial de la Salud ha subdividido el planeta en seis Regiones y esto conlleva que para

cada una de estas se analicen los datos relativos a ella y se elaboren propuestas y documentos con el fin de poner freno a los diversos problemas que afectan la zona. Al igual que en otras partes del mundo, en Europa la tasa de obesidad se ha incrementado y sigue aumentando, pero esta tendencia difícilmente cambiará si no se toman iniciativas y medidas drásticas (Han, Lawloe y Kimm, 2010). En los últimos años, los expertos en esta materia se han dedicado a recoger datos y diseñar estrategias para detener este problema. Por lo antes dicho, uno de los problemas más importantes es sin dudas la obesidad en la infancia, su dimensión es alarmante, es necesario individualizar estrategias y elaborar documentos en la Región Euro.

En 2006, se celebró la Conferencia Ministerial de la Euro Región de la OMS sobre la acciones contra la Obesidad, de esta se obtuvo un documento, la Carta Europea contra la Obesidad, que contiene pautas útiles para combatir la obesidad en todos los niveles: local, regional, nacional e internacional (Branca, Nikogosian y Lobstein, 2007).

Durante la Conferencia fueron presentados los datos relativos a la difusión de la obesidad en la Región Euro (cuarenta y seis de los cincuenta y dos países de la Región) evidenciando la preocupante tendencia de crecimiento de este fenómeno. En primer lugar, se puso en claro que este problema asume año con año características cada vez más preocupantes, tanto que de los datos recogidos se observa que la tasa de obesidad entre los adolescentes y los niños ha aumentado diez veces con respecto a los años setenta. Este es un hecho que no debe tomarse a la ligera, sino que debe ser una llamada de atención porque da una idea clara de cuál será la situación de los adultos del futuro y los costos en términos económicos y sociales. De hecho, como se observa en la tabla 1, a partir de la lectura de los datos del Convenio se observó que el sobrepeso y la obesidad son causa de complicaciones (Branca, Nikogosian y Lobstein, 2007; Montes, 2020, p. 8).

Tabla 1

Complicaciones relacionadas al sobrepeso y a la obesidad

Metabólicas	Diabetes mellitus tipo 2, dislipidemias.
Cardíacas	Hipertensión arterial, cardiopatías isquémicas.
Ortopédicas	Artrosis, artralgias.
Respiratorias	Asma, apnea del sueño.
Gastrointestinales	Gastritis crónica.
Psicológicas	Baja autoestima, discriminación social, trastornos de la conducta alimentaria.
Oncológicas	Cáncer colon rectal, renal y esófago.

Nota: Elaboración propia

También son causa:

- del 6% de los costos que se enfrentan en asistencia sanitaria;
- de una limitación en las oportunidades personales en los individuos que la padecen;
- de una reducción en las oportunidades económicas personales ya que los individuos enfermos tienen menor posibilidad de trabajar.

Del análisis de datos en el estudio se encuentra que:

- el número de individuos afectados por el sobrepeso y la obesidad varía según las clases sociales;
- dicho número varía también según las regiones geográficas de referencia;
- en la Región Euro se ven afectadas especialmente las clases en desventaja por lo que las personas que la padecen tienen menos oportunidades para poder revertir o al menos mejorar la situación

- socioeconómica personal;
- los porcentajes de personas con sobrepeso y/u obesidad varían entre las distintas Regiones, así como entre hombres y mujeres, adultos, adolescentes y niños: en cuanto a los adultos el porcentaje más alto lo tienen las mujeres (32%-79% contra el 28%-78% de los hombres);
 - los países con un mayor número de personas con sobrepeso son Albania, Bosnia y Herzegovina y Reino Unido, mientras que aquellos que por el contrario tienen un porcentaje menor son Turkmenistán y Uzbekistán;
 - en cuanto a la obesidad, el porcentaje de los hombres supera al de las mujeres;
 - el porcentaje más alto en niños de escuela primaria con sobrepeso lo tiene Portugal (7-9 años, 32%), España (2-9 años, 31%), e Italia (6-11 años, 27%);
 - el porcentaje más bajo de niños de escuela primaria con sobrepeso lo tienen en Alemania (5-6 años, 13%), en Serbia y Montenegro (6-10 años, 15%) y en Chipre (2-6 años, 14%).

En cuanto a los niños mayores y los datos relacionados con ellos, dado que no hay estudios sobre este grupo de edad en particular, los datos se han tomado de dos estudios (Branca, Nikogosian y Lobstein, 2007):

1. el estudio Pro Children que se condujo en nueve Países en niños de 11, en el se encontró un porcentaje mayor de sobrepeso en niños que en niñas;
 2. la encuesta Health Behaviour en School-aged Children, llevada a cabo en el 2001-2002 y cuyos resultados indican que, en cuanto al sobrepeso, los porcentajes de niños y niñas de trece años son respectivamente 34% y 24%. En cambio, de los datos de niños y niñas de quince años, presentan sobrepeso el 31% de las niñas y el 28% de los niños. En cuanto a la obesidad los datos son algo distintos: el 5% de las niñas de los trece a los quince años y el 9%
-

de los niños.

Estos datos no son más que la confirmación del hecho de que ya en 2006 el problema había adquirido dimensiones alarmantes y ya mostraba signos de que la situación no habría mejorado. Ya desde entonces estaba claro que la prevalencia de la obesidad crecía de manera alarmante tanto que desde los años ochenta se había ya triplicado. Este considerable incremento había tenido lugar no solo en los Países que presentaban una “Tendencia a engordar” sino también en aquellos en los cuales no se registraba habitualmente esta tendencia. Además, en algunos Países, el crecimiento fue rápido y masivo como por ejemplo en el Reino Unido (Branca, Nikogosian y Lobstein, 2007; Segal, Huerta y Sassi, 2019).

Un dato para reflexionar es que ya desde entonces los niños eran los más afectados. Suiza, por ejemplo, ha visto un aumento en niños con sobrepeso de 4% en 1960 a 18% en 2003, mostrando una tendencia europea increíblemente peligrosa (Branca, Nikogosian y Lobstein, 2007; Segal, Huerta y Sassi, 2019).

El sobrepeso y la obesidad en Europa son problemas importantes y apremiantes por este motivo se realizó en Estambul *la Carta Europea contra la Obesidad* (OMS, 2019) para reafirmar el compromiso de la lucha contra la obesidad y el deseo de ponerlo en primer lugar entre los problemas que se enfrentan en los países europeos, conscientes de que es un problema que requiere cooperación y políticas e intervenciones oportunas.

La Carta está dividida en tres partes:

1. “El desafío”: en esta parte viene expuesta la lucha contra la obesidad, la cual, es una de las amenazas más serias de los tiempos modernos y como tal debe ser enfrentada. También se reitera que lo más preocupante es que los niños, niñas y adolescentes participan cada vez más en este proceso y esto es preocupante en varios aspectos: aspecto individual que tiene que ver con la salud en sí misma porque impide a las personas de alcanzar un estado de bienestar lo cual es un derecho de los ciudadanos, así como también el aspecto de costos

económicos y sociales que enfrenta el Estado.

2. “Qué se puede hacer: los objetivos, principios y marco de actuación”. Se especifica que las intervenciones deben diferenciarse según el país y la región a las que están destinadas con el fin respetar sus diferencias y optimizar los resultados.
3. “Evolución y seguimiento”: viene especificada la necesidad de un seguimiento que permita evaluar los progresos alcanzados. Para este fin se establecieron indicadores que permiten dar valor científico a las intervenciones y evaluar el progreso de las diversas iniciativas con respecto a los indicadores y a los objetivos propuestos.

La idea de la Carta Europea Contra la Obesidad (OMS, 2019) era que, con una sinergia de fuerzas y el compromiso de diferentes acciones, la tendencia de la epidemia de obesidad podría haberse invertido. Sin embargo, los datos de los años sucesivos y actuales indican que no obstante los esfuerzos, esto no ha ocurrido. De hecho, el número de personas obesas y la distribución de estas en la Región Euro indican que todavía hay un largo camino por recorrer. La atención de la OMS (2019) y de los otros organismos internacionales y sanitarios se ha concentrado en los adultos obesos, pero también y especialmente, en los niños. Ha sido ya mencionado el hecho de que el número de niños obesos aumenta año con año de forma preocupante y que es importante poner freno a este fenómeno por cuestión de salud y porque estadísticamente un niño obeso tiene una alta probabilidad de ser un adulto obeso. Las organizaciones internacionales y los Gobiernos también reflexionan sobre los costos sociales que se derivan de esto, y por esta razón, la Oficina de la OMS de la Región Euro ha establecido la WHO (2018) European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI). El COSI nace en el 2008 como un sistema que monitorea y controla la tendencia al sobrepeso y a la obesidad de los niños de la escuela primaria en la Región Euro con la intención de tener siempre datos actualizados y comparables entre los distintos Países de la Región, para conocer cómo cambia su IMC, monitorear el fenómeno, pero sobretodo, poder establecer estrategias de

intervención y programas que se adapten a la tendencia actual. Para tener datos siempre actualizados y científicamente comparables, el COSI recopila periódicamente datos de una muestra representativa de niños de la escuela primaria. Los datos recopilados permiten conocer como están distribuidos el sobrepeso y la obesidad en los Países que forman parte de la Región Euro y cómo inciden los hábitos alimentarios. De hecho, además de los valores antropométricos, proporcionan datos relacionados con los hábitos alimentarios para poder ofrecer una imagen completa de lo que comen los niños. Por ejemplo, en los últimos datos recopilados se ha encontrado que los niños de los países de Europa meridional tienen más problemas con el peso. En Grecia, Italia, Malta y San Marino, de cinco niños uno es obeso, mientras que los niños daneses, franceses, irlandeses, letones y noruegos son los más delgados, de hecho la tasa de obesidad infantil (para ambos sexos) fluctúa entre el 5% y el 9%. Las altas tasas de obesidad en relación con Europa meridional no deben llevar al error de pensar en la falta de interés por parte de quienes deben promover un estilo de vida saludable y educar a la población. Incluso, aunque los datos indican aún un porcentaje alto de niños obesos (entre el 18 y el 21%) se encontró una disminución en el número de niños obesos y esto es un indicativo del hecho, de que los esfuerzos realizados por los países para reducir la obesidad están comenzando a dar frutos. A partir de los datos se observa una notable mejora en lo que comen los niños. Por ejemplo, tanto niños como niñas comen fruta con más frecuencia y han reducido alimentos muy elaborados, que no son adecuados para una dieta correcta. (World Health Organization Regional Office for Europe, 2018).

Otro aspecto importante para un estilo de vida sano desde la infancia es la actividad física. Cada vez más niños disminuyen su actividad física, son sedentarios, prefieren los videojuegos a los juegos al aire libre y esto sucede también porque las ocasiones para ponerse en movimiento y hacer actividad física, son cada vez menos. La OMS también supervisa esto porque considera que la actividad física tiene implicaciones positivas en el físico de los niños pero también en su salud mental y asocia un alto nivel de actividad física con

niveles más bajos de sobrepeso. WHO (World Health Organization Regional Office for Europe, 2018) recomienda que los niños hagan al menos una hora de actividad física al día (con intensidad variable de moderada a intensa), sin embargo, de los datos recopilados se observa que son pocos los niños que efectivamente lo hacen. Los niños búlgaros y croatas se encuentran entre los más activos, es decir aquellos que pasan tiempo jugando al aire libre por ejemplo con la bicicleta, o que realizan ejercicio en un gimnasio al menos una hora al día durante el fin de semana o al menos una hora al día durante la semana.

Los estilos de vida fueron monitoreados en cuanto a la actividad física, un estilo de vida sedentario asumido como sentarse frente al televisor o jugar videojuegos y la calidad del sueño. De los datos recogidos se desprende que:

- En cuanto a los hábitos de sedentarismo (el tiempo que se pasa frente al televisor o jugando videojuegos), los niños recurren cada vez más a este comportamiento sedentario, tanto que en algunos estados se han divulgado algunas guías dirigidas a los padres para ayudarles a contrarrestar estos hábitos peligrosos para la salud;
- En cuanto a la calidad el sueño: Para los niños europeos, se considera necesario que la cantidad de sueño sea adecuada a sus necesidades ya que esta está relacionada a la energía que los niños pueden usar en actividad física y deporte. La familia tiene entonces la tarea de hacer que los hijos duerman las horas necesarias y se ha encontrado que esto no sucede y que, por lo tanto, las familias de la Región Europea no cuidan este aspecto. Al respecto se observó que los niños irlandeses duermen más que los italianos, por lo que tienen más energía durante el día. (World Health Organization Regional Office for Europe, 2018).

Todos los datos que se han reportado, los porcentajes y los intentos de las organizaciones y otros entes en la escena sanitaria y social mundial, y europea, muestran que en Europa todavía existe una emergencia relacionada con la obesidad de adultos, niños y adolescentes, y que es importante que

todos estos entes, junto con la familia, la escuela e incluso las autoridades locales, unan sus fuerzas para detener esta epidemia.

Vale la pena señalar que la Organización Mundial de la Salud nació dentro de la ONU (Lombardi, 2008), de la cual es una agencia establecida en Nueva York en 1946, y que entró en vigor en 1948 con su sede en Ginebra. Esta nace con el objeto de construir un futuro mejor asegurando el bienestar en cuanto se refiere a la salud internacional y pública. La Organización Mundial de Salud (OMS) es un organismo de las Naciones Unidas, que nace con el objeto de indicar estándares de salud, además de tener funciones normativas y de apoyo (Ministerio de la Salud, 2017). Al establecerse esta organización, se pasó de una política de competencia exclusiva de los estados individuales a un gobierno comunitario en el campo de la salud.

La Organización, además, se ocupa de investigación en el campo de la salud, de higiene pública, de formación en las profesiones relacionadas a la salud, de establecer las condiciones para propiciar que las relaciones entre los hombres sean armoniosas, se ocupa de la nomenclatura internacional en materia sanitaria, de la relación y bienestar de la madre y del niño y de otros muchos aspectos (Tronconi, 2016). La amplitud de los objetivos y funciones de la OMS hace que sea una organización compleja y altamente articulada. Para facilitar sus tareas, poder monitorear las situaciones sanitarias particulares con total consciencia de las situaciones sanitarias locales, la OMS subdivide el mundo en seis regiones que son estructuras gobernadas por un Comité Regional. Las seis Regiones son:

- Europa (EURO), cuya sede se encuentra en Dinamarca (Copenhague) y comprende también Rusia, Israel, Turquía y Kazajistán;
- África (AFRO), cuya sede se encuentra en la República del Congo (Brazzaville);
- el Mediterráneo oriental (EMRO), cuya sede está en Egipto (El Cairo);
- el Sud-est asiático (SEARO), cuya sede está en la India (Nueva

Delhi);

- América (AMRO), cuya sede se encuentra en los Estados Unidos (Washington D.C.);
- el Pacífico occidental (WPRO), cuya sede está en las Filipinas (Manila).

Dentro de cada región se elige un comité cuya función es identificar y formular políticas regionales orientadas a promover la salud, que es el objetivo principal y universal de la OMS. Además, tienen la tarea de difundir las políticas regionales organizando conferencias que permitan la comparación con las demás Regiones y dar a conocer los objetivos previstos por la OMS.

1.4 *OKkio alla salute*: un sistema de vigilancia en Italia

Después de haber delineado el panorama de la zona europea en cuanto a la obesidad y sobrepeso se refiere, es importante detenerse en modo particular sobre lo que ha hecho Italia para combatir este problema. Primero que nada debemos señalar que Italia ha demostrado ser sensible a la salud de los niños y al tema de obesidad infantil. El aumento vertiginoso de ésta en los niños de escuela primaria, las repercusiones que tiene en la salud de las personas, en su vida y, en consecuencia, en la sociedad, han determinado la necesidad de desarrollar un sistema de vigilancia para controlar y combatir la obesidad entre los más pequeños.

Teniendo en cuenta los factores determinantes de la obesidad, se ha considerado importante monitorear los hábitos alimentarios de los niños, además de recopilar datos antropométricos para poder enfrentar esta problemática. Como ya hemos dicho en el apartado anterior, la Organización Mundial de la Salud, con la institución del WHO European Childhood

Obesity Suirveillance Initiative (COSI), ha creado un sistema de monitoreo de la obesidad infantil en la zona Europa, e Italia participa en este sistema con el programa de vigilancia *OKkio alla salute* con el cual se recopilan los datos relativos a nuestro país.

OKkio alla salute (Spinelli, Lamberti, Baglio, Andreozzi y Galeone, 2009) es un sistema de vigilancia que nace de la necesidad de un monitoreo sistemático, estadísticamente válido y de gran cobertura para estudiar la mayor parte de la población con el fin de obtener datos confiables y completos. Antes de su establecimiento, de hecho, los datos no eran precisos y sistematizados y esto trajo como consecuencia que se llegara a conclusiones que no eran estadísticamente válidas o significativas. Por lo tanto, en la base del programa, existe la necesidad de recopilar datos estadísticamente representativos de la muestra y de forma longitudinal, válidos para proporcionar una imagen clara y completa de la situación, y para poder desarrollar intervenciones y estrategias adecuadas para la población que se está monitoreando.

El programa *OKkio alla salute* busca remediar todos los problemas de estandarización e integridad de la información que podrían surgir con otros programas, utilizando un protocolo de muestreo que concierne a los alumnos de la tercera clase de la escuela primaria. La decisión de utilizar una muestra de niños de aproximadamente ocho años ha sido tomada porque de esta manera la muestra está constituida por niños que tienen los mismos recursos cognitivos para poder responder solos y de manera consciente a las preguntas, y además porque se encuentran en una situación nutricional que aún no es típica de la pubertad.

Los responsables de este programa son el Ministero della Salute/CCM y las Regiones; su coordinación está a cargo del Centro Nacional de Epidemiología, Vigilancia y Promoción de la Salud (CNESPS).

El principal objetivo del programa es realizar las encuestas de manera constante y obtener un reporte cada dos años que permita tener los datos

suficientes y constantes de la muestra a través de los años, para así mediante la lectura de los datos, conocer y comprender los progresos en la lucha contra la obesidad en edad de desarrollo. La lectura de estos datos permite individualizar y poner en marcha estrategias e iniciativas útiles y específicas. Sin embargo, antes de dar inicio oficialmente al programa se llevaron a cabo dos estudios piloto en el 2007 en Terni y en Bari, los cuales permitieron caracterizar y determinar con la mayor precisión posible el *modus operandi*. Su objetivo era una recopilación de datos cuantitativos, pero también cualitativos, para evaluar la viabilidad del programa, los métodos de ejecución, el tiempo y los costos. El estudio realizado en Bari incluía también un cuestionario dirigido a los padres. En cuanto al estudio cuantitativo, se obtuvo información de cuatrocientos niños de las ciudades de Terni y Bari. En las encuestas realizadas se obtuvo el peso y altura de los niños, consumo habitual de alimentos, actividad física que realizaban; y en la ciudad de Bari, se realizó un cuestionario dirigido a los padres.

El estudio cualitativo dirigido a comprender cómo involucrar a las familias destacó su renuencia, y esto es de gran importancia, ya que el éxito del proyecto de vigilancia tenía como base la participación de las familias. La muestra en este tipo de estudio cualitativo estaba constituida por profesores, directores de las escuelas y padres de niños de la escuela primaria a través de la técnica del *focus group*.

En lo que respecta a *OKkio alla salute*, participaron las ASL a las que se les confió la tarea de elegir las clases que participarían en este programa.

Participaron las clases seleccionadas de una lista de las clases de tercer grado de las escuelas primarias que proporcionó la Oficina Escolar Provincil. Las mismas ASL junto con la Región tenían la tarea de decidir si la muestra debía ser representativa de la Región o de cada ASL. Para este propósito es necesario precisar que el número de la muestra representativa varía, ya que si se decide utilizar una muestra representativa de cada ASL esta debe ser de aproximadamente 630 niños, y si en cambio la muestra debe ser representativa de la Región, el número varía según el número de habitantes

de la misma, entonces:

1. si la Región tiene menos de un millón de habitantes los niños serán aproximadamente 810;
2. si la Región tiene al menos un millón de habitantes la muestra será de aproximadamente 1.500 niños.

Una vez que se selecciona la escuela, para la participación en el programa, los niños deben ser informados y sensibilizados por el Contacto de Salud Escolar Regional o Provincial. Enseguida se organiza un encuentro entre los profesores y los operadores sanitarios para la organización sobre la recopilación de los datos a través de:

1. la ficha antropométrica. La medida de altura y peso de los niños es tomada en las escuelas por los operadores de la ASI;
2. el cuestionario de la escuela que es completado por el Director de la escuela;
3. el cuestionario de los niños, completado por ellos mismos en clase y de carácter no obligatorio;
4. el cuestionario para los padres; completarlo tampoco es obligatorio.

Durante la reunión entre los profesores y los operadores sanitarios, estos se ocupan de informar a los docentes sobre los objetivos del programa, de proporcionarles además un recordatorio escrito, la información para los padres y el cuestionario para los padres (si se decide utilizarlo). Estos tres instrumentos están preparados por el Istituto Superiore della Sanità.

Está previsto también el cuidado de los aspectos éticos de la investigación de manera que esta no sea inválida y que los participantes, especialmente los niños no sean molestados. A este fin las familias son informadas con respecto a la privacidad y al hecho de que la participación en el programa no es obligatoria.

Para garantizar la privacidad de los participantes:

- los datos biográficos de los participantes no son reportados ni conservados;

- se utilizan códigos para la correspondencia entre los cuestionarios completados por los alumnos con los cuestionarios completados por los padres;
- los profesores tienen acceso a los códigos (y no a los datos de los niños) mientras los operadores, al contrario, tienen acceso a los datos de los niños, pero no a la correspondencia entre los nombres y los códigos de identificación;
- los padres que completan los cuestionarios meten estos dentro un sobre y los entregan al profesor, el cual a su vez lo entrega a los operadores;
- los operadores recogen los cuestionarios de los niños (anónimos) al mismo tiempo que toman las medidas antropométricas.

Además de estos aspectos, se tomaron algunas precauciones durante la detección de datos antropométricos sobre todo para no molestar a los niños. De hecho, los niños viven con vergüenza por el sobrepeso o la obesidad a causa de la actitud hacia ellos por parte de otras personas (adultos y niños), por lo cual:

- el nombre del estudio no contiene palabras que puedan ser asociadas a la obesidad, al sobrepeso o al peso;
- cuando se presenta el programa se habla de estilos de vida saludables que son necesarios para todos;
- cuando se toman los datos antropométricos de los niños no se les pide quitarse la ropa;
- el personal que toma las medidas a los niños está capacitado para ello;
- la toma de medidas se lleva a cabo en un aula en la que cada niño viene medido de manera individual solo con presencia del profesor (Spinelli, Lamberti, Baglio, Andreozzi y Galeone, 2009).

Como ha sido mencionado, los informes de las publicaciones se hacen cada dos años y hasta la fecha, hay disponibles seis informes que nos permiten

describir el progreso del problema en cuestión, también de acuerdo con la variable geográfica. El último reporte publicado es del año 2016 por lo que se considera correcto detenerse en aquellos del 2008 y del 2016, es decir en el primero y el último. Estos nos permiten observar las diferencias y darnos cuenta si estos fenómenos que representan un riesgo de enfermedades, han disminuido y cuánto.

Las encuestas que se registraron en el reporte del 2008, se llevaron a cabo entre la última semana de abril y la primera de junio en una muestra perteneciente a dieciocho Regiones italianas para un total de 2610 terceras clases. La muestra se consideró válida ya que la participación fue muy alta. Estaba constituida por 50.197 niños, correspondiente al 97% de los niños seleccionados, lo cual significa que solo el 3% de los padres no quiso que su hijo participara. Esta adhesión masiva al programa ha evitado distorsiones causadas por la selección de participantes. El alto número de familias participantes también indica que los operadores de la ASL pudieron comunicarse de manera efectiva con las familias, los directores de las escuelas, los maestros y todos aquellos que participan a *OKkio alla salute*. Otro dato importante es que hubo pocos niños ausentes en los días de la toma de medidas antropométricas; también este aspecto es muy valioso, ya que un mayor número de niños ausentes podría haber hecho pensar en una actitud de sobreprotección de parte de los padres hacia los niños. Los padres respondieron con entusiasmo a la iniciativa tanto que el cuestionario dirigido a ellos (que recordamos no era obligatorio), fue respondido por el 93% de las familias y esta participación es otra prueba del hecho de que el programa fue bien acogido. El número de las familias que completaron el cuestionario fue superior al número de niños que estaban presentes el día de la toma de medidas. Además, los datos indican que las madres son las personas que, en porcentaje mayor, respondieron los cuestionarios (88%), seguido por los padres (11%) o de alguna otra persona (0,8%).

En cuanto a los datos que miden el peso de los niños, no podemos hablar de resultados alentadores, ya que se evidenció que un niño de cada tres tiene

sobrepeso u obesidad, lo cual representa un número muy importante. Del análisis de datos se detectó que en las Regiones meridionales la presencia de niños con sobrepeso u obesidad es mayor y que esta condición estaba relacionada al nivel de educación de la madre.

Del análisis de los hábitos alimentarios de los niños se encontraron algunos comportamientos que están relacionados con decisiones de la madre y que a menudo son perjudiciales:

- Saltar el desayuno es un hábito alimentario incorrecto ya que es la comida más importante puesto que es la primera del día y se realiza después de una noche de ayuno. Esta comida es la primera en aportar el requerimiento energético al cuerpo. Saltar el desayuno tiene consecuencias perjudiciales ya que el niño para satisfacer el hambre comiendo más seguido y a menudo alimentos con alto contenido de calorías. De los datos analizados se encontró que el porcentaje de niños que salta el desayuno en general es el 8,7% (OKkio alla SALUTE, 2019). Si se analizan los porcentajes referentes a las Regiones se observa que el porcentaje en Sicilia es del 18%, mientras que en Véneto es del 11%. A esto se suma el hecho de que el 20% consume un desayuno no equilibrado e incorrecto. Se ha establecido que existe una relación estrecha entre saltarse el desayuno y la obesidad. Los niños que se saltan el desayuno tienen un mayor riesgo de presentar sobrepeso u obesidad.
- El consumo de bebidas gaseosas o excesivamente azucaradas es también un mal hábito y el 46% de los niños las consume de manera habitual, y el 17% varias veces durante el día.
- El consumo de fruta y verdura es también un dato preocupante ya que se encontró que casi la totalidad de los niños no consume fruta ni verdura, y si lo hace, no consume las cuatro porciones al día que se recomiendan (Spinelli, Lamberti, Baglio, Andreozzi y Galeone, 2009).

Como ya hemos mencionado, los hábitos alimentarios suelen estar relacionados con el nivel cultural de la madre y los operadores han encontrado relación entre el consumo en exceso de bebidas azucaradas y el nivel escolar de la madre. Estas observaciones nos ayudan a entender lo complejo es el problema del sobrepeso y la obesidad y que existen varios factores relacionados con éste.

Cada dos años se publica un reporte por parte del Programa que proporciona un cuadro de los resultados obtenidos a través de las iniciativas enfocadas a que los ciudadanos sean más conscientes de la importancia de llevar un estilo de vida saludable desde una edad temprana. De la lectura y análisis de los datos es posible observar los progresos que se han ido teniendo. En este sentido, es interesante comparar los resultados que se acaban de presentar, en referencia al año 2008 con los del último informe publicado en 2016 en el que la muestra examinada fue de 50.902 niños. También en este caso la respuesta de las familias fue entusiasta y esto demuestra que los operadores y quienes se encargan de la comunicación, continúan involucrándolos. En el reporte del 2016 (Nardone, Spinelli, Buoncristiano, Lauria, Pierannunzio y Galeonei, 2018) los datos nos muestran que:

- la lucha contra la obesidad infantil está dando resultados positivos aunque el camino por recorrer aún es largo. En el 2008 los porcentajes relativos a los niños con sobrepeso y obesidad eran bastante altos, en el 2016 el porcentaje de niños con sobrepeso fue del 21,3% y de niños con obesidad 9,3%. Es decir, tres de cada diez niños sufre de exceso de peso. Esto demuestra que el monitoreo acompañado de iniciativas y estrategias está dando resultados positivos;
- en cuanto al porcentaje de fruta y verdura se encontró que en el 2016, el 20.1% de los niños no consumía las cuatro porciones de fruta y verdura recomendadas y por lo tanto se observó una mejora porque en 2008 el porcentaje fue de 23%;
- en cuanto al consumo de bebidas gaseosas y/o azucaradas el

porcentaje de niños que las consume habitualmente fue del 36,3% mientras que antes era del 46%. Esto es prueba de un estilo de vida más sano;

- sin embargo, la relación entre la escolarización, el nivel sociocultural de la madre y el consumo de bebidas nocivas, está siempre presente.

El programa de vigilancia *OKkio alla salute* (2019) ha demostrado que una política de escucha, información y monitoreo es el camino que hay que recorrer para combatir esta enfermedad y permitir a las personas alcanzar su propio bienestar llevando un estilo de vida sano desde la infancia que se convertirá después en educación alimentaria de por vida. Solo de esta manera pueden limitarse los daños y costos de la epidemia de obesidad, tanto en el aspecto social como en el aspecto económico.

CAPÍTULO II

La familia y la educación alimentaria

Hablar de sobrepeso y obesidad significa hablar de la persona en su entorno, especialmente en su contexto de referencia más cercano: la familia. Descontextualizar a la persona de su ambiente social y afectivo hace imposible comprender y combatir los desórdenes alimenticios. Poner en marcha estrategias para frenar este fenómeno es cada vez más común, por lo tanto, es importante la comprensión del mundo afectivo de la persona y de la ayuda que este puede ofrecer y/o los retos y puntos débiles que puede plantear y a los que hemos de responder. Es cada vez más frecuente que los programas de monitoreo e intervención sean concebidos en una óptica de colaboración e intercambio de datos con las familias, la escuela y el territorio (Nardone, et ál, 2018) puesto que son los caminos que necesariamente hemos de transitar para llegar a la comprensión del fenómeno y, sobre todo, a su mejora a distintos niveles.

La familia ha tenido siempre un rol central en el desarrollo y en la educación

del individuo, no obstante, los cambios que ha sufrido en su estructura y en la sociedad en general, se sigue considerando el principal agente educativo. La educación impartida por la familia es fundamental ya que a través de la introyección de las normas que imparten los padres, el individuo forma su propio estilo de vida. La personalidad y el estilo de vida que un individuo adquiere se forma en base a las normas de la familia y a la forma en que los padres lo han educado (Hena López y García Vesga, 2011).

De hecho, en la familia ocurren los primeros momentos de socialización, el niño comienza su recorrido hacia la individualización y le viene impartida la primera educación alimentaria.

Como se ha mencionado, con el cambio de la sociedad, ha cambiado también la familia. De hecho, ya no es posible referirnos solo a la familia tradicional. Vivimos en una sociedad fluida y en continuo movimiento y esto ha tenido repercusiones también en la estructura familiar. Hoy en día, se habla de *familias* que tienen en común la función educativa a todos los niveles, incluso a nivel alimentario.

A través de los años, entonces, no solo ha cambiado la estructura de la familia sino también el modo en el que ella influye en la educación alimentaria y el modo en el que el alimento viene a ser percibido por el niño y por todos los integrantes de la familia. Al cambiar la estructura de la sociedad, el modo de trabajar, los tiempos dedicados a la convivencia, necesariamente ha cambiado el modo de alimentarse y de concebir los alimentos. Así pues, a priori no podemos defender que una composición familiar sea superior a otra ni que en una u otra se desarrolle una alimentación más adecuada. En realidad, esto dependerá de las relaciones educativas que se establezcan en su seno y de las pautas de interacción que se favorezcan entre sus miembros, tal y como planteamos con más detalles en los siguientes apartados (Cánovas y Sahuquillo, 2014; Riquelme, Sahuquillo y Cánovas, 2020).

2.1 La familia: principal agencia educadora y socializadora

La familia es el ambiente afectivo por excelencia, el nido en el cual crece el niño y en el cual aprende a ser un individuo. De hecho, la familia no es solo responsable de la alimentación y del sostén económico, sino que también es responsable del crecimiento emotivo y afectivo del niño. La crianza de una persona desde el punto de vista físico y afectivo es una tarea muy compleja y no debemos equivocarnos al pensar que estamos hablando de dos aspectos, físico y emocional/sentimental, claramente separados entre ellos (Lupoi, Corselo y Pedi, 2016).

Para confirmar lo anterior se considera oportuno precisar qué cosa se entiende por desarrollo físico y desarrollo afectivo-relacional. El desarrollo físico es aquel que permite a la persona, después de su nacimiento, crecer y desarrollar su propio cuerpo; este proceso se puede subdividir en cuatro fases (Palmonari, 2011):

- Infancia;
- Adolescencia;
- Edad adulta;
- Senilidad;

Cada una de estas fases, está a su vez caracterizada por etapas de desarrollo (Maggiolini y Pietropolli Charmet, 2004) que permiten a la persona crecer, alcanzar la fase en la cual el desarrollo se estabiliza (la edad adulta) y sucesivamente, acompañar a la persona hacia completar su ciclo de vida.

En cambio, el desarrollo afectivo-relacional, es el resultado de las interacciones del individuo con la persona que cuida de él en los primeros años de vida y sucesivamente de sus interacciones con el ambiente, es decir, del modo en el cual el individuo se relaciona con los demás. Otros aspectos necesarios para el desarrollo afectivo-relacional son los aspectos cognitivos, afectivos y sociales que permiten a la persona construir relaciones que pueden ser satisfactorias, pero también frustrantes. El desarrollo socio-afectivo se desarrolla a lo largo de la polaridad placer-disgusto ya que la frustración está

considerada necesaria y no negativa para la construcción de la personalidad de la persona (Saraceno y Naldini, 2007)

Es necesario puntualizar que las personas vivimos desde el inicio de nuestra existencia en un ambiente social y que éste puede satisfacer o frustrar sus necesidades. Los individuos enfrentan todas las situaciones que se presentan a lo largo de la vida con los medios que tienen a disposición y que obviamente cambian según el nivel de desarrollo, la interacción con los demás y con el ambiente que los circunda.

Como se puede notar en lo que hasta ahora hemos expuesto, el desarrollo físico y el socio-afectivo, no puede excluirse de la familia. De hecho, el lactante, para nutrirse, necesita de alguien con quien instaura una relación de nutrimento, esta será la base de los primeros sentimientos, de los primeros esquemas cognitivos y representa el fundamento de la persona en la que se convertirá (Scabini y Iafrate, 2003). Sin duda, el núcleo familiar es fundamental para la formación del individuo.

La familia no debe considerarse solo como un conglomerado de personas que viven bajo el mismo techo, esta es un sistema mucho más complejo y como tal es justo y necesario, analizarlo desde un punto de vista psicológico, sociológico y antropológico (Lupoi, Corselo y Pedi, 2016).

Así pues, debemos precisar que la familia está considerada el lugar afectivo por excelencia incluso si no siempre ha sido así. El ambiente afectivo que permite a los niños crecer y desarrollar sus capacidades sociales y afectivas ha adquirido dicha connotación en tiempos relativamente recientes ya que este tipo de familia como lugar afectivo por excelencia puede identificarse a partir del periodo de la Revolución Industrial. En este periodo cambia tanto el concepto de familia como el de los niños. Si se observa el arte precedente o el modo en el que estaban estructuradas las casas se comprende que “la familia” era algo distinto. De hecho en los cuadros, los niños no venían representados como tales sino como adultos de talla baja y tal era la desafección hacia ellos que por ejemplo, en el idioma francés no existía una palabra para indicar al niño pequeño (probablemente esto era consecuencia

de la alta tasa de mortalidad infantil). Con el paso de los siglos y los cambios en las condiciones económicas y culturales cambia también la forma de relacionarse con los niños y cambia la forma de crianza relacionada a cómo cambian a su vez las casas.

Las modificaciones en la estructura de las casas no es un elemento que cuenta poco ya que se pasó de un tipo de casa en el cual no existían espacios para la intimidad sino que estaban caracterizadas por espacios sin orden que daban lugar a la promiscuidad incluso con el personal de servicio en las viviendas, a otro tipo de casa en el siglo XVIII con la creación de espacios que favorecen la intimidad y la constitución del núcleo familiar. Esto es importante para entender como la familia se ha convertido en “espacio emotivo”, lugar de crecimiento afectivo y cómo este crecimiento es una consecuencia (Ariès, 1999). De esta manera, tomó forma la familia conyugal, mejor conocida como familia nuclear, es decir, la familia formada por un grupo de personas unidas por una relación afectiva muy estrecha y en la cual se resalta la función del cuidado.

Así pues, para comprender la familia no solo como un conjunto de personas que comparten un domicilio y las comidas sino también como una realidad compleja en la cual cada elemento es parte integrante, es bueno referirse a la teoría de sistemas del epistemólogo austriaco Von Bertalanffy (2004).

Según su visión, la realidad es conocible a través de los sistemas que la componen y que son interdependientes e influyen entre sí. De hecho, no es posible imaginar un sistema ausente a sí mismo, cerrado, sin relaciones con otros sistemas y en el cual cada elemento no tenga influencia en los demás elementos, en el mismo sistema y por lo tanto, en otros sistemas. En esta óptica la familia puede entenderse como un sistema complejo en relación con otros (por ejemplo: sistema escuela, sistema territorio, sistema familia extendida). Entonces, los estilos de vida de los niños y la alimentación están influenciados por el sistema en el que viven.

Por lo anterior, considerar la familia como un grupo de personas ajeno a la relación con otros sistemas, significaría concebirla desde una óptica solipsista

y exclusivamente nuclear y hay que admitir que para comprender en su totalidad las dinámicas de esta, sanas o enfermas, es necesario conocer y comprender el sistema de relaciones en el que está inmersa.

Desde el punto de vista sociológico, se entiende a la familia ya no como núcleo familiar que en la tradición patriarcal compartía la misma vivienda, era autónoma y autosuficiente sino como un conjunto de personas que comparten estilos de vida y que están unidas entre ellas por distintos vínculos (Saraceno y Naldini, 2007). De hecho este es el significado que también asumió en el Código Civil.

La familia nacida en el siglo XVIII, entendida como un núcleo familiar formada por padre, madre e hijos, ha cambiado en la sociedad contemporánea. Existen distintas estructuras familiares y cualquiera que sea el tipo de estructura de familia, esta sigue siendo la unidad educativa cuya función es la socialización primaria y es el lugar donde la socialización se estructura también a través de la división de roles.

Por otro lado, al hablar de familias, en el contexto social prevalece lo que se conoce como familia extendida. En este caso, con el término familia se entiende incluso, quien no tiene el mismo domicilio pero que está unido por vínculos de parentesco y tutela; su configuración heterogénea es más fluida, distinta a la que podríamos definir tradicional, la cual considera familia aquella compuesta exclusivamente por padre madre e hijos.

Evidentemente, la familia hoy en día es una estructura social fluida y evidente de tal manera que la familia de tipo tradicional es cada vez más rara. Esto no significa que haya desaparecido completamente o que haya perdido su importancia, sin embargo, su protagonismo se va reduciendo año con año (Cánovas y Sahuquillo, 2014; Riquelme, Sahuquillo y Cánovas, 2020).

La antropología en el estudio de las familias se ha concentrado en los vínculos que se instauran en su interior y con el grupo social en la cual se encuentra inmersa. Ésta identifica y distingue los tipos de parentela en (Fruggeri, 2005):

- parentela lineal debida a matrimonios e hijos;
- parentela colateral en la cual existen vínculos con al menos uno

de sus integrantes (por ejemplo, los hermanastros) y vienen establecidos también los grados de parentela.

Sin embargo, como venimos afirmando, la familia contemporánea está estructurada de distintas maneras y es cada vez más grande el número de aquellas que vienen definidas como familias recompuestas, término que se refiere a todas las familias que se forman fuera del matrimonio ya sea por elección, por separación o por muerte (Saraceno y Naldini, 2007; Sallés y Ger 2011; Pastor, 2014; Olson, 2011). En este caso, en el momento en el que se han roto los vínculos anteriores, se recomponen a través del compartir y de la solidaridad, connotándolos con nuevos significados.

Naturalmente, cualquier estructura que asuma la familia debe involucrarse en el proceso educativo y formativo y sobre todo en el objetivo de alcanzar el bienestar y estilos de vida saludables. De hecho, no hay duda de que sin la colaboración de la familia, el proceso educativo es difícilísimo, ya que en casa se perdería todo lo que se hace en la escuela.

A este respecto, es necesario detenerse a reflexionar en la familia y su estructura, que hoy en día, como hemos visto, ha cambiado. A menudo la familia no coincide con el concepto subyacente de relación afectiva, con el modelo de madre, padre e hijos que tienen la misma residencia. Así que, hoy en día, los sociólogos prefieren utilizar el término “familia” para dirigir la atención y evidenciar el hecho de que existen diversas maneras de vivir juntos y varias formas familiares; muchos estudiosos han enfrentado el problema de la relevancia de la responsabilidad educativa y formativa de los hijos, tanto como para considerar necesaria una pedagogía de las familias. Naturalmente también en el pasado, existían diversas experiencias familiares, pero estas, a diferencia de hoy en día, eran debidas a eventos no previsible e involuntarios que no ponían en discusión la validez del matrimonio.

Hasta los años Sesenta del siglo pasado, se ofrecía una imagen de relaciones de pareja donde, supuestamente, amor y matrimonio coincidían y había pocas alternativas a la vida matrimonial que estaba caracterizada por una rígida separación de roles. A mitad de los años Sesenta nace la familia

contemporánea, fruto de las transformaciones sociales y culturales, que ya no solo se identifica con la familia que se deriva del matrimonio, sino que asume distintas connotaciones: familia de hecho, unión libre, familia de derecho, familia con un solo padre, padre solo después de la separación, familia arcoíris (familia formada por parejas del mismo sexo que tienen hijos) (Scabini y Cigoli, 2000). Así pues, hoy en día podemos hablar de varios motivos que se encuentran entre las principales causas del aumento de fotografías y composiciones familiares entre los cuales cabe destacar: el ingreso de la mujer en el mundo del trabajo, la secularización de la sociedad y de la política que trajo como consecuencia menos control religioso, la escolarización de masa, el feminismo y la emancipación de la mujer, el modelo de familia tradicional ha sido cuestionado y como hemos dicho han surgido nuevos modelos familiares (Zanatta, 2003).

Es necesario precisar que la familia ya no está caracterizada por la estabilidad y este concepto se traduce muy bien en el término *démariage* (Théry, 1993) que deja clara la idea de que hoy en día el matrimonio se ha convertido en una experiencia subjetiva por lo que la exigencia de contraerlo, de preferirlo a la convivencia o de romperlo depende solo de la persona y ya no está motivada por una exigencia social.

Théry (1993) ha utilizado este término pues sostiene que este fenómeno similar a la secularización de la política que ha llevado a la religión a ser una cuestión de conciencia y al mismo tiempo sostiene que el matrimonio es relativo a la conciencia y a las decisiones individuales.

El cambio de la familia y de las diversas formas de *démariage* (Toscano, 2006; Parada Navas, 2010) ha traído cambios en los roles de los padres, las relaciones intergeneracionales y ha dado una configuración distinta a la familia pues la relación de pareja ha sido remodelada.

Todo esto ha afectado a los menores y su formación, por lo que los cambios que se han suscitado nos llevan a reflexionar las tareas educativas de la familia. No obstante, la responsabilidad de los adultos referentes ha de continuar viente a todos los niveles y no puede supeditarse al cambio de forma

familiar puesto que los padres pueden dejar de ser pareja pero no dejan de ser padre y/o madre.

Junto a esto, es necesario tener presente que entre las funciones sociales de la familia están las educativas y formativas, de hecho, siempre debe respetar el criterio jurídico de *favor prolis* y la protección del menor no está relacionada con el tipo de familia. Así pues, la jurisdicción admite las diferencias en los deberes para con los niños y en el artículo 30, párrafo 1, del Código Civil establece: “es deber y derecho de los padres mantener, instruir y educar a los hijos incluso si han nacido fuera del matrimonio”.

En el artículo 317 bis, párrafo 2 del Código Civil se reitera: “ambos los padres tienen la misma autoridad parental y la función educativa se atribuye a los padres más allá del matrimonio.”

De esta manera, podemos aceptar y hacernos a la idea de que el matrimonio es un conjunto de personas que pueden estar unidas entre ellas por diversos tipos de vínculos que pueden ser el matrimonio, el parentesco, la tutela, la adopción y muchos otros tipos siempre que cohabiten y residan en el mismo domicilio.

La familia, continúa siendo el lugar privilegiado para el crecimiento del menor, para su cuidado y su educación incluso en caso de bipaternidad (fue aprobada el 7 de julio del 2005 la ley sobre custodia compartida en caso de separación).

Así pues, los roles y funciones de las familias en educación inicial pueden resumirse de la siguiente manera (Sepúlveda Maldonado, 2020, p. 35-36):

- Padres y/o apoderados deben ser los primeros proveedores de la educación, siendo a los padres a quienes les corresponde preferentemente el derecho y el deber de educar a los niños/as que estén bajo su cuidado.
- Participar de manera activa en el proceso de enseñanza y aprendizaje de niños/as que se encuentren bajo su cuidado.
- Resguardar por los cuidados básicos de alimentación, higiene y

salud necesarias en la vida de niños/as que se encuentren bajo su cuidado.

- Cumplir responsablemente con la asistencia al proceso educativo que corresponda en caso de no poder cubrir necesidades educativas, de atención y desarrollo en el hogar.
- Dar la atención y cuidado necesario a los niños/as mientras se encuentren bajo su responsabilidad.
- Atender a las necesidades de escucha y atención cuando el niño/a lo requiera.
- Apoyar a los niños y niñas en aspectos socioemocionales y de convivencia, permitiéndoles así la interacción con otros niños/as.
- Efectuar la estimulación necesaria según la etapa de desarrollo del niño/a que se encuentren bajo su cuidado.
- Establecer normas y límites a niños/as que se encuentren bajo su cuidado.

2.2 Principales funciones de la familia

En línea con lo planteado, la transición de la familia patriarcal (familia colocada bajo la autoridad del descendiente varón de mayor edad) a la nuclear (familia formada únicamente por padres e hijos) se produjo en el siglo XIX después de los cambios sociales debidos sobre todo a la Revolución Industrial dentro de ese proceso evolutivo que según Durkheim (2010), ocurre por la ley de la contracción familiar progresiva, transformando la estructura de la familia. Sin embargo, el cambio no se limitó solamente a la estructura, es decir a la transformación de la familia patriarcal a la familia nuclear, sino que también tuvo efectos sobre las funciones familiares debilitándolas. De hecho, como afirma Parsons (2012), otro sociólogo que se interesó de las

transformaciones de la familia pero desde el punto de vista de sus funciones, la familia conyugal, o nuclear si se prefiere, en su evolución se ha aislado de la parentela que contribuía a transmitir la red de valores sociales y esto ha hecho que la familia perdiera su connotación de multifuncionalidad que la caracterizaba y algunas funciones que antes eran llevadas a cabo por la comunidad familiar pasaron a ser realizadas por otras instituciones.

De esta manera, se llega al declive del “comunismo familiar” y surge una visión personalista de la familia que pone al centro a las personas y ya no a las cosas poseídas en común, cosa que, como sostiene Parsons, habría hecho desaparecer el derecho de sucesión. Cada estructura social, según la opinión de Parsons, desempeña una función con la finalidad de la autoconservación del sistema social.

Es importante precisar que antes de la reforma del 1975 existía una clara separación entre familias legítimas y no legítimas, y entre hijos legítimos e ilegítimos y solo la familia legítima gozaba de la consideración y tutela social y era la única considerada capaz de desempeñar las tareas de mantenimiento, instrucción y educación, como también de la transmisión del patrimonio. En cambio, hoy en día, los hijos nacidos fuera del matrimonio ya no son etiquetados como ilegítimos y son considerados iguales a los demás. Además, el Estado ha legislado los deberes de mantener, instruir y educar a los hijos y ha inferido también la asistencia moral como deber, es decir, el deber de instaurar una relación de tipo afectiva y de sostén para un crecimiento sano y equilibrado. Así pues, el Estado señala los deberes, regula las relaciones entre padres e hijos e interviene en los casos en que estos deberes no sean respetados y si existen comportamientos inadecuados a través de la pérdida de la custodia y el alejamiento de la vida familiar.

En la Convención de Nueva York sobre los Derechos del Niño del 20 de noviembre el menor asume una posición central de manera que el Estado debe intervenir, violando la autonomía de la familia y sustituyéndose a ella en algunos casos como cuando la familia es incapaz de desempeñar sus funciones.

El cambio y diversificación en las funciones de la familia (Scabini y Iafrate, 2003) ha sido debido, sobre todo, a la división del trabajo y a su especialización. De hecho, una de las funciones fundamentales de la familia patriarcal, era la producción de recursos económicos, esta función en la familia nuclear ya no existe ya que esta se basa en la propiedad privada y está ligada al mundo del trabajo; los recursos económicos ya no derivan de actividades comunes a toda la familia. La familia burguesa es la que produce un exceso económico y hace distinción entre la administración familiar y la administración de la empresa. Por lo tanto, esta distingue entre el mundo familiar y el mundo del trabajo y esto ha hecho que la familia haya perdido la función de productora de los recursos económicos ya que, si produce, lo hace porque esta imbuida en el mundo del trabajo.

En este sentido Engels (2015) sostiene que el nacimiento de la propiedad privada deriva del hecho de reconocer el tabú del incesto que lleva a la necesidad de unirse exclusivamente a una mujer para procrear y tener descendientes a los cuales transmitir el patrimonio.

Muchos sociólogos afirman, como ya hemos mencionado, que el nacimiento de la familia nuclear ha quitado potencia y disminuido el número de las funciones de la familia, aunque algunos sociólogos sostienen que no se debe hablar de la pérdida de funciones, sino del cambio de funciones ya que las familias de hoy se hacen cargo de algunas tareas que no pueden ser programadas y tampoco socializadas como el cuidado y la asistencia a los enfermos, pequeñas reparaciones domésticas, dar ayuda fuera del ambiente familiar, etc. (Zanatta, 2003; Parsons, 2012). En cuanto a la función económica, es necesario precisar que raramente produce los recursos económicos de manera autónoma, pero administra el presupuesto para la gestión familiar y para asegurar el sustento a todos los miembros de la familia. Junto a esto, algunas funciones han pasado a otros agentes externos, las familias que podemos definir funcionales, pues desempeñan muchas funciones porque siendo la familia un sistema abierto y a su vez en relación con el sistema social, tiene necesidad de la sociedad y la sociedad tiene

necesidad de la familia. Las funciones de la familia son numerosas y están dirigidas tanto a individuos como a la sociedad (Donati, 2006).

Así pues, se ha llegado a hablar de crisis de las funciones tradicionales de la familia y, en este contexto, se suele distinguir e identificar, además de las funciones personales, las funciones que pertenecen a la familia como institución que son:

- la función biológica y de procreación;
- la función económica en el sentido de prever la subsistencia de la familia;
- la función protectora en el sentido de protección de los riesgos de la vida misma;
- la función pedagógica y cultural;
- la función de estratificación en el sentido de dar un status social;
- las funciones integrativas y de control social de sus miembros.

Estas funciones institucionales ya no son solo pertinentes a la familia (exceptuando la biológica y de procreación). De hecho, hemos ya mencionado que la familia no consume aquello que produce y que el Estado es el responsable de asegurar el trabajo, la asistencia en caso de invalidez, vejez y desempleo. Así pues, en cada país occidental el welfare state ha sustituido la función económica unificándola a la función de mejorar y mantener los estilos de vida, esto con las funciones socio asistenciales. Además, se le exige a la escuela la función educativa, y a la Iglesia, a las parroquias y a los grupos religiosos la función religiosa. Incluso la función recreativa, con demasiada frecuencia, se delega a los centros especializados y la función de estratificación y de integración está influida por muchos elementos.

En este punto es necesario subrayar también el hecho de que la familia en la actualidad ha asumido características personalistas y esto ha acentuado las diferencias entre familia tradicional y familia contemporánea o personalista (Donati, 2006). Podemos esquematizar de esta manera las principales diferencias:

Tabla 2

Diferencias entre familia tradicional y familia contemporánea o personalista

Familias tradicionales	Familias personalistas
- Constituyen un núcleo, una unidad en el sentido del respeto de las reglas y normas tradicionales, de los deberes y obligaciones impuestos por la tradición;	- Constituyen una unidad en el sentido de comunidad fundada en el amor, la solidaridad y el compromiso personal;
- En ellas existe una jerarquía y se distinguen por el autoritarismo;	- En ellas existe el compañerismo y el espíritu de corresponsabilidad y complementariedad de roles;
- Es una familia centrada en la unidad familiar cuya estabilidad está garantizada por la función económica, por la vivienda, por la ubicación geográfica y la autoridad del pater familias;	- Es una familia desconectada, su unidad es frágil y con el pasar sus funciones educativas a la escuela y las económicas al Estado, ha disminuido su sostén y estabilidad.
- La familia era valorada según el estándar social que tenía dentro de la sociedad.	- También hay movilidad social y especialización, lo cual ha desequilibrado los estratos sociales, pues en una misma familia puede haber elementos que pertenecen a distintas categorías sociales.

Nota: Elaboración propia

Así pues, las funciones que pertenecen a la familia como conjunto de personas y que tienen que ver sobre todo con las relaciones socio afectivas que unen a sus componentes, han permanecido sin cambios y la estabilidad familiar se sostiene en estas funciones. De hecho, la familia, es un grupo primario en el que se estructuran expectativas, valores y comportamientos y no obstante se encuentra en crisis continúa siendo una institución social, un sistema social con expectativas recíprocas entre este grupo y los otros subconjuntos de la sociedad (político-administrativo y económico, de integración socio-cultural). Ésta es indispensable e insustituible para la formación psicológica de los menores y para la formación de la personalidad de base; es también punto de referencia simbólico y espiritual. La familia es siempre la forma educativa de socialización primaria, siendo la socialización, y sobre todo la educación, un recorrido que dura toda la vida pues la persona está sujeta siempre a un constante proceso de desarrollo, tanto individual como social y tienen una especial influencia los primeros años de vida como base sobre la que se fundamenta todo lo que posteriormente va sucediendo. Es decir, la llamada socialización primaria es la primera forma de socialización y porque proporciona las competencias de base necesarias para inserirse en la vida social y por lo tanto es fundamental para adquirir la socialización secundaria. La familia es el lugar privilegiado para desarrollar el potencial, instaurar vínculos afectivos, interiorizar valores y reglas del vivir en sociedad. Como la función educativa ahora pertenece a la escuela, esta tiene la tarea de establecer la relación entre la familia y la escuela.

Las funciones personales son: (Zanatta, 2003; Donati, 2006):

- La función emotiva y afectiva. En la familia nacen y se experimentan los afectos, los sentimientos, las caricias, los abrazos, y el consuelo, se expresan las emociones y se aprende a controlarlas y se estimula la confianza en la vida. Es el lugar en el que conviven la libertad y la responsabilidad, el cuidado de la

persona y la búsqueda del bien común, la reacción en respuesta a la agresión, etc. Si la familia es funcional todos estarán bien porque todos son escuchados y reciben afecto. En el caso contrario surgirán problemas psicológicos, conflictos, ansiedad y depresión.

- La función asistencial, de cuidado y de sostén en las adversidades físicas y psicológicas. La familia normalmente cuida a todos sus miembros y de hecho en ella existe la interdependencia. Cada componente es sostenido y ayudado en los momentos de dificultad. Aquello que sucede dentro de la familia y lo que la familia da a cada miembro no puede darse en ningún sistema público o privado ya que estos no podrán jamás generar un ambiente afectuoso de confort y de atención.
- La función educativa de base. En la familia se aprende a comunicar, se desarrolla el lenguaje, se aprende a caminar y a desarrollar todo el potencial de la persona: inteligencia, socialización, afectividad, sentimientos, emociones, espiritualidad y cultura de base. Solo en familia está presente la continuidad y la gradualidad, los estímulos y el afecto que permiten el desarrollo personal. Eh ahí por qué la función de la escuela es solo secundaria pues se trata de un contexto distinto al de la familia. A menudo la escuela no se ve a sí misma como sujeto que educa, sin embargo debe proporcionar los instrumentos necesarios para crecer culturalmente, socialmente y psicológicamente, y debe educar favoreciendo contextos de relaciones diversas a las de la familia.
- La función reproductiva. La función reproductiva de la familia ha siempre sido la función principal ya que a través de la procreación se garantiza la perpetuación de la especie y el cambio de las generaciones. En pasado, la familia numerosa estaba generalizada, en cambio, actualmente se ha ido reduciendo cada

- vez más y se ha incrementado el número de familias sin hijos.
- La función económica. La familia tiene proyectos en común entre los cuales proyectos financieros. Con el trabajo se asegura de que todos sus miembros tengan vestido, vivienda, atención sanitaria y satisfacción de las necesidades materiales. De esta manera también moviliza la economía ya que paga impuestos al Estado y también recibe ayuda de este.
 - La función de protección de peligros externos. La familia debe proteger a sus miembros de los diversos peligros de naturaleza: psicológica, física y moral. Debe estar atenta a intervenir en caso de adicciones, violencia, abusos y todos los peligros que se encuentran en el ambiente social. Naturalmente esta debe ser ayudada por las instituciones.
 - La función de socialización. La familia es el subsistema más pequeño de la sociedad, pero al mismo tiempo es el principal y el más importante mediador. La familia representa la primera forma de socialización, que posteriormente será completada en la escuela y en las demás instituciones educativas. En la familia se dan los fundamentos de la educación a la integración y a la responsabilidad.
 - La función ética y religiosa. No obstante, esta función ahora pertenece a la Iglesia y los grupos religiosos, en familia se transmiten los valores fundamentales sin dar peso a la exterioridad y la misma religión es transmitida a través del comportamiento y no con información cotidiana.
 - La función de transmisión cultural. En familia es transmitida la cultura de base, se fundan las bases para el desarrollo de la personalidad, se transmiten las enseñanzas sobre las relaciones con los demás, los principios educativos y los valores morales. Los padres transmiten la cultura, la religión escogida, los valores, los gustos y los hábitos alimentarios, y facilitan la comprensión

de la condición actual influenciada por modelos culturales que se transmiten en el tiempo. La familia es el contexto principal de la transmisión cultural y tiene también la responsabilidad del control social ya que repropone modelos culturales socialmente aprobados. En este sentido, hablamos de inculturación porque crea el sentido de pertenencia al grupo.

- La función de desarrollo y orientación de la identidad sexual. El concepto de identidad es un concepto complejo que indica la concepción que tiene cada uno de sí mismo ya sea en la sociedad que como persona. En ella se construye la autoestima, la autoevaluación negativa o positiva que cada uno desarrolla y modifica a través de las experiencias. La familia que es el primo contexto en el que la persona trascurre los primeros años de su vida y el lugar en el cual inicia la formación de su identidad que posteriormente, se estabiliza en la edad adulta. Podemos decir que la familia permite el autoconocimiento y la autoestima e influye en la capacidad de gestionar las relaciones y de decodificar los mensajes y los estímulos que vienen de distintos contextos. Por lo tanto, son importantes las relaciones con los padres y las experiencias vividas. El neonato aprende en familia a reconocerse y a interactuar, a conocer su propio cuerpo y sus cambios y además es sensible, como sostiene Winnicott (2013), a los cuidados que recibe y que son muy importantes para la construcción de su Yo. La interacción familiar tiene influencia en el sistema emotivo y también en el de las representaciones mentales que es la base del comportamiento social. En familia nace y se consolida la identidad sexual incluso a través del estímulo o la falta de este en algunos comportamientos (Zanatta, 2003; Donati, 2006).

2.2.1 La función educativa de la familia

Dentro de las principales funciones que le son propias a las familias, la educativa es mucho más compleja y necesaria puesto que no se ha de limitar a una etapa evolutiva concreta sino que, a pesar de que prestar especial atención a la infancia, la responsabilidad y función educativa de la familia abarca toda la vida, aun cuando los hijos dejan la familia (Milani, 2008, pp. 309-338). De hecho, entendemos que la familia se ha de adaptar a las transformaciones y permanecer siempre como modelo y un punto de referencia.

En primer lugar, no debemos olvidar que la familia es una formación social particular, distinta de todas las demás y es el lugar en el que se construyen las relaciones sociales. Sin embargo, esta ha ido cambiando con el tiempo sobre todo por las transformaciones sociales y la llegada de los medios de comunicación a la vida familiar que ha condicionado y cambiado las relaciones interpersonales. La influencia de los medios de comunicación no afecta solo a la familia sino a todas las instituciones sociales y culturales y como resultado la familia ha ido perdiendo su autoridad. La familia, es la única institución que sobre todo para los italianos y para los habitantes de Europa del Sur, permanece como estructura social fundamental (Saraceno y Naldini, 2013).

Los diversos cambios que se han dado, el pasar de la familia patriarcal a la nuclear y a las modificaciones sucesivas en su estructura, ha determinado el pasar, como afirma Pietropolli Charmet (2000), de una familia ética en la que los roles de los padres estaban claramente divididos y el padre tenía la tarea de transmitir los valores y de llevar al hijo hacia la emancipación, hacia una familia afectiva en la que los roles de los padres son intercambiables y confusos, los padres se han “maternizado” y se han vuelto empáticos. Actualmente su función es, sobre todo, la de favorecer el crecimiento emotivo y esto ha traído como consecuencia que los hijos estén cada vez más

protegidos, incluso cuando su comportamiento no sigue las reglas establecidas. Esto viene claramente demostrado del hecho de que si anteriormente un hijo era reprendido por un docente lo era también por los padres, en cambio, hoy en día se considera responsable al docente del mal comportamiento del propio hijo.

Como hemos dicho, a pesar de estos cambios, la familia permanece sólida y lo demuestra el hecho de que no han cambiado sus funciones universales de siempre que son (Saraceno y Naldini, 2013):

- garantizar la sobrevivencia;
- ayudar a los hijos a adquirir las competencias básicas para alcanzar la autonomía y por lo tanto, la socialización primaria;
- ayudar a su realización, a través de la transmisión de valores y que estén acompañados en la transición hacia la edad adulta.

La transmisión del patrimonio cultural ha sido siempre competencia de la familia, pero en los últimos años se ha vuelto cada vez más intencional y la educación familiar es fundamental en el proceso de transmisión intergeneracional.

Todos sabemos que la educación es un proceso social complejo ya que influye en la dimensión individual, la personalidad, las convicciones, los comportamientos, la salud, la visión del mundo y la adquisición de los estilos de vida (Donati, 2006).

Ya a mediados del siglo XIX se reflexionaba sobre el hecho de que la educación familiar era importante para el desarrollo de los niños, y esta, que era inicialmente una intuición, ha sido confirmada por estudios psicológicos posteriores que reiterado cuan indispensable y decisiva es la función de la familia. Ha sido confirmado por algunos estudios sobre la familia que podemos definir horizontales ya que han tenido por objeto las relaciones de los niños con el ambiente y también de algunos estudios verticales ya que se han observado y comparado dos generaciones de familias (Hinrichs, 2005).

Es posible afirmar que:

- las neurociencias han evidenciado como las relaciones con el

ambiente, sobre todo con la figura de cuidador del niño *caregivers*, tienen influencia sobre las conexiones neuronales y sobre aquello que será o que sabrá hacer el niño o de cómo reaccionará ante el mundo de los adultos y a este propósito en un reporte del Consejo Científico Nacional encontramos escrito: “(...) todos los aspectos del capital humano adulto, de las habilidades de la fuerza de trabajo al comportamiento cooperativo y legal, se basan en las capacidades desarrolladas durante la infancia, a partir del nacimiento” (UNICEF, 2008, p. 6)

- Los resultados de un estudio longitudinal que duró 30 años con el objetivo de comparar dos generaciones de familias han confirmado que existen elementos de continuidad y de cambio en el pasaje generacional. El cambio está vinculado a elementos cíclicos: cambia la estructura de la familia, pero confirma que la familia permanece como un hábito pues tiene el mismo grado de importancia en las generaciones. Entonces, a través de los años cambian los esquemas de comportamiento, viene modificado el tipo de educación que antes tenía al centro a los padres y ahora a los hijos, y cambian también las relaciones de poder que actualmente están basadas en la persuasión; sin embargo, las familias siguen siendo básicas y decisivas (Pourtois, 1979; Desmet y Pourtois, 1993; Nimal, Lahaye y Pourtois, 2000; Lahaye, Pourtois y Desmet, 2007).

Los avances en neurociencias no son más que la confirmación de las teorías psicológicas, sociológicas y educativas que se han venido desarrollando puesto que se evidencia que la familia tiene como objetivo la socialización primaria, es decir, la adquisición de las competencias básicas y de las estructuras que permiten a la persona interactuar de manera autónoma y consiente en la sociedad. Es bien sabido que, todo lo que no está relacionado con el patrimonio genético, está influenciado de manera importante por

factores ambientales. Los primeros años de vida son fundamentales para las relaciones que se establecen con el ambiente, ya que en este periodo se estructura la personalidad sobre la cual tienen una notable influencia las relaciones que se establecen desde el primer año de vida con la figura que cuida al infante.

Al respecto, cabe señalar la importancia de la teoría del apego de Bowlby (1989), que sucesivamente fue profundizada por Ainsworth (Salter Ainsworth, Blehar, Waters y Wall, 2015). Así, en sentido amplio, se establecen tres grandes tipos de apego, entendiendo por apego aquello que está determinado por los comportamientos en los primeros meses de vida y que es activado por el dolor, la fatiga y el miedo:

- Apego seguro: es la forma ideal, es el tipo de apego que nace y genera seguridad por la disponibilidad de los padres que logran interpretar las señales que manda el niño. Este apego produce bienestar psicológico, lleva a la cooperación y permite que se establezcan relaciones serenas. El niño se siente parte de la familia y esto le da seguridad interior y autoestima que se derivan de la necesidad de la autorrealización y del sentido de pertenencia. Esto no significa que el niño tenga que ser consentido, sino que la figura de cuidado debe ser empática con sus necesidades y transmitirle seguridad.
- Apego de resistencia angustiante: es el apego que se desarrolla cuando el niño no tiene la certeza de la disponibilidad hacia su persona de la figura de cuidado y de la rapidez de su respuesta en caso de riesgo. Se da cuando el adulto no es capaz de entender las necesidades del niño, por ejemplo, los padres que no aceptan el llanto y fomentan la independencia del niño, pero en modo adulto.
- Apego inseguro o angustiante: Este tipo de apego se da cuando el niño no tiene la confianza de ser acudido cuando lo necesita, sino que espera ser rechazado. La figura de cuidado algunas veces responde a sus necesidades y otras no, pero de forma arbitraria.

Estos niños suelen volverse sospechosos y pueden desarrollar comportamientos narcisistas (Bowlby, 1989).

- A estos tipos de apego se ha agregado por parte de Main e Solomon (1990) el comportamiento desorganizado que es característico de niños que han sufrido abusos o que son maltratados incluso solo emocionalmente y es un apego caracterizado por la falta de motivación intencional en la secuencia de separación y reunión. El niño espera ser rechazado. Lleva a un comportamiento contradictorio y tiene la representación mental de la figura de cuidado asustada y aterradora. El otro viene percibido como enemigo que puede ser ignorado o manipulado. Es un tipo de apego que se da cuando la figura a la cual debiera pedir la protección es la misma que lo amenaza, de la que quisiera alejarse, pero está obligado a acercarse. La representación que tiene de sí mismo y del otro es incoherente, lleva al déficit en el control de las emociones, de las funciones cognitivas y de la capacidad de atribuir intenciones y emociones.

La teoría del apego es necesaria para comprender los patrones de comportamiento que se crean en la primera infancia y que condicionan la vida psicológica y social. El tipo de vínculo que desarrolla el niño con su cuidador determina la salud mental de los hijos y inciden notablemente en el desarrollo del menor (Lafuente, 2000). De hecho, Bowlby sostiene que la relación con la figura de cuidado en los primeros años no siempre es sana.

La relación de apego es importante porque las respuestas que un niño recibe desde el punto de vista afectivo determinan aquello que pensará de sí mismo. Junto a esto, en la sociedad contemporánea, el modelo educativo ha tendido a cambiar, de más normativo y autoritario a otro más afectivo-relacional. Generalmente, se ha pasado del “debes obedecer” al “debes entender” (Dello Preite, 2017, pp. 181-199). Han cambiado los mitos y hoy en día existe el niño con su propio carácter, ya con competencias relacionales que debe

expresar. Si en el pasado el niño cuando llegaba a la adolescencia era llevado a trasgredir, los adolescentes de hoy deben en cambio, soportar las desilusiones que nacen de las expectativas interiorizadas durante la infancia y aquello que descubren, con frecuencia, es la insuficiencia de sus propias capacidades. Ellos se oponen menos a los adultos pero son más severos consigo mismos y, frecuentemente, vienen definidos narcisistas débiles.

No obstante, para poder comprender la enorme complejidad del fenómeno educativo familiar, necesitamos tener presentes las competencias parentales como constructo que engloba tanto al apego como a los estilos educativos y otros elementos que influyen en las relaciones complejas que se establecen en el sistema familiar. Es decir, se trata de que las familias sean competentes a nivel parental y eso implica desarrollar distintas capacidades, entre las que están el apego y los estilos educativos, entre otros. Fruto del ejercicio de dichas competencias parentales será resultante la parentalidad positiva tan importante para el bienestar de niños y niñas (Cánovas y Sahuquillo, 2014). Especialmente importante a la hora de estudiar este constructo entendemos el trabajo de Bayot, Hernández y De Julián (2005) puesto que indican cuatro dimensiones de desarrollo en una Escala de Competencia Parental Percibida (ECCP-P) para padres que ayuda a comprender dicho fenómeno:

1. Implicación escolar: relacionada con el grado de preocupación que los progenitores muestran ante los aspectos escolares de los menores.
2. Dedicación personal: e refiere a la evaluación de la medida en que los padres dedican tiempo y espacio para hablar, explicar sus preocupaciones, transmitir valores y estar presentes frente a sus hijos.
3. Ocio compartido: la medida en que los padres planifican el ocio o el tiempo libre para compartir el tiempo o llevar a cabo actividades familiares.
4. Asesoramiento y Orientación: evalúa el grado de adaptación de los padres a las circunstancias del nacimiento de su hijo.

Por otro lado, una experiencia en el ámbito de la justicia y la protección de

las familias y los niños, estaría el trabajo realizado por Reder, Duncan y Lucey (2003) quienes sugieren que para el ejercicio de la parentalidad son necesarias competencias parentales relacionadas con funcionamiento personal, rol parental, interrelación hacia los hijos.

Por su parte, Blanco Portillo (2015, p.119) parte de la premisa de que las competencias parentales integran el saber, saber hacer y saber ser o estar, que los adultos responsables han de poner en marcha para favorecer el desarrollo integral mediante prácticas educativas orientadas al buen trato Así, la autora sugiere cuatro dimensiones que conforman la competencia parental:

Tabla 3

Dimensiones y subdimensiones de la competencia parental

DIMENSIÓN	SUBDIMENSIÓN
Cuidado y protección	Atención médica Salud Protección de riesgos
Relación educativa	Identidad Autonomía Transmisión de valores Comunicación Autoridad Apoyos y reconocimiento Expectativas Familia-escuela
Socio-afectiva y de apego	Desarrollo socio-afectivo Comunicación afectiva Resolución de conflictos Habilidades de y para la vida Contexto emocional Apego seguro y protección Resiliencia
Adaptativa y responsividad parental	Aceptación y reconocimiento Flexibilidad y adaptación a cambios normativos y paranormativos Autopercepción del rol parental Eficiencia económica Satisfacción personal

Acuerdos familiares

Nota: Blanco Portillo, 2015, p. 120

A nuestro entender, trabajar con las familias en el marco de la educación alimentaria requiere tomar en consideración estas dimensiones puesto que permiten comprender en qué medida la familia se compromete y actúa desde la responsabilidad que le es propia, optimizando el desarrollo individual y sistémico de cada una de las personas que forman parte de ella, especialmente las más jóvenes.

2.3 Estructura y dinámicas familiares: implicaciones educativas

En este apartado consideramos importante detenernos, , aunque ya lo hemos apuntado anteriormente, en plantear la importancia de tener presente la amplia diversidad de formas familiares pero también de dinámicas que les son propias, defendiendo que, en línea con lo ya expuesto, no pretendemos postular ninguna forma como superior a otra per se, sino que lo verdaderamente importante será cómo funcionen las familias, cómo se relacionen en su seno y favorezcan, o no, el bienestar de sus miembros a distintos niveles.

Durkheim (2010) ya en el siglo XIX había considerado a la familia no como un agregado natural sino como un producto social y justo por esta razón la familia está involucrada en un proceso evolutivo que culminó para él, que vivió en el XIX, en la *familia conyugal*. El proceso evolutivo de la familia obedecía a aquella que para él era la ley de la contracción progresiva de la familia. De hecho, según Durkheim, la configuración de la familia conyugal ha sido determinada por los cambios económicos y sociales que se produjeron a causa de la Revolución Industrial. Y es este tipo de familia el que permanece

como único modelo familiar, reconocido también como un modelo tradicional, que perdurará hasta los años sesenta del siglo pasado. A partir de los años sesenta del siglo XX la transformación social y cultural que caracterizó ese período ha hecho que la ola de democratización afectara también a la familia determinando un nuevo tipo de familia, la contemporánea, que reemplazará a aquella reconocida oficialmente que se desprende del matrimonio.

Así pues, la disolución de este modelo de familia ha dado lugar a distintos tipos de modelos familiares tanto que sería más oportuno hablar de familias y ya no de familia. El mismo Durkheim en 1880 escribió que no existe en el mundo un modelo de existencia o de vida que sea el mejor para todos y esto se puede afirmar también al hablar de la familia, la cual evoluciona con la sociedad a través de los cambios de contextos y circunstancias. Si esto era cierto en el siglo XIX con mayor razón lo es hoy en día, y nos permite entender las diversas configuraciones de la familia y sus transformaciones sociales que a su vez nos confirman que esta es un producto social, el producto de una sociedad en continua transformación caracterizada por: mayor educación, ingreso de las mujeres al mundo del trabajo, emancipación femenina, feminismo, aumento de divorcios. Ha cambiado la mentalidad de los hombres, han cambiado los “valores sociales” y el individualismo ha tomado una posición privilegiada y con frecuencia regula todas las decisiones y las relaciones humanas. A causa de esto, el matrimonio ya no es considerado como la única forma de convivencia posible.

Como ya hemos mencionado, a esto se agrega el fenómeno del *démariage*, la tesis sobre todo de los sociólogos franceses, que ha hecho que se hayan formado diversos tipos de estructuras familiares.

Las transformaciones sociales, económicas y culturales son un fenómeno más o menos generalizado que es característico de los países industrializados y que con el paso de los años, de los años sesenta en adelante han hecho registrar (Scabini y Iafrate, 2003):

- una disminución en el número de matrimonios y también el

- aplazamiento de estos en la edad adulta;
- una disminución de los nacimientos;
- un aumento de las distintas formas de unión libre y nacimientos fuera del matrimonio;
- un aumento en las separaciones y divorcios;
- un aumento de familias con un solo padre;
- un aumento de las familias compuestas con por lo menos un elemento que ha ya tenido por lo menos otra experiencia de convivencia y/o matrimonio;
- un aumento de las familias formadas por una sola persona.

A mediados de los años sesenta del siglo XX, la familia contemporánea nació como resultado de transformaciones sociales y culturales, cuyas principales son (Scabini y Cigoli, 2000):

- la transformación de los valores y por lo tanto, la afirmación de la individualidad. Se va reforzando cada vez más el deseo de autonomía, libre decisión, autorrealización y búsqueda de la felicidad. Esto ha minado el matrimonio y la estabilidad familiar pero no ha minado la solidaridad hacia los hijos;
- el deseo y la necesidad de que las leyes y normas sean transformadas para permitir la afirmación de estos nuevos valores. De hecho, estas normas deben coincidir con estas nuevas instancias: el matrimonio se vuelve un contrato privado hecho para permitir a cada persona alcanzar la felicidad. Este puede ser revocado, pero al mismo tiempo los rompimientos, separaciones y divorcios deben ser regularizadas. El Estado debe regularizar también las consecuencias de estas rupturas, y por lo tanto, reglamentar sobre todo las relaciones padres-hijos y los nuevos tipos de familias: familias recompuestas, uniones de hecho, etc.;
- la diferenciación de las estructuras sociales y de los estilos de vida que ha hecho posible el pasar de un modelo de familia único a las varias formas debidas a las rupturas familiares (familias con un

solo padre y recompuestas);

- la transformación de las relaciones de género. La familia tradicional estaba fundada sobre la paridad de género desde el punto de vista afectivo pero con la subordinación de la mujer desde el punto de vista de las jerarquías familiares.

En sentido amplio, la composición de las familias hoy es más fluida y heterogénea, esto también porque los confines entre un periodo y otro de la vida se han diluido y ha habido una mezcla de los distintos periodos que antes estaban claramente separados.

Como hemos dicho existen distintos tipos de familia que es oportuno analizar, en resumen (Zanatta, 2003; 2011):

- las familias de hecho, término con el cual se define la convivencia *more uxorio* o las uniones libres de dos personas, no necesariamente de sexo diverso, que conviven sin estar unidas por el matrimonio. Esta convivencia es la prueba de la crisis del matrimonio, pero no de la pareja. La convivencia ha existido siempre, pero era un fenómeno invisible ya que lo practicaba quien no podía pagar el matrimonio o las personas separadas hasta que no se aprobaba el divorcio. La característica común era la presencia de obstáculos que se oponían al matrimonio. En cambio, hoy en día, las características son distintas y la convivencia a menudo es un preludio, un momento de prueba que lleva al matrimonio y esto es posible ya que hoy los hijos nacidos fuera del matrimonio tienen los mismos derechos y reconocimientos sociales de los demás (Zanatta, 2003), Barbagli, en el libro editado por Aquilar (2015), enumera las cuatro razones ante la negativa al matrimonio y son:

1. la imposibilidad de volverse a casar, también porque el divorcio en Italia fue aprobado más tarde respecto a los demás países y una vez que este era aprobado se debía esperar cinco años para poder contraer matrimonio de

nuevo. Junto con este motivo, está el de no querer perder algunas ventajas económicas como los cheques de mantenimiento en caso de separación y pensiones en caso de viudedad. Lo anterior no es atribuible a la evolución ya que son problemas que incluso antes se podían resolver celebrando un matrimonio religioso que no tenía ningún efecto jurídico. La negativa al matrimonio por estos motivos no está determinada por prejuicios contra el matrimonio sino por decisiones personales;

2. el rechazo ideológico del matrimonio, aunque este motivo es limitado;
3. el rechazo del matrimonio determinado por el hecho de no aceptar la división de roles poniendo en discusión la idea de que el hombre debe trabajar para proveer a las necesidades económicas de la familia y la mujer en casa a criar a los hijos. Esta motivación ha sido influenciada por el aumento de la educación, el feminismo, el trabajo de las mujeres que ha estimulado el deseo de independencia. Estos tres motivos examinados hasta hora tienen en común el hecho de no poder en discusión la vida de pareja que permanece importante, sino que ponen en discusión la institución del matrimonio;
4. el considerar la convivencia no definitiva, ni un matrimonio de prueba ni tampoco a un fracaso en el matrimonio. Es un motivo ambivalente que podemos también definir postmoderno y demuestra que es una solución abierta a todas las soluciones. Como sostiene Giddens (2013), es una relación pura que encuentra sentido en sí misma.

Hoy en día, incluso a nivel legislativo, estamos avanzando hacia la igualdad entre familias de hecho y familias de derecho: existe el reglamento para las uniones de hecho sobre todo en cuanto a la relación padres-hijos, han sido

aprobadas leyes sobre la posición jurídica de los nacidos fuera del matrimonio y han sido reguladas las relaciones entre convivientes a través de normas de tutela para la pareja en caso de ruptura. Han sido reconocidas las familias de hecho gracias a intervenciones y normativas internacionales que han influido para que los países reglamenten y reconozcan las parejas de hecho incluso homosexuales, la sobriedad interpersonal, el reglamento de las relaciones patrimoniales y en Europa el apoyo a la procreación para aquellos que desean tener hijos.

- Las familias homosexuales (Zanatta, 2003). Estas actualmente tienen pleno derecho como uniones de hecho. La idea de la familia homosexual ha trastornado a aquella de la familia tradicional formada por un hombre, una mujer e hijos. Incluso si desde el punto de vista normativo esta ha sido reconocida y reglamentada, aún existen estereotipos y prejuicios sin fundamento ya que, como sostienen Barbagli e Colombo (2007), los homosexuales modernos tienen muchos puntos en común con los heterosexuales: identidad sexual definida, deseo de instaurar una relación estable y duradera, viven en pareja y en algunos casos hay hijos. Sin embargo, son más frágiles ya que tienen menor reconocimiento y aceptación por parte de parientes y del ambiente.
- Las familias con un solo padre (Zanatta, 2003). Este tipo de familia no es una novedad, ya en la Biblia se observa la figura de la viuda y del huérfano. Además de la viuda existen las madres solteras, es decir mujeres seducidas y abandonadas y, en seguida, las viudas blancas (las esposas que se quedaron en su país cuando sus maridos emigraron) que hoy en día están desapareciendo. Este tipo de familias ha tenido una posición marginal en la sociedad, solamente los viudos tenían una posición más diferenciada. Después de las transformaciones sociales, demográficas y culturales, junto a esta tipología debida no a decisiones sino a

eventos ineluctables, hoy en día se afirma cada vez más otra tipología debida a decisiones: la separación legal, el divorcio, el nacimiento de un hijo fuera del matrimonio como también la adopción que ya es posible en todos los países de Europa por parte de una persona soltera que en este caso formará una familia con un solo padre. En la actualidad estas ya se consideran familias con plenos derechos y no familias rotas. Se ha pasado de una crianza por un solo padre causada por eventos ineluctables a una deseada que se deriva de decisiones personales. Sin embargo, las mujeres solas con hijos siguen siendo vulnerables.

- Familias con ambos padres (Zanatta, 2003). Hoy en día se ha extendido incluso por razones psicológicas la crianza compartida o por ambos padres, para evitar los daños que se derivan de la rotura de las relaciones con el padre sin custodia, que a menudo es el padre, y en los últimos años la cultura jurídica, ya sea por la influencia de los motivos psicológicos o sea por el cambio en los roles de padres y la importancia de la figura paterna, requiere relaciones estables con ambos padres. Esto ha sucedido también en Italia con la Ley 54/2006 aunque ya desde el 1987 se preveía la custodia compartida.
- Las familias recompuestas (Zanatta, 2003), llamadas también familias abiertas o nuevas familias extendidas. En Italia aún no se ha establecido un término para indicarlas por lo que se usa la traducción de la expresión en inglés *reconstituted family* que indica aquella familia que, rota por un divorcio, se forma de nuevo por el padre que tiene la custodia de los hijos y su nuevo cónyuge y los hijos del nuevo matrimonio. Sin embargo, Théri sostiene que esta no es un nuevo tipo de estructura familiar puesto que de esta manera se propone nuevamente el modelo de la familia nuclear. En cambio, en los últimos años, a causa de la familia con ambos padres por la cual no se puede sustituir un

modelo con otro, se prefiere el término familia recompuesta o constelación familiar, familia recompuesta en el sentido de que los nuevos miembros no se sustituyen, sino que se agregan y de esta manera se da un nuevo sistema complejo de relación. Este tipo de familias en el pasado no existían y han sido consecuencia de las separaciones y divorcios. Hoy en día, se suman a los padres biológicos los padres adquiridos, además de otros parientes adquiridos y se crea una nueva parentela. En este tipo de familias:

- la pareja puede estar casada o solo conviviendo;
 - ambos componentes pueden tener una relación previa que ha fracasado, o solo uno de ellos o ninguno de los dos se ha casado jamás;
 - pueden existir hijos de las relaciones previas;
 - la pareja puede tener un hijo propio.
- la familia mixta es una familia que puede ser también llamada multiétnica o multicultural y se da cuando por lo menos un miembro está involucrado en el fenómeno migratorio incluso por la presencia de un hijo adoptado a través de la adopción familiar (Zanatta, 2011). No existen datos certeros sobre el número de este tipo de familias ya que para el ISTAT el matrimonio mixto se da solo cuando un componente es ciudadano extranjero y el otro es italiano. Pero este es solo un aspecto del problema ya que viene considerado matrimonio mixto por ejemplo, aquel entre un cubano y una italiana y no así por ejemplo, aquel entre un egipcio y un albanés que viven en Italia. Este último viene catalogado como boda entre extranjeros. Incluso si no existen datos precisos sobre los matrimonios mixtos, estos han ido aumentando debido a distintos factores:
- el aumento de la inmigración extranjera hacia un país determinado;
 - el aumento de la movilidad internacional por breves

- periodos (educación, vacaciones o trabajo) por parte de las nuevas generaciones;
- el aumento de la apertura hacia lo multiétnico y multicultural;
- el nuevo rol de la mujer.
- la familia unipersonal indica una familia formada por una sola persona, esta definición es atípica y puede parecer un oxímoron. En pasado, vivir solos significaba ser soltero y esta era una situación generalizada en la sociedad preindustrial que a menudo estaba vinculada al ideal económico de conservar y transmitir el patrimonio familiar. Todos conocemos la historia de Gertrude obligada a ser monja (la monja de Monza), incluso sin vocación. De hecho, entre los aristocráticos era común hacer monjas a las hijas para evitar dar la dote, así como fomentar la toma de armas a los hijos varones menores. Además de esto existían normas culturales rígidas que debían seguirse: primero debían casarse todas las hermanas de la más grande a la más chica y lo mismo para los varones. Hoy en día se han reducido el número de familias unipersonales y esta situación está vinculada a la marginalidad social. Es difícil conocer el número exacto de este tipo de familia ya que las declaraciones en cuanto a vivir juntos o separados no siempre son ciertas. Sin embargo, en todos los países el número es alto y esto demuestra que el modelo nuclear ya no es el dominante. Las personas que viven solas son los ancianos, los viudos: esto se deriva del hecho de que ya no existe la convivencia entre generaciones y es también una consecuencia de la prolongación de la vida. Algunas de estas familias unipersonales son constituidas por: jóvenes entre 25 y 35 años que cuando alcanzan la independencia económica viven solos, separados y divorciados que por dificultades económicas son poco propensos a comenzar una nueva vida.

Es evidente que la diversidad de la familia consiste tanto en su composición como en su dinámica interna, pero lo que realmente nos preocupa y lo que queremos plantear es que la familia, independientemente de su forma, tiene una influencia significativa en la educación del niño, no por su estructura como tal, sino por las relaciones entre los miembros de la misma familia que ejercen sus funciones de forma funcional o disfuncional (Cánovas y Sahuquillo, 2014). Sin duda, en relación con la educación alimentaria que en este trabajo nos ocupa, esto es especialmente relevante. La familia debe ser ante todo una fuente de estímulo, afecto y seguridad, donde se creen contextos adecuados para el desarrollo del niño y donde éste se sienta acogido, valorado y acompañado. No se puede hablar de "normalidad" para definir el núcleo familiar, ya que todas las formas de familia pueden ser positivas o perjudiciales dependiendo de cómo se lleven a cabo las funciones básicas, positivas y estimuladoras.

Así pues, se trata de favorecer la funcionalidad en los sistemas familiares contribuyendo al desarrollo de una comunicación positiva entre sus miembros, la asunción y resolución de las problemáticas que vayan surgiendo, el respeto a la persona individual y la aceptación de la jerarquía necesaria, entre otros aspectos fundamentales para que este fenómeno se dé.

2.4 La familia y su rol en la educación alimentaria

Todo lo que hasta ahora se ha mencionado es importante para entender la importancia del rol de la familia en la educación alimentaria. Incluso si la función educativa de la familia ha perdido potencia al pasar de la familia patriarcal a la familia nuclear, ya que la educación formal es desde hace tiempo competencia del Estado y se imparte a través de las escuelas. A pesar de ello, la familia continúa teniendo una función relevante, pues tiene un rol

principal en la socialización primaria del periodo de la infancia, en el que se adquieren todas las competencias de base que serán de gran importancia para la socialización secundaria y para que la persona se introduzca en la sociedad, pero además, en la familia se adquieren los hábitos alimentarios (Macias, Gordillo y Camacho, 2012).

La educación alimentaria es un aspecto importante dentro la educación familiar y tiene el propósito de conducir a sus integrantes hacia el bienestar y mejora del estilo de vida. En la infancia se adquieren las competencias básicas que permiten a la persona participar de manera activa e interactuar con autonomía en sociedad y es en el seno de la familia donde se desarrollan en los primeros años de vida los hábitos alimentarios (Gini, 2012).

Hoy más que nunca, debido al aumento de los casos de sobrepeso y obesidad, que son bien conocidos como factores de riesgo para desarrollar distintas enfermedades, es necesario que los padres reflexionen sobre una alimentación consciente, ya que ellos son el modelo de comportamiento y punto de referencia para sus hijos. Por lo tanto, los padres deben buscar prevenir el problema de la obesidad y el sobrepeso antes de que se manifieste y deben empeñarse en transmitir comportamientos sanos eliminando y corrigiendo en el caso en el que ya existan hábitos no saludables, con medidas estratégicas que no pueden limitarse solo a la información, sino también a promover la (Han, Lawloe y Kim, 2010):

- momentos y ocasiones de reflexión;
- momentos de confrontación con los trabajadores del área de la salud;
- Participación en los talleres de la escuela.

No nos ocuparemos ahora del tema de la relación entre los padres y la escuela, las formas en las que debe llevarse a cabo y cuáles son los factores involucrados, por ahora nos limitaremos a reflexionar solo sobre aquello que entra en la esfera familiar partiendo de lo que tradicionalmente era la imagen de la cocina en el hogar, incluso a nivel psicológico, sobre los nuevos modelos de organización, sobre cómo se dan las decisiones sobre la comida y qué

factores las determinan, así como, sobre las neofobias alimentarias de los niños y cómo combatirlas.

Cuando hablamos de educación alimentaria casi siempre pensamos en la cocina y a su rol en el imaginario colectivo. Desde el punto de vista psicológico es el lugar primitivo del placer a través de los sentidos, de la acogida y de la comunicación. Es el lugar que despierta en la memoria de cada persona, generalmente, el recuerdo de la madre y de la abuela que preparaban manjares y comidas especiales para las fiestas y eventos en un clima alegre en el cual los niños gateaban y, posteriormente, ayudaban a los adultos y jugaban con la comida. Ellos escuchaban historias del pasado sobre los hábitos, las recetas y las tradiciones culturales vinculadas a cada festividad. Por lo tanto, la cocina es un lugar relacionado con el placer de los sentidos, a la cultura, a la tradición en la que se establece la relación con la comida y se le vincula a los afectos y a las emociones (Bertocci y Cavallero, 2017, p. 62).

A los niños les gusta ver, tocar, jugar con la comida y es importante que ellos vean lo que sucede en la cocina. A ellos les atrae porque pueden estar con los adultos, socializar y tener sus sentidos entretenidos. Para ellos es importante la relación con los adultos que debe ser placentera, escuchan siempre con entusiasmo las tradiciones locales, culturales, personales y familiares, además, se sienten competentes porque pueden colaborar, pero al mismo tiempo pueden ampliar sus competencias científicas, ya que en la cocina se puede encontrar su relación con la ciencia al:

- relacionar el bienestar físico con la alimentación;
- conocer los alimentos y las energías renovables;
- relacionar la calidad de la vida con los alimentos orgánicos;
- conocer cómo se aprovechan los recursos;
- conocer los alimentos genéticamente modificados;
- observar las transformaciones de los alimentos y, por lo tanto, la relación entre física y química. De hecho, cocinando se mezcla, se calienta, se enfría, se realizan varias pruebas para obtener

diversos resultados, se observan los fenómenos y se evalúan los productos, se buscan variables y constantes.

Claramente esto no sucede en el caso de todos los niños ni en todos los hogares. Desafortunadamente, existen casos donde los niños no viven la vida cotidiana en condiciones adecuadas y están expuestos a situaciones difíciles y/o de abusos que impiden su desarrollo positivo a distintos niveles.

Además, actualmente con la globalización, con los ritmos frenéticos de la vida cotidiana y con la presencia masiva de los medios de comunicación, se han ido perdiendo los modelos culinarios de la tradición, y los comportamientos de todos los miembros de la familia están influenciados por (Birbes, 2018):

- organización familiar;
- relaciones familiares;
- contextos alimentarios de masa;
- uso de productos industrializados en la alimentación;
- influencia de la publicidad.

Todo esto ha llevado a una organización en cuanto a las comidas relacionada con una lógica distinta (Lonati y Scarcella, 2012; Baviello, 2017).

- la comida es repetitiva, siempre parecida (incluso por falta de tiempo), el pan y la pasta tienen un rol importante, están siempre presentes y vienen propuestos varias veces también en los servicios de alimentación de las escuelas;
- el cuidado de los padres hacia lo que comen sus hijos va disminuyendo conforme estos crecen, pues erróneamente los padres se convencen de que las decisiones alimentarias ya han sido consolidadas;
- aunque es bien sabido que el pescado y las verduras son importantes en la dieta, estos están poco presentes en la alimentación cotidiana;
- hay poca aceptación de las verduras por parte de los niños durante los primeros años de vida y hasta el final de los años de escuela

primaria.

Hoy en día, los alimentos en las familias no suelen ser elegidos con base en las tradiciones culturales y familiares, sino por el mercado del consumo y de la publicidad, que condiciona sobre todo a los niños y a menudo sus caprichos son la manifestación exterior de este condicionamiento. De hecho, la publicidad está dirigida a los más pequeños y a los jóvenes, ya que se piensa que estos condicionan las decisiones alimentarias de la familia. Los niños se dejan llevar por la publicidad sobre todo si a ella está asociada su personaje favorito. Los niños pasan cada vez más tiempo frente al televisor, la publicidad envía mensajes invitantes de productos alimenticios y esto trae como consecuencia que las familias consuman cada vez más productos industrializados, lo que se refuerza por el hecho de que actualmente, gran parte de las mujeres trabajan y los ritmos frenéticos de la vida no les permiten pasar mucho tiempo cocinando.

De otro lado, la comida que les suele gustar a los jóvenes es aquella que tiene mayor publicidad: patatas fritas, pop corn, bocadillos salados y dulces, hamburguesas, bebidas gaseosas, etc., pues son alimentos apetitosos, económicos relativamente, y siempre disponibles aunque no son sanos, pues son ricos en calorías, sal, azúcares y tienen poco valor nutricional (De Gara, 2015).

Aunque se sabe que es necesario cambiar los hábitos alimentarios de niños y jóvenes para llevar un estilo de vida más saludable, en muchas ocasiones esto resulta difícil, pues algunos de ellos no aceptan fácilmente probar alimentos nuevos por un temor hacia lo nuevo o lo desconocido, que deriva de un reflejo primitivo y se conoce como neofobia.

La neofobia es fundamentalmente una función protectora que se da en todos los omnívoros que tienen miedo de los alimentos tóxicos al estar expuestos a riesgos ambientales. Sin embargo, el hombre ha superado esto y de hecho la neofobia no existe al momento del nacimiento, sino que se desarrolla alrededor del primer año de vida cuando el bebé deja de nutrirse solo con la leche materna y comienza a ingerir alimentos sólidos. En este caso, los

alimentos son seleccionados por los padres y no se manifiesta ningún problema, en cambio, el riesgo puede surgir cuando se comienza a participar de ocasiones sociales como fiestas o en la escuela, ya que pueden consumir alimentos de las manos de sus compañeros o tomarlos directamente de los estantes. De cualquier forma, la neofobia de la infancia poco a poco debe reducirse hasta desaparecer, normalmente, sin embargo, hay adultos que continúan teniendo comportamientos neofóbicos ante alimentos nuevos. Este aspecto psicológico del comportamiento frente a alimentos nuevos ha sido objeto de estudio por parte de varios psicólogos que han buscado influencias que pudieran ayudar a superar dicho trastorno (Innocenti y Pruneti, 2012).

Krølner, Rasmussen, Brug, Klepp, Wind, y Due, (2011) resaltaron la importancia del entorno social y cultural en el que se desarrollan los niños tanto para promover un estilo de vida saludable como para la capacidad de aceptar alimentos nuevos en su dieta. Partiendo del hecho de que muchos niños no consumen la cantidad de frutas y vegetales recomendada por la Organización Mundial de la Salud, los investigadores quisieron encontrar los factores que determinan este comportamiento erróneo. Se eligieron y se presentaron a los niños las fotos de las verduras con base en la encuesta INRAN-SCAI 2005-2006 (Leclercq, Arcella, Piccinelli, Sette y Le Donne 2009). A partir de los resultados, se encontró que el niño asume un enfoque neofóbico hacia los alimentos en mayor medida si sus padres y su familia rechazan determinados alimentos. Esto demuestra la importancia que tiene la familia en las decisiones alimentarias y en los estilos de vida, más o menos saludables, que adoptan los niños. Una perspectiva que ha sido reiterada más recientemente por Nardone, Spinelli, Buoncristiano, Lauria, Pierannunzio y Galeone (2018).

De investigaciones y estudios psicológicos se encontró una relación modesta entre las preferencias de los padres y aquellas de los hijos, y en cambio mucho más marcada entre hermanos. Naturalmente existe una correlación, pues si los padres tienen un alto grado de neofobia alimentaria escogen para la familia una dieta selectiva con base en sus preferencias.

Por lo anterior, es posible afirmar que, para lograr una correcta educación alimentaria, la familia debe lograr que los hijos superen las tendencias neofóbicas proponiendo alimentos nuevos de forma atractiva para ellos e involucrándolos en la rutina alimentaria y también en la preparación de alimentos (Innocenti y Pruneti, 2012) a partir de:

- hacerles ayudar a poner la mesa;
- hacerles sentarse correctamente;
- hacer que el momento de la comida sea un momento importante para toda la familia involucrándolos en este evento social;
- evitar encender el televisor o leer los diarios durante las comidas;
- evitar que los niños lleguen con mucha hambre o cansados al momento de las comidas;
- evitar demasiados bocadillos;
- introducir alimentos nuevos junto a otros ya conocidos sin mostrarse excesivamente sorprendidos si el niño los rechaza;
- no poner en duda su sensación de saciedad ya que la cantidad de alimento necesaria para saciarse es variable en cada niño (Innocenti y Pruneti, 2012).

De esta manera, los padres ejercen una importante función, lo que Martínez Vázquez y Ciscar (2009) llaman la “Función Nutriente”, que se ocupa de los aspectos físico-biológicos de la educación de los niños (una reflexión en esta dirección también en López Sánchez, 2008). Vale la pena resaltar que no siempre la familia y los padres tienen una adecuada educación alimentaria, que han sido a su vez mal educados o viven inmersos en los esquemas derivados de la globalización y del esnobismo. Según Birbes (2018) también puede haber un efecto de retorno, porque los niños pueden ser “portadores de un grande potencial de cambio en la familia; las experiencias vividas en la escuela pueden hacer que los niños lleven a casa aquello que han descubierto y aprendido, a cocinar determinados alimentos, a evaluar de forma crítica la compra de la despensa a través de la lectura de las etiquetas”, entre otros.

CAPÍTULO III

Educación alimentaria y bienestar: principales rasgos característicos del caso de Italia

En línea con lo que venimos defendiendo, el concepto de educación para la salud ha sufrido un cambio radical, ya que no se trata solamente de salud física sino de bienestar, pero también porque es un concepto que hay que diferenciarlo de educación en salud. Cuando se habla de educación para la salud se hace referencia a la capacidad del individuo de manifestar y expresar sus propias necesidades para poder formular su propio proyecto de vida. Todo esto, puede referirse tanto al ámbito individual como colectivo. Además, es necesario recordar siempre, que la educación para la salud debe considerarse tanto en el ámbito personal como en el grupal (Navarro y Cristaldo, 2006). En este marco, la educación alimentaria cobra especial importancia en relación con la salud integral, tal y como trataremos de irlo dilucidando. Junto a esto, como ya señalábamos, la familia y la escuela son los dos principales agentes educativos en la infancia, y son escenarios indispensables

para la formación en una correcta alimentación. Se ha reconocido la necesidad de implementar un proceso para la educación alimentaria, lo cual ha traído consigo diversos enfoques y también se han elaborado diversos documentos a nivel internacional a partir de Ottawa (WHO, 1986), para su orientación. De ellos ha surgido la necesidad de valorar la merienda y el desayuno como momentos indispensables para una correcta alimentación y para proporcionar el requerimiento energético distribuido de forma equilibrada en toda la jornada. La escuela, a través de varios proyectos, ha tenido como objetivo la institucionalización de dos momentos, el desayuno y la merienda. El fin último de estos programas de intervención y monitoreo es el de habituar al niño a una sana alimentación, a conocer su propio cuerpo y sus necesidades, y, por lo tanto, a autorregular su propia alimentación.

3.1 Las bases de la educación alimentaria

La adquisición del control de la propia salud hoy en día se ha convertido en una prioridad y todas las asociaciones y organizaciones mundiales concuerdan con que toda la comunidad (Gobierno, Sanidad Pública y Privada, Organizaciones no gubernamentales y medios de comunicación) debe contribuir a su búsqueda. De hecho, como ya se ha visto, el enfoque dirigido a lograr la salud ha cambiado desde uno biomédico hacia un enfoque que busca entender cómo y por qué las patologías se distribuyen en el espacio y en el tiempo. Se intenta dar una lectura social considerando que el bienestar depende de la interacción de diversos factores que han sido definidos como *determinantes sociales*. Así, la OMS ha buscado identificar las causas de los problemas de salud desde el ámbito social y mejorar las condiciones de vida con proyectos basados en el derecho a la salud y a la alimentación. Los determinantes sociales que nacen al interior de la cultura de las sociedades,

atraviesan su historia y están en conexión con las condiciones de justicia social, y han sido interpretados con base en algunas teorías de las cuales vale la pena destacar:

- El enfoque psico-social desde el cual se concluyó que si se vive en un contexto social injusto, hay una tendencia a compararse con quien lleva un mejor nivel de vida y esto genera estrés y otros efectos negativos como obesidad, hipertensión, etc. (Wilkinson y Pickett, 2012);
- El enfoque materialista cuya conclusión es, que si se vive en un contexto social donde existen desigualdades se tiene menos confianza recíproca; de hecho, solo la cohesión puede proteger la salud. Estos contextos están caracterizados por estrés elevado y menos recursos (Lynch, Kaplan y Salonen, 1997);
- El enfoque eco-social con el cual se miran las interacciones dinámicas durante toda la vida y se busca encontrar en las epidemiologías sociales, la correlación de la salud con (Krieger, 2011):
 - los ingresos;
 - la educación;
 - la ocupación;
 - el género;
 - la etnia.

Al considerar el alcance del bienestar y del estilo de vida adecuado como el goce de un derecho que a menudo viene obstaculizado por determinantes sociales, es necesario:

- garantizar a todos, el mejor inicio de vida posible;
- situar a las personas en cada fase de la vida en condiciones de poder expresar todo su potencial y de tener el control de su propia vida;
- asegurar un estándar de vida saludable;

- estimular contextos de vida y de comunidad idóneos para promover y defender la salud.

Es evidente que una correcta educación alimentaria pudiera hacer que todos gocen de este derecho, el de la salud.

En 2007 la OMS elaboró en colaboración con los Estados miembros, organizaciones internacionales, asociaciones profesionales y expertos en salud, un Plan de acción europeo OMS en materia de políticas alimentarias y nutricionales 2007-2012. El Plan identifica cuatro temas de salud: enfermedades relacionadas a los hábitos alimentarios, obesidad en los niños y los adolescentes, carencia de micronutrientes y enfermedades relacionadas con la seguridad de los alimentos, y seis áreas de intervención: los primeros años de vida, el abastecimiento alimentario, la educación y la información, la promoción de acciones integradas para los distintos factores de riesgo, el rol del sector salud con respecto a la alimentación y finalmente el monitoreo y la evaluación de las acciones emprendidas.

Las intervenciones identificadas para promover una sana alimentación fueron:

- reducir al 10% el consumo de grasas saturadas;
- reducir ael 10% el consumo de azúcares;
- consumir 400 g al día de fruta y verdura;
- consumir máximo 5g al día de sal.

A estas recomendaciones se suma la invitación a incrementar los niveles de actividad física y reducir el consumo de alcohol. A nivel europeo también se han implementado otras intervenciones de educación para la salud como la distribución a los estudiantes de leche fresca y macedonias de fruta fresca en lugar de los snacks y bocadillos, a la hora de hacer merienda entre una clase y otra.

Así pues, el bienestar no es algo estático, no es la ausencia de la enfermedad, sino el fruto de un proceso; es un estilo de vida que requiere el adaptarse continuamente a las condiciones ambientales. Además, la educación alimentaria no se refiere a un momento exclusivo de la vida de la persona sino

es una *lifelong education* que tiene inicio desde la más tierna edad. Por consiguiente, en el alcance del bienestar están involucrados diversos factores y sectores, que de modo sistémico (Calvo Molina, Fernández Rojas, Flores Castro, González Urrutia, Madriz Bonilla, Martínez Izaguirre, Villalobos Alfaro y Villalobos Leal, 2019), como entornos, se articulan para producir un resultado, en este caso, en función del escolar, desde la perspectiva del modelo ecológico de Bronfenbrenner (Pérez Fernández, 2004), mediante el cual la mayoría de los factores obesogénicos identificados y analizados, pertenecen al microsistema, donde la relación de las personas adultas, como la familia, y el personal de la escuela, influyen sobre su conducta alimentaria y de actividad, así como el exo y el macrosistema, constituido por otros adultos importantes como los vendedores de alimentos, los líderes de las comunidades o encargados de los espacios recreativos, en relación con el niño, que también le condicionan el consumo de alimentos y la realización de actividad física, así pues, los entornos escuela y hogar deben ser los principales sujetos de intervención para incidir en los ambientes obesogénicos que determinan la elecciones de los infantes.

Con base en lo antes dicho, se hace necesaria una educación alimentaria dirigida a todos, que comience desde la más tierna edad y a la cual deban contribuir principalmente familia y escuela para permitir a todos alcanzar el objetivo del goce del bienestar y de la conquista de un estilo de vida adecuado. La educación alimentaria está dirigida a lograr que las personas adquieran un estilo de vida coherente con el valor de bienestar que conciben, y promueve actividades cotidianas y hábitos alimentarios para desarrollar la capacidad de beneficiarse de los alimentos, capacidad que se adquiere en el momento en el que se es consciente de todo aquello que se necesita para estar bien.

En coherencia con lo antes dicho, en la época actual, de globalización y en la sociedad de la comunicación es fundamental, y al tratarse de un proceso, como lo afirma la OMS y la FAO, es necesario:

- promover hábitos alimentarios adecuados;

- eliminar comportamientos incorrectos;
- manipular con higiene los alimentos;
- conocer y saber usar los recursos alimentarios
- promover ambientes saludables

Para alcanzar estos objetivos se implementaron en Italia algunas propuestas, entre las cuales, las de mayor importancia son:

- el Plan Sanitario Nacional: entre 2003-2005 la educación alimentaria viene considerada como una estrategia para prevenir numerosas enfermedades entre las cuales *in primis* la obesidad;
- la reforma escolar para la escuela primaria, en la que la educación está considerada como una componente de la Educación para la Convivencia Civil hacia la cual tienden todas las actividades de la escuela primaria;
- la Ley Regional 15/1997 de la Emilia Romagna, que le asigna a las Provincias la tarea de implementar intervenciones relativas a la orientación del consumo alimentario.

Estas reformas y las sucesivas relacionadas con ellas, ponen en evidencia cómo para aprender a cuidar de uno mismo es necesario:

- una política pública dirigida a la salud;
- la capacidad de crear ambientes favorables;
- poner a la persona en el centro de la salud; el sostén de la comunidad para el desarrollo individual;
- reorientar los servicios sanitarios de manera que vayan dirigidos a la promoción de la salud más allá de la responsabilidad de garantizar servicios curativos. Se debe responder a las necesidades de los individuos y de la comunidad orientando los servicios hacia una vida más sana.

Las normas y las indicaciones de la Comunidad Europea y de las organizaciones internacionales, hacia la institucionalización de una

educación alimentaria orientada al cambio de hábitos alimentarios nacen de algunos modelos teóricos y de reflexiones psicológicas y pedagógicas. Dichas teorías explican el comportamiento tanto a nivel general como a nivel individual y de qué manera esto puede ser susceptible de cambio. Para este propósito es interesante detenerse en algunos modelos y algunas teorías pedagógicas y psicológicas.

Uno de los modelos más importantes es el Health Belief Model (Rosenstock, 1974; Abraham y Sheeran, 2007), modelo sobre las creencias en salud, que se basa en la percepción del riesgo y en el hecho de que cuando se es consciente de los riesgos relacionados con la salud, el comportamiento puede modificarse y convertirse en un comportamiento preventivo adecuado. El modelo permite entender:

- la susceptibilidad percibida, es decir, la percepción del riesgo y de la vulnerabilidad;
- la gravedad percibida, es decir, la percepción de la gravedad de las amenazas a la salud;
- las ventajas percibidas, es decir, aquellas relativas a las acciones de prevención;
- los obstáculos percibidos, es decir, las consecuencias negativas de los comportamientos.

Este modelo permite conocer cómo las personas reaccionan a algunos comportamientos (Rosenstock, 1974). Recientemente, se han realizado esfuerzos para identificar una estrategia pedagógica específica, a través de una página web, para ayudar a los padres, cuidadores y docentes en cuanto al reconocimiento e identificación de factores de riesgo asociados a los trastornos de la conducta alimentaria en la infancia (Correa Castro, Moreno Pereira y Rodríguez Galeano, 2020).

Otro enfoque teórico de gran importancia para la comprensión de los mecanismos que permiten modificar los comportamientos es la teoría social cognitiva de Bandura. Este autor sostiene que los niños aprenden en el

ambiente social imitando los comportamientos de los demás y, de hecho, habla de modelar, es decir, de aprender a través de la observación (Bandura, 2000). Bandura afirma que los niños desarrollan:

- la capacidad de aprender de los comportamientos de los demás;
- la capacidad de predecir y dar valor a algunos comportamientos;
- la *self-efficacy*, es decir, la confianza que cada persona tiene en sus propias capacidades para obtener aquello que se desea, que es el nivel de autosuficiencia que determina el comportamiento. Se habla de autoeficacia y no de autoestima ya que la autoeficacia es una capacidad personal, mientras que la autoestima es un juicio de valor.

También es interesante el pensamiento pedagógico de Morin (2000) y el de Freire (2018). Estudios recientes como los de Nussbaum han destacado la necesidad de vincular la educación alimentaria con las habilidades. Nussbaum teoriza el enfoque de la capacidad de la educación, afirmando que cada individuo es vulnerable a factores externos que pueden influenciar su crecimiento personal. Así pues, sostiene que la educación debe formar ciudadanos en grado de razonar sobre sí mismos y, por lo tanto, estar libres de condicionamientos y estereotipos. Solo de esta manera se puede lograr la justicia social que no se basa en la riqueza sino en el hecho de que cada uno es capaz de orientar su propio razonamiento. Cada individuo debe contar con las habilidades que le permitan sobrevivir; una educación humanista que promueva el desarrollo humano, elimine las desigualdades y el sentimiento de disgusto que lleva al rechazo de uno mismo y al aislamiento, que derrote el narcisismo y los estereotipos (Nussbaum, 2009).

Morin (2000) con la metáfora de la cabeza bien puesta invita a fomentar mentes no llenas de conocimientos, sino en grado de resolver problemas y adquirir competencias existenciales. Él habla de eco-pedagogía en el sentido de que a través del aprendizaje de experiencias y de contextos, se forma un pensamiento ecológico que relaciona tres instancias:

- biológica;

- ético- existencial;
- cognitiva-emotiva.

Otra aportación importante es la de Freire (2018) que relaciona el aprendizaje al vivir en sociedad. Él sostiene que nadie puede educarse solo, sino que los hombres se educan juntos. Cada uno debe saber leer la realidad, descubrir los engaños e iniciar un proceso de liberación. Según Freire, docentes y alumnos aprenden juntos y son capaces de interpretar los acontecimientos y de producir cambios significativos. Su pedagogía es crítica, orientada a redimir las condiciones humanas, sociales y económico-culturales. De hecho, el ser humano tiende a la liberación y la educación debe hacer surgir la conciencia y con ella el empoderamiento para actuar sobre sus condiciones a partir de decisiones informadas. El derecho a decidir por la propia salud no representa una “capacidad innata”, sino que requiere una labor educativa que pueda dar a conocer las necesidades, potenciando el empoderamiento del sujeto que contribuye activamente a la construcción de sí mismo. Esta perspectiva está estrechamente relacionada con nuestro campo de investigación, a saber, con el problema de la obesidad y la obesidad infantil concretamente.

Desde otra perspectiva, es fundamental la teoría relacionada con las actitudes, llamada de la acción razonada, planteada por Fishbein e Ajzen (1980) en la que explican cómo se comportan los individuos. Esta teoría tiene como base tres factores predictivos:

- intuición del comportamiento que se deriva de la actitud personal y de normas subjetivas;
- actitud personal hacia el comportamiento, es decir, la actitud que la persona toma en cuanto adoptar o no un comportamiento;
- norma subjetiva, es decir, la influencia que los demás tienen sobre la persona.

La actitud personal viene entendida, ya sea como un juicio sobre un comportamiento, o también como un juicio dado por la comunidad y con base en las creencias personales. La norma subjetiva puede ser entendida tanto

como el nivel de influencia de los demás sobre el comportamiento personal, que deriva de las creencias, es decir, sobre aquello que se cree, esperan los demás, pero también como la disponibilidad que se tiene hacia adoptar un comportamiento. La actitud y las normas subjetivas influyen el comportamiento a través de las intenciones. Respecto a este punto, posteriormente, esta teoría es modificada por la influencia que tiene la reflexión de Bandura sobre la autoeficacia y se convertirá en la teoría del comportamiento planificado pues la autoeficacia tiene influencia en las intenciones y, por lo tanto, se da el control comportamental (Bandura, 2000). Un modelo muy importante también en este camino de la comprensión de la educación para la salud, la alimentación y la nutrición es el trans-teórico, que explica los procesos que son la base del cambio destacando la importancia de la motivación. Este es el modelo desarrollado por Prockaska y Di Clemente (1982) en el que integran de forma sistémica distintos enfoques. Ellos elaboran el modelo de las etapas del cambio, creando así un modelo trans-teórico en el que introducen la motivación que consideran un *continuum* e identifican los factores psicológicos involucrados en las distintas etapas. Afirman que el cambio se da a través de seis etapas:

1. pre-contemplación: es la etapa en la cual no hay ninguna motivación para cambiar ya que el sujeto aún no ha contemplado la posibilidad de tener un cambio.
2. contemplación: la persona está pensando en el cambio por lo que éste pudiera suceder en los siguientes seis meses;
3. determinación: planeación del cambio en un futuro inmediato;
4. acción: realiza el cambio;
5. mantenimiento: es el periodo del cambio hasta seis meses después;
6. salida del modelo: es la adquisición definitiva del cambio o el recaer y retomar el comportamiento problemático.

La base de este modelo son los siguientes procesos:

- el aumento de la consciencia;

- la activación emotiva, la autoevaluación;
- la revaloración ambiental;
- la liberación.

Contento (2010) en su educación alimentaria se basa en las teorías de Nussbaum (2009) y en la teoría ecológica de Bronfenbrenner (2002).

Para la psicología familiar, disciplina que toma el nuevo enfoque sistémico de la ciencia, y en específico el modelo ecológico para el estudio de las relaciones familiares, la familia “es el microsistema más importante porque configura la vida de una persona durante muchos años” (Espinal, Gimeno y González, 2004, p. 2). Dicho modelo, análogo a la biología, ha permitido reconocer que el ser humano se interrelaciona con una serie de sistemas que determinan su desarrollo y que “la familia es el sistema que define y configura en mayor medida el desarrollo de la persona desde su concepción” (Meza Rueda y Páez Martínez, 2016, p. 18).

Esta teoría también es muy importante desde el punto de vista educativo. De hecho, dentro de la labor educativa tanto de la familia como de la escuela, se está volviendo cada vez más importante porque diversos estudios muestran cómo los diferentes sistemas y el entorno ecológico se impactan mutuamente. Esta última concepción, conocida como modelo ecológico, es la más aceptada en la psicología evolutiva porque explica la influencia del entorno en todos los niveles de la vida: forma de pensar, emociones y gestos. El entorno es, de hecho, un conjunto de sistemas relacionados entre sí que tienen influencia en el desarrollo del niño de forma directa, a través de los grupos con los que este se relaciona, de forma indirecta a través del ambiente de trabajo en el cual se desenvuelven estos grupos, a través de la cultura en la cual se encuentra inmerso y a través de su propia historia. El entorno tiene influencia a nivel cognitivo, moral y relacional, y modela la conducta. Contento afirma que la educación alimentaria es la combinación de estrategias educativas relacionadas con los entornos ambientales y que están orientadas a facilitar elecciones y comportamientos favorables para la salud y el bienestar. Sin duda, están involucradas muchas acciones que se han de llevar a cabo tanto a

a nivel individual como de comunidad y de medidas política.

3.2 Historia de la educación alimentaria en Italia

En los últimos años la atención hacia la alimentación se ha difundido a todos los niveles debido a que la alimentación no es solo considerada una necesidad primaria y un derecho humano, sino que está relacionada con diversos aspectos psicológicos, socio-culturales, éticos y ambientales, y se le ha responsabilizado, junto con la falta de actividad física, de contribuir a la manifestación de algunas enfermedades como la obesidad (Nuvoli, 2010).

Se considera importante conocer la trayectoria de la educación alimentaria y su relación con la historia de las transformaciones económicas y sociales de Italia para entender cómo y porqué nos alejamos del enfoque biométrico de la salud. Al mismo tiempo, es importante conocer las causas y la manera en que se ha pasado de la convicción de considerar a la familia la única responsable de la educación alimentaria a considerarla solo uno de los factores que tienen influencia en la adquisición de una correcta alimentación.

La historia de la educación alimentaria es bastante reciente, aunque sus raíces se remontan a la Declaración de los Derechos Humanos y el derecho a la salud que está consagrado en nuestra Constitución. De hecho, solo en los textos más recientes de MIUR encontramos una referencia constante a la educación, a la salud y al bienestar y, por lo tanto, a la necesidad de conocimientos y habilidades dirigidas al desarrollo de competencias individuales y específicas en las disciplinas.

Solo a partir del año 2000 la educación alimentaria se introdujo en la escuela

como disciplina, sobre todo porque, como ya hemos mencionado, la atención hacia la comida ha cambiado cargándose de valores complejos que se consideran determinantes para la aparición de algunas enfermedades (OMS, 2006). Por lo tanto, deviene la necesidad de hacer un breve recorrido histórico que permita tener un marco de referencia y que nos permita darnos cuenta del esfuerzo de algunos entes, que han puesto su confianza en el rol de la escuela, de la formación y de la información científica para alcanzar el bienestar.

A principios del siglo XX los niños recibían la información sobre los alimentos en la familia y los hábitos alimentarios estaban generalmente relacionados con la tradición y con las diferencias sociales, sobre todo a causa de la escasez de alimentos. Antes de que los anuncios publicitarios orientaran las decisiones y consumos hacia el desperdicio, la educación dirigida a los niños consistía en hacer que ellos comieran todo lo que fuese posible ya que la mayor parte de las personas vivía en condiciones de escasez de recursos alimentarios. A través de la literatura popular como canciones de cuna, rimas infantiles y cuentos, se aprendía cuáles alimentos no podían obtenerse, y por lo tanto, estos eran deseados y soñados por los niños pobres. Todos los cuentos terminaban en una comida con pan blanco y carne, ya que los pobres comían pan negro y verduras.

Anteriormente se consideraban como mejores los estilos alimentarios de las personas ricas y la misma medicina sostenía que los campesinos eran delgados porque comían solo para quitarse el hambre (Signore, 2010). Incluso los cánones de belleza estaban influenciados por esta convicción: por lo que delgado equivalía a pobre y gordo a rico y el término “gordo” estaba cargado del valor simbólico de riqueza. Esta convicción prevaleció hasta finales de los años sesenta del siglo pasado cuando termina la pobreza en Europa y se da un boom económico que, en Italia en particular desde los años setenta, generó el incremento del ingreso económico de modo que casi todos podían satisfacer sus necesidades básicas, aumentar sus conocimientos y el ahorro,

pero también aumentaron los consumos de productos con amplia publicidad (Signore, 2010; Manca, 2017).

La educación alimentaria estaba delegada en sus inicios, exclusivamente, a las mujeres, quienes preparaban la comida y aprendían a hacerlo desde niñas. Durante la primera guerra mundial, precisamente por la dificultad de encontrar recursos alimenticios, la misma política exigía comer menos, cosa que a los pobres pesaba mucho, e invitaba a las mujeres a reducir la alimentación. El gobierno a través de publicaciones daba indicaciones explicando cómo cocinar con poco. Además, en los textos escolares se invitaba a inculcar a los jóvenes la necesidad de sacrificarse por la Patria. Con el Fascismo se dio espacio a la economía doméstica, que se enseñó a las mujeres en las escuelas post-elementales. Sin embargo, en estos cursos hacía falta la conciencia alimentaria de hoy en día: simplemente se basaban en el hecho de que cada alimento aporta un nutrimento, clasificando los alimentos en más sustanciosos o menos sustanciosos.

Con el progreso económico posterior y más reciente, incrementaron los consumos, incrementaron los alimentos, sin embargo la dieta siguió siendo cada vez menos nutritiva. Entre los años Cincuenta y Sesenta el cambio está caracterizado por el incremento de la cantidad más que de la calidad de los alimentos. No existía ningún interés en conocer los contenidos de los productos y las indicaciones de algunas asociaciones de consumidores que intentaron llevar hacia un consumo inteligente, no fueron tomadas en cuenta, sobre todo cuando intentaron denunciar algunos productos de larga conservación por el hecho de que no se sabía qué cosa contenían.

En 1955 gracias al periódico “L’espresso” hubo una campaña contra el fraude y la sofisticación de los alimentos, también respaldada por otros periódicos que hablaban de algunas prácticas incorrectas. Esto causó que en 1960 el Gobierno emitiera un proyecto de ley sobre la seguridad alimentaria aprobada en 1962, pero no nunca se implementó completamente.

En los años Sesenta y Setenta la información se limitó a la difusión de folletos destinados a las mujeres, en los cuales se anunciaban algunos productos de los cuales se indicaban los tiempos y formas de cocción. Sin embargo, en estos mismos años se produjo un cambio:

- La Comunidad Europea, en 1972, reconoce cinco derechos del consumidor entre los cuales la información y la educación necesaria para la transparencia y la protección;
- Las Instituciones, en 1975, comienzan a interesarse por la educación alimentaria y en la Conferencia Nacional para la Educación Alimentaria (Ministerio de la Agricultura y Bosques y el Instituto Nacional de la Nutrición o MAF) se destaca y se reconoce el rol que tiene la escuela y los servicios de Salud al respecto, y se precisan las tareas y los métodos. Se habla de formación de docentes, ya que el sistema sanitario aún no es del todo relevante, pues aún sufre los problemas de la post guerra.

Así pues, mejoraron las condiciones de vida y se superaron las carencias alimentarias, se eliminó el hambre y la pobreza, sin embargo, el italiano comenzó a adquirir malos hábitos alimentarios. De hecho, la cultura de alimentaria es incorrecta y no logra hacer frente a los cambios socio-económicos, entre otras razones, por el hecho de que hacen falta programas concretos e información. Solo a partir de los años setenta se implementaron las experiencias informativas para involucrar a los padres, experiencias que no lograron generar comportamientos saludables; se pasó de la escasez a la abundancia, y los datos sobre la obesidad cada vez se hicieron más preocupantes.

Hasta 2011 la comunicación pública, probablemente debido a una cultura científica y nutricional pobre, por el tipo de consumidores, pero sobre todo por intervenciones fragmentadas producidas de manera sectorial, no logró los objetivos de reducir las patologías sociales (Baviello, 2017).

Por otra parte, cabe destacar que en 1978 nace el programa de Educación Alimentaria, por parte del MAF, y el Instituto Nacional de la Nutrición (INN) “*Mangia italiano*” (“*Come italiano*”), programa que sirve para orientar a los ciudadanos hacia una alimentación tradicional y a sensibilizarlos contra las dietas de la publicidad que continuaba siendo el único medio de divulgación y de educación alimentaria. El programa permanecía como una intervención aislada. Aún no se actuaba a nivel público de manera generalizada para explicar los alimentos y sus usos.

En los años Ochenta crece la cuota financiera y los ingresos, así que surgen nuevos consumos, se imponen como nuevos estilos de vida que prevén vacaciones y casas en el mar; empieza a consolidarse el hábito de cenar fuera de casa. Se experimentan también las novedades relacionadas con los alimentos e Italia se alinea a los Países Europeos en cuanto a información alimentaria se refiere.

En 1981 una campaña de información promovida por el INN y por el Ministerio de la Agricultura y Bosques, lanza el modelo de la Dieta Mediterránea. Se registra un aumento en la sensibilidad hacia una sana alimentación, nace el *slow food*, que surge para recuperar los estilos de consumo tradicionales, ya que todo estaba prácticamente homologado por las multinacionales. En 1984 la OMS crea en Europa una Unidad de Nutrición para promover una correcta nutrición indicando también los instrumentos necesarios para llevarla a cabo. En relación con esto, Italia elaboró las Pautas para una correcta alimentación.

Además, con la financiación europea nacen las campañas institucionales sobre seguridad alimentaria y en el 2006 el Ministerio colabora con la OMS y lanza el programa “Guadagnare salute” (“Ganar salud”) que involucra Ministerios, Regiones, Entes locales y sectores privados. A partir del 2007 se implementa el programa “Frutta nelle scuole” (“Fruta en las escuelas”) con el fin de aumentar el consumo de fruta y verdura en los niños de 6-11 años. Se logró progresar y la escuela con las Pautas del 2011 y 2015 proporcionó

indicaciones certeras.

A pesar de lo señalado en años anteriores, algo cambia al interior de la sociedad y ya a principios de los años Noventa la cooperativa de la marca COOP realiza material informativo de gran distribución, sobre alimentos individuales y lleva a cabo un trabajo educativo con las escuelas.

De esta manera inicia un recorrido que continúa hasta hoy y que, a partir de la decodificación de las etiquetas, se va enriqueciendo poco a poco. COOP actualmente sigue ofreciendo animación, trayectorias educativas, exposiciones, cursos y otros instrumentos didácticos (Padovese Padovese, 2010).

La información sigue siendo desorganizada y fragmentada entre las diversas instituciones. En general, hay mucha información poco objetiva y la decisión de los consumidores sigue siendo fuertemente influenciada por la publicidad (Baviello, 2017).

Por otra parte, la OMS (2018) y la FAO (2019) indican como componentes fundamentales de la educación alimentaria, la información (conocimiento) y la formación (cambio de comportamientos), componentes que ponen a las escuelas al centro de la trayectoria educativa para una correcta alimentación. De hecho, la escuela debe estar al centro del proceso, pues es considerada en la estructura ideal para actuar en una fase de la vida que es la más importante para la formación de la persona. Sin embargo, desde los años Setenta, la educación alimentaria no había tenido desarrollos en la didáctica escolar, pues se consideraba como tarea de la familia el hacer que los niños adquirieran buenos hábitos alimentarios.

Así pues, la educación alimentaria entra en las escuelas con dos leyes:

1. la Ley 820/1971 que introduce el tiempo completo y sus requerimientos. “(...) el estudio, la investigación, la exploración, la manipulación, el uso del propio cuerpo, la educación alimentaria (comedor), la vida en comunidad [...] constituyen los contenidos que se requieren para el tiempo completo” (Alberti, 1984, p. 213).

2. La Ley 348/1977 en la cual se solicita potenciar las ciencias naturales en la escuela media, a nivel interdisciplinario con el objetivo de educar para la salud.

Ambas leyes tienen diversos fines, pero a pesar de ello, son determinantes para la introducción de la educación alimentaria en las escuelas y al mismo tiempo delimitan el marco de referencia: la educación alimentaria se logra con instrumentos y acciones orientadas en las escuelas medias y con la práctica en las escuelas elementales. Por lo tanto, la información sostiene la acción educativa.

A partir de este momento comienzan a publicarse manuales para los docentes, se implementan cursos de educación alimentaria dirigidos a docentes y comienzan actividades experimentales. Es así como la escuela asume un rol importante ya que encuentra a las familias y relaciona las materias con las acciones. Sin embargo, al mismo tiempo, la escuela enfrenta grandes dificultades, ya que con el DPR 24/07/1977, n. 616, el Estado había delegado a las Regiones la orientación del consumo alimentario. Son varias las instituciones delegadas a la intervención en educación alimentaria y así permanecen incluso hasta cuando en 1983 con Emilia Romagna, se le delegan a la Provincia. Las instituciones delegadas para intervenir en la educación nutricional son diversas y siguieron siéndolo incluso cuando en 1983 en Emilia Romagna se delegaron en la provincia. Esto explica también la ausencia de programas unitarios a nivel nacional y de experimentación, ya que hace falta una programación única.

Hasta los años Noventa, la educación alimentaria se implementa en las escuelas con actividades poco atractivas y con cierto conflicto para las familias que se sienten juzgadas. De hecho, la escuela no logra connotar esta educación con valor pedagógico y ético.

En los primeros años de la década de 1990 crece la solicitud de información

por parte de los ciudadanos por lo que de la mano con el servicio sanitario nacen diversos proyectos “Barilla” y se divulgan a través de “*La vida escolar*” fichas didácticas para dar apoyo a los profesores (Strozzi, 2015). Los Ministerios que hasta los años Ochenta habían promovido campañas educativas ahora asumen funciones de “patrocinadores” y esto permite el ingreso a la escuela a todos aquellos que pueden poner a disposición material didáctico. Este cambio de perspectiva nace del reconocimiento de los errores cometidos y de la necesidad de un enfoque distinto en cuanto a la educación alimentaria que surgía también de las diferentes teorías que resaltaban los aspectos psicológicos y culturales en la base de la elección de los alimentos. Por lo tanto, era necesario, pasar de una visión únicamente nutricional a una visión completamente distinta, aprovechando la motivación y al mismo tiempo evitando la excesiva fragmentación y dispersión de experiencias. De esta manera, se difunden proyectos de educación sensorial, de educación del gusto y al mismo tiempo son bien valoradas las actividades de cocina que permiten el contacto directo con alimentos y platillos.

En 2001 se llevó a cabo en Roma, la segunda Conferencia Nacional para la educación alimentaria en la cual se establecieron los parámetros de:

- seguridad (los alimentos no deben causar daño a la salud);
- características sensoriales (los alimentos deben tener forma, colores y sabores apetecibles);
- valores nutricios;
- satisfacción (desde el punto de vista psicológico y social):

Solo con la Reforma Moratti (2003) se introdujo en la trayectoria escolar multidisciplinaria de Convivencia Civil, la educación alimentaria. Esta no es una disciplina separada, sino que debe llevarse a cabo de manera inter y trans disciplinaria. En la misma Reforma vienen también indicados los conocimientos y habilidades que los alumnos deben conseguir al finalizar la escuela primaria y al finalizar la escuela secundaria de segundo grado.

En el 2006, la Recomendación del Parlamento Europeo sobre las competencias clave para el aprendizaje permanente también se refiere a aquellas de la educación alimentaria y en el 2007 el DL 22/08/2007, *Reglamento de las normas sobre el cumplimiento de la orden de educación*, indica las competencias clave de ciudadanía y aprendizaje necesarias para la vida y para que sean adquiridas durante la formación obligatoria.

Para la evolución de la educación alimentaria en las escuelas son muy importantes las Pautas del 2011 (MIUR, 2011) y el inicio de un memorando de entendimiento con el Federalimentari con el que se firma el compromiso de trabajar junto con MIUR para identificar un tipo de formación eficaz y sobre todo, en cuanto a la metodología, la elaboración curricular, la organización de actividades educativas y didácticas a través del proyecto “Scuola cibo” (“Escuela comida”).

Las Pautas para la educación alimentaria del 2011 marcan el cambio ya que establecen que la educación alimentaria se basa en la información y la formación. En cuanto a información se refiere a que, pueden y deben utilizarse los nuevos medios de comunicación pues se considera necesaria una información orientada a padres, médicos, operadores de base y a todos los profesionistas del sector salud. En cuanto a la formación se considera indispensable introducir la Educación Alimentaria en el plan de estudios para crear conciencia en los niños de aquello que es sano y de aquello que no lo es, y para esto es indispensable la colaboración con las familias y el territorio.

En 2015 se emiten las nuevas Pautas por parte del MIUR (MIUR, 2015) que tienen una relación estructural con las del 2011 y se presentaron durante la EXPO UNIVERSAL. De hecho, en la EXPO se asignó a Italia el tema: “¡Alimentando el planeta, energía para la vida” por parte del BIE (Bureau International des Expositions), con sede en París, dada la importancia de la alimentación en la cultura italiana y de sus contenidos culturales relacionados con la dieta mediterránea, pero sobre todo, porque Italia supo exportar esta

cultura al resto del mundo!

En el documento con el que el organismo internacional explica el objetivo, se centra la atención sobre el rol de la escuela que es considerada cuna de producción y difusión de la cultura. La exposición internacional se basa en (Strozzi, 2015):

- *food security*, es decir, reforzar la seguridad alimentaria y evitar los desperdicios;
- *food safety*, es decir asegurar alimentos sanos a todos, eliminando la mala alimentación y las patologías;
- erradicar las nuevas patologías relacionadas con la alimentación;
- innovar las tecnologías;
- educar en una correcta alimentación;
- dar valor al conocimiento de la tradición alimentaria como expresión cultural, sobre todo porque Italia ofrece por tradición una cultura alimentaria y enogastronómica de alto nivel. De hecho, Italia, por las recetas, los sabores, el equilibrio y el uso de las materias primas, ha realizado un verdadero modelo alimentario, la dieta mediterránea, que ha sido reconocida por la UNESCO como patrimonio de la humanidad.

Otro documento importante que es necesario considerar, fue el elaborado para la EXPO, como la Carta de Milán (Gestri, 2015) construida por un grupo de quinientos oradores en el ámbito de los temas de la EXPO; al inicio del evento ésta fue entregada al Secretario General de la ONU. En esta Carta se enumeraron los compromisos en común para los desafíos del nuevo milenio. Adicionalmente, se consideró necesario que la escuela proporcione información sobre:

- sostenibilidad hacia el medio ambiente y principios éticos;
- territorialidad, dando valor a los productos típicos del territorio y combatiendo los fraudes de alimentos;
- colaboración escuela-familia y *stakeholder*;

- salud y seguridad;
- investigación.

La Carta de Milán, que se entregó a las Naciones Unidas, destaca los derechos y las obligaciones de los ciudadanos y las empresas para resolver el problema de la alimentación y, sobre todo, del desperdicio de alimentos. Está dirigida a los ciudadanos, empresas e instituciones y pretende ser una contribución italiana para las reflexiones del *Millenium Goals* puntualizando lo que se considera como derechos y obligaciones de la humanidad en cuanto a los alimentos. De lo que en ella se expone, se destaca que la educación alimentaria en Italia ha cambiado en el tiempo tanto cualitativamente como cuantitativamente, y la atención que se le pone a ella continúa siendo muy alta. Esto indica el hecho de que el problema de la correcta alimentación se considere fundamental para conseguir el bienestar no solo de la persona a nivel individual sino también, y sobre todo, de la comunidad.

3.3 Del concepto de salud al de bienestar

A partir del análisis realizado hasta este punto queda clara la necesidad de promover desde la infancia la cultura del bienestar y de la salud propia adoptando desde la más tierna edad, un estilo de vida adecuado. Naturalmente el recorrido para llegar a este concepto de salud y, en consecuencia, a la idea de que la salud no es un problema individual ni de pertinencia exclusiva del sistema sanitario, sino de la comunidad entera, ha sido muy largo. El derecho a la salud fue establecido en 1948 en la Declaración de los Derechos Humanos en la cual se afirma que: “Toda persona tiene derecho a tener un nivel de vida suficiente para asegurar su salud en el plano físico, intelectual, moral, espiritual y social en condiciones de libertad y dignidad”.

El mismo concepto es retomado en el artículo 32 de la Constitución italiana

que establece: “La República protege la salud como derecho fundamental de la persona y como un interés colectivo y garantiza atención médica gratuita a los indigentes.”

Desde 1946, cuando la OMS, en su tratado constitutivo firmado en Nueva York y que entró en vigor en 1948, define la salud como un estado de bienestar físico y social y no como la ausencia de enfermedades, el debate sobre la salud se desarrolló en dos direcciones: la primera a nivel biomédico basada en los aspectos técnicos, en cambio la segunda, consideró la salud como un fenómeno social dentro de una reflexión mucho más amplia. Inicialmente prevalece la línea biomédica y solo en 1978, en la Conferencia de Alma Ata (WHO, 1978), se relaciona la salud con los derechos humanos y la justicia social. Fue posible alcanzar esta convicción a través de una evolución y de una detallada y cada vez más específica puntualización por parte de las diversas organizaciones internacionales. De hecho, llevó casi veinte años, pasar de la concepción de la salud como condición estática y equilibrio perfecto a una concepción de salud como esfuerzo continuo para adaptarse a las condiciones ambientales que cambian continuamente. De esta manera la salud viene entendida como el equilibrio funcional, físico y psíquico de una persona perfectamente integrada a su ambiente natural (WHO, 1978).

Para entender mejor la conexión entre lo antes dicho y la búsqueda de solución al problema de la obesidad que, junto con otras enfermedades crónicas, obstaculizan el bienestar convirtiéndolo en un problema social cuya solución debe estar a cargo de toda la comunidad (Gobierno, Salud Pública y Privada, Organizaciones no gubernamentales y medios de comunicación), es oportuno hacer un rápido recorrido a los principales documentos oficiales a nivel internacional, relacionados de manera directa o indirecta con esta realidad:

- 1986. Se llevó a cabo en Ottawa el primer Congreso Internacional sobre la promoción de la salud que produjo la Carta de Ottawa (WHO, 1986) que contiene las pautas para lograr la estrategia de

salud. Ya en 1984 la OMS (WHO, 1984) en un documento redactado en vista de la preparación de la Carta de Ottawa, había especificado:

[...] “salud” entendida como campo de aplicación de las capacidades individuales y de grupo, destinada a modificar y a convivir con el ambiente. La salud es vista como un recurso de nuestra vida cotidiana y no como el objetivo de nuestra existencia: se trata de un concepto positivo que acentúa tanto los recursos personales y sociales como las capacidades físicas.

En el Glosario OMS (1988) que fue elaborado y después publicado en 1998 (WHO, 1988), la misma OMS define la promoción de la salud como: “el proceso que confiere a las personas la capacidad de aumentar y mejorar el control de su propia salud” especificando que el proceso es global, social y político.

El Congreso de Ottawa buscó dar respuesta a la exigencia de conseguir la salud a través del control de las decisiones destinadas a conseguir el bienestar físico, mental y social, bienestar que, como ya hemos dicho, es considerado un recurso de la vida. Se partió del supuesto de que el individuo no es un conjunto de partes sino un todo que vive en la comunidad, y que ésta siendo un conjunto de partes, debe ser la misma comunidad, que ayude al individuo a alcanzar su propio bienestar. Sin duda un papel importante lo juegan las políticas gubernamentales y las acciones que promueven la salud pública y privada; naturalmente también los medios de comunicación y las organizaciones no gubernamentales pueden desempeñar en este sentido, una función determinante.

Dado que la salud es un recurso, se consideró que era necesario:

- promover una política pública orientada a la protección de la salud;
 - crear un ambiente favorable que sea capaz de sostenerla;
 - sostener y reforzar la acción de la comunidad para el desarrollo individual;
 - recalibrar los servicios de salud;
 - promover el concepto de salud como inversión social (WHO, 1986).

La consecuencia de esto fue la promoción de acciones estratégicas tanto a nivel global como local para promover la participación de las comunidades a implementar decisiones que favorecen la salud, la protección del ambiente y el desarrollo de servicios sanitarios con métodos intersectoriales.

- 2004. Durante el *57 World Health Assembly* la OMS se adoptó la *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*. Esta estrategia principalmente reconoce que la alimentación y el sedentarismo son las causas de la obesidad, por lo que es necesario establecer y perseguir los siguientes objetivos:
 - reducir las influencias negativas de dietas incorrectas y de la inactividad física por medio de acciones específicas por parte del sistema de salud;
 - hacer que se tome conciencia sobre la necesidad de llevar una correcta alimentación y realizar la actividad física indispensable para la salud y que, al mismo tiempo, se entienda la importancia de la prevención;
 - establecer y desarrollar los objetivos a nivel regional y local;
 - promover la investigación.
- 2005. En Bangkok se reúne un grupo de expertos en una

conferencia mundial para la promoción de la salud y producen la Carta de Bangkok (2005) en la cual se establecen las estrategias necesarias para enfrentar los retos de la salud en una época en la que la globalización trajo como consecuencia, desigualdades, urbanización sin medida y degradación ambiental. La Carta está dirigida a todos, personas y organizaciones, retoma los principios de la Carta de Ottawa y declara que, a pesar de los progresos, sigue siendo necesario:

- sostener la salud como base de los derechos humanos;
 - invertir en políticas y acciones sostenibles;
 - construir la capacidad de desarrollo de liderazgos y prácticas de promoción de la salud;
 - regular y legislar para dar las mismas oportunidades de salud y bienestar a todos;
 - asociarse y construir alianzas.
- 2005. La OMS en el Libro Verde “*Promover dietas sanas y actividad física, una dimensión europea en la prevención de sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas*” (Comisión de las Comunidades Europeas, 2005) hace un análisis de los costos de estas enfermedades tanto a nivel de salud como a nivel de economía y define estructuras, instrumentos y sectores en los cuales actuar a nivel europeo.
 - 2007, mayo. Es publicado el Libro Blanco “*Una estrategia europea sobre los aspectos sanitarios relacionados con la alimentación, al sobrepeso y a la obesidad*” (Comisión de las Comunidades Europeas, 2007). El objetivo del libro que sigue las iniciativas de la Comisión Europea, teniendo en cuenta los datos que evidencian el significativo aumento en los últimos treinta años, de los niveles de sobrepeso y obesidad, sobre todo en los niños, es el de definir las maneras de contrarrestarlos, así como definir las estrategias necesarias para lograr una disminución en

la tasa de sobrepeso y obesidad. Las estrategias de los diversos sectores de la sociedad necesariamente deben integrarse y deben prever la colaboración entre los sectores público y privado. La búsqueda de este objetivo requiere un enfoque integral, incluso a nivel europeo, para reducir los problemas derivados de una incorrecta alimentación.

- El libro blanco establece que:
 - en primer lugar, la persona es en última instancia responsable de su estilo de vida y del de sus hijos, si bien se reconoce la importancia y la influencia del entorno en su comportamiento;
 - en segundo lugar, sólo un consumidor bien informado puede adoptar decisiones razonadas.

Con base en lo anterior, se sostiene que es necesario promover acciones integrales en los diversos sectores locales y nacionales y la Unión Europea debe completar lo que se emprende a nivel urbano y local. De hecho, la Comunidad Europea, puede influir en el sector de la instrucción y de las políticas regionales (Fondos Estructurales). El libro Blanco precisa, además, que esta acción debe ser soportada por políticas audio visuales adecuadas. Se reitera la necesidad de proceder hacia una educación alimentaria sobre todo en la infancia, edad en la cual se pueden establecer preferencias por un comportamiento saludable. Por lo tanto, la escuela debe desempeñar un rol crucial también en la educación alimentaria, por lo que es necesario elaborar indicaciones y programas adecuados.

- 2007, octubre. Se instituye el Programa de Acción Comunitaria en materia de salud, que se compromete a generar y a difundir información y conocimientos sobre salud (2008-2013).
- 2008. Resolución del Parlamento Europeo sobre el Libro Blanco “*Una estrategia europea sobre los aspectos sanitarios relacionados con la alimentación, el sobrepeso y la obesidad*” (Comisión de las Comunidades Europeas, 2007). Esta resolución:

- Identifica a los niños como objetivo primario en la lucha contra la obesidad, ya que los hábitos alimentarios que se adquieren en la infancia permanecen en el tiempo;
 - Invita a los Estados a adoptar pautas para mejorar la actividad física y promover la educación alimentaria desde la edad preescolar;
 - Invita al Grupo de Nutrición y Actividad Física a establecer pautas sobre las políticas nutricionales para la escuela, sobre la promoción de la educación alimentaria y su seguimiento en el periodo post- escolar;
 - Invita a los Estados miembros a insertar en los programas escolares los beneficios de una alimentación equilibrada y de la actividad física.
- 2012. Durante el encuentro *Health in all policies* se resaltó que la salud está influenciada también por factores externos. En consecuencia, es necesario que la sanidad involucre todas las políticas (escuela, transportes, ambiente) y active procedimientos para alcanzar el objetivo de modificar los estilos de vida de las personas, ya que este cambio necesita intervenciones individuales, pero también cambios en las condiciones sociales y ambientales. De hecho, la Unión Europea, desde el 2006 ha utilizado la estrategia *La salud en todas las políticas*, ya que el problema de la salud es considerado urgente; por lo tanto, se convierte en la prioridad la *health in all policies multi-stakeholder* para la prevención y la promoción de la salud. Este encuentro llevado a cabo en Roma en enero del 2012 reitera la necesidad de un enfoque multisectorial para reflexionar y activar nuevas sinergias, teniendo claro que no todo entra dentro del control sanitario.
- 2019. La UNICEF publica su documento *Démosle peso: el compromiso de UNICEF para combatir la desnutrición* (UNICEF,

2019 www.unicef.it/Allegati/Rapporto_UNICEF_SOWC_2019.pdf), en el cual se enfrentan temas relacionados con la desnutrición y los trastornos alimentarios. Se afirma que estos están entre las mayores causas de mortalidad en los adolescentes y por lo tanto sugieren, como lo hacen las directrices mundiales y europeas, enfrentarlos con un enfoque multidisciplinario y que integre distintas formas de intervención.

A partir de los documentos examinados, es evidente que el concepto de salud ha cambiado con el paso del tiempo considerando el hecho de que el ser humano es un organismo condicionado por el ambiente y sumergido en éste. Esto tiene como consecuencia que la salud no sea entendida como un equilibrio estático sino como algo dinámico a lo que se debe seguir y que no involucra solo al individuo sino también al contexto en el que vive.

Dado que la salud depende de la interacción de diversos factores, su evaluación mediante parámetros objetivos puede ser muy problemática ya que no es posible definir una línea divisoria clara entre la salud y la enfermedad. La persona es más que solo su cuerpo y su mente y la salud no es sólo una cuestión de medicina pues engloba muchos otros aspectos de la vida. Por lo tanto, para ocuparse de la salud debemos ocuparnos de todos los aspectos de la vida (Bonaldi, 2019) y dar oportunidad de comprender que tener salud no es únicamente no enfermar a nivel físico sino trabajar física, mental y espiritualmente por un desarrollo integral que permita contribuir al bienestar holístico de la persona.

CAPÍTULO IV

La escuela y la educación alimentaria

4.1 Importancia de la escuela en los procesos educativos con la familia

Escuela y familia, como ya hemos afirmado en reiteradas ocasiones, son los principales agentes educativos. De hecho, ambos tienen como fin la educación del niño. La educación informal pertenece a la familia mientras que la formal y la no formal son más propias de la escuela. Sin embargo, los roles y las formas de educar son distintas, la misma Constitución en los artículos 30, 33 y 34 les atribuye a ambos la tarea de educar a los menores. Los roles no están netamente separados por lo que la relación entre ellos debe ser de colaboración, diálogo y respeto recíproco.

A inicio de los años Sesenta del siglo pasado y con el paso del tiempo, la escuela se fue abriendo a la comunidad y esta democratización fue expresada

en el DPR 416/1974 con el que inició la participación activa y el intercambio del proyecto educativo entre escuela, alumnos, padres y territorio. De esta manera se establece el derecho/deber de participación activa de la familia a través de las asambleas y de participación tras las elecciones formales de los órganos colegiales. A través de la relación escuela-familia, los alumnos pueden adquirir más allá de los contenidos y de las competencias, aquellos valores necesarios para desarrollar la responsabilidad, la colaboración y el manejo de conflictos. Los objetivos en común y las acciones de los dos principales agentes educativos evitan conflictos, prejuicios y desinterés, dejando claro que cada uno debe respetar su propio rol.

- La escuela siempre debe contribuir a la formación cultural y profesional en un ambiente favorable para el crecimiento de las personas, a través de un servicio didáctico de calidad y favorecer el proceso formativo de cada uno, respetando los ritmos y los tiempos de aprendizaje; debe recuperar la desventaja, garantizar a todos el éxito formativo, combatir la dispersión, promover el mérito, la integración de los discapacitados y de los niños extranjeros.
- La familia en cambio, debe valorar la institución escolar, favorecer el diálogo, respetar las decisiones educativas y sus didácticas, mantener una actitud de colaboración, garantizar la asistencia y controlar el empeño al estudio promoviendo el respeto del ambiente escolar.

Con el DPR (*Decreto del presidente della Republica*) 416/1974 fue dada la posibilidad a los padres de familia de participar en las asambleas de clase y de instituto, y de formar un comité compuesto por representantes electos por el Consejo de clase.

En realidad el espíritu participativo que se había generado con los cambios legislativos fue disminuyendo gradualmente a partir de 1980 cuando el individualismo comenzó a prevalecer hasta el punto de desmoronarse la alianza escuela-familia, ya que, sobre todo en la actualidad, la familia

considera que la escuela debe adecuarse a los comportamientos familiares y proteger a los chicos, y esto llega a causar momentos de desencuentro con la escuela, como se demuestra a través de las numerosas denuncias por reprobar o sancionar a los chicos. Se ha ido perdiendo la idea de que el rol de la escuela es distinto al de la familia, ya que está caracterizado por la pluralidad, inclusión, decisiones diversas, respeto de las instituciones, principios y reglas de convivencia democrática en común, entre otras (Ammaniti, 2018).

Todo lo que se ha mencionado, es una consecuencia del individualismo y del viraje, entonces, de la sociedad de reglas en común a la sociedad de riesgos individuales, de una sociedad de continuidad a una de cambios que genera inseguridad.

Es bien sabido que la familia ha sufrido cambios estructurales y como consecuencia, los niños viven nuevas formas de convivencia y de cohabitación; tienen vínculos con los padres con los cuales no conviven; a menudo su vida se desarrolla en diversas habitaciones. Todo esto ha podido provocar en los padres la tendencia a la sobreprotección de la prole poniendo a los niños en el centro de la atención, perdiendo de vista cuál es el lugar que ellos han de seguir ocupando. Los niños en casa son los reyes, pero en el momento en el que entran a un grupo o deben compartir las atenciones y respetar las reglas, sufren un trauma, y como dice Ammaniti (2018), su adolescencia se alarga a veces más allá de los veinte años, como si el tiempo se congelara. Evidentemente, esto ha de ser trabajado desde ambas agencias educativas para el buen desarrollo de los más jóvenes.

Por otro lado, cabe destacar la existencia de distintos cambios culturales que influyen en la relación familia-escuela de forma significativa: antes los docentes tenían casi siempre un nivel cultural superior al del mundo de los padres, los cuales reconocían la autoridad del docente, pero hoy en día el nivel de educación de las familias es a menudo superior al de los docentes (Dusi,

2011) y ello tiene implicaciones.

En la década de los 80 del siglo pasado, los docentes tenían dificultad para reconocer a los padres como socios con quienes dialogar y operar; la democratización era a nivel formal. El cambio sociocultural de los últimos decenios en cuanto a la participación activa de los padres en la vida escolar, ha hecho que se pasara de la idea de que la familia debe ser co-partícipe y protagonista de la trayectoria educativa, a la idea de que los alumnos y los padres son usuarios de un servicio. Con el pacto de co-responsabilidad en la escuela de la autonomía, también se introdujeron los criterios del mercado en la escuela, por lo que el cliente se debe satisfacer a través de un servicio y la eficacia de este servicio es detectada y evaluada a través de la satisfacción que se vuelve el criterio fundamental de evaluación. Esto ha traído como consecuencia una fuerte ruptura entre las clases sociales, entre aquellas que compartían el lenguaje de la escuela y aquellas para las cuales este lenguaje era inaccesible. El problema ahora ya no solo es cómo enfrentar las cuestiones escolares, sino el hecho de pretender la calidad de los servicios, lo cual a menudo lleva a las familias a escoger el sector privado por encima del público.

El cambio entre escuela y familia, también se produjo debido a la interferencia de los medios de comunicación en la vida cotidiana de todos (La Marca, 2005). De hecho, con la continua presencia de los medios de comunicación, se difundió la cultura digital y esto tuvo en efecto devastador sobre la percepción de las estructuras sociales tradicionales. Como afirma Buckingham (2013), como consecuencia, la escuela ya no se percibe como el instrumento indispensable para el crecimiento, para el conocimiento sistémico, racional, fruto del esfuerzo, sino que se difunde la convicción de que ésta ofrece un conocimiento anticuado, no adecuado a los tiempos modernos y que el saber útil es aquel necesario tanto en el mundo del trabajo como en la vida cotidiana y que este puede encontrarse fuera de la escuela

(Buckingham, 2013). Esta cultura digital lleva a:

- un consumo acrítico y pasivo de los conocimientos;
- la pérdida de las motivaciones hacia la escuela a causa de la voluntad de simplificar los procesos cognitivos;
- la disminución de la motivación en los jóvenes que lleva a deslegitimar a los docentes que quieren transmitir un patrimonio cultural considerado aburrido, viejo y sin función;
- la deslegitimación de la escuela también por parte de las familias que quieren que los hijos aprendan aquello que consideran necesario, incluso cuando sea ajeno a la escuela, pero que perciben como el único conocimiento necesario;
- la crisis de la función educativa y formativa de la escuela que además de educar y formar tiene también la tarea de dar cohesión a través de una cultura homogénea en todo el Estado nacional.

Con la crisis del sentido de autoridad y del respeto por las instituciones, se ha difundido la posición de los padres que defienden a toda costa a los hijos contra los docentes que quieren hacer respetar las reglas, y de esta manera se multiplican los conflictos que, como hemos ya mencionado, llevan a desencuentros y disputas. Esta situación se deriva de la difusión del policentrismo educativo. De hecho, la socialización aún se da en la familia y en la escuela, pero también a través de los medios de comunicación que apuntan hacia una socialización inmediata y horizontal. Visto de esta manera, los contrastes y la falta de comunicación entre los padres y los docentes se vuelven cada vez más acentuadas y como consecuencia, la participación de la familia va disminuyendo cada vez más, conforme aumenta la edad de los hijos. El único interés de los padres es el rendimiento escolar.

Es importante resaltar que la educación y la instrucción de los menores no son prerrogativas exclusivas de la escuela o de la familia sino que es necesaria una integración para lograr que ambas instancias educativas trabajen en

colaboración. En este sentido, todos los países europeos han actualizado sus leyes: por ejemplo la *Ley Orgánica 2/2006* en España. Esta ley señala que es fundamental la relación entre la escuela y la familia, que deben tener como fin una educación de calidad y que esto conlleva un esfuerzo constante y cotidiano por parte de la familia (Moledo, 2014).

Por lo anteriormente señalado, es necesario entonces, que se detecten los problemas que la familia y la escuela tienen con respecto a los roles que cada uno de estos agentes desempeña, y por lo tanto, los valores que deben transmitir, los conocimientos indispensables (que no siempre coinciden con aquellos que están de moda), las formas de defenderse de los medios de comunicación, las respuestas hacia la multiculturalidad y las estrategias para demostrar que vale la pena esforzarse (Annella, 2004). Esto es aquello que se debe hacer como parte de la propuesta cultural, propuesta que nace a partir de una alianza educativa (La Marca, 2005).

Ahora bien, es claro que los distintos agentes educativos pueden estar en conflicto, ya sea por el hecho de transmitir mensajes culturales que se contraponen o porque cada una cree ser el único agente responsable de decidir cómo educar, sin embargo es necesaria la colaboración, lo cual no es una cosa fácil ni puede darse por sentado, ya que presupone la voluntad de parte de la escuela y la motivación por parte de los padres de familia. Esta alianza educativa es algo que debe construirse desde el primer momento en el que ambos agentes entran en contacto y debe tener como fin, el crear diversas formas de confrontarse y colaborar, de modo que los padres perciban el ser deseados y los docentes no los perciban como intrusivos e inoportunos (Annella, 2004; Cardinali y Migliorini, 2013), pues algunas veces sucede, que los padres toman comportamientos de desinterés o se entrometen en los roles del docente, en las decisiones educativas y pueden ser muy exigentes y jamás satisfechos con las acciones que realiza la escuela.

En síntesis, podemos afirmar que cuando no se concilia armónicamente la relación entre escuela y familia, puede adoptar dos formas inaceptables (Manca, 2017):

- una relación *up-down*, es decir, una relación formal y desapegada en la que los padres son considerados solo usuarios a los cuales está dirigido un producto sobre el cual no se les ha pedido su opinión;
- una relación en la que la familia es solo un cliente por lo que ésta solo puede proporcionar información para construir un proyecto educativo y dicha información es necesaria, en este caso, para los conocimientos del estudiante;

Existe también un tercer modelo, cuando la mirada es sinérgica, que expresa la relación entre escuela y familia:

- una sociedad entre los dos agentes, una relación en la cual la familia es un socio, un recurso con el que la escuela puede y debe colaborar para lograr el objetivo de la educación del menor. Y es esta la mejor forma de relación, ya que genera diálogo y colaboración. Solo en este caso los mensajes son coherentes para el niño que no encuentra discrepancia entre aquellos brindados por los padres y aquellos que provienen de los docentes.

La alianza educativa está prevista en las Indicaciones Nacionales del 2012 para una nueva ciudadanía:

“La escuela perseguirá constantemente el objetivo de construir una alianza educativa con los padres. No se trata de relaciones a fomentar solo en los momentos críticos, sino de relaciones constantes que reconozcan los roles recíprocos y que se sostengan mutuamente en cuanto a las finalidades educativas en común.”

Solo de la forma aquí descrita, se podrá generar la continuidad horizontal que permite desarrollar armónicamente la personalidad de cada niño.

Pues bien, como ya se ha mencionado, con el DPR 235/07 se introdujo el Pacto de Corresponsabilidad para dar transparencia a las tareas y los deberes de los padres y de los profesores. Este debe ir firmado por los padres y por el Director escolar, los cuales se comprometen a compartir su contenido y a respetarlo. Cada persona tiene la obligación de respetar y cumplir los deberes para permitir a la escuela el alcanzar sus fines educativos. Es necesario respetar las normas, y en cuanto a los profesores, también deben respetar las normas dictadas por la ética profesional. Se destaca el hecho de compartir los objetivos, el respeto de los roles, los procesos en la toma de decisiones, el asumir responsabilidades y, en consecuencia, se identifican como factores de calidad de la escuela, las relaciones entre los docentes mismos, entre padres y docentes, y entre docentes y alumnos. En el mismo Pacto se oficializan los criterios de evaluación de los alumnos y el compromiso por parte de la escuela, de garantizar el servicio con base en el reglamento del Instituto.

La misma Ley c.d. Buona Scuola (Buena escuela) del 13 Luglio 2015, n.107, contempla el fortalecer la participación de los padres en la vida escolar en cuanto a la evaluación de los docentes y el sistema integral de educación e instrucción desde el nacimiento hasta los seis años. Para la evaluación de los docentes, con base en el artículo 11 de la misma Ley, los padres deben formar parte del Comité de evaluación de profesores. Sin embargo, la discusión sobre la colaboración escuela-familia sigue estando abierta, confusa y en algunos casos incluso problemática, como ejemplo de esto, el filósofo Galimberti llegó a proponer el “expulsar” a los padres de familia de las escuelas (Galimberti, 2018).

Por todo lo anteriormente expuesto, queda claro que la escuela es un sistema abierto por lo que debe atender las solicitudes provenientes del ambiente externo y crear conexiones entre los diversos lugares de aprendizaje, valorando también el capital social de la comunidad de pertenencia.

En relación con la alimentación infantil y el rol de la escuela, es interesante el libro de Nistri (2003) en el cual se afirma que para una correcta alimentación es necesario tener siempre presente la relación entre el hombre y la comida, el principio del placer de los sentidos, pero también el descubrir cómo está hecho un alimento, manipular las materias primas para crear recetas como juego. El enfoque nutricional, basado en gramos y calorías, se basa únicamente en determinar si un alimento es o no es saludable.

La relación con la comida es mucho más compleja, tiene significados simbólicos y psicológicos, tiene que ver con la imagen que se tiene sí mismo y con las estructuras sociales, como afirma Nistri (2003); la educación alimentaria no puede ser únicamente un elenco de reglas y prescripciones como lo sugiere el enfoque nutricional. Por lo tanto, el objetivo de la escuela no es sólo el adiestrar a los alumnos a una alimentación sana sino acompañarles hacia una nueva actitud existencial individual necesaria para entender y elegir el propio bienestar.

Por este motivo en la escuela es necesario un proyecto educativo global que involucre a toda la comunidad, que tenga en cuenta los hábitos alimentarios de la población escolar y del contexto familiar y territorial, ya que es necesario ayudar a los alumnos a cubrir sus necesidades relacionadas con los sabores, los olores y los hábitos alimentarios, y también aquellas inconscientes, relacionadas con la estructura física de los alimentos, las emociones y las historias personales.

En particular, los alumnos deben (Nistri, 2003):

- adquirir un enfoque diverso al de las disciplinas tradicionales;
- formar una identidad propia de ciudadano/consumidor y la capacidad de desarrollar el placer gastronómico y el gusto por la convivencia;
- conocer y comprender el ambiente natural, social y cultural;
- participar por momentos, de experiencias interculturales para aprender a comunicarse a través de la apreciación de los hábitos de vida de etnias distintas, con hábitos alimentarios por descubrir, desarrollar consciencias y entendimiento para elaborar información y

transformarla en comportamiento;

- hacer de la actividad física una constante de la propia vida.

4.2 La alimentación del niño y el rol de la escuela

Es posible afirmar que la escuela se ha convertido en el agente privilegiado, aunque no el único, de la educación alimentaria y que, aún con un poco de retraso, incluyó dentro de sus Normativas, algunos objetivos, conocimientos y competencias orientadas a conseguir el bienestar y a alcanzar estilos de vida adecuados.

La educación alimentaria no es una disciplina escolar por sí misma, es considerada una enseñanza inter- y trans- disciplinaria, sobre todo porque no está limitada a un periodo en particular de la vida o de la trayectoria escolar, sino que se trata de un recorrido que empieza desde la más tierna edad y está considerada como uno de los objetivos de la educación permanente. De hecho, desde hace algunos años, en la escuela se realizan actividades para promover la salud orientada a la investigación, que ponen en relación la investigación y la educación alimentaria. El *Foodedu@school* es el primer estudio nacional sobre educación alimentaria y recoge datos que dan voz a las personas que trabajan en la escuela (aproximadamente mil personas del sistema escolar en todas las Regiones de Italia), con el fin de detectar la presencia en las escuelas, de cada orden o trayectoria en cuanto a educación alimentaria y permitir a las figuras internas de la escuela expresar sus experiencias y sus opiniones. Dicha información se utiliza para poner en práctica estrategias y propuestas:

- Apoyar programas y proyectos de educación alimentaria en la Escuela
- *advocacy*

- Encontrar recursos para apoyar las actividades de educación alimentaria y promover nuevas iniciativas de calidad relacionadas con la Escuela - *funding*.
- Construir redes de relaciones que den la posibilidad de interacción y comparación estructurada entre todos los sujetos activos de la educación alimentaria - *social networking*
- Potenciar la grande comunidad de práctica de la que forman parte quienes se identifican con los valores que promueve la Educación Alimentaria - *awareness* (Fondazione Italiana Educazione Alimentare, 2019).

La investigación ha sido sostenida por el MIUR (art. 9 DM 663/2016) y se ha llevado a cabo a través de la convocatoria de *Food Education Italia* y el apoyo de la Universidad Católica de Milán. Esta experiencia es testimonio de que la educación alimentaria se ha difundido por toda Italia (Food Education Italy, 2018).

Para esta educación son muy importantes los Lineamientos o Pautas del 2011 para la educación alimentaria en la escuela, que constituyen un marco de referencia de gran importancia y marca un punto de cambio. Estos Lineamientos pretenden dar una orientación metodológica para la elaboración de los planes de estudios y para la organización de las actividades didácticas y educativas. Por lo tanto, son importantes para definir el rol de la escuela, los objetivos y las formas de intervención. Se reitera la necesidad de intervenir para reducir las patologías relacionadas con la mala alimentación, entre las cuales se destaca la obesidad, para lo cual, como ya se ha mencionado, fue desarrollado el Proyecto de Vigilancia OKkio alla salute. Se confirma entonces, la necesidad de realizar actividad física y la importancia de llevar a cabo, por parte de la escuela, actividades de prevención a través de la educación alimentaria a las nuevas generaciones (MIUR, 2011; OKkio alla SALUTE, 2019).

La escuela tiene la tarea de guiar el proceso, pues es el verdadero lugar donde

se puede practicar la educación alimentaria, ya que, como institución, está arraigada en el territorio, es un lugar intercultural y es capaz de manejar la trayectoria formativa en forma multidisciplinaria.

Hemos mencionado en el recorrido histórico de la educación alimentaria en Italia, algunos puntos débiles y por lo tanto, la necesidad de distinguir entre información y formación, evitando siempre intervenciones parceladas.

Otro hecho muy importante que surgió de dicho recorrido histórico es el hecho de que en los últimos años se ha consolidado la necesidad de un nuevo enfoque hacia la comida, un enfoque sensorial, y también la revaloración de las actividades de cocina. Se reafirma la necesidad de activar sinergias con todos los sujetos de la vida social y la importancia del rol de la familia.

Corposanto y Cipolla (2018) establecen los objetivos que se deben seguir por parte de la escuela, objetivos que, como ya se ha mencionado, son interdisciplinarios. Estos son:

- incentivar la conciencia de la relación entre alimento y salud para desarrollar una verdadera conciencia alimentaria;
- favorecer los comportamientos alimentarios sanos a través del conocimiento y el consumo de productos agroalimentarios de calidad poniendo siempre atención al respeto del medio ambiente, de la tradición y del territorio;
- promover el conocimiento del sistema agroalimentario a través de las relaciones entre sistemas productivos, de consumo, ambiente y sociedad;
- promover un concepto de calidad de los alimentos en el sentido de seguridad, sostenibilidad, ética, estacionalidad, intercultural y territorialidad;
- promover la transversalidad de la educación alimentaria en los aspectos históricos, científicos, geográficos, culturales y antropológicos, pero también en la realización de movimiento (Corposanto y Cipolla, 2018).

Si nos detenemos a analizar la definición de la OMS y la FAO de educación alimentaria como proceso formativo para mejorar el estado de nutrición y promover hábitos alimentarios; notamos claramente las componentes de esta educación, como son la información y la formación, componentes que pertenecen, aunque no exclusivamente, a la escuela. En el contexto pedagógico la educación es de la escuela y se rige por normas, mientras la formación, trasciende, es personal, es un proceso de concienciación y de apropiación que ocurre por lo que la persona vive en todos los espacios y con muchos actores distintos. Por lo anterior hay que derivar la importancia de que la escuela y la familia estén trabajando de manera sinérgica y aportando elementos coincidentes al máximo. Por lo tanto, queda claro que la escuela tiene un rol fundamental en este proceso y que debe estructurar intervenciones a mediano y largo plazo para poder verificar su eficacia durante la trayectoria de educación.

La escuela primaria, es el periodo de la trayectoria escolar que tiene una función particular, pues es el lugar en el cual el niño une el mundo fantástico con el mundo del conocimiento.

Riva afirma:

“(...) las investigaciones más profundas de psicología, antropología y fisiología del metabolismo confirman como el individuo asume en la primera edad, comportamientos que posteriormente resultan determinantes para el desarrollo del organismo adulto [...] entonces, en este periodo, el organismo humano construye un perfecto sistema de adaptación al ambiente que lo circunda, al mismo tiempo, a nivel intelectual y racional se radican actitudes y conocimientos que sostienen tal adaptación.” (Riva, 1985, pp. 11-12).

Riva proporciona así, dos elementos que pueden apoyar la importancia de la educación alimentaria en la escuela, una de tipo científico y la otra, de tipo cultural. Por lo tanto, en la escuela es necesario implementar una metodología que permita la integración de los conocimientos científicos, pero, para llevar

a cabo una correcta educación alimentaria debe trabajar con la familia, así como con los sujetos económicos del territorio.

Se puede decir que la escuela ha hecho su parte, pero también deben empeñarse los demás agentes sociales ya que la escuela, como afirma Cerini (2014), tiene tareas educativas, como aquella de la socialización de la constitución de reglas y valores, ciudadanía y tareas en cuanto a la instrucción, es decir, proporcionar una formación crítica, estimular la curiosidad, el espíritu emprendedor y la metacognición. Sin embargo, todo esto, sin la sinergia de los demás agentes sociales no es suficiente para realizar una correcta educación alimentaria.

En este sentido Beccastrini y otros (Beccastrini, Nannicini y Beccastrini, 1995) argumentan que si consideramos la educación alimentaria como sinónimo de educación para el bienestar y la mejora de la vida con la relación a los alimentos, significa que tenemos una concepción cultural más amplia de aquella que es la base de la dietética y que el objetivo de la educación alimentaria debe ser el de ayudar a disfrutar de la comida entendiendo este placer como un placer controlado y sobrio.

De hecho, en nuestro trabajo, queremos favorecer este tipo de procesos y contribuir a su mejora en el contexto de las familias y las escuelas, pero especialmente en la vida de los niños, que son el futuro.

4.3 La importancia del desayuno y de la merienda

Una correcta alimentación debe tener el fin de proporcionar el aporte de calorías y nutrientes, requerido durante toda la jornada. Ésta tiene sus tiempos y ritmos precisos durante lo que viene definido como jornada alimentaria y que consiste en tres comidas principales (desayuno, comida y cena) y dos

meriendas, una a media mañana y la otra por la tarde, que a menudo se les conoce como merienda de la mañana y merienda de la tarde.

Independientemente de cualquier consideración pedagógica y psicológica, la familia es la institución que tiene la tarea principal de la administración de las comidas para los chicos, así como de controlar la calidad y la cantidad de alimentos que se proporcionan, pues en la mayoría de los casos, el desayuno y la cena siempre están bajo su control directo, pero también la comida y las dos meriendas, si es que no se hace uso del servicio del comedor escolar.

La escuela, cuyo rol es sobre todo informativo y formativo, puede vigilar en el servicio de comedor escolar, que el tipo de alimentos que se proporcionen sea saludable y que respete el aporte calórico y nutricional, así como también, que sea variado, que contenga fruta y verdura, y que vaya en coherencia con los Lineamientos de la Dirección Nacional para el Servicio de Alimentos Escolar (Ministerio de la Salud, Departamento para la sanidad pública veterinaria, la nutrición y la seguridad de alimentos, 2010). Así mismo, dentro de la escuela puede también llevarse a cabo la merienda de la mañana, y pudiera estar bajo la supervisión o vigilancia de ella.

Se resalta la necesidad de poner atención a la cantidad y calidad de los alimentos. Los errores alimentarios que se realizan casi siempre al organizar las comidas son:

- tomar el desayuno con prisa; normalmente es solo un snack o un jugo de fruta que se consume rápidamente en el trayecto para llegar a la escuela;
- una merienda matutina hipercalórica;
- - eliminar de la dieta la leche y sustituirla por bebidas gaseosas y demasiado azucaradas;
- la merienda de la tarde basada en alimentos industrializados (snack dulces o salados) (Angioi, Vargiu, Milia, Lai, Pini,

Soloinas y Arras, 2013).

Es necesario reforzar el concepto del desayuno y su importancia al ser el primer aporte energético para enfrentar el día.

El desayuno es una de las principales comidas del día, tanto para los niños como para los adultos y esto está confirmado por estudios científicos, y los organismos de salud le atribuyen un rol muy importante (Keys, Menotti, Karvonen, Aravanics, Blackburn, Buzina, Djordevic, Dontas, Fidanza, Keys, Kromhout, Nedeljkovic, Punsar, Seccareccia y Toshima, 2017). Sin embargo, a menudo, las personas, de forma individual o como familia, la consideran inútil como comida y también en cuanto al aporte de calorías (De Gara, 2015).

Varios estudios realizados (Gomez-Pinilla, 2008) demuestran que el desayuno mejora la salud, así como el rendimiento cognitivo, la capacidad de aplicación y concentración, sobre todo en los menores. Es la primera comida después de una noche entera en la que se ha estado en ayuno y, por lo tanto, cuando el desayuno no se toma, la jornada se enfrenta sin el aporte energético necesario. El desayuno es muy importante, pues regula la sensación de hambre y saciedad; cuando no se realiza, se llega al momento de la merienda o de la comida con mucho apetito, y generalmente, se come en exceso, por lo que se facilita el aumento de peso. El desayuno debe proporcionar el aporte energético necesario y suficiente para llevar un estilo de vida activo.

La Sociedad Italiana de Medicina y Adolescencia, y la Asociación “Laboratorio y adolescentes” presentaron en la EXPO 2015 una investigación sobre los hábitos alimentarios de los adolescentes, realizada en colaboración con COOP que involucró 2135 estudiantes de entre doce y catorce años. A partir de dicha investigación se demostró que:

- no todos los escolares respetan la división de los cinco tiempos recomendados durante la jornada alimentaria;

- el 60,2% toma el desayuno todos los días;
- el 60% realiza la merienda y de éste, el 26% la realiza con productos confeccionados a nivel industrial y el 31% con un bocadillo preparado en casa;
- la mitad de los adolescentes tiene una alimentación variada y equilibrada, la otra mitad come siempre los mismos tipos de alimentos;
- más de la mitad de escolares come fruta todos los días y casi siempre se consume la pasta en todas las familias;
- la mayor parte prefiere las pizzerías y solo el 3%, el kebab;
- muchos chicos (30%-20%) conocen el valor nutritivo de los alimentos principales (pasta, pan, carne, fruta y verdura), son sensibles al problema del desperdicio de alimentos y conocen el significado de comercio justo.

Según lo antes dicho, el 40% de los entrevistados no realiza el desayuno, lo cual es un error, sobre todo para los adolescentes que tienen la tendencia a cambiar de hábitos y la falta de un buen desayuno los lleva a hacer varias meriendas, y a tener disminuido su apetito a la hora de la comida. Los adolescentes tienden más a llevar una alimentación sin reglas, con comidas altas en calorías y basadas en snacks industrializados, que obtienen a través de las máquinas de distribución.

La merienda, tiene como fin el fraccionar la cantidad de alimentos ingeridos para no llegar a la siguiente comida principal con mucha hambre y por lo tanto, consumir una cantidad de alimento superior a la necesaria. De hecho, el hambre puede aumentar cuando entre una comida y otra han pasado varias horas.

La merienda debe ser equilibrada y controlada desde el punto de vista calórico y debe ser consumida por lo menos dos horas antes de la comida principal. Al realizar la merienda se debe considerar también el requerimiento calórico

individual, ya que una persona que realiza algún deporte puede consumir más de una merienda, a diferencia de una persona sedentaria.

En muchas escuelas se ha implementado el proyecto “Fruta en la merienda” para promover modelos de sana alimentación en línea con las normativas de la Dirección Nacional para el Servicio de Alimentos Escolar (2010), se proporciona un refrigerio a media mañana que sirve como aporte para el requerimiento energético diario y para buscar no llegar al momento de la comida con demasiado apetito: se proporciona la fruta como merienda de media mañana.

La merienda de la tarde es también muy importante sobre todo para los niños. Ésta debe programarse evitando que los niños estén buscando constantemente comida y debe contener una cantidad de nutrimentos que vaya en relación con los requerimientos la actividad física del niño, ya que muchas veces no juegan al aire libre y realizan poco movimiento (Salas Sánchez y Vidal-Conti, 2020). La merienda, para que podamos definirla como adecuada, debe respetar las siguientes reglas:

- el niño no debe comer mientras estudia ni mientras está sentado viendo el televisor, pues en estos casos, el niño come de manera automática sin pensar sobre lo que está comiendo;
- la merienda debe ser programada y, por lo tanto, el niño no debe buscar por sí mismo qué cosa comer, sino que debe comer aquello que junto a sus padres o cuidadores;
- las cantidades de alimento deben ser adecuadas y el niño debe aprender a reconocer la sensación de hambre y saciedad. De hecho, la merienda, tanto la de media mañana como la de media tarde, debe ser un refrigerio no demasiado rico ni abundante y debe contener el 10% del requerimiento calórico diario;
- la merienda debe ser variada (debe evitarse la rutina) y consistir por ejemplo en fruta, licuados o una rebanada de tarta hecha en casa por la madre.

Es importante mencionar que la idea de saltarse la merienda, porque puede favorecer la pérdida de peso, es completamente equivocada ya que la pérdida de peso como ya se ha mencionado, está relacionada con la cantidad y tipo de alimentos ingeridos y la actividad física realizada (Gomez-Pinilla, 2008). Por tal motivo, la merienda debe ser un refrigerio no demasiado rico y abundante para que respete su etimología (“cosas por merecer”) que la relacionan al requerimiento energético individual y que, por lo tanto, es variable con base en muchos factores.

Sin duda, estas cuestiones se abordan en profundidad en esta Tesis al plantear la enorme importancia de favorecer en la escuela el almuerzo y la merienda saludables, como base esencial para la buena alimentación y nutrición de nuestros estudiantes.

Evidentemente, para la educación alimentaria de los niños se debe comenzar con el análisis de su jornada gastronómica. La experiencia reciente de Covid-19 también ha mostrado cómo precisamente una adecuada distribución de las comidas del día con base en una dieta correcta puede influir en el bienestar físico y psicológico de una persona, ayudando a dividir la jornada por actividades que también coinciden con las necesidades primarias.

Segunda Parte
MARCO EMPÍRICO

CAPÍTULO V

Metodología y diseño de la investigación

La investigación tiene el fin general de promover una mejora en la alimentación de los niños a través de la toma de conciencia de la importancia del desayuno y el consumo de la merienda en la escuela, como hábitos para una vida saludable.

En lo específico, se pretende demostrar la eficacia de la aplicación de una intervención educativa en la escuela, para mejorar los hábitos alimentarios, partiendo de la idea de que docentes y padres de familia en colaboración, deben ayudar a los niños a desarrollar el conocimiento y la conciencia de una sana alimentación y promover los buenos hábitos alimentarios para la salud.

5.1 Método

El presente estudio, consiste en una investigación-intervención, que se

desarrolla en distintas fases con una secuencia lógica y compleja, y que ha dado vida a un proceso en el cual la revelación de los datos se relaciona con la promoción del cambio. Los objetivos de la investigación se unieron a los objetivos del cambio, las fases de la investigación han precedido la intervención; de hecho, han sido evaluados los efectos de la intervención sobre las variables previamente detectadas por la investigación.

5.2 Metodología

La presente investigación ha usado un método de tipo cuali-cuantitativo. En los últimos años ha surgido una tendencia a combinar los métodos cualitativos y cuantitativos de forma complementaria, ya que aplicando ambos métodos de investigación, es posible beneficiarse de las ventajas de uno y otro, llegando a tener un conocimiento más amplio y complejo del fenómeno objeto de investigación (Blok y Pedersen, 2014). A través del método cualitativo, obtenemos un cuadro completo y detallado de la hipótesis de investigación, aprovechando su naturaleza descriptiva. En cambio, a través del método cuantitativo, tenemos la posibilidad de medir aquello que se observa, clasificando los datos con pruebas estadísticas.

La investigación-intervención, como metodología diseñada para estudiar los hechos y para resolver problemas sociales, implica que la teoría y la práctica se encuentren en una relación circular de transformación recíproca, esto es, no hay acción sin investigación, ni investigación sin acción (Lavanco y Romano, 2006).

En la formulación Lewiniana, el proceso de investigación intervención debe proceder a través de una espiral de medidas, cada una de las cuales está

compuesta por tres momentos: la planeación, la ejecución y la evaluación (Lewin, 1948), esta última pretende evaluar los resultados de la acción, para preparar las medidas sucesivas y para modificar, cuando sea necesario, el plan de acción original.

La investigación intervención tiene como objetivo «*inducir cambios en el entorno social, con la participación del individuo y de su trabajo en la investigación*» (Minardi y Cifiello, 2005, p. 37) y aquello que la caracteriza de forma peculiar es el rol del investigador, el cual se encuentra en una posición interna, no externa, no proporciona técnicas ni información preconcebidas, sino que encuentra la verdad conjuntamente con los destinatarios.

Queremos concluir este párrafo sobre el método, haciendo una referencia necesaria al grupo, que, -en particular en el método investigación intervención- representa el contexto privilegiado para el cambio social y para la mejora de la calidad de vida. Como se describe en detalle en los siguientes párrafos, los cambios en los hábitos alimentarios son incitados en particular, por la influencia que tiene el grupo de pares, pero también un grupo más amplio de alumnos, profesores y padres de familia, que se involucraron al compartir una experiencia nueva, estimulante y significativa (Véanse, por ejemplo, los días dedicados al desayuno y a la merienda en la escuela). El grupo, en el cual se realizó la intervención, representa un magnífico motor de cambio, gracias al complejo juego de reflexiones, identificaciones e imitaciones que funcionan como caja de resonancia de los estímulos e ideas proporcionadas por el investigador.

5.3 Objetivos

La presente investigación tiene dos objetivos generales, uno en cuanto al conocimiento del fenómeno y el otro en cuanto a los cambios obtenidos después de la intervención que pretendía mejorar la alimentación de los niños. Los objetivos específicos se refieren, tanto a la recopilación de datos (investigación) como a la promoción y a la mejora de las conductas alimentarias (intervención).

Los objetivos específicos de la primera fase, que es investigativa, son:

- Determinar los hábitos sobre el consumo del desayuno y de la merienda en la escuela.
- Identificar los principales errores en el ámbito nutricional en la edad escolar.

En cuanto a los objetivos específicos de la intervención implementada (el diario semanal de la merienda), los objetivos son:

- adquirir el hábito del desayuno en el hogar;
- consumir una merienda adecuada en la escuela;
- sensibilizar a las familias sobre la importancia de una sana alimentación.

5.4 Hipótesis

Como respuesta a la aplicación del diario semanal de la merienda en la escuela, durante cinco meses de implementación, la adherencia al consumo y los hábitos alimentarios de los niños mejoran.

5.5 Participantes y sus características

Tratándose de una investigación-intervención de tipo educativo, que no tiene el objeto de generalizar los resultados de la investigación, los individuos que participaron fueron seleccionados con base en su disponibilidad para participar en ella y todos ellos pertenecen a un pequeño contexto territorial, en la ciudad de Ribera en Sicilia. La muestra se eligió a conveniencia.

El grupo de sujetos estuvo conformado por 153 alumnos y sus respectivos padres, pertenecientes a las primeras clases de las escuelas primarias de los Institutos “Don Bosco”, “Imbornone” y “E Cufalo” de Ribera (AG), en Sicilia.

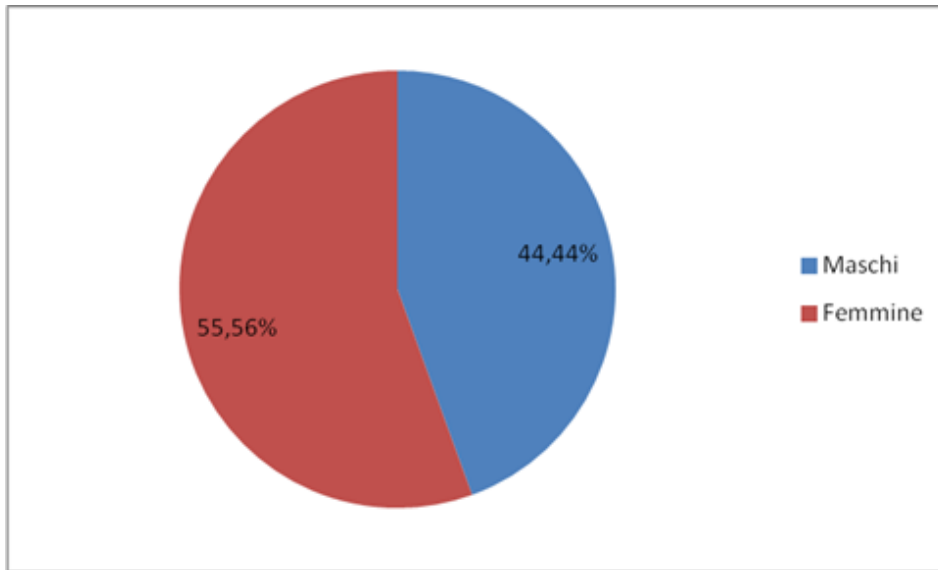
Los niños que participaron tienen una edad comprendida entre los 5 años 10 meses y los 7 años, con un promedio de 6 años y 3 meses y una desviación estándar de 4 meses aproximadamente.

Las alumnas de sexo femenino representan el 55,56% de la muestra, mientras que los de sexo masculino son el resto 44,44% (cfr. gráfico 2).

Casi la mitad de la muestra (el 46,41%) pertenece al Instituto Imbornone, el 28,84% proviene del Instituto Cufale y el restante 24,84% del Instituto Don Bosco (tabla 4 y gráfico 3).

Gráfico 1

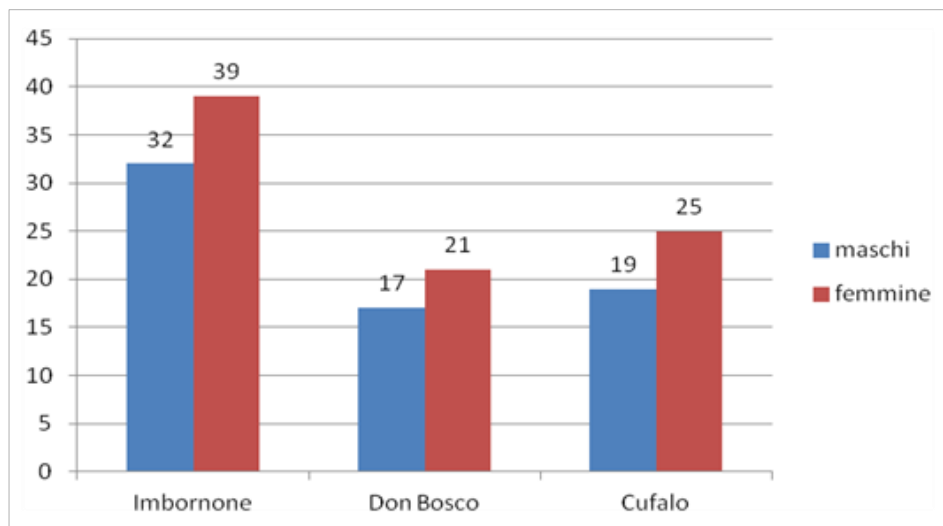
Distribución de la muestra por género



Nota: Elaboración propia.

Gráfico 2

Composición de la muestra según la institución educativa y el género



Nota: Elaboración propia.

Todos los padres de los niños involucrados en el estudio participaron, en total 306 personas. La mayor parte es de nacionalidad italiana; específicamente los padres son todos italianos, mientras que en el grupo de las madres hay diez

con diferente nacionalidad (Tabla 5).

Tabla 4

Nacionalidad de los padres por escuela

		<i>Imbornone</i>		<i>Don Bosco</i>		<i>E. Cufalo</i>		<i>Total</i>	
		Frecuen	Porcent	Frecuen	Porcent	Frecuen	Porcent	Frecuen	Porcent
		cia	aje	cia	aje	cia	aje	cia	aje
Padr	Italiana	71	23,21%	38	12,42%	44	14,38%	153	50,01%
	Extranj								
	era	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Mad	Italiana	66	21,57%	35	11,44%	42	13,72%	143	46,73%
	Extranj								
	era	5	1,63%	3	0,98%	2	0,65%	10	3,26
<i>Total</i>		142	46,40%	76	24,84%	88	28,76%	306	100%

Nota: Elaboración propia.

En cuanto al grado de escolaridad de los padres, la mayor parte tiene el diploma de la escuela superior (93 padres y 97 madres), mientras aproximadamente el 20% tiene un título profesional (26 madres y 34 padres); en cuanto al título de la escuela media, lo tienen 31 padres y 20 madres, y finalmente solo 3 padres y 2 madres tienen el título de escuela elemental (tabla 6 y gráfico 4).

Tabla 5

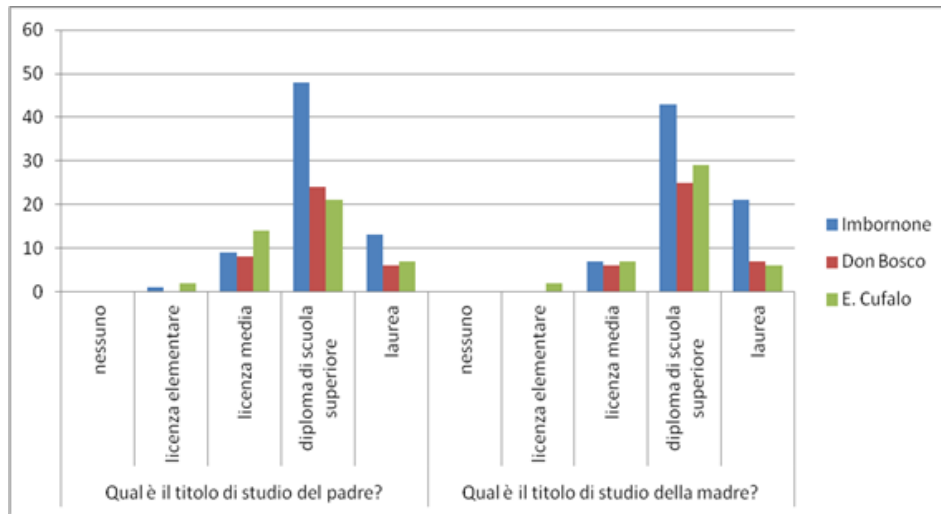
Título de estudio de los padres por escuela

		Imbornone		Don Bosco		E. Cufalo		Total	
		Frecu encia	Porce ntaje	Frecu encia	Porce ntaje	Frecue ncia	Porce ntaje	Frecu encia	Porce ntaje
¿Cuál es el título de estudio del padre?	Ninguno	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	Diploma		0,33				0,65		0,98
	elemental	1	%	0	0%	2	%	3	%
	Escuela		2,94		2,61				10,14
	media	9	%	8	%	14	4,57%	31	%
	Diploma de								
	escuela		15,69		7,84				30,39
	superior	48	%	24	%	21	6,86%	93	%
Título		4,25		1,96				8,50	
profesional	13	%	6	%	7	2,29%	26	%	
¿Cuál es el título de estudio de la madre?	Ninguno	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	Diploma								0,65
	elemental	0	0%	0	0%	2	0,65%	2	%
	Escuela		2,28		1,96				6,53
	media	7	%	6	%	7	2,29%	20	%
	Diploma de								
	escuela		14,05		8,17				31,70
	superior	43	%	25	%	29	9,48%	97	%
Título		6,86		2,29				11,11	
profesional	21	%	7	%	6	1,96%	34	%	
Total			46,40		24,84		28,76		
		142	%	76	%	88	%	306	100%

Nota: Elaboración propia.

Gráfico 3

Composición de la muestra de los padres por nivel educativo y género, en los tres institutos escolares



Nota: Elaboración propia.

A pesar de que las mujeres poseen títulos de estudio más altos, la situación ocupacional es ventajosa para los padres (tabla 7): casi todos los padres, de hecho, trabajan tiempo completo, mientras que las madres solamente el 25% aproximadamente, trabaja tiempo completo y cerca del mismo porcentaje trabaja medio tiempo, mientras que la mitad de las madres que participaron en la investigación no trabajan fuera de casa (gráfico 5).

Tabla 6

Trabajo de los padres por escuela

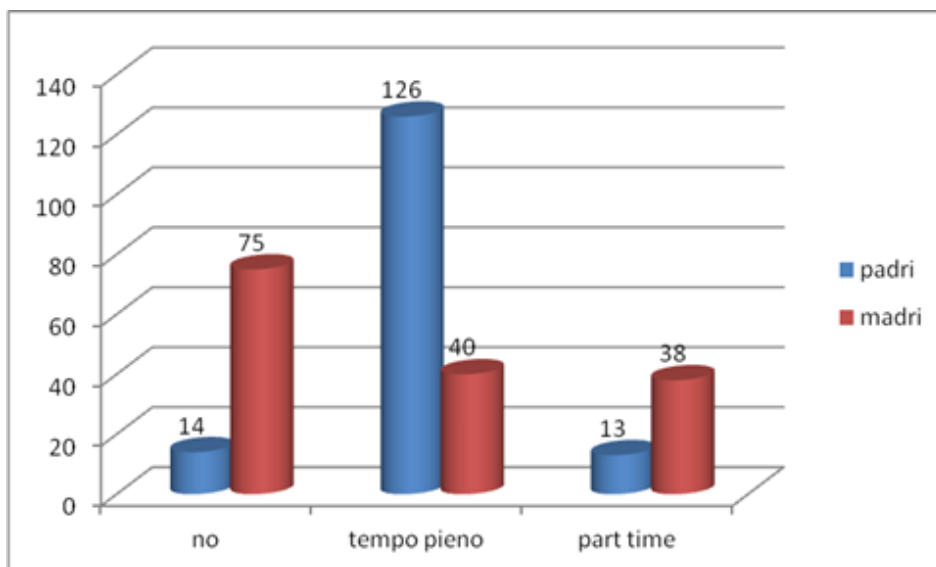
	Imbornone	Don Bosco	E. Cufalo	Total
Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Frecuencia
	taje	aje	aje	aje

		e							
Por el	No		1,						
momen			31						
to, ¿el		4	%	4	1,31%	6	1,96%	14	4,57%
padre	Si,		18						
trabaja	tiempo		,9						
fuera	compl		5						41,18
de	eto	58	%	34	11,11%	34	11,11%	126	%
casa?	Si,								
	medio		2,94						
	tiempo	9	%	0	0%	4	1,31%	13	4,25%
Por el	No		10,4						24,51
momen		32	6%	20	6,53%	23	7,52%	75	%
to ¿la	Si,								
madre	tiempo								
trabaja	compl								13,07
fuera	eto	21	6,86%	8	2,61%	11	3,59%	40	%
de	Si,								
casa?	medio								
	tiempo	18	5,88%	10	3,27%	10	3,27%	38	12,42%
	<i>Total</i>	142	46,40%	76	24,84%	88	28,76%	306	100%

Nota: Elaboración propia.

Gráfico 4

Composición de la muestra de los padres con base en el género y tipo de trabajo



Nota: Elaboración propia.

5.6 Instrumentos utilizados

Para alcanzar los objetivos de la investigación, se eligió usar instrumentos de investigación ya utilizados en una investigación llevada a cabo en el ámbito nacional que ha continuado por años (OKkio alla salute¹). Esta decisión se tomó por dos razones: la primera por la fiabilidad en Italia de un instrumento ya utilizado durante muchos años y la segunda razón fue el poder comparar los datos obtenidos en una realidad territorial limitada, con el contexto nacional italiano.

Los datos fueron recolectados mediante el uso de:

- Un cuestionario dirigido a los alumnos, utilizado por el Ministerio de

¹El proyecto “OKkio alla salute” es un sistema de supervisión bienal sobre el peso, hábitos alimentarios y estilo de vida de los niños de escuelas primarias, coordinado por el Instituto Superior de la Sanidad. (ISS).

la Salud en el ámbito del proyecto “Okkio alla salute”. El cuestionario está compuesto por 15 preguntas, 13 de las cuales son con respuesta de opción múltiple y 2 son de respuesta abierta, dichas preguntas indagan sobre: los hábitos alimentarios del desayuno y la merienda en la escuela, la actividad motriz y los comportamientos sedentarios, como el uso de videojuegos y del televisor (ver “Anexo 1”).

- Un cuestionario dirigido a los padres de familia, utilizado por el Ministerio de la Salud en el ámbito del proyecto “Okkio alla salute”. El cuestionario está compuesto por 15 preguntas con respuesta a opción múltiple, divididas en 5 áreas: la primera sobre las actividades que el niño realiza después de la escuela (actividad física, videojuegos, televisor); la segunda sobre la alimentación del niño (en particular, sobre el consumo de frutas, verduras y de bebidas azucaradas y/o gaseosas); la tercera sobre la percepción del peso y de la actividad motriz de los propios hijos; la cuarta sobre algunos datos socio demográficos de los padres; la quinta sobre datos antropométricos de los niños (edad, sexo, peso, altura) (ver “Anexo 2”).

El cuestionario dirigido a los alumnos fue aplicado dos veces: en la fase inicial y en la fase final, adicionalmente se dio la aplicación del diario semanal de la merienda.

El cuestionario para los niños incluye preguntas que se refieren a un periodo de tiempo limitado, de la tarde del día anterior a la mañana en que se llevó a cabo la encuesta. De hecho, está bien fundamentado en la literatura que la veracidad de las respuestas de los niños disminuye conforme se investigan eventos más lejanos (Gulgoz y Sahin-Acar, 2020).

Los niños respondieron al cuestionario en el aula, individualmente y por escrito.

Las preguntas dirigidas a los padres eran con los mismos argumentos, pero con un lapso de tiempo más amplio.

Para los otros datos recogidos por medio de los cuestionarios, como el peso, se utilizó una pesa de pie marca Seca, con sensibilidad de 100 gs y capacidad de 200 k; por el otro, un tallímetro de la misma marca, con sensibilidad de 1mm y capacidad de 2 metros; con ello, la edad y el sexo, fue posible calcular el Índice de Masa Corporal (IMC) obtenido como relación entre el peso en kilogramos y el cuadrado de la altura en metros; de hecho, para estimar las condiciones de sobrepeso y de riesgo de obesidad en los niños se tomó la decisión de utilizar el IMC en relación con la edad, ya que la literatura sostiene que el IMC/E es un buen indicador del estado ponderal incluso en la edad infantil.

Finalmente, según lo que los niños declararon comer en el desayuno y la merienda, se procedió a evaluar estas comidas como adecuadas o inadecuadas, siguiendo las indicaciones del Instituto Nacional de Investigación para los Alimentos y la Nutrición (INRAN). Específicamente, el desayuno de los niños fue considerado cualitativamente adecuado si contenía alimentos que son fuente de proteínas de alta calidad biológica y de carbohidratos tanto simples como complejos. Los alimentos consumidos por los niños fueron clasificados en dos categorías (categoría 1: leche, yogurt, quesos, etc.; categoría 2: pan, cereales, productos de horno, etc.). Con base en su combinación, se clasificó el desayuno como adecuado si contenía un alimento de la categoría 1 y un alimento de la categoría 2.

La merienda a media mañana, de preferencia, debe estar compuesta por alimentos de baja densidad energética (aproximadamente 100 Kcal) y de buen gusto, como lo aconseja el INRAN. La fruta es la merienda ideal, o la verdura o el yogurt, después está el zumo de fruta (que debe consumirse con menos frecuencia). Según estas indicaciones, una merienda constituida por fruta fresca o yogurt o zumo de fruta está clasificada como “adecuada”.

5.7 Procedimientos

La investigación-intervención fue realizada durante el curso del año escolar 2017/2018, aunque ya en el año escolar anterior (en abril del 2017) se tuvieron los primeros contactos con los dirigentes escolares de los institutos que participaron en este proyecto, a los cuales fue descrita la actividad de investigación e intervención de educación alimentaria.

La investigación involucró algunas clases elegidas de manera independiente por los directores de las escuelas del municipio de Ribera (octubre 2017); se estableció el contacto con los profesores responsables de las clases seleccionadas, para informarles sobre los objetivos y las actividades a realizar, en específico: la aplicación de cuestionarios dirigidos a los niños y a las familias, las actividades a realizar en clase, así como la propuesta de un diario semanal en sustitución a la merienda libre, el cual establecía el tipo de merienda que los niños debían consumir, el desayuno en clase con los alumnos y el hecho de involucrar también a los padres de familia, el día de la fruta por colores junto con la proyección de un video, y sucesivamente una discusión de grupo. La jornada de la fruta y la proyección del video, tenían como objetivo promover el consumo de fruta, así como reflexionar sobre sus beneficios.

Durante las sesiones con los docentes, se recogió información importante sobre el horario escolar (tiempo completo, semana corta, etc.), sobre la educación motriz (cuantas veces por semana, por cuanto tiempo y cómo se realiza), el tipo de merienda y las bebidas que los niños llevaban a clase, para sondear si llevaban una sana alimentación o llevaban a la escuela meriendas poco saludables.

De igual forma en esta fase preliminar, se llevó a cabo una reunión informativa con las familias de las clases involucradas para discutir sobre las actividades que se pretendían realizar durante el año escolar y para dar a conocer las posibilidades de propuestas de mejora respecto a la merienda en la escuela y el comienzo del diario semanal de la merienda. Se puntualizó

además la importancia del desayuno, de la fruta y la verdura con el fin de orientar a los niños hacia decisiones alimentarias más saludables, sobretodo educando hacia una sana y correcta alimentación.

Se enfatizó la importancia de la colaboración de las familias en el seguimiento del trabajo de los profesores, siendo la escuela el contexto educativo por excelencia.

A esta reunión con las familias asistió también un biólogo nutricionista (el doctor Pillitteri), el cual compartió conocimientos específicos a nivel nutricional con relación al consumo del desayuno y de la merienda en la escuela. Hubo un alto nivel de participación que dio como resultado el pleno consentimiento por parte de las familias (ver “Anexo 3”).

Se procedió con la aplicación de los cuestionarios a los alumnos (en el mes de noviembre) y a sus padres (en el mes de diciembre).

Tabla 7

Etapas del estudio empírico en el año 2017

Año 2017			
<i>Abril</i>	<i>Octubre</i>	<i>Noviembre</i>	<i>Diciembre</i>
- Adhesión de los institutos escolares al proyecto de investigación-intervención, a través de los directivos escolares.	- Encuentros con los profesores de las clases que participaron en el proyecto - Encuentro informativo con las	- Aplicación del cuestionario a los alumnos	- Aplicación del cuestionario a los padres de familia

familias

Nota: Elaboración propia.

Con base en los datos obtenidos de la encuesta realizada con respecto a la alimentación y la merienda en la escuela, se destacó que los niños no consumían una merienda adecuada en la institución educativa; se propuso entonces, a partir del mes de enero, realizar un diario semanal de la merienda, a seguir por el resto del año escolar. Por lo tanto, de enero a mayo se llevó a cabo la intervención, es decir, se implementó el diario semanal de la merienda con su respectiva actividad de monitoreo utilizando la tabla de observación la segunda semana de cada mes, con el fin de detectar cuántos niños seguían el diario, registrando la merienda del día.

Además, hubo un desayuno en el aula y un refrigerio con fruta en el que todas las clases involucradas en la investigación participaron con motivación y entusiasmo.

Se procedió en el mes de junio a la aplicación del mismo cuestionario utilizado en la fase inicial a todos los alumnos, con el fin de poder evaluar las mejoras y/o cambios.

Los datos recolectados fueron tabulados en el programa de análisis estadístico SPSS y fueron sometidos a análisis descriptivos y pruebas estadísticas que permiten verificar la hipótesis inicial a través de la comparación de los datos antes y después de la intervención.

Tabla 8

Fases del estudio empírico en el año 2018

Año 2018			
<i>De enero a mayo</i>	<i>Febrero</i>	<i>Abril</i>	<i>Junio</i>
- Diario semanal de la merienda	- Desayuno en clase	- Merienda con la fruta	- Aplicación del cuestionario a los alumnos

Nota: Elaboración propia.

5.8 Análisis de datos

Los datos recolectados fueron analizados a través de un software para el análisis estadístico (SPSS).

Los análisis arrojaron la frecuencia absoluta y las frecuencias porcentuales, cálculo de promedios y desviaciones estándar (donde fue posible), comparación entre los datos recogidos en fase pre y post intervención (chi cuadrado).

CAPÍTULO VI

Resultados de investigación y análisis

Como se expuso en el capítulo anterior, la presente investigación tiene dos objetivos generales, uno en cuanto al conocimiento del fenómeno (la investigación propiamente dicha) y el otro en cuanto a los cambios obtenidos después de la intervención que pretendía mejorar la alimentación de los niños.

La fase previa a la intervención ha permitido alcanzar los objetivos específicos del primer objetivo general: por una parte, identificar los hábitos alimentarios relativos al consumo del desayuno y de la merienda en la escuela, y por otra, identificar los principales errores nutricionales en edad escolar. Dichos objetivos fueron perseguidos a través de la participación en la investigación, tanto de los alumnos como de sus padres.

Los resultados de la investigación se han ilustrado con un cierto orden: primero se exponen los datos relativos a las preguntas del cuestionario aplicado a los alumnos en la fase inicial, después los resultados de la

investigación que involucró a los padres; finalmente los datos obtenidos en la fase final, es decir, inmediatamente después de la intervención. En todos los casos, se exponen tanto los datos descriptivos (frecuencias, porcentajes, promedios y desviaciones estándar) como los análisis estadísticos (análisis de regresión, chi cuadrado).

El cuestionario, además de los hábitos alimentarios del desayuno y de la merienda en la escuela, ha detectado otros hábitos de comportamiento importantes que inciden sobre el estilo de vida más o menos sano de los niños, como: la actividad física, el uso de videojuegos y el uso del televisor.

6.1 Análisis de los resultados obtenidos de los cuestionarios aplicados a los niños en la fase inicial

6.1.1 Los hábitos alimentarios de los niños

En primer lugar, se les preguntó a los niños si habían tomado o no el desayuno en casa por la mañana antes de ir a la escuela y, a partir de sus respuestas al cuestionario, se encontró que la mayor parte (casi el 90%) había tomado el desayuno (gráfico 6). Si comparamos entre niños y niñas, los porcentajes son similares (tabla 10).

Tabla 9

Distribución de frecuencia de los niños respecto al consumo de desayuno

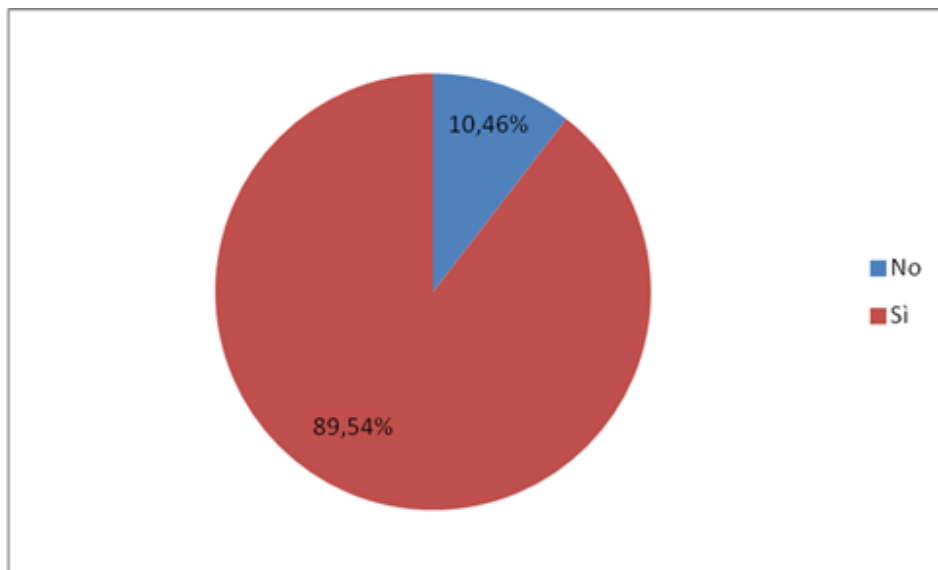
	Niños		Niñas		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Toman desayuno	61	89,71%	76	89,41%	137	89,54%

No toman desayuno	7	10,29%	9	10,59%	16	10,46%
Total	68	100,00%	85	100,00%	153	100,00%

Nota: Elaboración propia.

Gráfico 5

Porcentaje de niños que tomaron/no tomaron el desayuno antes de ir a la escuela



Nota: Elaboración propia.

Investigando de manera más específica el tipo y la calidad del desayuno, se encontró que la mayor parte consumía leche (dos tercios de la muestra) y galletas (casi la mitad), mientras que ninguno consumía fruta, mermelada o huevos (tabla 11 y gráfico 7). Además aproximadamente el 9% consumía cereales en el desayuno, el 7% leche y chocolate, casi el 4% bollos industrializados y también el 4% pan con nutella; 7 niños dijeron comer pan dulce en el desayuno, solo 3 niños yogurt, así como el té solo 3 niños lo tomaban, el zumo de fruta y el pan tostado lo consumían 2 niños.

Tabla 10

Distribución de frecuencia de las respuestas dadas a la pregunta “Si esta mañana antes de venir a la escuela has tomado el desayuno, señala con una “x” todo aquello que has comido y bebido”

	Frecuencias ²	Porcentajes ³
Leche	102	66,67%
Leche y chocolate	11	7,19%
Tè	3	1,96%
Jugo de fruta	2	1,31%
Pizza o focaccia	0	0,00%
Bocadillo industrializado	6	3,92%
Galletas	73	47,71%
Pan y mermelada	0	0,00%
Pan y nutella	6	3,92%
Pan dulce	7	4,58%
Cruasan o tarta	0	0,00%
Pan tostado	2	1,31%
Yogurt	3	1,96%
Cereales	14	9,15%
Fruta	0	0,00%
Huevos	0	0,00%
Total de las respuestas	229	

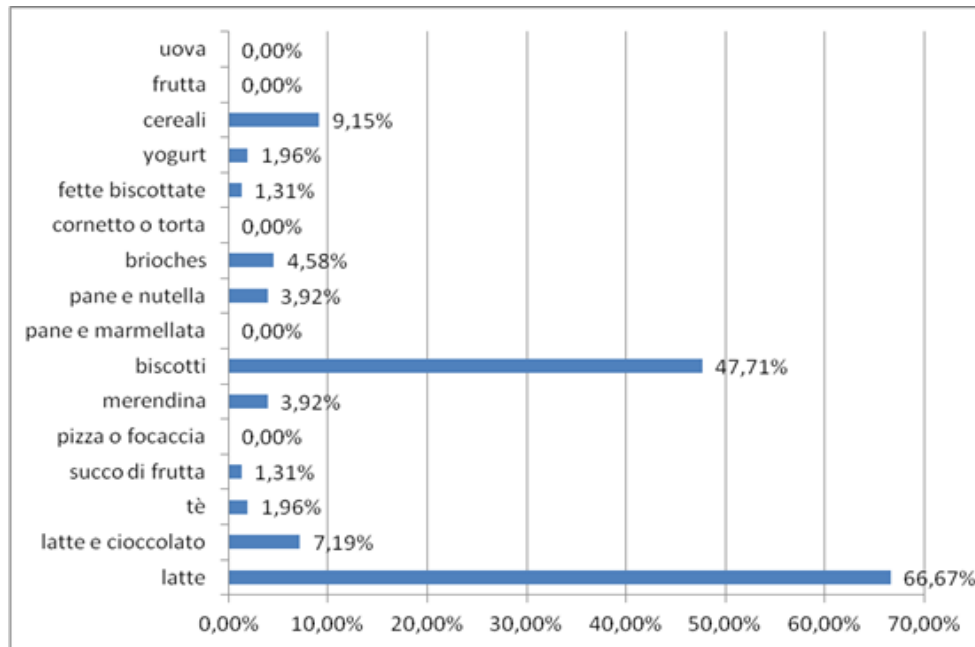
Nota: Elaboración propia.

² Era posible dar varias respuestas.

³ El porcentaje está calculado sobre la muestra (N=153) y no sobre las respuestas (N=229).

Gráfico 6

Porcentaje de alimentos y bebidas que los niños de la muestra comen y beben en el desayuno



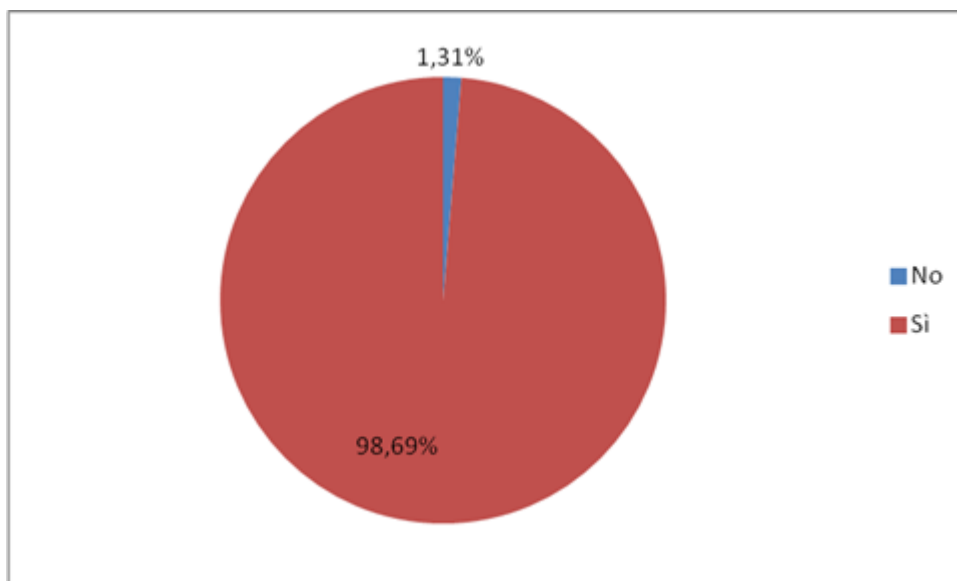
Nota: Elaboración propia.

La merienda en la escuela durante el recreo fue llevada a cabo por casi todos los niños y solo dos de ellos dijeron no tomarla (gráfico 8).

Acerca de ¿De qué tipo de merienda se trata? La mayor parte consumió sándwich (el 49,67%) y agua (78,43%), algunos bollos industrializados (19,61%), zumo de fruta (28,10%), pizza (9,80%), galletas (8,50%), crackers (7,84%), focaccia (7,84%), solo dos consumieron yogurt y solo 5 niños, fruta (tabla 12 y gráfico 9).

Gráfico 7

Porcentaje de niños que toman/no toman la merienda en la escuela



Nota: Elaboración propia.

Tabla 11

Distribución de frecuencia de las respuestas dadas a la pregunta “Si esta mañana has tomado o tomarás la merienda, señala con una “x” todo aquello que has o comido o bebido”

	Frecuencias ⁴	Porcentajes ⁵
Naranjada	2	1,31%
Jugo de fruta	43	28,10%
Bebida en lata	0	0,00%
Té	4	2,61%
Agua	120	78,43%
Yogurt	2	1,31%
Bocadillo industrializado	30	19,61%
Galletas	13	8,50%
Sandwich	76	49,67%

⁴ Era posible dar varias respuestas

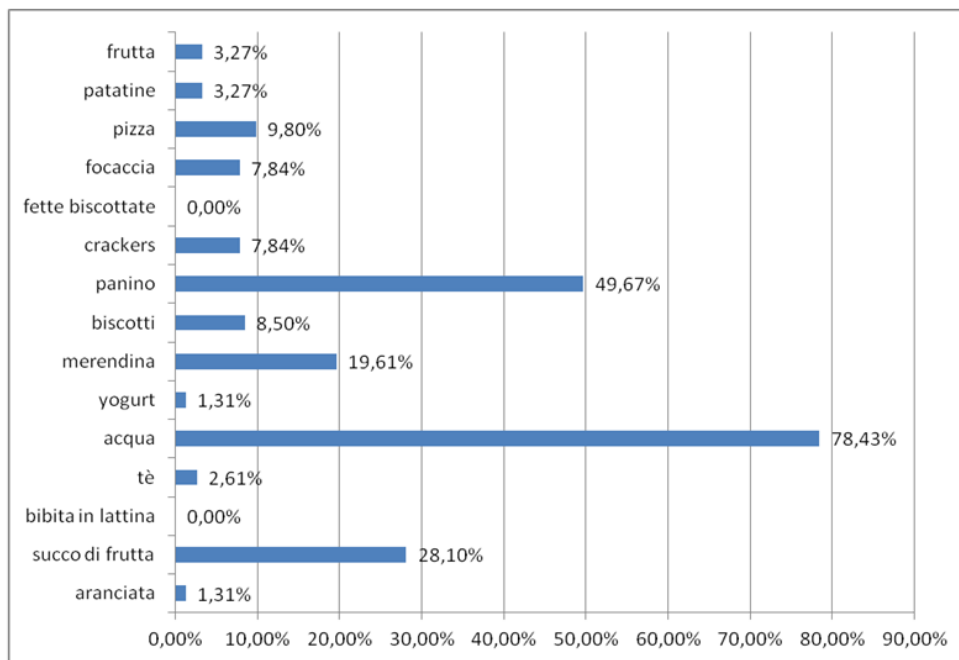
⁵ El porcentaje se calculó sobre la muestra (N=153) y no sobre las respuestas (N=339).

Crackers	12	7,84%
Pan tostado	0	0,00%
Focaccia	12	7,84%
Pizza	15	9,80%
Papitas fritas	5	3,27%
Fruta	5	3,27%
Total de las respuestas	339	

Nota: Elaboración propia.

Gráfico 8

Porcentajes de lo que comen y beben durante la merienda en la escuela los niños de la muestra



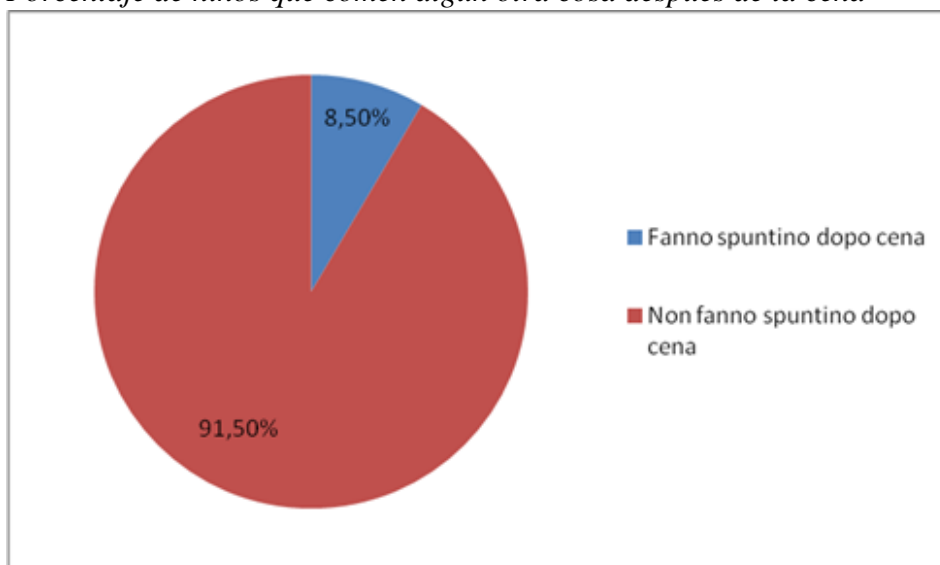
Nota: Elaboración propia.

Al final, un pequeño pero significativo porcentaje de niños (8,5%) toma un tentempié también por la noche después de haber cenado (gráfico 10), sin

diferencias entre niños y niñas (tabla 13).

Gráfico 9

Porcentaje de niños que comen algún otra cosa después de la cena



Nota: Elaboración propia

Tabla 12

Distribución de las frecuencias de los niños que comen alguna otra cosa después de la cena, clasificadas de acuerdo al género

	Niños		Niñas		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Comen algo después de la cena	6	8,82%	7	8,24%	13	8,50%
No comen más después de la cena	62	91,18%	78	91,76%	140	91,50%

		100,00		100,00		100,00
Total	68	%	85	%	153	%

Nota: Elaboración propia.

6.1.2 El uso del tiempo de los niños: las actividades sedentarias

Se indagó sobre el hábito de mirar el televisor por la mañana antes de ir a la escuela, calculando las frecuencias y los porcentajes divididos por género.

Tabla 13

Distribución de las frecuencias y de los porcentajes de los niños que ven el televisor por la mañana antes de ir a escuela, clasificadas por género

	Niños		Niñas		Total	
	Frecuencia	Porcentaje ⁶	Frecuencia	Porcentaje ⁷	Frecuencia	Porcentaje ⁸
No	27	39,71%	44	51,76%	71	46,41%
Si	41	60,29%	41	48,24%	82	53,59%
Total	68	100,00%	85	100,00%	153	100,00%

Nota: Elaboración propia.

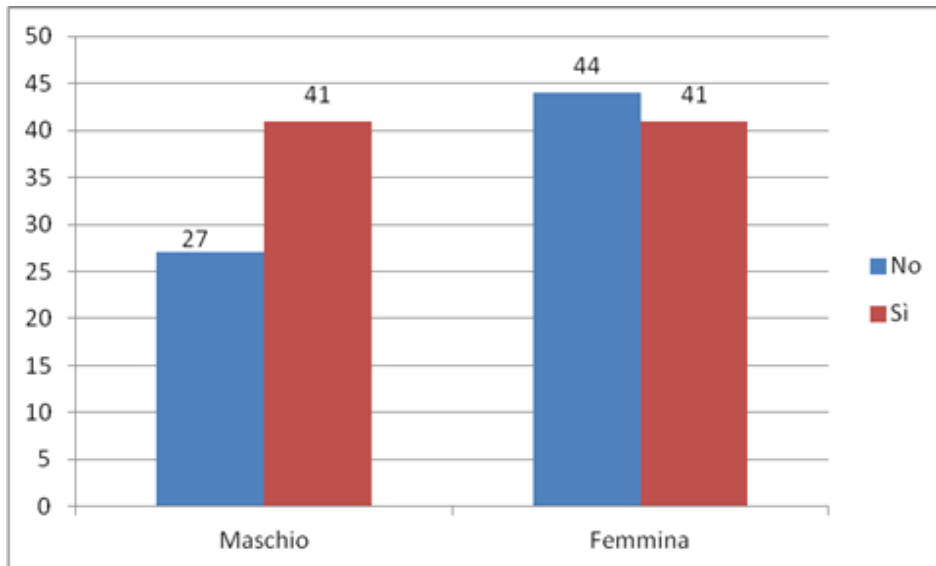
⁶ El porcentaje se calculó en relación a los niños (N=68) y no a toda la muestra (N=153).

⁷ El porcentaje se calculó en relación a las niñas (N=85) y no a toda la muestra (N=153).

⁸ El porcentaje se calculó en relación a toda la muestra (N=153).

Gráfico 10

Comparación entre niños y niñas que miran o no miran el televisor por la mañana antes de ir a la escuela



Nota: Elaboración propia.

Resulta que el 53,59% mira el televisor ya desde la mañana antes de ir a la escuela; de este porcentaje los niños representan un porcentaje más alto (60,29% vs. 48,24% respecto a las niñas) (tabla 14).

En la gráfico 11 se puede ver claramente que, los niños, son aquellos que más miran el televisor, mientras que en cuanto a las niñas, son más aquellas que no lo miran.

Se indagó también, el hábito de mirar el televisor por la tarde, calculando las frecuencias y los porcentajes según el género.

Tabla 14

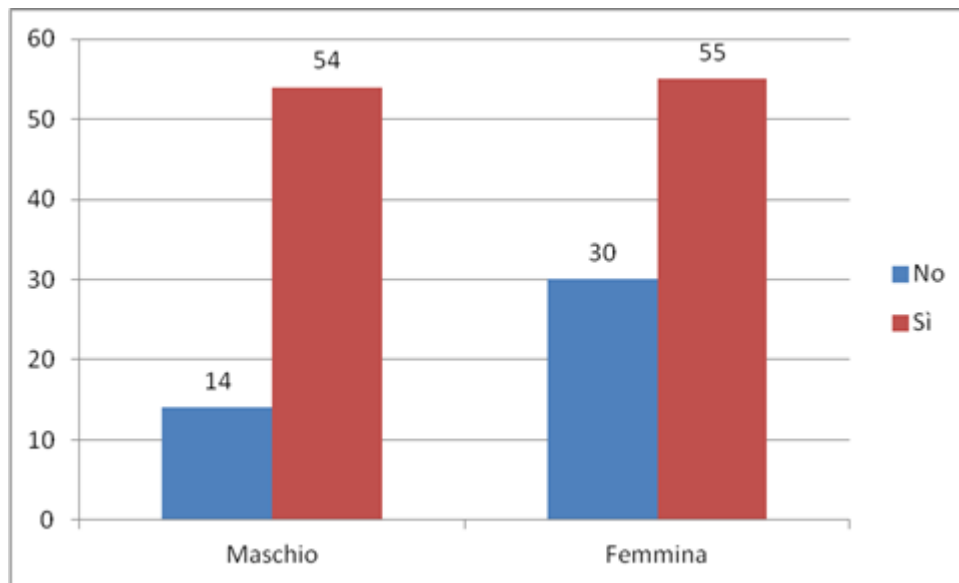
Distribución de las frecuencias y de los porcentajes de niños que miran el televisor por la tarde, por género

	Niños		Niñas		Total	
	Frecuencia	Porcentaje ⁹	Frecuencia	Porcentaje ¹⁰	Frecuencia	Porcentaje ¹¹
No	14	20,59%	30	35,29%	44	28,76%
Si	54	79,41%	55	64,71%	109	71,24%
Total	68	100,00%	85	100,00%	153	100,00%

Nota: Elaboración propia.

Gráfico 11

Porcentaje de niños y niñas que miran o no miran el televisor por la tarde



Nota: Elaboración propia.

⁹ El porcentaje fue calculado en relación a todos los niños del género masculino (N=68) y no a toda la muestra (N=153).

¹¹ El porcentaje fue calculado en relación a todas las niñas (N=85) y no a toda la muestra (N=153).

¹² El porcentaje fue calculado en relación a toda la muestra (N=153).

El porcentaje de los niños que miran el televisor por la tarde es del 71,24%, también en se observa claramente el alto número de niños que miran el televisor por la tarde respecto a las niñas (casi el 80% vs 64,71%) (tabla 15). En la gráfico 12 se observa claramente las cantidades de niños que miran el televisor por las tardes en los subgrupos divididos por género. El hábito de mirar el televisor fue también indagado como hábito nocturno; en este caso, se calcularon las frecuencias y los porcentajes divididos por género.

Tabla 15

Distribución de las frecuencias y de los porcentajes de los niños que miran el televisor por la noche, por género

	Niños		Niñas		Total	
	Frecuencia	Porcentaje ¹²	Frecuencia	Porcentaje ¹³	Frecuencia	Porcentaje ¹⁴
No	15	22,06%	26	30,59%	41	26,80%
Si	53	77,94%	59	69,41%	112	73,20%
Total	68	100,00%	85	100,00%	153	100,00%

Nota: Elaboración propia.

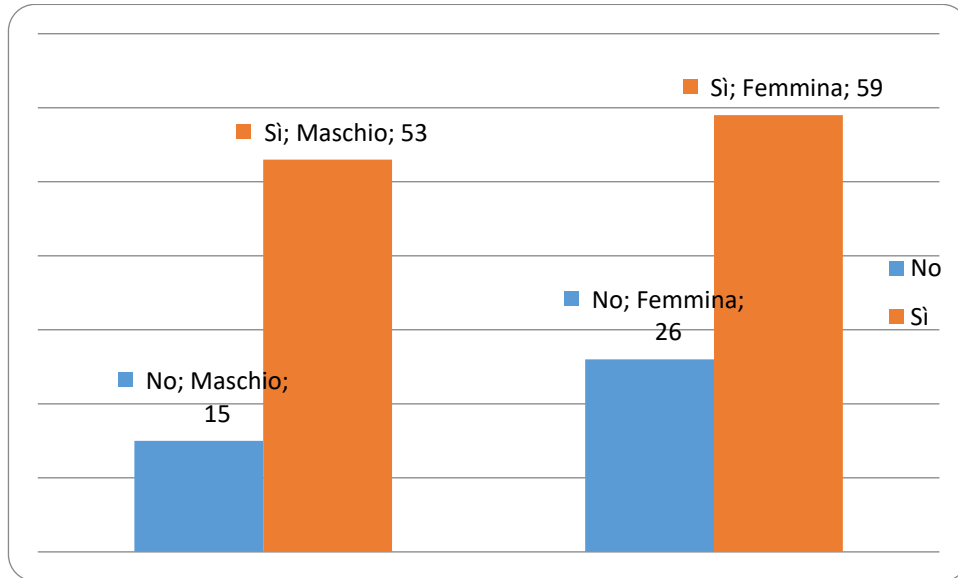
¹² El porcentaje se calculó en relación a los niños (N=68) y no a toda la muestra (N=153).

¹³ El porcentaje se calculó en relación a las niñas (N=85) y no a toda la muestra (N=153).

¹⁴ El porcentaje se calculó en relación a toda la muestra (N=153).

Gráfico 12

Porcentaje de niños y niñas que miran o no miraron el televisor por la noche



Nota: Elaboración propia.

También por la noche después de la cena, los niños miran el televisor, y lo hacen en un porcentaje ligeramente mayor al de la tarde (73,20% vs. 71,24%); también en este caso son más los niños (77,94%) con respecto a las niñas (69,41%) (tabla 16 y gráfico 13), lo cual, de cualquier forma no es estadísticamente significativo ($p < .05$).

Entre los comportamientos sedentarios, se indagaron también las frecuencias con las que los niños estaban frente a las pantallas durante la tarde.

Tabla 16

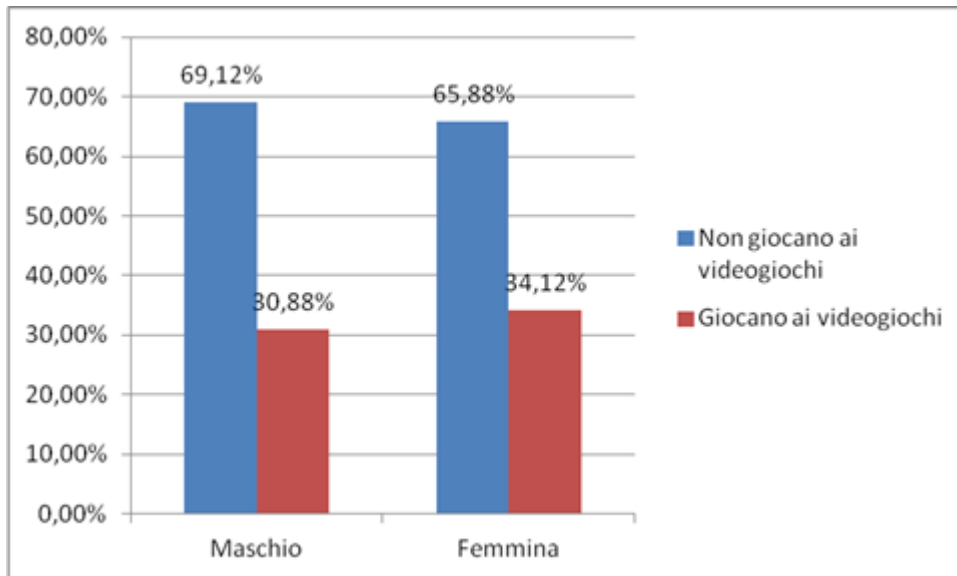
Distribución de las frecuencias de los niños que por la tarde juegan con videojuegos o con el ordenador, por género

	Niños		Niñas		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	47	69,12%	56	65,88%	103	67,32%
Si	21	30,88%	29	34,12%	50	32,68%
Total	68	100,00%	85	100,00%	153	100,00%

Nota: Elaboración propia.

Gráfico 13

Comparación entre los porcentajes de niños y niñas que juegan o no juegan con videojuegos por las tardes



Nota: Elaboración propia.

Jugar con videojuegos y el ordenador, son actividades realizadas por las tardes por aproximadamente un tercio de los niños entrevistados (32,68%),

con una frecuencia ligeramente más alta (que no es estadísticamente significativo, $p < .05$) en el grupo de las niñas: de hecho son el 34,12% de las niñas las que las realizan, en comparación con los niños que son el 30,88% (tabla 17 y gráfico 14).

Estas actividades también fueron indagadas como hábitos nocturnos.

Tabla 17

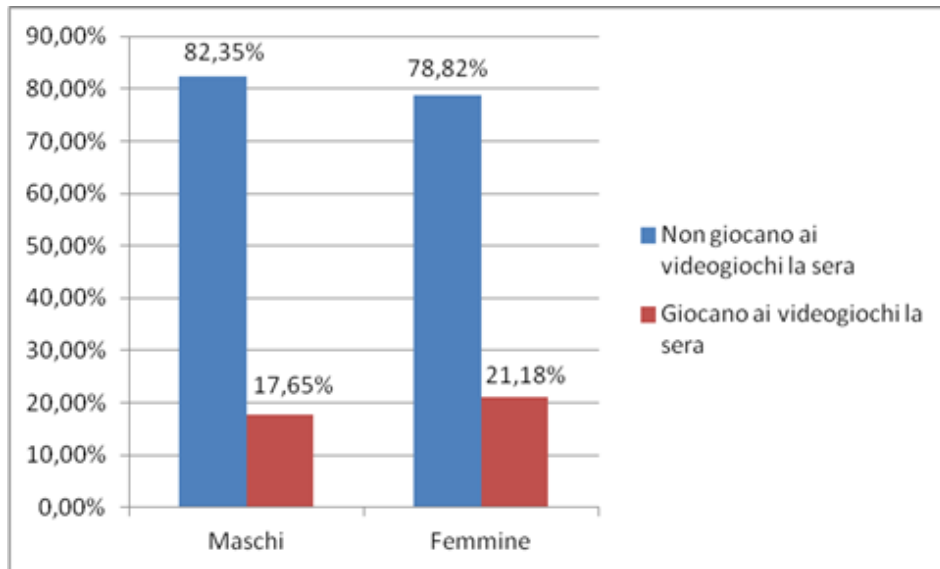
Distribución de las frecuencias y de los porcentajes de los niños que juegan videojuegos por la noche después de la cena por género

	Niños		Niñas		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No juegan después de la cena	56	82,35%	67	78,82%	123	80,39%
Juegan después de la cena	12	17,65%	18	21,18%	30	19,61%
		100,00		100,00		100,00
Total	68	%	85	%	153	%

Nota: Elaboración propia.

Gráfico 14

Comparación entre los porcentajes de niños y niñas que juegan videojuegos por la noche después de la cena



Nota: Elaboración propia.

Pasar el tiempo jugando con el ordenador y con videojuegos después de la cena es también un hábito para casi el 20% de los participantes (tabla 18), pero en este caso, son más las niñas (21,18%) que los niños (17,65%) (gráfico 15); sin embargo esta diferencia no es estadísticamente significativa ($p < .05$).

6.1.3 El uso del tiempo de los niños: la actividad física

Además de los comportamientos sedentarios, se indagó sobre la actividad física de los niños que participaron en la investigación: jugar al aire libre y practicar algún deporte.

Tabla 18

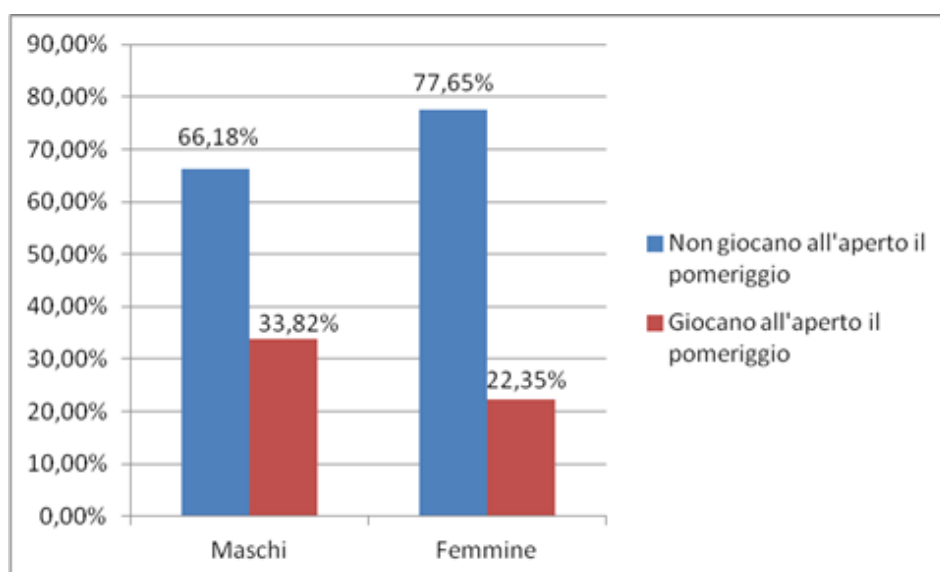
Distribución de las frecuencias y de los porcentajes de niños que por la tarde juegan al aire libre, por género

	Niños		Niñas		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	45	66,18%	66	77,65%	111	72,55%
Si	23	33,82%	19	22,35%	42	27,45%
Total	68	100,00%	85	100,00%	153	100,00%

Nota: Elaboración propia.

Gráfico 15

Comparación entre los porcentajes de niños y niñas que juegan o no juegan al aire libre por las tardes



Nota: Elaboración propia.

La cantidad de los niños que juegan con videojuegos (32,68%) es más alta

respecto a aquella de los niños que juegan al aire libre por las tardes (27,45%). En cuanto al género, son más los niños (33,82%) que las niñas (22,35%) que juegan al aire libre por las tardes, pero esta diferencia no es estadísticamente significativa ($p < .05$) (tabla 19 y gráfico 16).

También se detectó la cantidad de niños que practican deporte por la tarde, evidenciando las diferencias por género.

Tabla 19

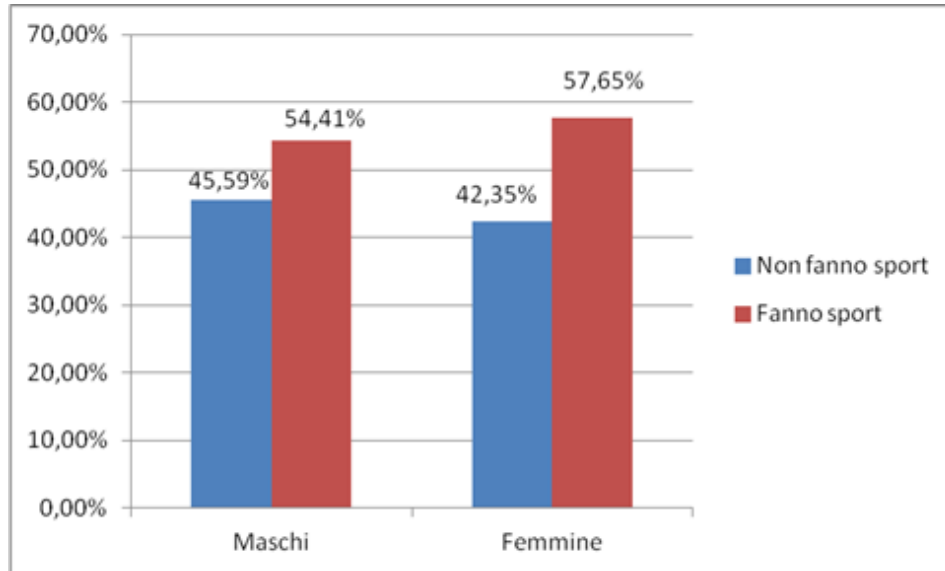
Distribución de las frecuencias y de los porcentajes de los niños que realizan deporte por las tardes, por género

	Niños		Niñas		Total	
	Frecuenci	Porcentaj	Frecuenci	Porcentaj	Frecuenci	Porcentaj
	a	e	a	e	a	e
No realizan deporte	31	45,59%	36	42,35%	67	43,79%
Realizan deporte	37	54,41%	49	57,65%	86	56,21%
Total	68	100,00%	85	100,00%	153	100,00%

Nota: Elaboración propia.

Gráfico 16

Comparación entre los porcentajes de niños y niñas que practican un deporte por las tardes



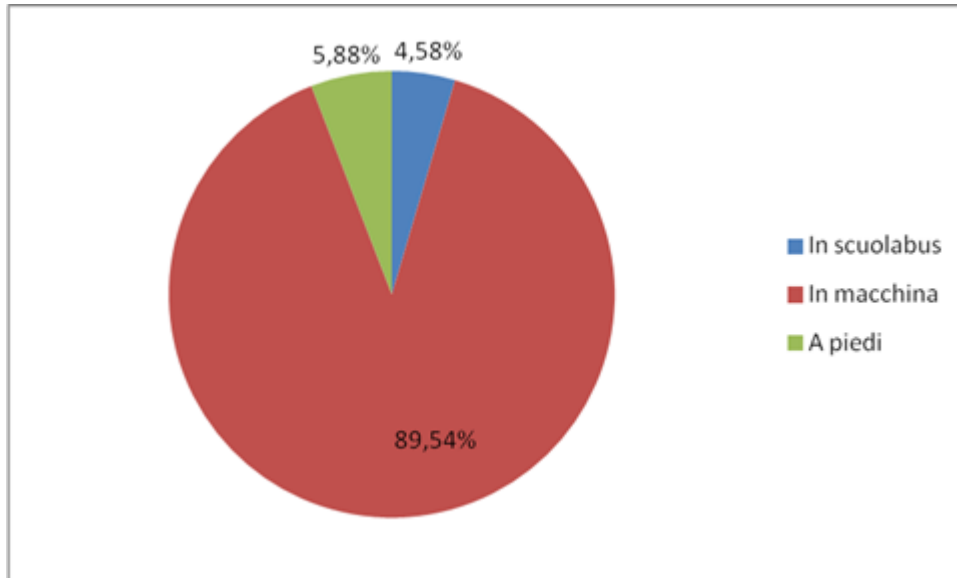
Nota: Elaboración propia.

Practicar un deporte por la tarde es un hábito bastante común: de hecho el 56,21% de los niños lo realiza (tabla 20), con una pequeña diferencia en favor del grupo de niñas (57,65%) respecto a los niños (54,41%) (gráfico 17).

Finalmente, se les preguntó a los niños de qué forma se dirigen a la escuela: en automóvil, con el autobús escolar o a pie.

Gráfico 17

Distribución de los porcentajes de la muestra con base en el modo en el que los niños se dirigen a la escuela por la mañana.



Nota: Elaboración propia.

Tabla 20

Distribución de las frecuencias y de los porcentajes de la muestra, con base en el modo en el que se dirigen los niños a la escuela por género

	Niños		Niñas		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
En autobús escolar	3	4,41%	4	4,71%	7	4,58%
En automóvil	61	89,71%	76	89,41%	137	89,54%
A pie	4	5,88%	5	5,88%	9	5,88%
Total	68	100,00%	85	100,00%	153	100,00%

Nota: Elaboración propia.

En cuanto al modo en el que los niños van a la escuela, casi todos son llevados en auto (89,54%), y solo algunos toman el autobús escolar (4,58%) o van a pie (5,88%) (gráfico 18). No existen diferencias en cuanto al género (tabla 21).

Finalmente, los resultados obtenidos del análisis del cuestionario administrado a los niños en fase inicial, ponen en evidencia los principales hábitos alimentarios de los niños, el tipo de desayuno que consumen en la escuela, los comportamientos sedentarios, que son bastante frecuentes, y la actividad física, que al contrario, resulta ser poca e insuficiente para un estilo de vida sano.

A continuación se analizan los datos recopilados con la aplicación del cuestionario a los padres.

6.2 Análisis de los resultados obtenidos de los cuestionarios aplicados a los padres en fase inicial

6.2.1 El estado ponderal de los niños

Gracias a los cuestionarios aplicados a los padres, se pudieron analizar varios datos, en cuanto a la altura, el peso, y a la valoración subjetiva del peso, y de la alimentación del propio hijo. Además, se recolectó información en cuanto a los hábitos alimentarios (consumo de fruta y verdura, consumo de bebidas gaseosas y azucaradas), a la actividad física y a las actividades sedentarias (mirar el televisor y los videojuegos o el ordenador) de los niños.

6.2.2 La percepción de los padres sobre la situación nutricional de los niños

Se les preguntó a los padres si consideraban que su hijo tuviese bajo peso, peso normal, un poco de sobrepeso o bastante sobrepeso.

Tabla 21

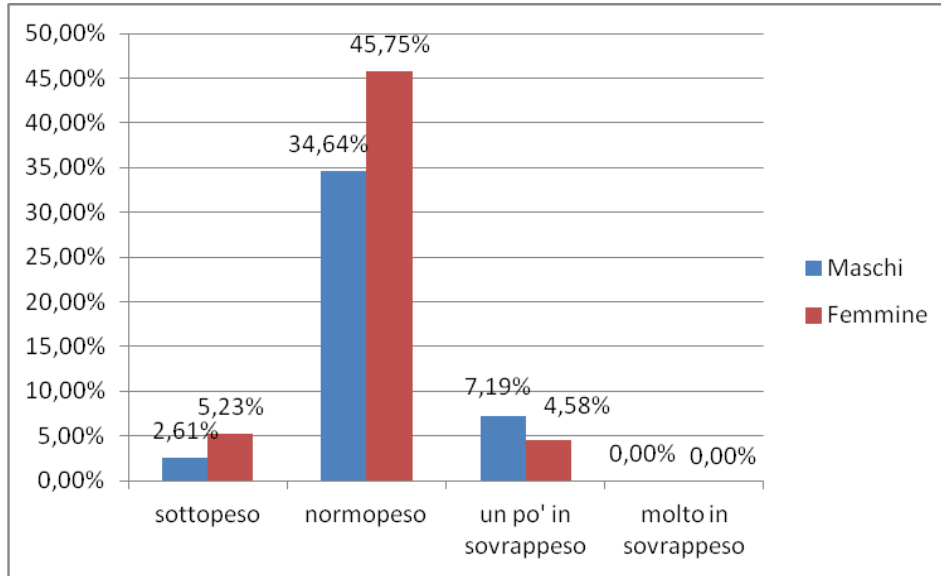
Valoración por parte de los padres de la condición de sus hijos como “bajo peso”, “peso normal”, “un poco de sobrepeso”, “bastante sobrepeso”. Distribución de las frecuencias y de los porcentajes por género.

	Niños		Niñas		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Bajo peso	4	2,61%	8	5,23%	12	7,84%
Peso normal	53	34,64%	70	45,75%	123	80,39%
Un poco de sobrepeso	11	7,19%	7	4,58%	18	11,76%
Bastante sobrepeso	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Total	68	44,44%	85	55,56%	153	100,00%

Nota: Elaboración propia.

Gráfico 18

Valoración por parte de los padres de la condición de sus hijos como “bajo peso”, “peso normal”, “un poco de sobrepeso”, “bastante sobrepeso”. Distribución de las frecuencias de porcentajes por género.



Nota: Elaboración propia.

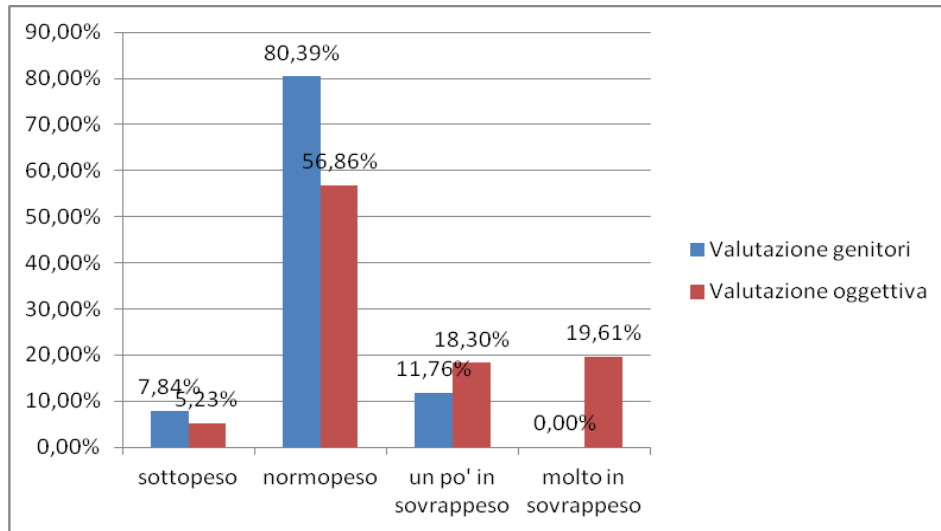
La mayor parte de los padres respondió que consideraba que el peso de su hijo fuese normal (el 80,39%), mientras que el 12% consideraba que su hijo tuviese sobrepeso y el 8% lo consideraba con bajo peso (tabla 22 y gráfico 19).

Sobre todo, los hijos de género masculino son considerados con sobrepeso (7,19%) en comparación con el grupo del género femenino (4,58%), mientras que un porcentaje mayor de niñas (5,23%) son consideradas con bajo peso con respecto a los niños (2,61%). Ningún padre consideraba que su hijo tuviese bastante sobrepeso.

Es muy interesante la comparación entre la valoración subjetiva de los padres y la objetiva.

Gráfico 19

Comparación entre la valoración por parte de los padres y la valoración objetiva de los niños como “bajo peso”, “peso normal”, “un poco de sobrepeso”, “bastante sobrepeso”.



Nota: Elaboración propia.

A partir de los datos objetivos de peso y talla en relación con la edad, resulta que aproximadamente el 20% de los niños se encuentra con “bastante” sobrepeso, aproximadamente el 18% (en comparación con el 11,76%) resulta con “un poco de sobrepeso”; solo poco más de la mitad de los niños se encuentra en el peso normal y un pequeño porcentaje (5,23% vs. 7,84%) resulta con “bajo peso” (gráfico 20). Además, se indagó específicamente por las diferencias en cuanto al género.

Tabla 22

Valoración objetiva de los niños como “bajo peso”, “*peso ideal*”, “*en riesgo*”, “*bastante sobrepeso*”. *Distribución de las frecuencias y de los porcentajes por género*

	Niños		Niñas		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Bajo peso	1	0,65%	7	4,58%	8	5,23%
Peso ideal	37	24,18%	50	32,68%	87	56,86%
En riesgo	14	9,15%	14	9,15%	28	18,30%
Bastante sobrepeso	16	10,46%	14	9,15%	30	19,61%
<i>Total</i>	68	44,44%	85	55,56%	153	100,00%

Nota: Elaboración propia.

Observando de manera específica las diferencias por género, a partir de la valoración objetiva se encuentra una diferencia entre niños y niñas solo entre los niños con bajo peso: que son en total 8, de los cuales 7 son niñas y solo un niño. En cambio, en los niños con sobrepeso, existe una distribución homogénea en cuanto al género, contrariamente a lo que los padres consideraron subjetivamente (tabla 23).

También se les preguntó a los padres si según ellos sus hijos comen “poco”, “lo justo” o “demasiado” y los porcentajes son similares a la percepción de los propios hijos como bajo peso, peso normal o sobrepeso.

Tabla 23

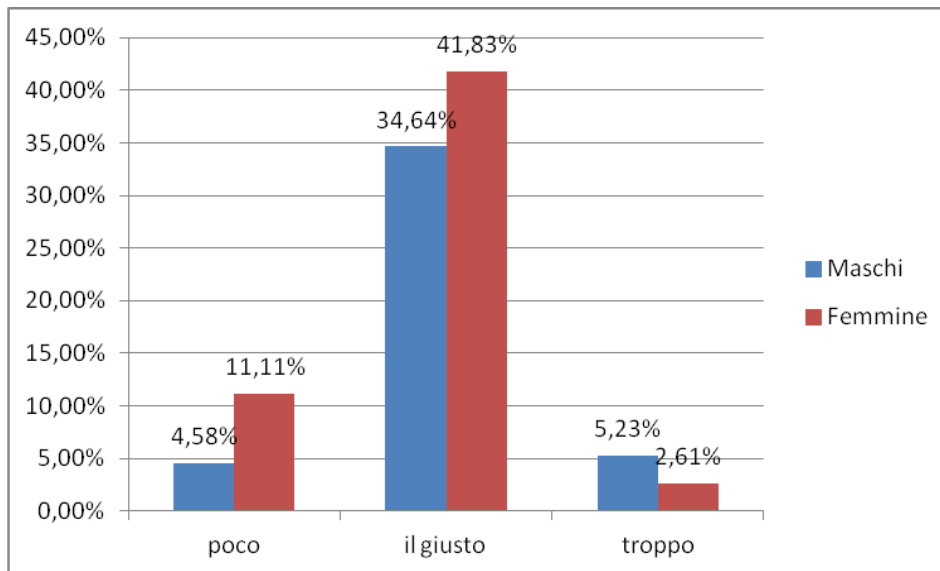
Valoración por parte de los padres acerca de la cantidad de alimentos consumida por los niños. Distribuciones de las frecuencias y de los porcentajes por género

	Niños		Niñas		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Poco	7	4,58%	17	11,11%	24	15,69%
Lo justo	53	34,64%	64	41,83%	117	76,47%
Demasiado	8	5,23%	4	2,61%	12	7,84%
<i>Total</i>	68	44,44%	85	55,56%	153	100,00%

Nota: Elaboración personal.

Gráfico 20

Valoración por parte de los padres de la cantidad de alimentos consumida por los hijos. Distribución de las frecuencias y porcentajes por género



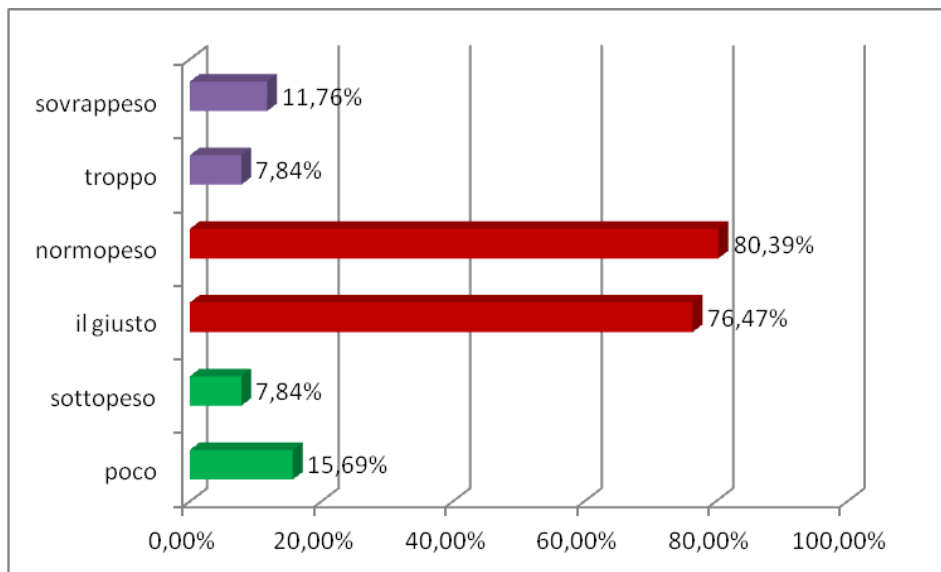
Nota: Elaboración personal.

De igual forma, la mayor parte, tres de cada cuatro padres (aproximadamente el 76%) sostiene que sus propios hijos comen lo justo, pero el porcentaje más alto es en el grupo de las niñas (41,83% vs. el 36,64%). En el caso de los niños se considera que ellos son más “comelones” respecto a las niñas (8 en el caso de los niños vs 4 de las niñas), incluso se trata del doble; así como, los padres sostienen con un porcentaje mayor (11,11%) que son las niñas las que tienden a comer poco con respecto a los niños (4,58%) (tabla 24 e gráfico 21).

Resultan interesantes los datos obtenidos al comparar la percepción por parte de los padres en cuanto a los propios hijos como bajo peso, peso normal o sobrepeso y la evaluación de la percepción sobre su alimentación (respuestas a la pregunta “Según usted, el niño come: poco, lo justo, demasiado”).

Gráfico 21

Comparación entre la percepción por parte de los padres en cuanto a los propios hijos como bajo peso, peso normal o sobrepeso y la evaluación de su alimentación (come poco, lo justo, demasiado)



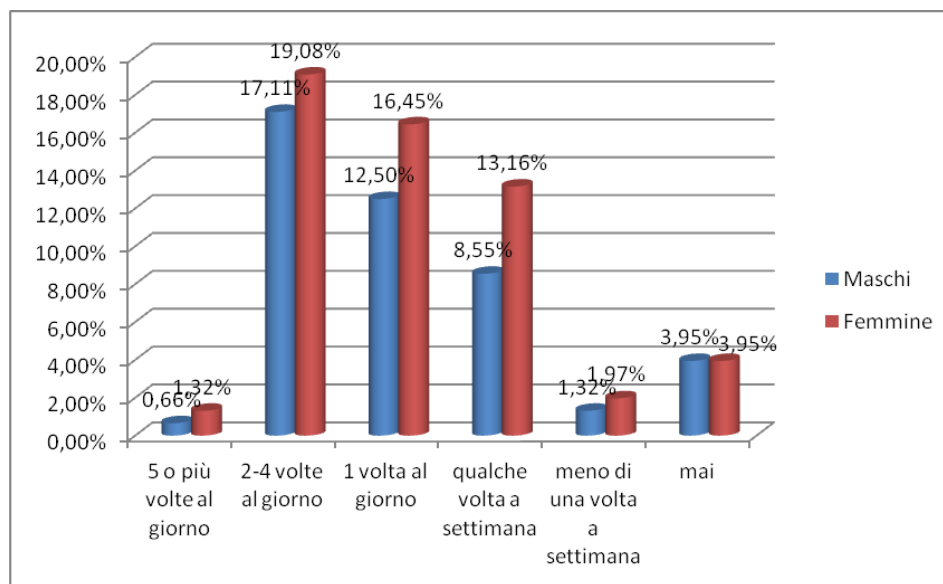
Nota: Elaboración personal.

De la gráfica de barras (gráfico 22) puede observarse como aproximadamente el 16% de los padres considera que su propio hijo/a come poco, pero solo el 8% lo considera con peso bajo. En cambio, en cuanto al comer demasiado, sucede lo contrario: un porcentaje más bajo considera que su propio hijo/a come demasiado (casi el 8%) respecto a los que (casi el 12%) consideran que su propio hijo/a tiene sobrepeso.

El cuestionario para los padres tenía preguntas específicas sobre algunos hábitos alimentarios, que a continuación se presentan como hallazgos.

Gráfico 22

Valoración por parte de los padres de la frecuencia de consumo de fruta y verdura de sus hijos. Distribución de frecuencias por género



Nota: Elaboración propia

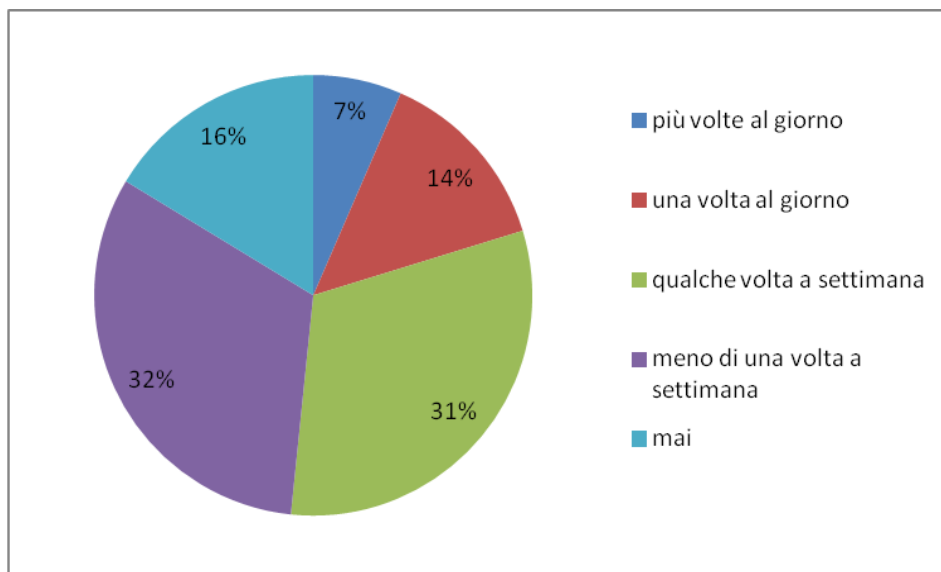
En cuanto al consumo de fruta y verdura, se observó que algunos niños (el 8% igualmente distribuido entre los dos géneros) no la comen jamás;

aproximadamente el 36% (el 19% de las niñas, el 17% de los niños) consumen fruta y verdura de 2 a 4 veces al día; el 29% come fruta y verdura una vez al día; y una pequeña minoría (el 2%) la consume durante todas las comidas del día (5 veces o más al día); mientras aproximadamente el 22% se limita a consumirlas un par de veces por semana y el 3% restante, menos de una vez a la semana (cfr. gráfico 23).

Otro de los hábitos alimentarios encontrados fue el consumo de bebidas gaseosas o azucaradas.

Gráfico 23

Valoración por parte de los padres de la frecuencia de consumo de sus hijos, de bebidas gaseosas y azucaradas. Distribución de las frecuencias por género



Nota: Elaboración propia.

Se encuentra que, de forma homogénea entre niños y niñas, el consumo de bebidas azucaradas se presenta todos los días e incluso más de una vez al

día respectivamente en un 14% y un 7% de los escolares, que como se ha mencionado tienen aproximadamente 6 años (gráfico 24). Más de la mitad de la muestra consume de manera limitada bebidas azucaradas y gaseosas: aproximadamente el 31% alguna vez por semana y el 32% menos de una vez a la semana, finalmente el 16% aproximadamente no las consume jamás.

6.2.3 La percepción de los padres sobre la actividad física y sobre las actividades sedentarias de los niños

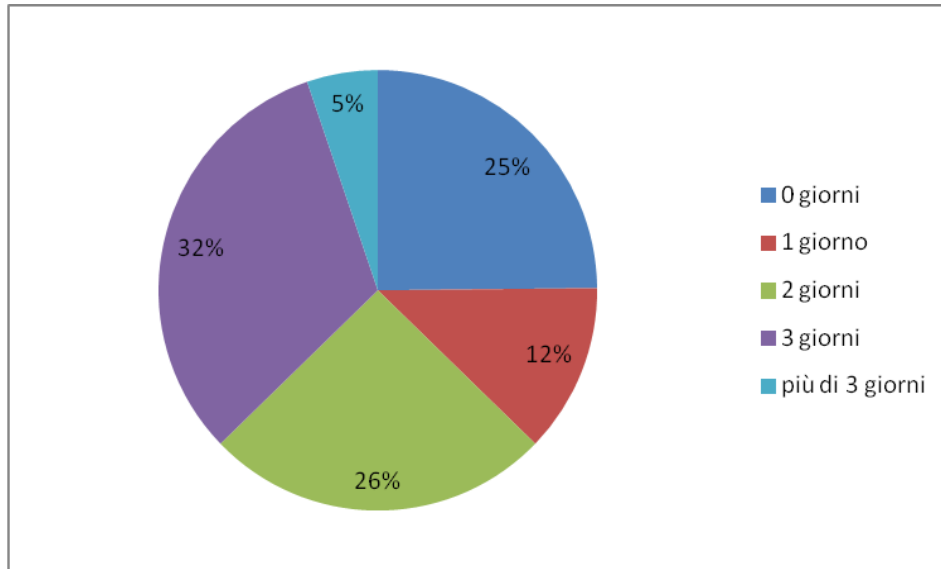
Pasando al análisis de otros hábitos que los padres refirieron sobre sus hijos: actividad física, uso del televisor, ordenador y videojuegos. Se les preguntó a los padres “En una semana ¿cuántos días su hijo realiza actividad física por lo menos una hora al día?” y las respuestas fueron muy variadas.

El promedio es de 2,84 días a la semana en los que los hijos realizan al menos una hora de actividad física, pero el promedio dice poco de los datos recogidos, ya que la desviación estándar de 1,36 indica la gran variedad de las respuestas. De hecho, al momento de analizar las frecuencias y los porcentajes, se encuentra que una cuarta parte de los niños no hace ningún tipo de actividad física, el 12% solo un día a la semana, otra cuarta parte de los niños hacen actividad física dos días por semana; el porcentaje más alto (32%) realiza actividad física 3 días a la semana y un pequeño porcentaje (5%) lo hace más de 3 días (gráfico 25).

De forma más explícita, se les pidió a los padres una valoración subjetiva de la actividad física de sus hijos.

Gráfico 24

Valoración por parte de los padres de la frecuencia de la actividad física de sus hijos



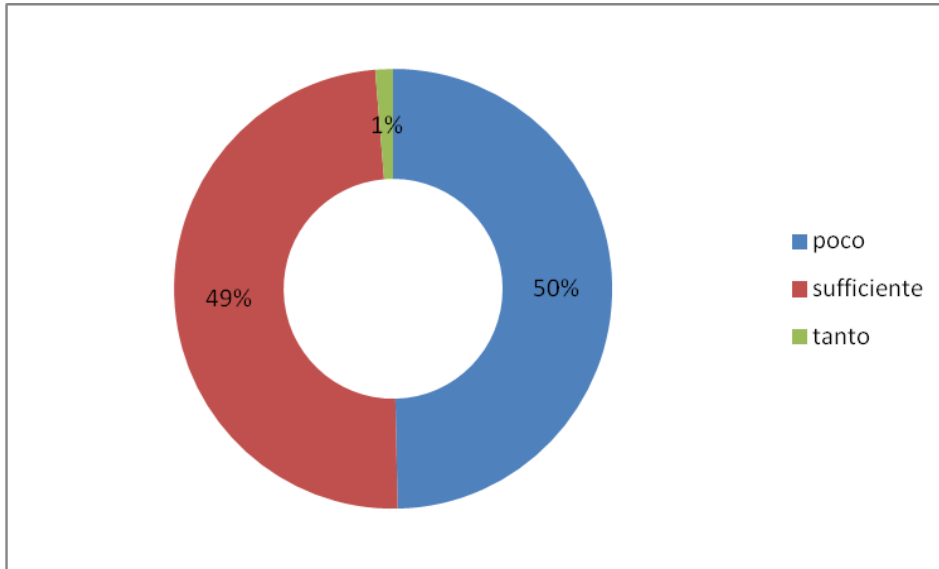
Nota: Elaboración personal.

Los padres son conscientes de que sus hijos no realizan suficiente actividad física, de hecho, se les preguntó “¿Cómo evalúa la actividad física del niño?” y la mitad de los entrevistados dieron una valoración negativa (respondiendo “poca”), mientras la otra mitad respondió “suficiente” (gráfico 26).

Se investigó también sobre el tiempo que transcurren los niños con videojuegos o con el ordenador en un día normal de escuela, desde el punto de vista de los padres.

Gráfico 25

Valoración por parte de los padres de la actividad física de sus propios hijos (Respuestas a la pregunta “¿Cómo evalúa la actividad física del niño?”)



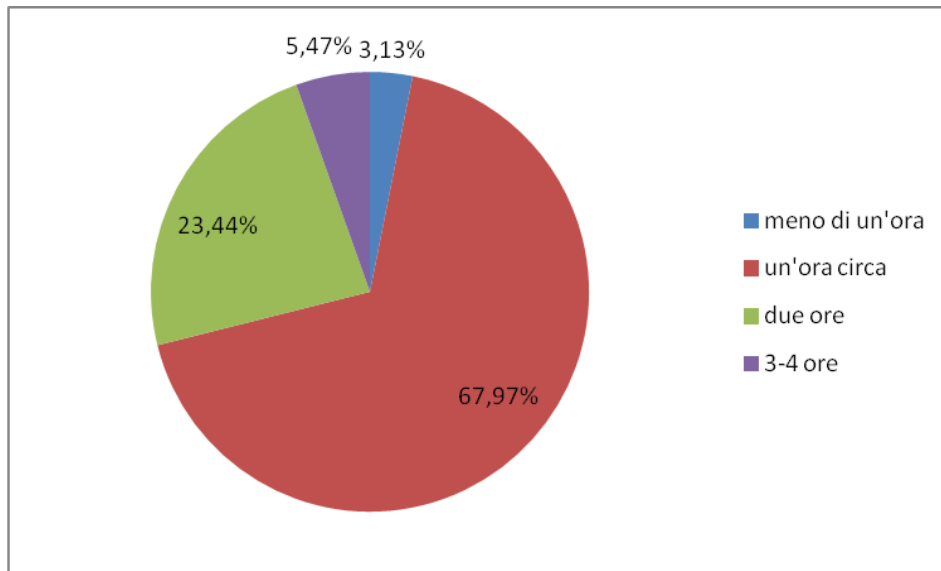
Nota: Elaboración propia.

Dos de cada tres de los padres (68%) refiere que su hijo juega una hora al día, uno de cada cuatro aproximadamente (23,44%) dice que juega por dos horas, el 5,47% por 3 o 4 horas y el restante 3% juega menos de una hora al día (gráfico 27).

Se les pidió a los padres referir el tiempo que transcurren sus hijos frente al televisor.

Gráfico 26

Valoración por parte de los padres del tiempo que sus hijos transcurren con los videojuegos o el ordenador al día

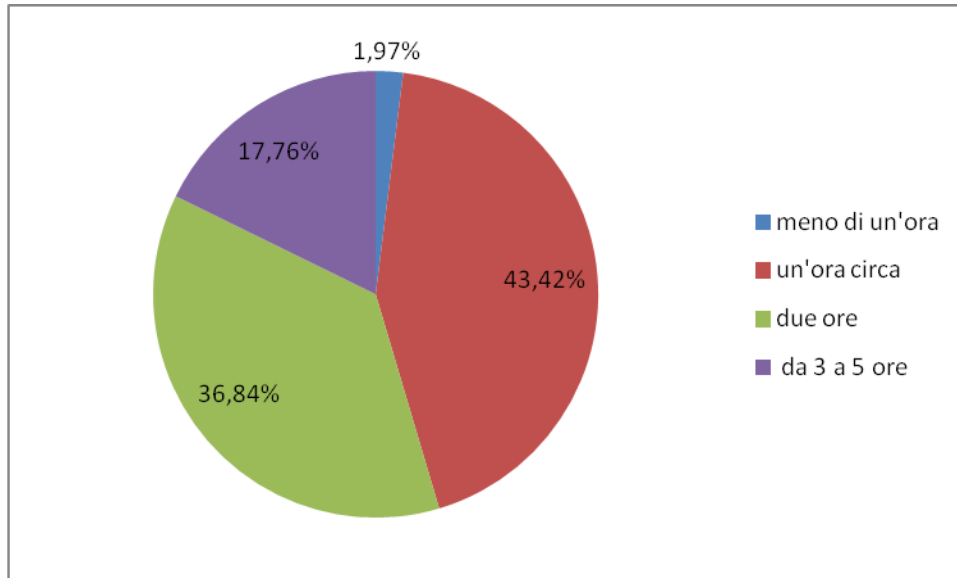


Nota: Elaboración propia.

En cuanto a mirar el televisor, los padres refirieron tiempos aún más largos, que además, se suman al tiempo que transcurren con los videojuegos: de hecho, se encuentra que aproximadamente el 18% pasa de 3 a 5 horas al frente del televisor; aproximadamente el 37% transcurre dos horas al día mirando el televisor; el 43,42% lo mira por aproximadamente una hora al día y solamente el 2% (es decir solo 3 niños de 153) lo miran menos de una hora al día (gráfico 28).

Gráfico 27

Valoración por parte de los padres del tiempo que transcurren sus hijos frente al televisor en un día



Nota: Elaboración propia.

6.2.4 ¿Cuáles son los predictores del sobrepeso de los niños?

La presente investigación pretendía investigar los posibles factores que influyen en el sobrepeso de los niños y, a partir del análisis de la regresión lineal, se encontraron dos predictores: la cantidad de alimentos consumida según la percepción de los padres (bastante, poco, lo justo) y la cantidad de horas que se transcurren mirando el televisor (tabla 24).

Tabla 24

Análisis de la regresión lineal

Anova^a

Modelo	Suma de los cuadrados	df	Promedio de los cuadrados	F	Sign.
Regresión	16,864	2	8,432	12,942	,000 ^b
Residuo	97,077	49	,652		
Total	113,941	51			

a. Variable dependiente: Valoración de datos antropométricos

b. Predictores: (Constante), ¿Cuánto come?, ¿Cuántas horas en promedio mira el televisor?

Coeficiencia

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sign.
	B	Desviación estándar	Beta		
(Constante)	,073	,292		,250	,803
¿Cuántas horas en promedio mira el televisor?	,142	,069	,156	2,057	,041
¿Cuánto come?	,620	,137	,344	4,542	,000

a. Variable dependiente: Valoración de datos antropométricos

Nota: Elaboración propia.

Resumen del modelo

Modelo	R	R- cuadrado	R- cuadrado correcto	Desviación estandar Error de estimación
1	,385 ^a	,148	,137	,807

a. Predictores: (Constante), ¿Cuánto come?, ¿Cuántas horas en promedio mira el televisor?

Nota: Elaboración propia.

Entre las numerosas variables que se investigaron, aquellas que resultaron ser predictoras del estado nutricional por exceso de los niños, por antropometría, son solamente dos: la cantidad de alimento consumida valorada de forma subjetiva por los padres y la cantidad de horas que transcurren delante del televisor.

Todas las demás variables detectadas por los cuestionarios no resultaron estadísticamente significativas. Entonces, es interesante encontrar cómo el sobrepeso resulta relacionado más con las actividades sedentarias (particularmente con el hecho de mirar el televisor) que con la actividad física o deportiva, y con todas las otras variables sociodemográficas (título de estudio y ocupación de los padres, por ejemplo, que en otras encuestas nacionales resultan estadísticamente significativas).

6.3 Comparación entre los datos obtenidos en la fase inicial y final: la adecuación de la investigación-intervención

6.3.1 La intervención

Con base en los datos recopilados en la fase inicial, se propuso un diario semanal de la merienda (figura 2), con el objetivo de mejorar el consumo de la merienda de los niños en la escuela, orientando a éstos y dirigido hacia modelos nutricionalmente equilibrados.

Figura 2

El diario semanal de la merienda en la escuela



DIARIO SETTIMANALE DELLA MERENDA A SCUOLA



*Per una sana alimentazione ricorda di fare sempre una colazione adeguata
e di mangiare a merenda 2 volte a settimana frutta e verdura.*

Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì
<div style="font-size: x-small; margin-bottom: 5px;">Prodotto dolce o salato fatto in casa o dal fornaio + Acqua</div> 	<div style="font-size: x-small; margin-bottom: 5px;">Pane con olio o miele o marmellata Pane con vegetali + Acqua</div> 	<div style="font-size: x-small; margin-bottom: 5px;">Frutta o Ortaggi di Stagione o Macedonia o Insalata o panino vuoto + Acqua</div> 	<div style="font-size: x-small; margin-bottom: 5px;">Yogurt + Crackers o panino con marmellata o prosciutto o panino con vegetali + Acqua</div> 	<div style="font-size: x-small; margin-bottom: 5px;">Frutta o Ortaggi di Stagione o Macedonia o Insalata o panino vuoto + Acqua</div> 

Scuola Primaria: Classe:

El diario nace gracias al Proyecto de educación alimentaria “La fruta va a la escuela” de la Oficina de Educación para la Salud, distrito de Sciacca (AG), con la colaboración de la Asociación de las Políticas Agrícolas y Alimentarias (SOAT de Sciacca), y la asociación cultural “Empedocle”, de pediatras de Sciacca que operan como grupo de trabajo en todas las escuelas primarias de Sciacca, desde el 2009 y con vigencia hasta el momento.

El diario prevé el consumo de diversos alimentos a lo largo de una semana, superando la monotonía de las comidas o meriendas, que caracteriza frecuentemente la alimentación de los niños. La experiencia del diario semanal busca reforzar el sentido de las reglas que la escuela, como contexto educativo por excelencia, propone a los alumnos como objetivo de crecimiento educativo y psicológico. El diario se llevó por cinco meses, desde enero hasta mayo del 2018.

Al mismo tiempo que se aplicaba el diario, cada dos semanas del mes se registraban los niños que tomaban un refrigerio en clase, según lo previsto en el diario semanal (ver “Anexo 4”).

La intervención incluyó, además del diario, otras actividades en clase, en colaboración con las familias y los profesores:

- En el mes de febrero se organizó el primer desayuno en clase con el objetivo de resaltar la importancia del desayuno;
- En el mes de abril se organizó en clase la merienda con fruta de temporada y la transmisión de un video, para resaltar la importancia y los beneficios del consumo de la fruta por colores.

El desayuno en clase, realizado en colaboración con las familias, fue un desayuno sano y equilibrado con productos no industriales sino de horno.

La merienda en la escuela con fruta de estación (figura 3), se realizó proyectando un video sobre la fruta por colores, seguido de una discusión con los niños sobre la importancia de los beneficios de la fruta y verdura por colores. Para este fin, se aplicó a los niños el mismo cuestionario utilizado antes de la intervención, por lo tanto, fue posible comparar las variables no paramétricas de la fase pre-intervención y post-intervención, a través de la

aplicación del test chi cuadrado.

Figura 3

Dos momentos de la merienda en la escuela



El compartir como grupo esta experiencia, dio como resultado que los niños que normalmente no consumían fruta, la consumieran.

El objetivo de las sesiones relacionadas con el desayuno en clase y de la fruta en la merienda, fue sensibilizar a las familias, no solo a los niños, de la importancia del desayuno y de los beneficios de la fruta, porque los niños y los jóvenes de hoy tienden a saltar el desayuno y consumen poca fruta y

verdura, prefiriendo los bocadillos industriales con alto contenido calórico.

En la fase final, se examinaron los cambios que surgieron después de la intervención de educación alimentaria realizada con los participantes: implementar el diario semanal de la merienda, jornadas de sensibilización para una sana alimentación con la participación de las familias (desayuno en la escuela) y para aumentar el consumo de fruta como merienda en la escuela.

6.3.2 Los cambios en los hábitos alimentarios

Primero que nada, se evaluó el hábito de los niños de tomar el desayuno, analizando la diferencia entre los datos recopilados (pre y post-intervención).

Tabla 25

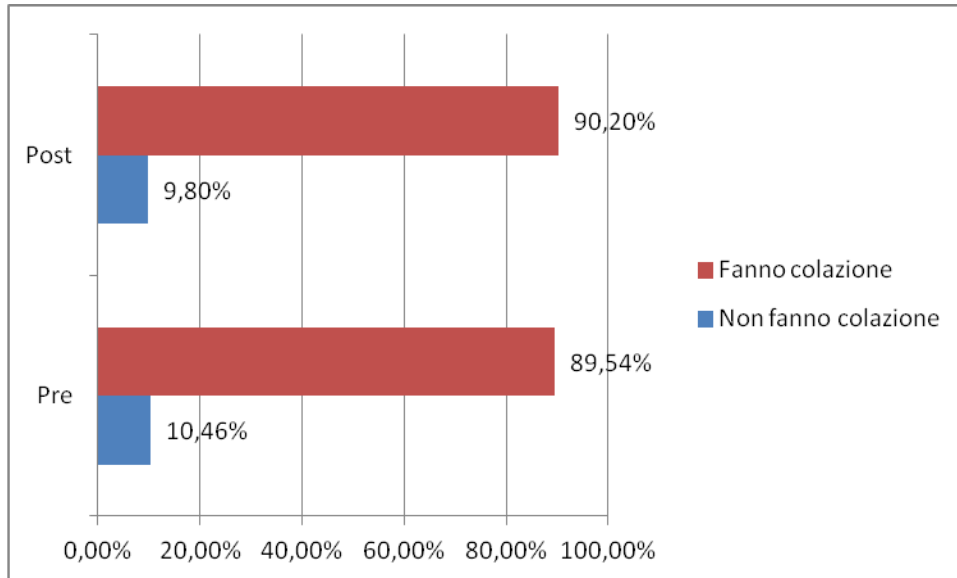
Distribución de las frecuencias de los niños que toman y no toman desayuno, antes y después de la intervención

	Pre		Post	
	Frecuencias	Porcentajes	Frecuencias	Porcentajes
No toman el desayuno	16	10,46%	15	9,80%
Toman el desayuno	137	89,54%	138	90,20%
Total	153	100%	153	100%

Nota: Elaboración propia.

Gráfico 28

Porcentaje de los niños que toman/no toman desayuno. Comparación entre la fase inicial y la fase final



Nota: Elaboración propia.

Analizando los datos, no se encontraron diferencias relevantes entre las dos encuestas (pre y post-intervención): de hecho, el porcentaje de niños que toman desayuno es bastante alto tanto al inicio (89,54%) como después de la intervención (90,20%) (tabla 26 y gráfico 31). Existe entonces un 10% de niños que continua sin tomar el desayuno por la mañana antes de ir a la escuela, a pesar de la intervención realizada.

También se evaluó la calidad de los alimentos consumidos, para observar si efectivamente los hábitos alimentarios cambiaron.

Tabla 26

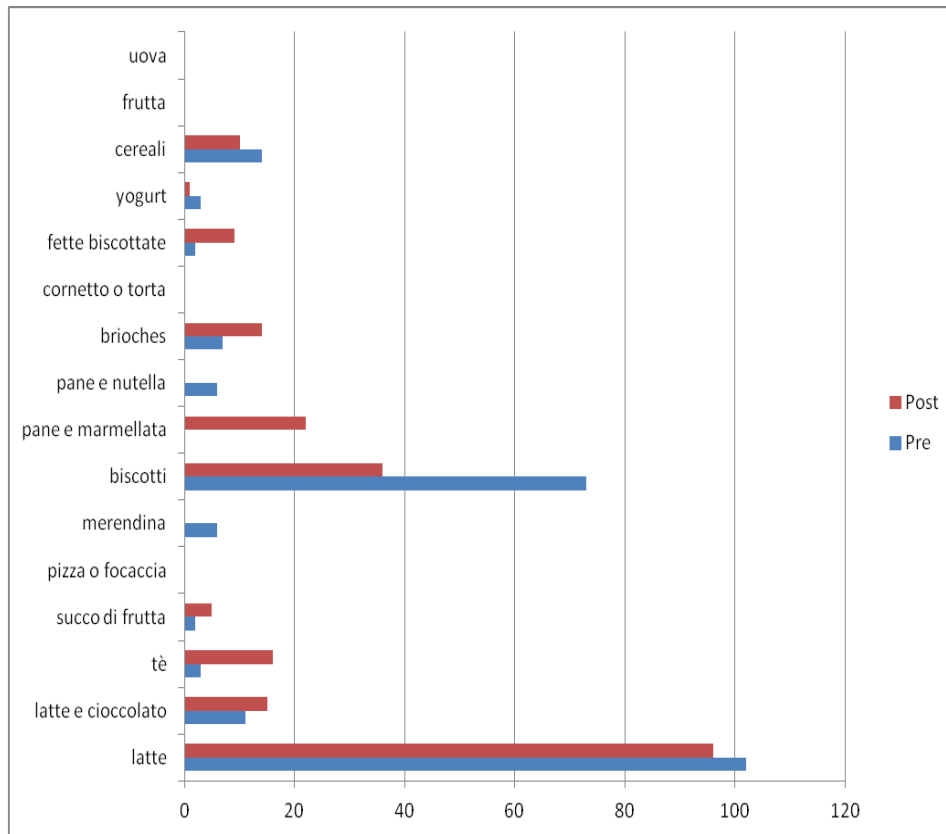
Distribución de las frecuencias y de los porcentajes de alimentos consumidos por los niños en el desayuno antes y después de la intervención

	Pre		Post	
	Frecuencias	Porcentajes	Frecuencias	Porcentajes
Leche	102	66,67%	96	62,75%
Leche y chocolate	11	7,19%	15	9,80%
Tè	3	1,96%	16	10,46%
Zumo de fruta	2	1,31%	5	3,27%
Pizza o focaccia	0	0,00%	0	0,00%
Bocadillo industrializado	6	3,92%	0	0,00%
Galletas	73	47,71%	36	23,53%
Pan y mermelada	0	0,00%	22	14,38%
Pan y nutella	6	3,92%	0	0,00%
Pan dulce	7	4,58%	14	9,15%
Croasán o sandwich	0	0,00%	0	0,00%
Pan tostado	2	1,31%	9	5,88%
Yogurt	3	1,96%	1	0,65%
Cereales	14	9,15%	10	6,54%
Fruta	0	0,00%	0	0,00%
Huevo	0	0,00%	0	0,00%

Nota: Elaboración propia.

Gráfico 29

Qué cosa comen los niños en el desayuno: comparación entre la fase inicial y la fase final



Nota: Elaboración propia.

Algunos cambios parecen haber ocurrido a nivel “cualitativo”, es decir, al comparar qué comen los niños antes y después de la intervención (tabla 27 y gráfico 32): en particular, se observa que aumentó el consumo de té y pan tostado, mientras que disminuyó mucho el consumo de galletas y aproximadamente el 15% de los niños empezaron a consumir pan y mermelada, mientras que al inicio ninguno los consumía.

La tabla de contingencia y el chi cuadrado muestran con mayor claridad las diferencias encontradas entre los datos recopilados antes y después de la intervención.

Tabla 27

Tabla de contingencia y cálculo de chi cuadrado para la comparación entre la calidad del desayuno antes y después de la intervención.

Tabla de contingencia Evaluación desayuno pre * Evaluación desayuno post

Recuento

		Evaluación desayuno post		Total
		No adecuado	Adecuado	
Evaluación desayuno pre	No adecuado	41	23	64
	Adecuado	19	70	89
Total		60	93	153

Chi-cuadrado

	Valor	df	Sig. asint. (2 vie)	Sig. exacta (2 vie)	Sig. exacta (1 via)
Chi-cuadrado de Pearson	28,495 ^a	1	,000		
Corrección de continuidad ^b	26,731	1	,000		
Relación de probabilidad	29,039	1	,000		
Test exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal-lineal	28,309	1	,000		
N. de casos válidos	153				

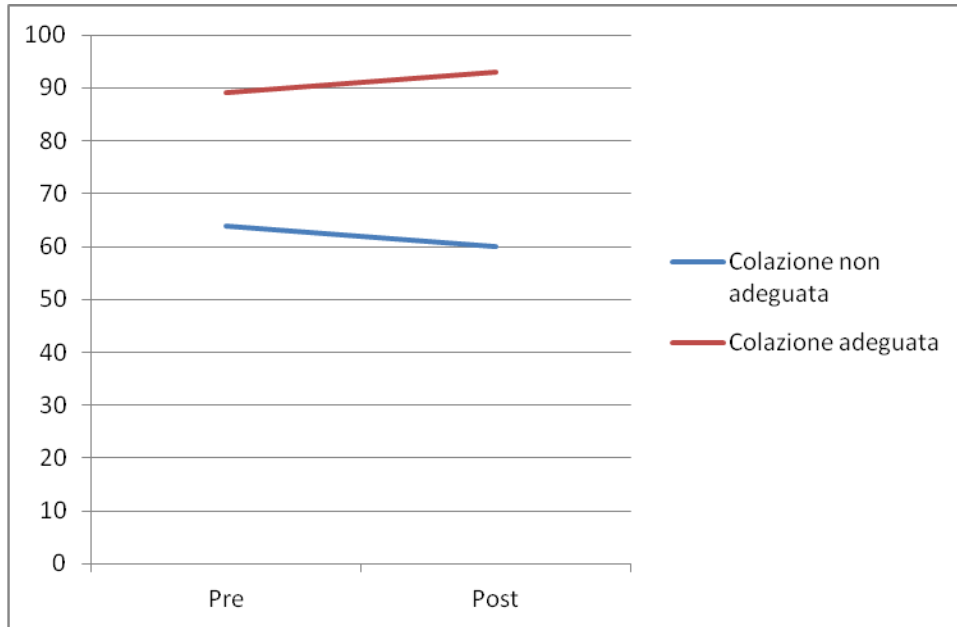
a. 0 celdas (0,0%) tienen un recuento esperado menor a. El recuento esperado mínimo es de 25,10.

b. Calculado solo para una tabla 2x2

Nota: Elaboración propia.

Gráfico 30

Comparación entre la cantidad de niños que toman un desayuno adecuado/no adecuado antes y después de la intervención



Nota: Elaboración propia.

Por lo tanto, incluso si no aumentó significativamente el número de niños que toman el desayuno por la mañana, cambió la calidad de éste. (tabla 28 y gráfico 33).

Se hizo también la comparación de los datos sobre la merienda, recopilados antes y después de la intervención de educación alimentaria.

Tabla 28

Distribución de las frecuencias y de los porcentajes de alimentos consumidos por los niños en la merienda antes y después de la intervención

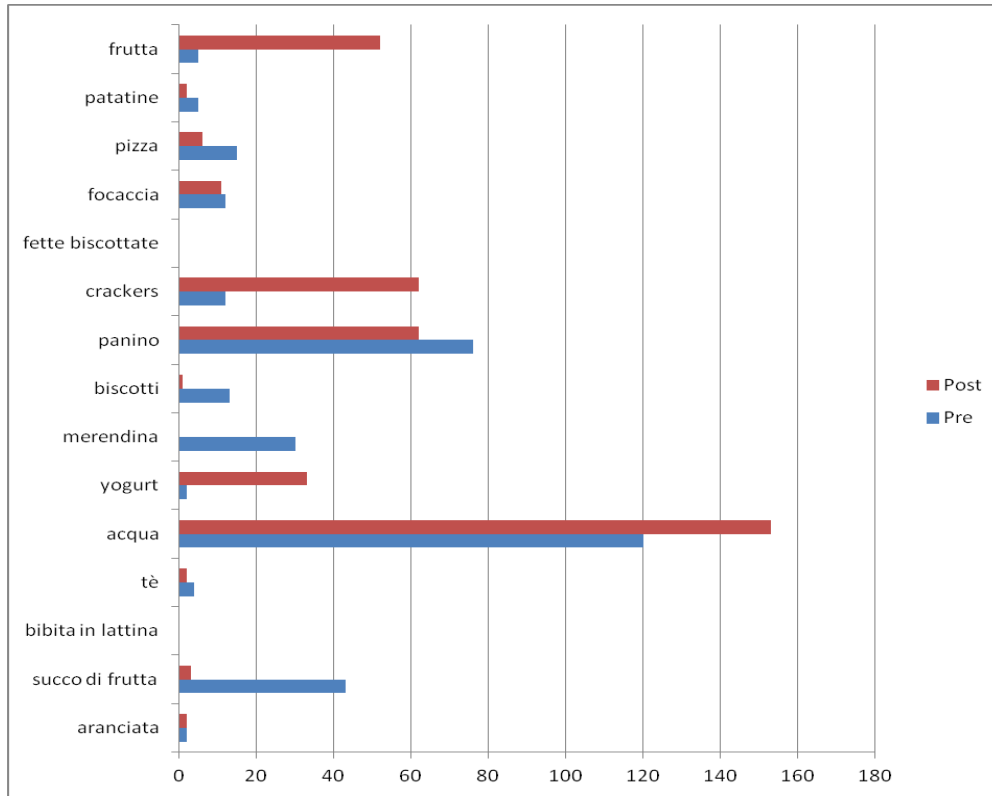
	Pre		Post	
	Frecuencias	Porcentajes	Frecuencias	Porcentajes
Naranja	2	1,31%	2	1,31%
Zumo de fruta	43	28,10%	3	1,96%
Bebida en lata	0	0,00%	0	0,00%
Tè	4	2,61%	2	1,31%
Agua	120	78,43%	153	100,00%
Yogurt	2	1,31%	33	21,57%
Bocadillo industrializado	30	19,61%	0	0,00%
Galletas	13	8,50%	1	0,65%
Sandwich	76	49,67%	62	40,52%
Galletas saladas	12	7,84%	62	40,52%
Pan tostado	0	0,00%	0	0,00%
Focaccia	12	7,84%	11	7,19%
Pizza	15	9,80%	6	3,92%
Papitas fritas	5	3,27%	2	1,31%
Fruta	5	3,27%	52	33,99%
Total	339		389	

Nota: Elaboración propia.

En cuanto a la merienda, en la fase post intervención, todos los niños declararon tomar la merienda en la escuela, mientras que en la primera fase se encontró que dos niños de la muestra no la tomaban. Al investigar si hubo cambios en el tipo de merienda consumida, se encontraron datos muy interesantes y dignos de nota en la presente investigación: muchos niños empezaron a consumir fruta, crackers y yogurt, en lugar de bocadillos industrializados, galletas y jugos de fruta (tabla 29 y gráfico 34).

Gráfico 31

Qué cosa comen los niños en la merienda: comparación entre la fase inicial y la fase final



Nota: Elaboración propia.

La tabla de contingencia y el chi cuadrado muestran con mayor claridad las diferencias entre los datos recopilados antes y después de la intervención.

Tabla 29

Tabla de contingencia y cálculo del chi cuadrado para la comparación entre qué tan adecuada es la merienda antes y después de la intervención

Tabla de contingencia Evaluación merienda pre * Evaluación merienda post

Recuento

		Evaluación merienda post		Total
		No adecuada	Adecuada	
Evaluación merienda pre	No adecuada	8	98	106
	Adecuada	3	44	47
Total		11	142	153

Nota: Elaboración propia.

Chi-cuadrado

	Valor	df	Sig. asint. (2 vie)	Sig. exacta (2 vie)	Sig. exacta (1 via)
Chi-cuadrado de Pearson	,066 ^a	1	,797		
Corrección de continuidad ^b	,000	1	1,000		
Relación de probabilidad	,068	1	,795		
Test exacto de Fisher				1,000	,548
Asociación lineal-lineal	,066	1	,798		
N. de casos válidos	153				

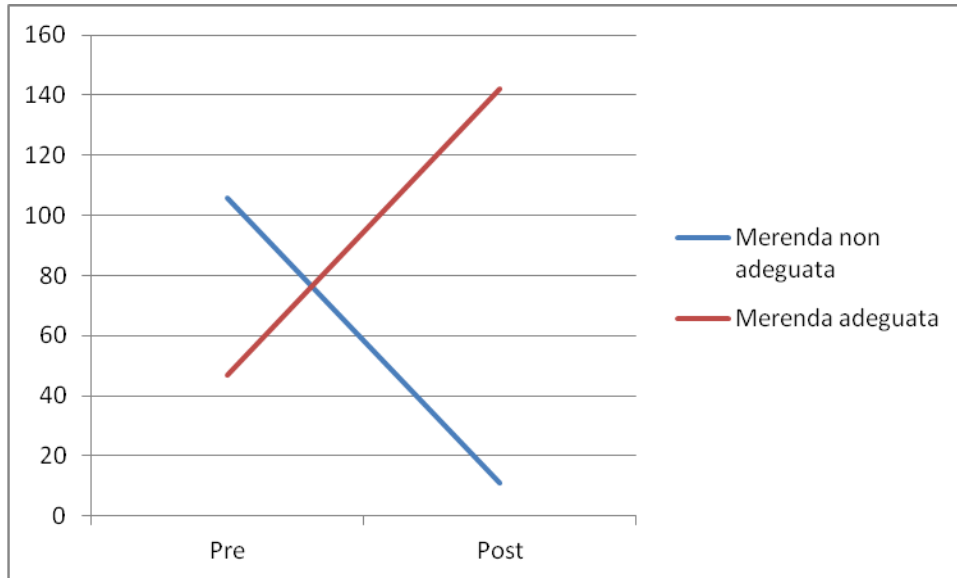
a. 1 celda (25,0%) tienen un recuento esperado menor a. El recuento esperado mínimo es de 3,38.

b. Calculado solo para una tabla 2x2

Nota: Elaboración propia.

Gráfico 32

Comparación entre la cantidad de niños que toman una merienda adecuada/no adecuada antes y después de la intervención



Nota: Elaboración propia.

Resulta que casi todos los niños, en la fase final, toman una merienda adecuada (142 de 153), mientras que en la fase inicial eran solo 47 (tabla 30 y gráfico 35).

También se recopilaron datos antes y después de la intervención sobre el hábito de tomar un bocadillo por la noche antes de ir a dormir.

Tabla 30

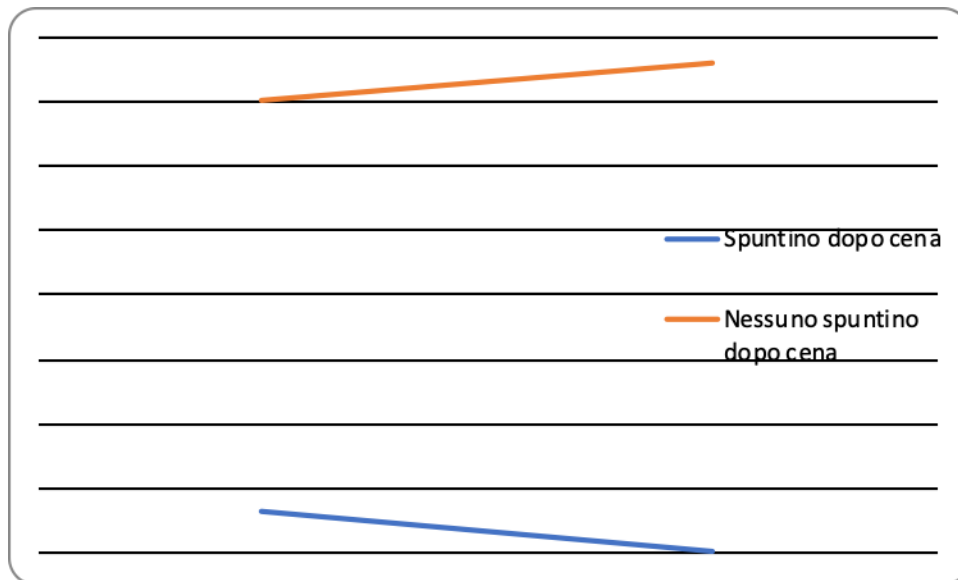
Comparación entre las distribuciones de las frecuencias y de los porcentajes de los niños que comen algo por las noches después de la cena, antes y después de la intervención

	Pre		Post	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Come algo después de la cena	13	8,50%	1	0,65%
No come después de la cena	140	91,50%	152	99,35%
Total	153	100,00%	153	100,00%

Nota: Elaboración propia.

Gráfico 33

Comparación entre la cantidad de niños que toman/no toman un tentempié después de la cena, antes y después de la intervención



Nota: Elaboración propia.

En cuanto al hábito de tomar un tentempié por la noche después de la cena, al finalizar la intervención este hábito parece desaparecer; de hecho, solo una niña declara comer algo también por las noches antes de irse a la cama (tabla 31 y gráfico 36).

6.3.3 El uso del tiempo de los niños: los cambios en las actividades sedentarias

A continuación se comparan los datos recopilados en la fase inicial con respecto a las actividades sedentarias, con los datos recopilados en la fase final, es decir, después de la intervención de educación alimentaria, con el fin de resaltar los cambios que surgieron y, por lo tanto, la eficacia de la intervención.

Un aspecto importante que se detectó en cuanto al uso del tiempo de los niños fue la cantidad de éste dedicado a la televisión, y el resultado fue además un factor de predicción del sobrepeso y del riesgo de obesidad en los niños.

Tabla 31

Tabla de contingencia y cálculo del chi cuadrado para la comparación entre el hábito de mirar el televisor por la mañana antes y después de la intervención

Tabla de contingencia Esta mañana ¿Has mirado el televisor? * Esta mañana ¿Has mirado el televisor?

		Esta mañana ¿Has mirado el televisor? (fase POST)		Total
		No	Si	
Esta mañana ¿Has mirado el televisor? (fase PRE)	No	60	11	71
	Si	32	50	82
Total		92	61	153

Chi-cuadrado

	Valor	df	Sig. asint. (2 vie)	Sig. exacta (2 vie)	Sig. exacta (1 via)
Chi-cuadrado de Pearson	32,835 ^a	1	,000		
Corrección de continuidad ^b	30,965	1	,000		
Relación de probabilidad	34,860	1	,000		
Test exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal –lineal	32,620	1	,000		
N. de casos válidos	153				

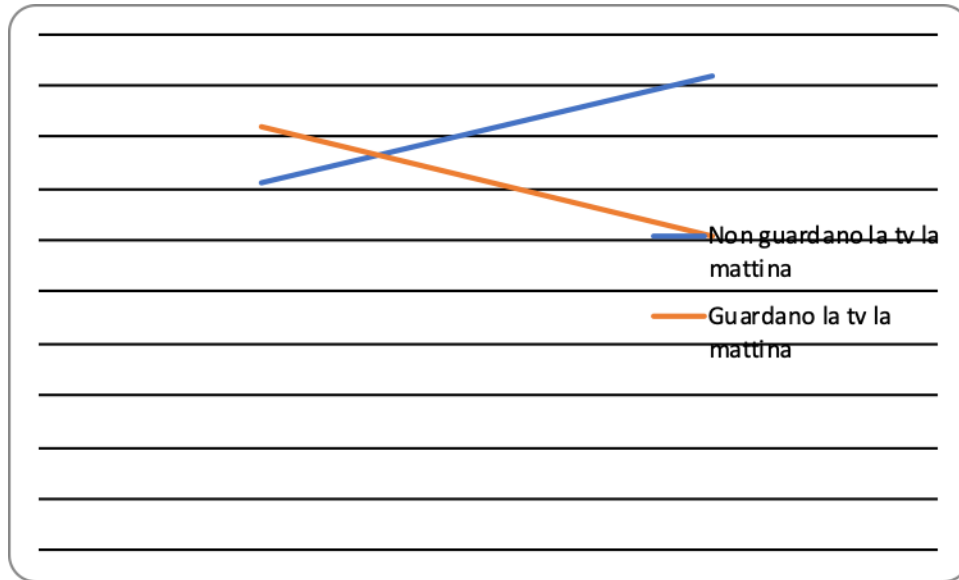
a. 0 celdas (0,0%) tienen un recuento esperado menor a 5. El recuento esperado mínimo es de 28,31.

b. Calculado solo para una tabla 2x2

Nota: Elaboración propia.

Gráfico 34

Comparación entre la cantidad de niños que miran/no miran el televisor por la mañana, antes y después de la intervención



Nota: Elaboración propia.

Mirar el televisor en la mañana antes de ir a la escuela es un hábito que una parte de la muestra de niños abandonó: mientras que en la fase pre-intervención, son 82 de 153 los niños que miraban el televisor, en la post-intervención se observa que son 61 los niños que miran el televisor por la mañana (tabla 32 y gráfico 37) y dicha diferencia es estadísticamente significativa.

También se evaluó el hábito de mirar el televisor por las tardes.

Tabla 32

Tabla de contingencia y cálculo del chi cuadrado para la comparación entre el hábito de mirar el televisor por la tarde antes y después de la intervención

Tabla de contingencia Ayer por la tarde ¿Has mirado el televisor? * Ayer por la tarde ¿Has mirado el televisor?

Recuento

		Ayer por la tarde ¿Has mirado el televisor? (fase POST)		Total
		No	Si	
Ayer por la tarde ¿Has mirado el televisor? (fase PRE)	No	29	15	44
	Si	74	35	109
Total		103	50	153

Chi-cuadrado

	Valor	df	Sig. asint. (2 vie)	Sig. exacta (2 vie)	Sig. exacta (1 via)
Chi-cuadrado de Pearson	,056 ^a	1	,813		
Corrección de continuidad ^b	,002	1	,963		
Relación de probabilidad	,056	1	,813		
Test exacto de Fisher				,850	,478
Asociación lineal-lineal	,056	1	,814		
N. de casos válidos	153				

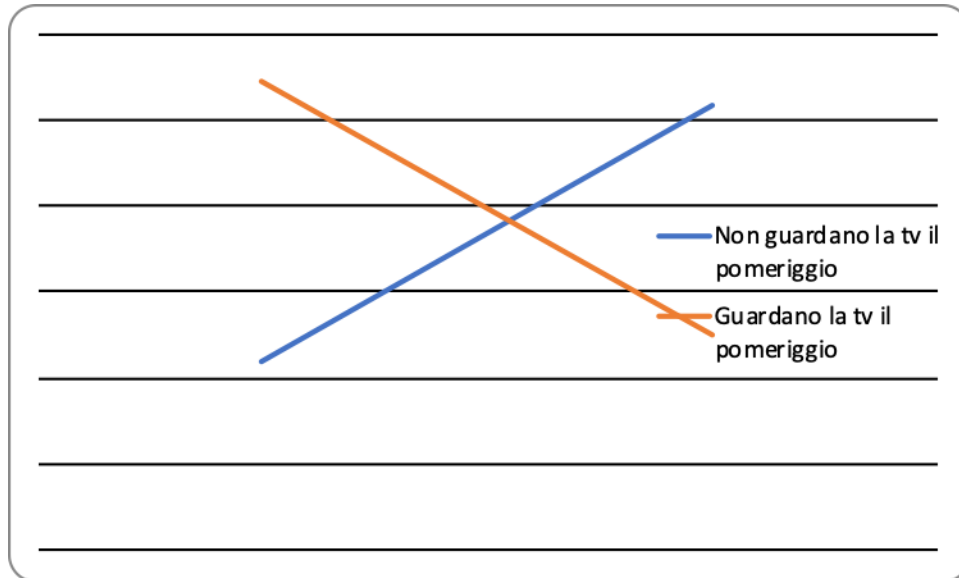
a. 0 celdas (0,0%) tienen un recuento esperado menor a 5. El recuento esperado mínimo es de 14,38.

b. Calculado solo para una tabla 2x2

Nota: Elaboración propia.

Gráfico 35

Comparación entre la cantidad de niños que miran/no *mirar el televisor por la tarde antes y después de la intervención*



Nota: Elaboración propia.

En cuanto al hábito de mirar el televisor por la tarde, se observa un cambio (aunque no estadísticamente significativo) entre las dos encuestas (antes y después de la intervención), pues, en la primera fase 109 niños la miraban, mientras después, solo 50 lo hace (tabla 33 y gráfico 38).

Finalmente, se analizó el hábito de mirar el televisor por las noches.

Tabla 33

Tabla de contingencia y cálculo del chi cuadrado para la comparación entre el hábito de mirar el televisor por la noche antes y después de la intervención

Tabla de contingencia Ayer después de la cena ¿Has mirado el televisor? * Ayer después de la cena ¿Has mirado el televisor?

Recuento

		Ayer después de la cena ¿Has mirado el televisor? (fase POST)		Total
		No	si	
Ayer después de la cena ¿Has mirado el televisor? (fase PRE)	No	2	39	41
	Si	31	81	112
Total		33	120	153

Chi-cuadrado

	Valor	df	Sig. asint. (2 vie)	Sig. exacta (2 vie)	Sig. exacta (1 via)
Chi-cuadrado de Pearson	9,223 ^a	1	,002		
Corrección de continuidad ^b	7,925	1	,005		
Relación de probabilidad	11,428	1	,001		
Test exacto de Fisher				,002	,001
Asociación lineal-lineal	9,163	1	,002		
N. de casos válidos	153				

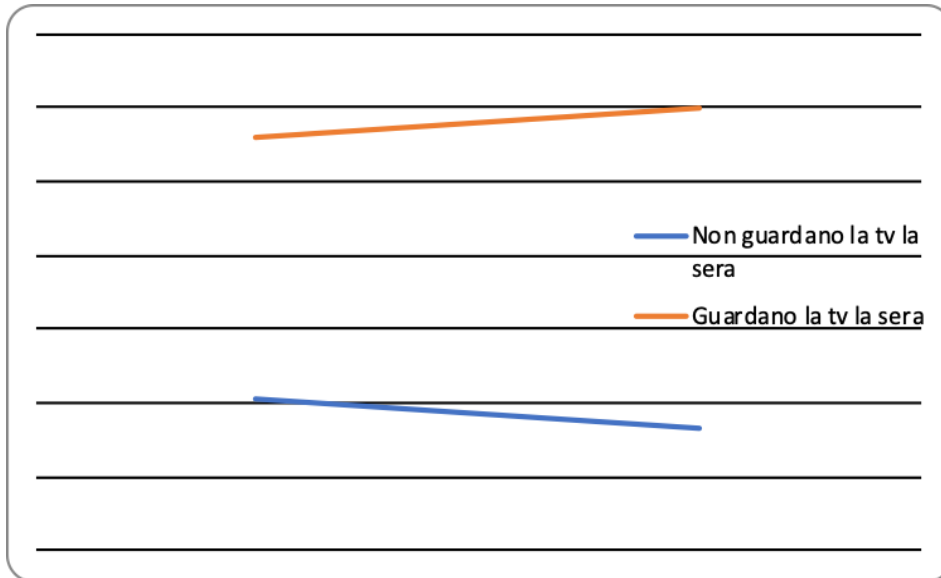
a. 0 celdas (0,0%) tienen un recuento esperado menor a 5. El recuento esperado mínimo es de 8,84.

b. Calculado solo para una tabla 2x2

Nota: Elaboración propia.

Gráfico 36

Comparación entre la cantidad de niños que miraron/no miraron el televisor por la noche antes y después de la intervención



Nota: Elaboración propia.

La diferencia entre los niños que miran el televisor por la noche en las dos fases (pre y post intervención) resultó estadísticamente significativa (tabla 34 y gráfico 39), pero aumentó el número de los niños que la miran de 112 a 120 sobre el total de 153 niños.

Otro de los comportamientos sedentarios que se evaluó antes y después de la intervención fue el hábito de jugar con videojuegos o con el ordenador. Este hábito se evaluó tanto por las tardes como por las noches.

Tabla 34

Tabla de contingencia y cálculo del chi cuadrado para la comparación entre el hábito de jugar con videojuegos por las tardes antes y después de la intervención

Tabla de contingencia Ayer por la tarde ¿Has jugado con videojuegos o con juegos en el ordenador? *

Ayer por la tarde ¿Has jugado con videojuegos o con juegos en el ordenador?

Recuento

	Ayer por la tarde ¿Has jugado con videojuegos o con juegos en el ordenador? (fase POST)		Total
	No	si	
Ayer por la tarde ¿Has jugado con videojuegos o con juegos en el ordenador? (Fase PRE) no	88	15	103
si	34	16	50
Total	122	31	153

Chi-cuadrado

	Valor	df	Sig. asint. (2 vie)	Sig. exacta (2 vie)	Sig. exacta (1 via)
Chi-cuadrado de Pearson	6,335 ^a	1	,012		
Corrección de continuidad ^b	5,301	1	,021		
Relación de probabilidad	6,037	1	,014		
Test exacto de Fisher				,018	,012
Asociación lineal-lineal	6,293	1	,012		
N. de casos válidos	153				

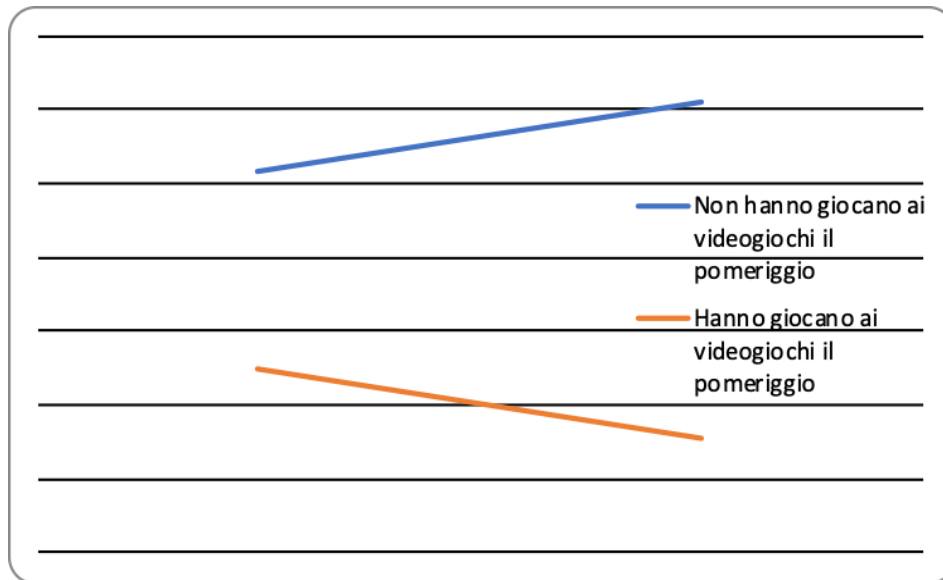
a. 0 celdas (0,0%) tienen un recuento esperado inferior a 5. El recuento esperado mínimo es de 10,13.

b. Calculado solo para una tabla 2x2

Nota: Elaboración propia.

Gráfico 37

Comparación entre la cantidad de niños que juegan/no juegan videojuegos por las tardes, antes y después de la intervención



Nota: Elaboración propia.

El número de niños que juega con videojuegos y con el ordenador por las tardes disminuyó después de la intervención (pasando de 50 a 31) y dicha diferencia resultó estadísticamente significativa (tabla 35 y gráfico 40).

Tabla 35

Tabla de contingencia y cálculo del chi cuadrado para la comparación entre el hábito de jugar videojuegos por la noche, antes y después de la intervención

Tabla de contingencia Ayer después de la cena ¿Has jugado con videojuegos o con juegos en el ordenador? * Ayer después de la cena ¿Has jugado con videojuegos o con juegos en el ordenador?

Recuento

	Ayer después de la cena ¿Has jugado con videojuegos o con juegos en el ordenador?		Total
	No	si	
Ayer después de la cena ¿Has jugado con videojuegos o con juegos en el ordenador? no	122	1	123
si	30	0	30
Total	152	1	153

Chi-cuadrado

	Valor	df	Sig. asint. (2 vie)	Sig. exacta (2 vie)	Sig. exacta (1 via)
Chi-cuadrado de Pearson	,246 ^a	1	,620		
Corrección de continuidad ^b	,000	1	1,000		
Relación de probabilidad	,438	1	,508		
Test exacto de Fisher				1,000	,804
Asociación lineal-lineal	,244	1	,621		
N. de casos válidos	153				

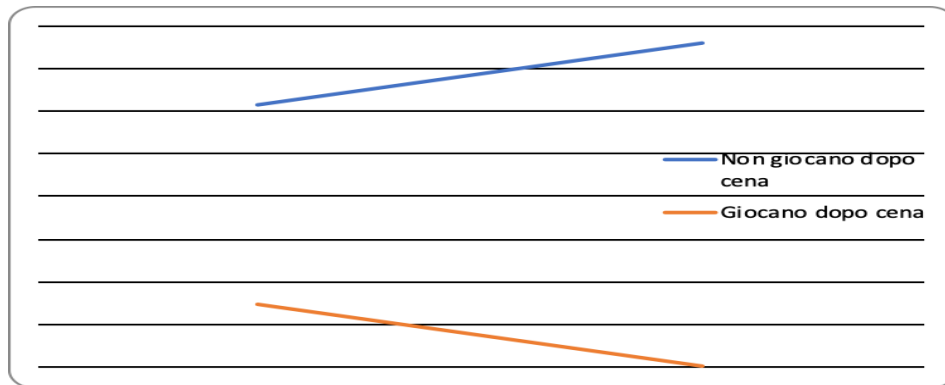
a. 2 celdas (50,0%) tienen un recuento esperado menor a 5. El recuento esperado mínimo es de 20.

b. Calculado solo para una tabla 2x2

Nota: Elaboración propia.

Gráfico 38

Comparación entre la cantidad de niños que juegan/no juegan con videojuegos la por la noche, antes y después de la intervención



Nota: Elaboración propia.

En cuanto al hábito de jugar con videojuegos o con el ordenador en la noche después de la cena, se observa que dicho hábito casi desapareció después de la intervención, pasando de 30 a un solo niño sobre el total de 153 de la muestra (tabla 36 y gráfico 41); por lo tanto, la intervención tuvo un notable efecto en cuanto a este hábito, que se considera poco saludable (Roda, Cabrera Silvina, Campisi y Amato, 2016).

La presente investigación tuvo como objetivo mejorar los hábitos alimentarios de los niños que participaron en ella, sin embargo, en el futuro sería interesante continuar con la investigación evaluando si también existe una mejoría en el estado nutricional.

6.3.4 El uso del tiempo de los niños: los cambios en la actividad física

En cuanto al uso del tiempo de los niños, se evaluaron además de los comportamientos sedentarios, los comportamientos saludables, como jugar al aire libre, la actividad deportiva y el ir a la escuela a pie.

Primero, se evaluó el hábito de jugar al aire libre por las tardes, considerado como una actividad que contrarresta el riesgo de la obesidad, siendo una alternativa a los comportamientos sedentarios, además de serlo posiblemente, al consumo de alimentos, que estando en casa pudiera suceder con mayor frecuencia, incluso mirando el televisor.

Tabla 36

Tabla de contingencia y cálculo del chi cuadrado para la comparación entre el hábito de jugar al aire libre por las tardes, antes y después de la intervención

Tabla de contingencia Ayer por la tarde ¿Has jugado al aire libre? * Ayer por la tarde ¿Has jugado al aire libre?

Recuento

		Ayer por la tarde ¿Has jugado al aire libre?		Total
		no	si	
Ayer por la tarde ¿Has jugado al aire libre?	no	72	39	111
	si	37	5	42
Total		109	44	153

Chi-cuadrado

	Valor	Df	Sig. asint. (2 vie)	Sig. exacta (2 vie)	Sig. exacta (1 via)
Chi-cuadrado de Pearson	8,026 ^a	1	,005		
Corrección de continuidad ^b	6,932	1	,008		
Relación de probabilidad	9,012	1	,003		
Test exacto de Fisher				,005	,003
Asociación lineal-lineal	7,974	1	,005		

N. de casos válidos	153				
---------------------	-----	--	--	--	--

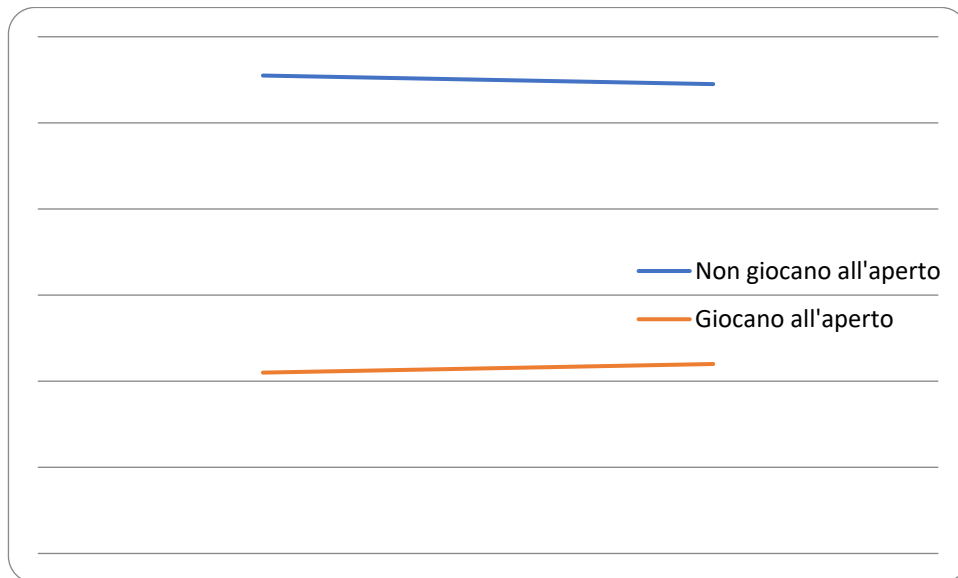
a. 0 celdas (0,0%) tienen un recuento esperado menor a 5. El recuento esperado mínimo es de 12,08.

b. Calculado solo para una tabla 2x2

Nota: Elaboración propia.

Gráfico 39

Comparación entre la cantidad de niños que juegan/no juegan al aire libre, antes y después de la intervención



Nota: Elaboración propia.

Después de la intervención de sensibilización y de educación respecto a la sana alimentación, aumentó el número de niños que juegan al aire libre; las diferencias resultaron estadísticamente significativas (tabla 37 y gráfico 42). Una simple intervención de sensibilización causó un efecto importante en los comportamientos relacionados estrechamente con la salud física de los niños, esto debido a que se logró involucrar a los padres y a los profesores además de los niños.

Se encontró que tanto el juego al aire libre como el practicar algún deporte son comportamientos de gran importancia como factores de prevención y contra el riesgo de obesidad infantil.

Tabla 37

Tabla de contingencia y cálculo del chi cuadrado para la comparación entre el hábito de hacer deporte por la tarde, antes y después de la intervención

Tabla de contingencia Ayer por la tarde ¿Has realizado algún deporte? * Ayer por la tarde ¿Has realizado algún deporte?

Recuento

	Ayer por la tarde ¿Has realizado algún deporte?		Total	
	no	Si		
Ayer por la tarde ¿Has realizado algún deporte?	no	38	29	67
	si	10	76	86
Total		48	105	153

Chi-cuadrado

	Valore	df	Sig. asint. (2 vie)	Sig. exacta (2 vie)	Sig. exacta (1 via)
Chi-cuadrado de Pearson	35,560 ^a	1	,000		
Corrección de continuidad ^b	33,497	1	,000		
Relación de probabilidad	36,853	1	,000		
Test exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal –lineal	35,328	1	,000		
N. de casos válidos	153				

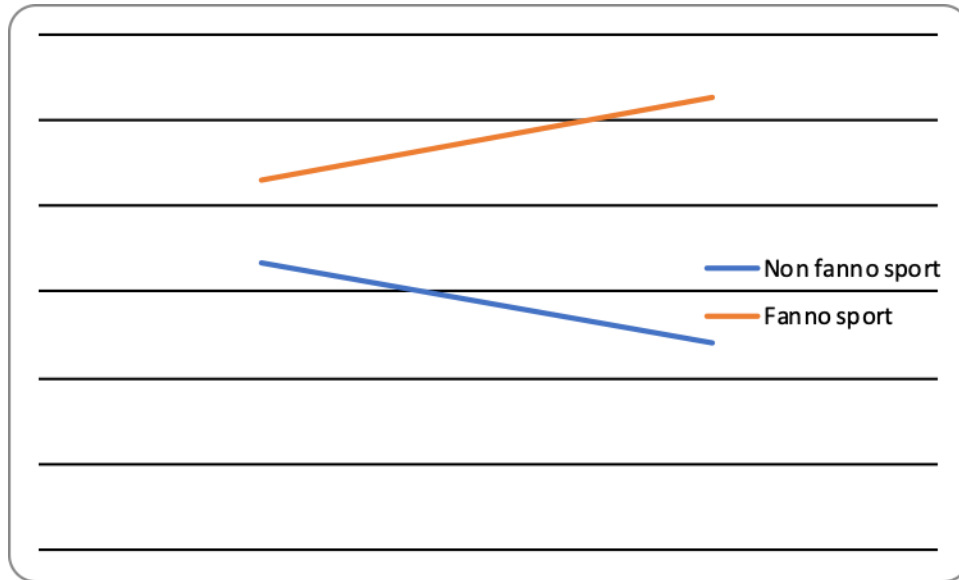
a. 0 celdas (0,0%) tienen un recuento esperado inferior a 5. El recuento esperado mínimo es de 21,02.

b. Calculado solo para una tabla 2x2

Nota: Elaboración propia.

Gráfico 40

Comparación entre la cantidad de niños que hacen/no hacen deporte, antes y después de la intervención



Nota: Elaboración propia.

También en este caso, como en el caso de realizar actividades al aire libre, después de la intervención de sensibilización y de educación alimentaria, aumentó el número de niños que practican deporte y las diferencias resultaron ser estadísticamente significativas (tabla 38 y gráfico 43).

Por último, se evaluó la forma en la cual los niños se dirigen a la escuela diariamente (a pie, con el automóvil, con el autobús escolar).

Tabla 38 *Tabla de contingencia y cálculo del chi cuadrado para la comparación entre la cantidad de niños que van a la escuela en automóvil, a pie o en autobús escolar, antes y después de la intervención*

Tabla de contingencia Esta mañana ¿Cómo has venido a la escuela? * Esta mañana ¿Cómo has venido a la escuela?

Recuento

		Esta mañana ¿Cómo has venido a la escuela?			Total
		En autobús	Automóvil	A pie	
Esta mañana ¿Cómo has venido a la escuela?	En autobús	4	3	0	7
	Automóvil	2	135	0	137
	A pie	0	5	4	9
Total		6	143	4	153

Chi-cuadrado

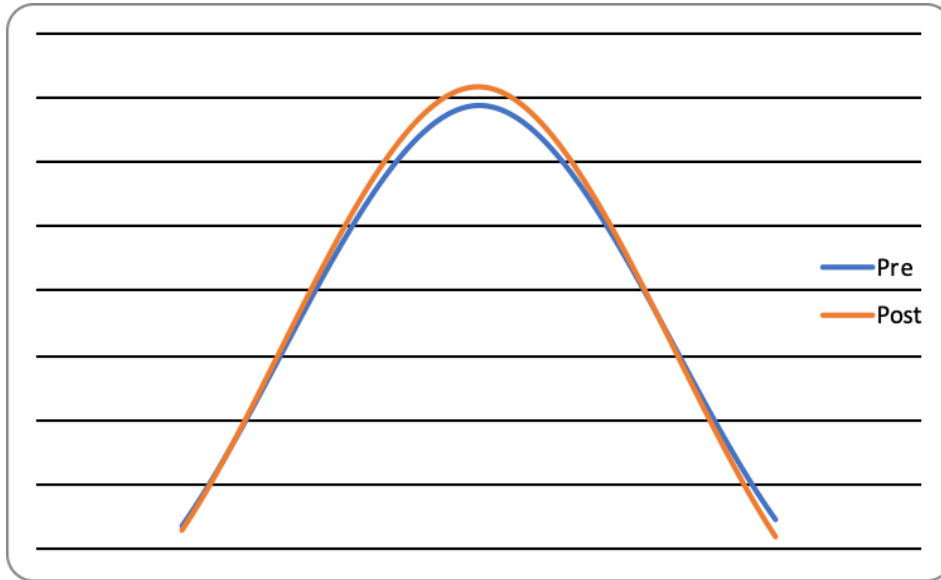
	Valor	df	Sig. asint. (2 vie)
Chi-cuadrado de Pearson	120,710 ^a	4	,000
Relación de probabilidad	44,545	4	,000
Asociación lineal-lineal	61,459	1	,000
N. de casos válidos	153		

a. 5 celdas (55,6%) tienen un recuento esperado menor a 5. El recuento esperado mínimo es de 18.

Nota: Elaboración propia.

Gráfico 41

Comparación entre la cantidad de niños que van a la escuela en automóvil, a pie o con el autobús escolar, antes y después de la intervención



Nota: Elaboración propia.

Finalmente, la forma de llegar a la escuela (a pie, en automóvil, en autobús escolar) cambia, pero aumentando el uso del automóvil (137 vs. 143) y disminuye el hábito de llegar a pie, pasando de 9 a 4 niños que llegan a la escuela caminando (tabla 39 y gráfico 41). En efecto, este hábito no se trató durante la intervención, ni a través de una discusión ni de alguna otra manera. Se trata de un hábito complejo, que implica cambios en la organización familiar, que debe tomar en cuenta el tiempo necesario para recorrer la distancia casa-escuela y escuela-casa y que, en conclusión, necesitaría una intervención específica de tipo social y comunitario que involucre a toda la cuadra, la organización de islas peatonales, de barreras arquitectónicas, de servicios de policía municipal, etc., que proporcionen la seguridad necesaria para los trayectos que los niños pequeños recorren a pie.

Tercera Parte
DISCUSIÓN, CONCLUSIONES, LIMITES Y PROSPECTIVA

CAPÍTULO VII

Discusión de los resultados

Esta investigación-intervención tuvo como fin general el promover una mejora en la alimentación de los niños a través de la toma de conciencia de los hábitos alimentarios inadecuados relacionados con el desayuno y el consumo de la merienda en la escuela, así como el uso del tiempo libre a favor de las actividades deportivas y al aire libre, contrarrestando comportamientos sedentarios (como ver el televisor, el uso del ordenador y de los videojuegos), que están asociados con el sobrepeso, ya sea porque limitan el gasto de energía o porque favorecen el consumo de alimentos industrializados mientras se realizan dichas actividades (Vader, Walters, Harris y Hoelscher, 2009; Larson, Miller, Watts, Story y Neumark-Sztainer, 2016).

Tratándose de investigación-intervención, fueron previstas distintas fases y objetivos específicos para cada fase. La primera fase tenía objetivos de conocimiento, a través de la aplicación de un cuestionario en la escuela a los niños de las segundas clases y de otro cuestionario a sus padres. A pesar de

que en esta fase prevalecían objetivos de investigación, se puso la atención sobre el argumento y se inició la reflexión, por lo que es posible decir, en coherencia con otras experiencias de *action research* de la literatura científica sobre el tema (Lewin, 1951; Minardi y Cifiello, 2005; Lavanco y Romano, 2006), que el hecho de contestar el cuestionario tuvo un cierto efecto sobre los participantes a la investigación, ya que estos fueron invitados a la reflexión y a la conciencia sobre determinados temas.

Se trata de una intervención de prevención primaria, dirigida a toda la población escolar de un contexto específico, y no solo a aquellos que podrían ser considerados en riesgo.

Con base en los datos que surgieron en esta primera fase, se llevó a cabo la intervención de educación alimentaria en la escuela, involucrando a los profesores, expertos externos, padres de familia y alumnos. Al final de dicha intervención, el aplicar el mismo cuestionario permitió evaluar la eficacia de la intervención y valorar los cambios en los hábitos alimentarios y en los comportamientos sedentarios, que se obtuvieron después de la experiencia educativa compartida de promover un estilo de vida sano, del consumo de fruta, etc.

Se propusieron nuevas formas de realizar la merienda y se proporcionó tanto a los niños como a sus padres, información relacionada con un estilo de vida saludable.

En este capítulo se discutirán los resultados de la investigación, comparándolos con lo que se ha encontrado en otras investigaciones sobre el mismo tema y con la literatura científica sobre el tema.

Además, se resaltarán los límites de la investigación, así como las perspectivas para investigaciones futuras y los puntos importantes para intervenir de manera eficaz en la promoción de estilos de vida sanos que contrarresten el sobrepeso en los niños.

7.1 Estado nutricional de los escolares: entre la objetividad y la percepción de los padres

En cuanto al estado ponderal de los niños que participaron a nuestra investigación, seguramente no podemos hablar de datos alentadores, ya que casi el 40% de los niños resulta con sobrepeso, de los cuales aproximadamente el 20% se acerca a la condición de obesidad. Los porcentajes reflejan los promedios regionales, ya que en Sicilia el problema de la obesidad y del sobrepeso en los niños está más extendido respecto al resto de Italia (Nardone et ál., 2018).

Solamente un poco más de la mitad de los niños intervenidos en el estudio tenía un peso ideal y un pequeño porcentaje (5,23%) resultó con bajo peso. En estos porcentajes, es evidente la diferencia entre niños y niñas en cuanto a los niños con bajo peso: de hecho, resultan en total 8 de los cuales 7 son niñas y solo 1 niño. En cambio, entre los niños que tienen sobrepeso, hay una distribución homogénea en cuanto al género.

Diversos estudios han demostrado que no siempre los padres reconocen que su propio hijo se encuentra en sobrepeso, es difícil para ellos reconocer un exceso de peso en su hijo (Huang, Becerra, Oda, Walker, Xu, Donohue, Chen, Curbelo y Breslow, 2007) y esto es a su vez un factor de riesgo que aumenta la prevalencia exceso de peso y contribuye negativamente en el éxito de las intervenciones terapéuticas realizadas (Miranda-Hermosilla y García, 2019); esto sucede con más frecuencia en familias con un nivel socioeconómico más bajo (Rhee, De Lago, Arscott-Mills, Mehta, y Davis, 2005; Jain, Sherman, Chamberlin, Carter, Powers, y Whitaker, 2001). Admitir que el propio hijo se encuentre en sobrepeso u obesidad sería ya un primer paso en la lucha contra la obesidad infantil (Jeffery, Voss, Meccalf, Alba y Wilkin, 2005; He y Evans, 2007), sobre todo para la madre, que es aún dentro de nuestra sociedad, quien mantiene el rol principal en la educación, en la selección y en la preparación de los alimentos para los hijos y para toda la familia. Aumentando la conciencia de los padres, especialmente de las madres, en cuanto al exceso de

peso de sus propios hijos, cualquier intervención de control de peso y de selección sana de la calidad y cantidad de los alimentos tendría mucha más probabilidad de éxito y de eficacia (Rhee, De Lago, Arscott-Mills, Mehta y Davis, 2005; Banciani, Nardone, Pizzi, y Spinelli, 2015; Zachary et ál., 2017). En cuanto a las percepciones maternas sobre el estado de salud de sus hijos (Okkio alla salute, 2019), se desprende que el 40,3% de los niños con sobrepeso u obesidad son percibidos por sus madres como infranormales; el 59,1% de las madres de niños físicamente inactivos creen que su hijo realiza una actividad física adecuada, y entre las madres de niños con sobrepeso u obesidad, el 69,9% piensa que la cantidad de comida que toma su hijo no es excesiva.

También en la presente investigación, surgió esta dificultad de reconocer una condición de sobrepeso u obesidad en los propios hijos. De hecho, de los resultados obtenidos surge que la mayor parte de los padres respondió que considera que el peso de su hijo es normal (80,39%) mientras que aproximadamente el 12% considera que su hijo tenga un poco de sobrepeso, y aproximadamente el 8% lo considera con bajo peso; además ninguno de los padres considera que su hijo tenga “mucho” sobrepeso.

Contrastando la percepción con el estado nutricional real de los escolares, se encontró un porcentaje elevado, el 49%, de padres con hijos con sobrepeso, y el 10% de padres de niños con obesidad, que consideraban sus propios hijos con peso normal incluso con bajo peso. Cabe mencionar que la tendencia a percibir de manera errónea el estado ponderal de los propios hijos va generalmente hacia subestimar el peso: de hecho, solo el 4% de los niños con peso normal fue percibido con un ligero sobrepeso, mientras que aproximadamente la mitad de los niños con sobrepeso fue considerada con peso normal. Además, la mayor parte de los padres de los niños obesos percibe su propio hijo con sobrepeso, pero solo el 13% lo percibe en su condición real de obesidad.

Es interesante resaltar un aspecto del análisis en cuanto a la percepción por parte de los padres acerca de la cantidad de alimentos que consumen los niños

(respuestas a la pregunta “Según usted, el niño come: poco, lo justo, demasiado”).

La mayor parte de los padres (aproximadamente 76%) considera que sus propios hijos comen lo justo, con un porcentaje más alto respecto al consumo en las niñas (el 41,83% vs. el 34,64%); mientras que los niños son considerados más “comelones” que las niñas. De la comparación entre la percepción de los padres en cuanto a sus propios hijos como bajo peso, peso normal o sobrepeso y obesidad, y la valoración de su alimentación surge que aproximadamente el 16% de los padres considera que su propio hijo come poco, pero solo el 8% lo considera con bajo peso. En cambio, en cuanto al comer demasiado sucede lo opuesto: un porcentaje más bajo considera que su propio hijo come demasiado (casi el 8%) con respecto a aquellos (casi el 12%) que consideran que su propio hijo tenga sobrepeso. Este dato pudiese en parte depender del hecho de que el régimen alimentario de los niños con sobrepeso u obesidad haya sido modificado como consecuencia de su exceso de peso, como se destaca en otros estudios (Spinelli et ál., 2009; Ritchie y Roser, 2019).

Buscando dar una interpretación a este dato, aunque para demostrarlo es necesario realizar otras investigaciones, es probable que este resultado esté relacionado con la tendencia de los padres a hacer que sus hijos coman demasiado, no teniendo una información adecuada sobre los riesgos de una mala alimentación. En otras palabras, resulta contradictorio que algunos padres consideran que su propio hijo tenga sobrepeso aun comiendo lo justo (y no “demasiado”), y que al contrario, se encuentre con peso normal aun comiendo poco (y no “lo justo”). Si se observan los porcentajes, se encuentra una diferencia de 8 puntos entre el porcentaje de niños que considera que comen poco y el porcentaje de niños que se consideran con bajo peso. Además, se observa una diferencia de 4 puntos porcentuales entre la cantidad de niños que se consideran con sobrepeso y el porcentaje de niños que se considera que comen demasiado. Esto sugiere que los padres tienden a subestimar la cantidad de alimentos en la alimentación de sus hijos con

respecto a la percepción del peso, que a su vez es subestimado con respecto a una valoración objetiva (como se expuso anteriormente).

Estos datos son alentadores para intervenir directamente con los padres, aun cuando la referencia son los niños, es decir que para prevenir la obesidad y para sensibilizar a las comunidades sobre los riesgos del sobrepeso, es necesario informar a los padres, que son los principales responsables de la alimentación y de la adquisición de hábitos alimentarios de sus hijos, como se destaca en distintos estudios sobre el tema (Crespo et ál., 2001; Dubois, Girard y Potvin, 2006; Caballero, 2007; Atella y Kopinska, 2012; Ardis, 2014; Cánovas y Sahuquillo, 2014; Clarke et ál., 2013).

7.2 Los hábitos alimentarios de los niños antes y después de la intervención

Una alimentación con un alto contenido calórico está asociada en los niños a un aumento de peso corporal, aumento que tiende a mantenerse e incluso a aumentar progresivamente hacia la edad adulta (Dietz, 1998). Al contrario, un estado nutricional adecuado, está asociado con una dieta cualitativamente equilibrada, con un balance entre hidratos de carbono, proteínas y grasas, y una adecuada distribución de las comidas a lo largo de la jornada. Es por esto que muchas de las preguntas del cuestionario tanto de los alumnos (“¿Has tomado el desayuno esta mañana?”, “Si esta mañana antes de venir a la escuela has tomado el desayuno, marca con una cruz aquello que has comido y bebido”, “Esta mañana durante el recreo, has tomado o tomarás la merienda?”, Si esta mañana has tomado o tomarás la merienda, marca con una cruz todo aquello que tienes para comer o beber”, “Ayer después de la cena, ¿has comido alguna otra cosa?”) como de los padres, (“¿Cuántas veces el niño/a consume fruta?”, “¿Cuántas veces el niño/a toma bebidas azucaradas

o gaseosas?”, Según usted, ¿el niño/a come poco/lo justo/ demasiado?) tienen que ver con los hábitos alimentarios y la intervención que se llevó a cabo tuvo el objetivo de mejorar los hábitos alimentarios y sobre todo, fomentar un mayor consumo de fruta durante toda la semana.

En la presente investigación se buscó indagar la frecuencia con la que los niños consumían la fruta durante alguna de las comidas del día y se encontró, como ya se ha mencionado en el párrafo 6.3.2, que antes de la intervención solamente cinco niños (3,27%) consumían la fruta en la merienda, mientras que después de la intervención la cantidad de niños que consumían fruta en la merienda eran 52 (33,99%). De hecho, los datos reportados por la última encuesta de Okkio alla salute en 2019 (2019), los niños con sobrepeso son el 20,4% y los obesos el 9,4% y los varones tienen valores ligeramente más altos de obesidad que las mujeres (varones obesos 9,9% vs mujeres obesas 8,8%). La investigación realizada se alinea perfectamente con la tendencia destacada por la investigación okkio alla salute que ve las regiones del sur tienen valores más altos de exceso de peso en ambos sexos.

Diversos estudios realizados (Rampersaud, Pereira, Girard, Adams y Metz, 2005; Gomez-Pinilla, 2008;) han demostrado que tomar un desayuno adecuado mejora la salud y también el desempeño cognitivo, a capacidad de aplicación y la concentración sobre todo en los niños. De hecho, el desayuno proporciona el aporte energético necesario después del ayuno nocturno. También la merienda de media mañana tiene un valor importante, pero debe incluir alimentos sanos, por ejemplo, la fruta; la merienda, especialmente en la escuela, sirve para aportar al requerimiento energético y para hacer que se llegue a la hora de la comida sin apetito excesivo.

Sobre otro aspecto de interés, varios estudios han observado que uno de los factores de riesgo para el sobrepeso en los niños es el hábito de no tomar el desayuno (Dubois, Girard, y Potvin-Kent, 2006; Dubois, Girard, Potvin-Kent, Farmer, y Tatone-Tokuda, 2009), lo cual frecuentemente se asocia con la

tendencia de consumir alimentos de manera fragmentada en el transcurso de la mañana y con un aporte calórico alto. En el presente estudio, antes de la intervención, la gran mayoría de los niños tenía el hábito de tomar el desayuno por la mañana antes de ir a la escuela; el desayuno consistía, en la mayor parte de los casos, en leche con galletas, mientras que ningún niño consumía fruta o huevos.

De otro lado, la merienda en la escuela se consumía regularmente por todos los niños excepto dos, pero la calidad de los alimentos dejaba mucho que desear: solo un pequeño porcentaje comía la fruta, mientras que era más común el consumo de bocadillos y bollos industrializados.

Una de las cuestiones que se consideran más importantes para llevar una correcta alimentación en la infancia es el consumo diario de fruta y verdura. El consumo de cantidades adecuadas de estos alimentos asegura el aporte adecuado de vitaminas, fibras y sales minerales, y permite reducir la densidad energética de la dieta. Al respecto, las guías para una sana alimentación sugieren el consumo de por lo menos 5 porciones al día de fruta y/o verdura (Flegal et ál., 2007; EUFIC, 2017; Food Education Italy, 2018; FAO, 2019). Sin embargo, la situación real es muy distinta de lo aconsejado: una pequeña minoría (el 2%) come fruta y verdura en todas las comidas del día (5 o más veces al día), mientras que algunos niños (el 8% distribuido de forma equitativa entre ambos géneros) no las comen jamás; aproximadamente un tercio de nuestra muestra la consume de 2 a 4 veces al día y otro tercio aproximadamente 1 vez al día, el restante 20% consume fruta y verdura solamente alguna vez por semana. Una cifra que si se compara con los datos nacionales y regionales proporcionados por la última investigación de Okkio alla salute (2019) podría parecer mejor de hecho el 24,3% en Italia y el 30,1% en Sicilia no consumen frutas y/o verduras diariamente.

Después de las acciones implementadas, de orientación y de prevención concentradas sobre todo en el consumo de fruta, se registraron cambios positivos. Lo importante es que el proyecto no solo fue de tipo informativo,

sino también vivencial, ya que representó un momento para compartir, en el que se pudo aprovechar el efecto “elección de grupo” sin el sentido de obligación, haciendo que los niños que normalmente no consumían la fruta lo hicieran. Además, también para los niños que normalmente consumían la fruta, se obtuvo el beneficio de aumentar la seguridad en sí mismos, destruyendo la sensación de inferioridad que a veces acompaña a los niños que consumen la fruta en la merienda.

En general, tanto en el desayuno, como en la merienda en la escuela, en muchos casos la fruta sustituyó a los alimentos acostumbrados, como bocadillos con embutidos, chocolates, salchichas, bebidas azucaradas, logrando así que muchos niños descubrieran las bondades de la fruta.

Aunque los porcentajes de niños que toman el desayuno no tuvo cambios significativos (aproximadamente el 90%), los cambios se reflejaron a nivel “cualitativo”: aumentó el consumo de tè y de pan tostado, mientras que disminuyó el consumo de galletas. Queda entonces un 10% de niños que continúa sin tomar el desayuno por la mañana antes de ir a la escuela, esto nos hace pensar que sea necesario otro tipo de intervención que se concentre sobre la importancia de adquirir este importante hábito.

Los cambios más importantes que se encontraron después de la intervención fueron aquellos relacionados a que tan adecuada es la merienda que se consume en la escuela: muchos niños comenzaron a consumir fruta, galletas saladas y yogurt, en lugar de bollos industrializados, galletas y zumos de fruta. En general, se encontró que casi todos los niños en la fase final, hacen una merienda adecuada, mientras que en fase inicial eran solo un tercio de la muestra.

También el hábito de tomar un bocadillo por la noche después de haber tomado la cena, parece que desapareció después de la intervención, mientras que al inicio el 8% de la muestra lo hacía. Dichos cambios demuestran que una intervención con un enfoque, que involucre la familia, además de a los niños, sobre la importancia del desayuno y sobre los beneficios de la fruta,

puede ser eficaz y provocar cambios en los hábitos alimentarios por lo menos a corto plazo. Sería interesante evaluar, y esto representa un límite de la presente investigación, pero al mismo tiempo un estímulo para investigaciones futuras, el efecto a un plazo mediano o largo, a través de un estudio longitudinal.

7.3 El sedentarismo y la actividad física antes y después de la intervención

Muchos niños ocupan gran parte de su tiempo en actividades sedentarias, como ver el televisor, escuchar música, jugar con videojuegos, estar frente a la tableta, al ordenador o al smartphone; dichas actividades frecuentemente se relacionan con el consumo de alimentos con bajo aporte nutricional y alto contenido calórico (Vader et ál., 2009). Algunos estudios han demostrado la estrecha correlación entre estas actividades sedentarias y el riesgo de sobrepeso y obesidad, por un lado (Crespo, Smit, Troiano, Bartlett, Macera y Andersen, 2001; Troiano, Macera y Ballard-Barbash, 2001), y por otro, por la reducción del tiempo dedicado al juego al aire libre o a practicar algún deporte, lo cual se considera un factor de prevención.

Practicar con regularidad una actividad física, junto a una correcta alimentación, está considerado y aconsejado por la OMS, como un factor determinante para mantener el estado de salud de toda persona y para el control de peso corporal. Por tales motivos, se aconseja que los niños desempeñen por lo menos una hora al día alguna actividad física moderada (Livingstone, Robson, Wallace y McKinley, 2003), incluyendo la actividad física que se realiza en la escuela, aquella estructurada con personal capacitado y el juego al aire libre. La investigación Okkio alla salute (2019) ha detectado que el 20,3% de los niños de 2019 no realizó ninguna actividad

física el día anterior a la encuesta, el 43,5% sigue teniendo una televisión en su habitación y el 44,5% de los niños pasa más de 2 horas al día frente a un televisor/tablet/celular.

Por el aspecto antes mencionado, así como por los hábitos alimentarios, los resultados de nuestro estudio no son alentadores y reflejan las tendencias nacionales e internacionales. Más de la mitad de los niños mira el televisor desde la mañana antes de ir a la escuela, y el porcentaje de los niños que lo miran por la tarde y por la noche después de la cena es tan alto que comprende casi tres cuartos de la muestra. Al hábito de mirar el televisor, se debe agregar el hábito de jugar con videojuegos y con el ordenador, que acompañan las tardes de aproximadamente un tercio de los niños entrevistados y casi el 20% realiza estas actividades también después de la cena. La literatura sobre el tema afirma que dichos factores representan las principales causas de la obesidad infantil (Branca et ál., 2007; Aranceta et ál., 2009; Birrell, 2014; Font-Clos, Zapperi y La Porta).

Los datos obtenidos de las respuestas de los padres nos dan una idea más precisa del tiempo que sus hijos transcurren delante del televisor o con los videojuegos. La mayor parte de los padres refiere que sus hijos juegan una hora al día, un cuarto refiere que juegan dos horas al día, el 5% aproximadamente refiere 3-4 horas al día y solamente el restante 3% juega menos de una hora al día. Los padres refieren tiempos incluso más largos cuando se trata del televisor: el 18% aproximadamente esta de 3 a 5 horas a mirar el televisor, el 37% aproximadamente transcurre dos horas al día frente al televisor, el 43,42 lo mira una hora al día y solamente un pequeño 2% (es decir solo 3 niños de 153) lo miran menos de una hora al día. Si pensamos a la suma de los tiempos dedicados a videojuegos, televisor y ordenador, el resultado nos da la idea de niños bastante sedentarios, en coherencia con el poco tiempo que dedican a la actividad física. Incluso cuando el hecho de practicar algún deporte por la tarde es un hábito que realizan más de la mitad de los niños, jugar al aire libre por las tardes es claramente un comportamiento menos frecuente que los videojuegos. A esto se suma que casi todos los niños

se dirigen a la escuela acompañados en automóvil.

Además de las preguntas destinadas a los niños y que hacen referencia al día anterior al de la aplicación del cuestionario, se elaboraron las preguntas para los padres con el objeto de comprender los hábitos del niño en un periodo de tiempo más amplio, es decir, a lo largo de una semana.

En particular, se preguntó cuántos días a la semana los niños practicaban actividad física extra escolar por lo menos una hora y se encontró que un cuarto de los niños no realizan ningún tipo de actividad física, el 12% solo un día por semana, otro cuarto de los niños realizan actividad física dos días por semana, el porcentaje más elevado (32%) realiza actividad física 3 días por semana y un pequeño porcentaje (5%) la realiza más de 3 días.

Los padres son conscientes de que sus hijos no realizan actividad física suficiente, pero realmente están bastante lejos de la cantidad de actividad física que aconseja la OMS (por lo menos una hora al día).

Un aspecto importante que se encontró en cuanto al uso del tiempo de los niños fue la cantidad dedicada mirar el televisor, que además es un factor predictivo del sobrepeso y del riesgo de obesidad en los niños (Sepúlveda Maldonado, 2020; Segal, Huerta y Sassi, 2019). El hábito de mirar el televisor la mañana antes de ir a la escuela fue abandonado por una parte de la muestra, precisamente por 21 niños (de 82). Además, 59 niños (de 109) afirmaron no mirar más el televisor por las tardes.

También el número de niños que juega con videojuegos o con el ordenador por las tardes disminuyó después de la intervención (de 50 a 31) y el hábito de jugar con videojuegos o con el ordenador por la noche después de la cena casi desapareció, pasando de 30 a 1 solo niño en un total de 153 de la muestra. Por lo tanto, la intervención tuvo un efecto importante sobre este hábito, que representa seguramente un comportamiento poco saludable.

Los efectos positivos de nuestra intervención se registraron también en la actividad física. Después de la intervención de sensibilización y de educación para la sana alimentación, aumentó el número de niños que juegan al aire libre así como el número de niños que practican deporte.

Una simple intervención de sensibilización tuvo efecto importante sobre comportamientos estrechamente relacionados con la salud física de los niños, probablemente porque se logró involucrar a los padres y profesores además de a los niños (Suchert, Hanewinkel y Isensee, 2015; Scartabelli y Santini, F., 2020).

Se observó un cambio después de la intervención, a favor del uso del automóvil (137 vs. 143) y disminuyó el número de niños que se dirigen a la escuela a pie pasando de 9 a 4. Este hábito, no se trató durante la intervención, ni a través de una discusión, ni de ninguna otra forma.

Esto representa una limitante o aspecto no tratado en la presente investigación-intervención, así como un estímulo para intervenciones futuras.

CAPÍTULO VIII

Conclusiones, límites y prospectiva

8.1 Conclusiones globales

Si bien es cierto que muchos estudios han demostrado los efectos negativos y los costos sociales de la obesidad, también es cierto que el monitoreo sobre la difusión del sobrepeso y la obesidad durante la infancia nos arrojan datos alarmantes: es necesario reconocer que la conciencia sobre las consecuencias de los comportamientos alimentarios erróneos, de estilos de vida inadecuados y del exceso de peso sobre la salud de las personas, tarda en difundirse (Baviello, 2017).

A esto se suma la falta de conciencia de los padres del estado de sobrepeso/obesidad de sus propios hijos (Doolen, Alpert y Miller, 2009) y del hecho de que frecuentemente estos coman demasiado y se muevan poco, como resulta de la presente investigación.

Por lo anterior, un primer paso hacia el cambio está representado por la adquisición de la conciencia de que el problema de la obesidad infantil existe. Cualquier intervención de prevención que quiera ser eficaz debe tener en cuenta el hecho de que la familia tiene influencia sobre los comportamientos del niños, tanto en términos de hábitos alimentarios como de actividad física. Entonces, es indispensable que las intervenciones de promoción a la salud y para contrarrestar la obesidad no se enfoquen solo en los niños, sino que involucren también a las familias de forma directa, trabajando con todo el sistema puesto que todos sus miembros se influyen mutuamente en sus procesos educativos (Banciani, Nardone, Pizzi, y Spinelli, 2015; Birbes, 2018; Cano, Ciges, Sánchez-Martínez, y Cardenal, 2020).

Los datos de nuestra investigación, así como los datos a gran escala a nivel nacional y europeo (Cano, Ciges, Sánchez-martínez, y Carde, 2019; Dello Preite, 2017; Gallotta, Iazzoni, Emerenziani, Meucci, Migliaccio, Guidetti, y Baldari, 2016), muestran que en los niños de 7 a 8 años, uno de cada cinco niños es obeso y otro tiene sobrepeso. Esto sugiere fuertemente el iniciar con intervenciones de prevención lo antes posible, involucrando a los padres desde la más tierna edad, a través de pediatras y otras iniciativas que den información correcta. Posteriormente, en guarderías, escuelas maternas y primarias, además es necesario involucrar otras figuras educativas que se ocupan entre otras cosas de la alimentación de los niños.

Como se menciona en el primer capítulo, la obesidad es un fenómeno complejo y multifactorial (EUFIC, 2017): los componentes genéticos juegan un rol secundario, como han demostrado estudios con gemelos homocigotos, mientras que es mucho más significativa la influencia del ambiente social y familiar en particular. El enfoque a la salud, de hecho, se ha ido alejando poco a poco de un enfoque biomédico hacia un enfoque que considera el bienestar como el resultado de la interacción de diversos factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales. De los niños obesos o con sobrepeso el 25% tiene un padre obeso o con sobrepeso y el 34% tiene ambos padres con

estas condiciones (Gremigni y Letizia, 2011) y esto no es solo por los componentes hereditarios, sino sobre todo por la educación alimentaria, de la cual derivan los hábitos alimentarios de los niños (Gini, 2012).

Además, los padres inconscientemente transmiten a los niños el significado simbólico de la alimentación en general y de algunos alimentos en particular; por ejemplo, hay autores que incluso señalan que un adulto con una personalidad oral que usa el alimento como medio de gratificación y para superar sus angustias (Freud, 2012), tenderá a proponer los alimentos, quizá postres o alimentos dulces, como consolución al llanto y a la frustración de su hijo. Es evidente que no pretendemos realizar planteamientos deterministas que se centren en el inconsciente o subconsciente pero sí queremos destacar la importancia de permanecer atentos a todos estos procesos para poder trabajarlos cuanto antes desde los contextos más cercanos.

Así, pues, entre los diversos factores que se encuentran como base de la obesidad, es necesario comprender no solo la alimentación sino también los hábitos alimentarios – como el consumo equilibrado de varios nutrientes, entre los cuales es muy importante el de fruta y verdura, así como el hábito de las comidas reguladas que comprenden tres comidas principales y dos meriendas- y sobre todo la actividad física y el sedentarismo (Baidal, Locks, Cheng, Blake-Lamb, Perkins y Taveras, 2016).

Respecto al objetivo general puede decirse que se cumplió a cabalidad el hecho de conocer los hábitos alimentarios de los niños sicilianos, y lograr que una intervención educativa generara cambios favorables, incluso en aspectos no involucrados directamente.

En cuanto a los objetivos específicos de la intervención implementada (el diario semanal de la merienda), se lograron los objetivos en función de la mejora en el consumo de la merienda, el mantenimiento del hábito del desayuno y la sensibilización de las familias sobre la importancia de una sana alimentación.

8.2 Límites y Prospectiva

La consciencia sobre las consecuencias de comportamientos alimentarios incorrectos, de estilos de vida inadecuados y del exceso de peso sobre la salud de las personas, lamentablemente se extiende lentamente en la comunidad: la información sigue estando desorganizada y fragmentada entre las diversas instituciones y la elección del consumo continua siendo guiada por la publicidad (Baviello, 2017).

Los datos obtenidos en la presente investigación sugieren que las intervenciones de prevención se realicen lo antes posible, involucrando a los padres desde una edad temprana.

Debido a la complejidad de este fenómeno de la obesidad en los escolares y como se trata de un fenómeno multifactorial, cualquier intervención que busque contrarrestarla debe actuar en todos los niveles: local, regional, nacional e internacional (Branca, Nikogosian y Lobstein, 2007), como lo indica la Carta Europea sobre las Acciones Contra la Obesidad, que nació después de la Conferencia Ministerial de la Región Euro de la OMS sobre las acciones Contra la Obesidad del 2006.

También del presente estudio surge que una de las principales prospectivas es el hecho de involucrar cada vez más entes sociales, para que la intervención se amplifique a un nivel social y comunitario, hasta abarcar una mayor responsabilidad ética y un mayor control de la difusión y de la publicidad de bocadillos poco saludables. Sobre todo, en las escuelas en las que se prevé el consumo de la comida, es necesario tomar acciones con enfoque de educación alimentaria y ejercer el control máximo sobre la calidad de los alimentos que se consumen. Comer junto a los compañeros de clase y los profesores representa una experiencia significativa, gracias a la cual se puede estimular a los niños a probar alimentos “nuevos” que de otra manera no los probarían. En este caso la “presión” de grupo puede ser más grande que la de sus propios padres.

La educación alimentaria no se vive en un momento preciso de la vida del

individuo, sino que es una *lifelong education* que inicia desde la más tierna edad. Sus componentes fundamentales son, como lo menciona la OMS (2018) y la FAO (2019), la información (conocimiento) y la formación (promoción y cambio de comportamientos) componentes que ven a la escuela, en colaboración con la familia, como el centro de la trayectoria educativa para una sana alimentación.

Incluso si la presente investigación-intervención no pretendía hacer conclusiones a gran escala, es posible afirmar que, dados los cambios que se dieron en los estilos de vida de los niños involucrados en el proyecto, que demuestran la eficacia de la intervención, es necesario continuar la implementación de proyectos de prevención y hacerlo de forma aún más ramificada e involucrando los distintos entes, como lo prevé la estrategia de la OMS para contrarrestar las enfermedades crónicas *Gaining Health*, aprobada en septiembre del 2006 dal Comitato Regionale per l'Europa (WHO, 2006). Según esta estrategia, la prevención es un arma eficaz contra las enfermedades crónicas y es una inversión para la salud, por lo que los Gobiernos a todos los niveles deben empeñarse para crear las condiciones que faciliten y promuevan las decisiones saludables, para que las personas sean capaces de usar sus propias capacidades (*empowered*) para promover su propia salud, interactuar de manera eficaz con los servicios sanitarios y ser elementos activos para enfrentar las enfermedades.

Nuestra intervención no tuvo efecto sobre un mal hábito, que es el de dirigirse a la escuela cotidianamente en automóvil. Para poder tener efecto a este nivel y para promover estilos de vida sanos, no se puede prescindir de los cambios en las infraestructuras y la organización de las ciudades, que seguramente reflejan también aspectos culturales y psicosociales: iniciando a tomar conciencia de que las ciudades se han convertido en ambientes obesogénicos (Maziak, Ward y Stokton, 2008), es necesario invertir en la seguridad de las calles peatonales y ciclo vías, en las infraestructuras recreativas, en las pistas para hacer deporte o correr, en los parques, jardines y lugares de agregación. Debido a la difusión de la obesidad infantil, es necesario implementar

intervenciones integrales, es decir, que involucren la participación de la escuela, las familias, los operadores sanitarios y de todos los componentes de la comunidad.

Finalmente, una intervención tendrá mayor éxito si promueve diversas acciones, por ejemplo, no solo la sana alimentación, sino también la actividad física y la disminución del sedentarismo, la formación de los padres, la consejería comportamental y la educación nutricional. Finalmente, incluso si la presente intervención fue breve, es importante resaltar que la eficacia de esta probablemente sería mayor si fuese prevista una continuidad en el tiempo, con aportaciones nuevas cada año, tanto para adaptarse a los cambios, como para aumentar las ganas de seguir participando con entusiasmo.

Referencias

- Abraham, C, y Sheeran, P. (2007). The health belief model. En S. Ayers, A., Baum, C., McManus, S., Newman, K. Wallston, J. Weinman y R. W. Frontmatter (Eds.), *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine* (pp. 97-102). Cambridge University Press.
- Adler, A. (1997). *La psicología individuale*. Giunti.
- Alberti, A. (1984). *Didattica. Dizionario tematico*. Editori Riuniti.
- Alonso Tena, B. y Amparo Calatayud, M. (2020). Salom Necesidad de educar en salud para prevenir trastornos de la conducta alimentaria y obesidad en los centros educativos. En G. Lavanco, Á. S. Martín Alonso y J. M. Senen (Eds.), *Educazione, didattica e comunità* (pp. 211-219). Palermo University Press.
- Álvarez-Castro, P., Sangiao-Alvarellos, S., Brandón-Sandá, I. Y Cordidobc, F. (2011). Endocrine function in obesityFunción endocrina en la obesidad. *Endocrinología y Nutrición*, 58, 422-432, <https://doi.org/10.1016/j.endonu.2011.05.015>
- Ammaniti, M. (2018). *Adolescenti senza tempo*. Raffaello Cortina.

-
- Angioi, P., Vargiu, L., Milia, M.F., Lai, L., Pini, L., Soloinas, G. y Arras, P. (2013, a abril). *L'importanza di una buona prima colazione e merenda intelligente: risultati di un progetto di educazione nutrizionale nelle scuole primarie della ASL 1 di Sassari*. Epicentro. Recuperado de https://www.epicentro.iss.it/guadagnare-salute/convegni/veneziana/pdf/presentazioni/sessione%20Campostrini_parallela%203B/Vargiu.pdf.
 - Annella, B. (2004). *Le relazioni genitori-insegnanti*. La Scuola.
 - Apolo Gavilanez, G.S. (2020) Factores de riesgo y estrategias de prevención de obesidad infantil en atención primaria de salud (examen complejo). *UTMACH, Facultad De ciencias Químicas Y De La Salud, Machala, Ecuador*. 21. <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/15759>
 - Aquilar, F. (Ed.). (2015). *Parlare d'amore. Psicologia e psicoterapia cognitiva delle relazioni intime*. Franco Angeli.
 - Aranceta, J., Moreno, B., Moya, M. y Anadò, A. (2009). Prevention of overweight and obesity from a public health perspective. *Nutrition Reviews*, 67, S83-S88. <https://doi.org/10.1111/j.1753-4887.2009.00166.x>
 - Ardis, R. (2014). *Educare alla responsabilità. Scuola e sanità insieme per promuovere la salute e il benessere delle future generazioni (Atti del Meeting Nazionale Siena, 4-6 Settembre 2014)*. Lulu.com.
 - Ariès, P. (1999). *Padri e figli nell'Europa medievale e moderna*. Laterza.
 - Atella, V. y Kopinska, J. (2012). *I costi dell'obesità in Italia*. http://www.fondazioneorvergataeconomia.it/wp-content/uploads/2012/11/Rapporto_Spesa_sanitaria_BMI_ISS_4-2014.pdf
-

-
- Avogaro, A. y Tiengo, A. (2007). *Obesità e sistema endocrino*. Mediserve.
 - Balsamo, M. (2005). La ricostruzione psicoterapeutica delle storie d'amore del passato. En F. Aquilar (Ed.), *Parlare d'amore. Psicologia e psicoterapia cognitiva delle relazioni intime* (pp. 137-160). Franco Angeli.
 - Banciani, M., Nardone, P., Pizzi, E. y Spinelli, A. (2015). *Prevenzione dell'obesità nella scuola: indicazioni a partire dalle evidenze in letteratura*. Istituto Superiore di Sanità.
 - Bandura, A. (2000). *Autoefficacia. Teoria e applicazioni*. Erikson.
 - Barbagli, M. (1990). *Provando e riprovando. Matrimonio, famiglia e divorzio in Italia e in altri paesi occidentali*. Il Mulino.
 - Barbagli, M. y Colombo, A. (2007). *Omosessuali moderni: gay e lesbiche in Italia*. Il Mulino.
 - Barbagli, M. y Saraceno, C. (1997). *Lo stato delle famiglie in Italia*. Il Mulino.
 - Barthes, R. (1961). Pour une psycho-sociologie de l'alimentation contemporaine. *Annales. Economies, sociétés, civilisations*, 16, n. 5, 977-986. <https://doi.org/10.3406/ahess.1961.420772>
 - Battacchi, M.W. (2004). *Lo sviluppo emotivo*. Laterza.
 - Baumrind, D. (1991). L'influenza dello stile genitoriale sulla competenza degli adolescenti e sull'uso di sostanze. *The Journal of Early Adolescence*, 11 (1), 56-95. <https://doi.org/10.1177/02724316911111004>
 - Baviello, D. (2017). Storia dell'educazione alimentare in Italia nel Novecento. *Educazione, scuola e consumo*, 4(2), 11-13. <https://doi.org/10.4454/rse.v4i2.58>
-

-
- Bayot, A., Hernández, J.V. y De Julián, L.F. (2005). Análisis factorial exploratorio y propiedades psicométricas de la escala de competencia parental percibida. Verisón para padres/madres (ECP-p). *Relieve*, 11 (2), 113-126. <https://www.redalyc.org/pdf/916/91611202.pdf>
 - Beccastrini, S., Nannicini M.P. y Beccastrini, V. (1995). *Un rapporto cordiale e consapevole: idee per una buona educazione alimentare*. Azienda USL di Ravenna.
 - Berlinguer, G. (2011). *Storia della salute. Da privilegio a diritto*. Giunti.
 - Bertocci, B. y Cavallero, P. (2017). Il cibo: uno strumento per socializzare le generazioni. *Turismo e Psicologia*, 10 (2), 54-68. http://turismoepsicologia.padovauniversitypress.it/system/files/papers/2017_2_08.pdf
 - Birbes, C. (2018). Corresponsabilità educativa alimentare: scuola e famiglia attorno alla tavola. *Annali online della Didattica e della Formazione Docente*, 10, 15-16/2018, 518-526. <http://dx.doi.org/10.15160/2038-1034/1929>
 - Birch, L.L., McPhee, L., Shoba, B.C., Pirok, E. y Steinberg, L. (1987). What kind of exposure reduces children's food neophobia? Looking vs. tasting. *Appetite*, 9(3), 171-178. [https://doi.org/10.1016/S0195-6663\(87\)80011-9](https://doi.org/10.1016/S0195-6663(87)80011-9)
 - Birrell, I. (2014, 21 Septiembre). Obesity: *Africa's new crisis*. The guardian. Recuperado de <https://www.theguardian.com/society/2014/sep/21/obesity-africas-new-crisis>
 - Blanco Portillo, M. Á. (2015). *Análisis de la competencia parental en las etapas de educación infantil y primaria: diseño de un instrumento* [Tesis Doctoral, Universidad de Valencia Facultad de Filosofía y
-

Ciencias de la Educación Departamento de Teoría de la Educación].
Universidad de Valencia. <https://docplayer.es/53731376-Analisis-de-la-competencia-parental-en-las-etapas-de-educacion-infantil-y-primaria-diseno-de-un-instrumento.html>

- Blok, A. y Pedersen, M. A. (2014). Complementary social science? Quali-quantitative experiments in a Big Data world. *Big Data & Society*, 1(2). <https://doi.org/10.1177/2053951714543908>
- Bonaldi, A. (2019). Approccio sistemico alla salute. In J. Aillon, M. Bessone, C. Bodini (Eds.). *Un nuovo mo(n)do per fare salute: Le proposte della Rete Sostenibilità e Salute*. CELID.
- Bowlby, J. (1989). *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*. Raffaello Cortina.
- Branca, F., Nikogosian, H. y Lobstein, T. (2007). *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response*. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/98243/E89858.pdf
- Bronfenbrenner, U. (2002). *Ecologia dello sviluppo umano*. Il Mulino.
- Buckingham, D. (2013). *Media Literacy per crescere nella cultura digitale*. Armando.
- Caballero, B. (2007). The global epidemic of obesity: An overview. *Epidemiologic Reviews*, 29, 1-5. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxm012>
- Calvo Molina, K., Fernández Rojas, X., Flores Castro, O., González Urrutia, R., Madriz Bonilla, D., Martínez Izaguirre, A., Villalobos Alfaro, N. y Villalobos Leal, N. (2019). Factores obesogénicos en el entorno escolar público costarricense durante 2015-2016. *Población*

-
- y *Salud en Mesoamérica*, 17(1).
<https://doi.org/10.15517/psm.v17i1.37858>
- Campbell, T.C. y Campbell, T.M. (2005). *The China Study: The Most Comprehensive Study of Nutrition Ever Conducted and the Startling Implications for Diet, Weight Loss and Long-Term Health*. Benbella Books.
 - Cano, G.S., Ciges, R. B., Sánchez-Martínez, F. y Cardenal, C.A. (2020). Sobrepeso y obesidad infantil según variables socioeconómicas en escolares de tercero de Primaria de la ciudad de Barcelona. *Nutrición Hospitalaria*, 36 (5), 1043-1048.
<http://dx.doi.org/10.20960/nh.02205>
 - Cano, S. G., Ciges, R. B., Sánchez-martínez, F. y Carde, C. A. (2019). Overweight and childhood obesity according to socioeconomic variables in schoolchildren of third grade in the city of Barcelona. *Nutricion hospitalaria*, 36(5), 1043-1048. doi: 10.20960/nh.02205.
 - Cánovas, P. y Sahuquillo, M.P. (2014). La familia como contexto de desarrollo y educación. En P. Cánovas y M.P. Sahuquillo (Eds.), *Familias y menores. Retos y propuestas pedagógicas* (pp. 21-43). Tirant Humanidades.
 - Cánovas, P. y Sahuquillo, P. (2014). *Familias y Menores. Retos y propuestas pedagógicas*. Tirant Humanidades.
 - Cardinali, P. y Migliorini, L. (2013). *Scuola e famiglia. Costruire alleanze*. Carocci.
 - Cerini, G. (2014). *Passa ... parole: Chiavi di lettura delle indicazioni 2012*. Homeless Book.
 - Chang, T., Barrett, J. M., & Vosti, S. (2006). The Physical, Social, and Cultural Determinants of Obesity: An Empirical Study of the U.S.
-

Proceedings of the International Association of Agricultural Economists Conference (Gold Coast, 12 - 18 August 2006) (1-16). EAAE.

<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwilyajq1bntAhXDA2MBHTLGcd4QFjABegQIAxAC&url=https%3A%2F%2Fageconsearch.umn.edu%2Frecord%2F90889%2Ffiles%2FCavaliereWNote.pdf&usg=AOvVaw2GuPu8XHnjidJrD723ahVc>

- Chang, T., Barrett, J.M. y Vosti, S. (2006). The Physical, Social, and Cultural Determinants of obesity: An Empirical Study of the U.S. *Proceedings of International Association of Agricultural Economists Conference*, 12-18 August, pp. 1-16.
- Clarke, J., Fletcher, B., Lancashire, E., Pallan, M. y Adab, P. (2013). The views of stakeholders on the role of the primary school in preventing childhood obesity: A qualitative systematic review. *Obesity Reviews* 14(12), 975-988. <https://doi.org/10.1111/obr.12058>
- Contento I. R. (2010). Nutrition Education: Linking Research, Theory, and Practice. *Asia Pac J Clin Nutr*, 17 (1), 176-179. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18296331/>
- Corposanto, C. y Cipolla, C. (2018). *Le culture del cibo. Elementi di sociologia della condivisione alimentare*. Franco Angeli.
- Correa Castro, I. R., Moreno Pereira, A. y Rodríguez Galeano, A. F. (2020). Diseño de una estrategia pedagógica para identificar factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria [tesis de postgrado, Universidad Cooperativa de Colombia]. Repositorio <http://hdl.handle.net/20.500.12494/18280>
- Crespo, C.J., Smit, E., Troiano, R.P., Bartlett, S.J., Macera, C.A. y Andersen, R.E. (2001). Television watching, energy intake, and

-
- obesity in US children: results from the third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 155 (3), 360-365. <https://doi.org/10.1001/archpedi.155.3.360>
- Dasgupta, P. y Hauspie, R (2013). *Perspectives in Human Growth, Development and Maturation*. Springer Science & Business Media.
 - Daza, C.H. (2009). La obesidad: un desorden metabólico de alto riesgo para la salud. *Colombia Medica*, 33. <https://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/224>
 - De Gara, L. (2015). *Le sfide dell'educazione alimentare: Prospettive nutrizionali, comunicative e didattiche*. Armando Editore.
 - Dello Preite, F. (2017). I cambiamenti delle pratiche genitoriali attraverso la narrazione di sé. *Rivista Italiana di Educazione Familiare*, 12 (1), 181-199. <https://doi.org/10.13128/RIEF-20979>
 - Desmet, H., y Pourtois, J.P. (1993). Prédire, comprende la trajectoire scolaire. *Revue française de pédagogie*, 107, 146-148. www.persee.fr/doc/rfp_0556-7807_1994_num_107_1_2530_t1_0146_0000_2
 - Di Flaviano, C. E. (2016). *Vincere il sovrappeso e l'obesità: Guida pratica al cambiamento*. Edizioni LSWR.
 - Dietz, W.H. (1998). Health consequences of obesity in youth: childhood predictors of adult disease. *Pediatrics*, 101 (3 Pt 2), 518-525. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12224658/>
 - Donati, P. (2006). *Manuale di sociologia della famiglia*. Laterza.
 - Donini, L.M., Nizzoli, U., Bosello, O., Melchionda, N., Spera, G. y Cuzzolaro, M. (2017). *Manuale per la cura e la prevenzione dei*
-

disturbi dell'alimentazione e delle obesità (DA&O). SICS.

- Doolen, J., Alpert, P.T., y Miller, S.K. (2009). Parental disconnect between perceived and actual weight status of children: a metanalysis of the current research. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 21(3), 160-166. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2008.00382.x>
- Dubois, L., Girard, M. y Potvin Kent, M. (2006). Breakfast eating and overweight in a pre-school population: is there a link? *Public Health Nutrition*, 9(4), 436-442. <https://doi.org/10.1079/PHN2005867>
- Dubois, L., Girard, M., Potvin Kent, M., Farmer, A. y Tatone-Tokuda, F. (2009). Breakfast skipping is associated with differences in meal patterns, macronutrient intakes and overweight among pre-school children. *Public Health Nutrition*, 12 (1), 19-28. <https://doi.org/10.1017 / S1368980008001894>
- Durkheim, E. (2010). *Il divorzio consensuale*. Armando Editore.
- Dusi, P. (2011). *Corresponsabilità educativa: scuola e famiglia nella sfida multiculturale*. Brescia: La scuola.
- Engels, F. (2015). *L'origine della famiglia, della proprietà privata e dello Stato*. Robin.
- Espinal, I., Gimeno, A. y González, F. (2004). El enfoque sistémico. En Los estudios sobre la familia. *Revista internacional de sistemas*, 14, 2004-2006, 21-34. www.uv.es/jugar2/Enfoque%20Sistemico.pdf
- EUFIC (2017, 27 April). *L'obesità infantile*. <https://www.eufic.org/it/healthy-living/article/childhood-obesity-review>
- Fabrizio, M.E. (2011). *Obesità. Conoscerla per vincerla*. Edizioni

Universitarie Romane.

- Faliva, C. (2011). *Tra normalità e rischio. Manuale di psicologia dello sviluppo e dell'adolescenza*. Maggioli Editore.
- FAO (2019, 28–30 November). *Stepping up school-based food and nutrition education*. <http://www.fao.org/3/ca3063en/CA3063EN.pdf>.
- Ferrera, L. A. (2005). *Body Mass Index. New Research*. Nova Science Publishers.
- Filder, D. (2014). *SARS, Governance and the Globalitazion of Disease*. Palgrave Macmillan.
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Addison Wesley.
- Flegal, K.M., Graubard, B.I., Williamson, D.F. y Gail, M.H. (2007). Cause-specific excess deaths associated with underweigh, overweight, and obesity. *Jama*, 298 (17): 2028-2037. <https://doi.org/10.1001/jama.298.17.2028>.
- Fondazione Italiana educazione alimentare (2019). *Una Fondazione di Partecipazione che opera a livello locale, nazionale e internazionale*. Recuperado de <http://www.foodedu.it/it/p/v/programma>
- Font-Clos, F., Zapperi, S. y La Porta, C.A.M (2018). Gene expression signature of obesity in monozygotic twins. *Physiological Measurement*, 39(4). <https://iopscience.iop.org/article/10.1088/1361-6579/aab85a/meta>
- Food Education Italy (2018). *L'educazione alimentare nelle scuole italiane*. <https://www.foodeduatschool.it>.
- Forzi, M. y Not, E. (2003). Correlati dell'autostima in relazione ad età e sesso. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 241, 27-36.

<https://doi.org/10.3280/RIP2010-004002>

- Freire, P. (2014). *Pedagogia della speranza*. EGA-Edizioni Gruppo Abele.
- Freire, P. (2018). *La pedagogia degli oppressi*. EGA-Edizioni Gruppo Abele.
- Freud, S. (2012). *Tre saggi sulla teoria sessuale. Al di là del principio del piacere*. Torino: Bollati Boringheri.
- Fruggeri, L. (2005). *Diverse normalità: psicologia sociale delle relazioni familiari*. Carocci.
- Galimberti, U. (2018). *Io espellerei tutti i genitori dalla scuola*. portalebambini.it. https://portalebambini.it/galimberti-io-espellerei-tutti-i-genitori-dalla-scuola/#google_vignette
- Gallotta, M.C., Iazzoni, S., Emerenziani, G.P., Meucci, M., Migliaccio, S., Guidetti, L. y Baldari, C. (2016). Effects of combined physical education and nutritional programs on schoolchildren's healthy habits. *PeerJ*, 4, e1880. <https://doi.org/10.7717/peerj.1880>
- Gambini, P. (2007). *Psicologia della famiglia. La prospettiva sistemico-relazionale*. Franco Angeli.
- García-Padilla, F. M. y González-Rodríguez, A. (2017). Los servicios de cafeterías y la promoción de la salud en el entorno escolar. Cafeterias service and health promotion in the school context. *Atención Primaria*, Volume 49, Issue 5, 271-277. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.09.005>.
- Garrido-Miguel, M., Cavero-Redondo, I., Álvarez-Bueno, C., Rodríguez-Artalejo, F., Moreno, L. A., Ruiz, J. R., Ahrens, W., y Martínez-Vizcaíno, V. (2019). Prevalence and Trends of Overweight and Obesity in European Children From 1999 to 2016: A Systematic

-
- Review and Meta-analysis. *JAMA Pediat*, 173(10), doi: 10.1001/jamapediatrics.2019.2430.
- Gestri, M. (2015). *Cibo e diritto. Dalla dichiarazione universale alla Carta di Milano*. Mucchi.
 - Giddens, A. (2013). *La trasformazione dell'intimità. Sessualità, amore ed erotismo nelle società moderne*. Il Mulino.
 - Gini, G. (2012). *Psicologia dello sviluppo*. Laterza.
 - Glanz, K., Sallis, J. F., Saelens, B. E. y Lawrence, D. F. (2005). Healthy Nutrition Enviroments: Concepts and Mesuares. *American Journal of Health Promotion*, 19(5), 330-333. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-19.5.330>
 - Gochman, D.S. y Bahar, S. (1988). *Health Beavihor*. Springer Science & Business Media.
 - Gomez-Pinilla, F. (2008). Brai foods: the effects of nutrients on brain function. *Nat Rev Neurosci*, 9, 568 – 578. <https://doi.org/10.1038/nrn2421>
 - González-Rábago, Y. y Martín, U. (2019). Salud y determinantes sociales de la salud en hijos e hijas de personas inmigrantes internacionales: ¿desigualdades sociales en salud desde la infancia?. *Gaceta Sanitaria*, 33(2), 156-161. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.10.007>
 - Gremigni, P. y Letizia, L. (2011). *Il problema dell'obesità. Manuale per tutti. I professionisti della salute*. Maggioli Editore.
 - Gulgoz, S. y Sahin-Acar, B. (2020). *Autobiographical Memory Development: Theoretical and Methodological Approaches*. Routledge.
 - Han, J.C., Lawloe, D.A. y Kim, S.Y.S. (2010). Childhood Obesity.
-

-
- The *Lancet* 375 (9727): 1737-1748. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60171-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60171-7)
- Hancox, R.J., Milne, B.J. y Poulton, R. (2004). Association between child and adolescent television viewing and adult health: a longitudinal birth cohort study. *The Lancet*, 364(9430), 257-262. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)16675-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16675-0)
 - Harding, J.E. (2001). The nutritional basis of the fetal origins of adult disease. *International Journal of Epidemiology*, 30, 15-23. <https://doi.org/10.1093/ije/30.1.15>
 - Harper, L. y Sanders, K. (1975). The effects of adults eating on young children's acceptance of unfamiliar foods. *Journal of Experimental Child Psychology* 20(2), 206-214. [https://doi.org/10.1016/0022-0965\(75\)90098-3](https://doi.org/10.1016/0022-0965(75)90098-3)
 - Harris, M. (1998). *Good to Eat: Riddles of Food and Culture*. Waveland.
 - Haslam, D. (2007). Obesity: a medical history. *Obesity Reviews*, 8(1), 31-37. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2007.00314.x>
 - He, M. y Evans, A. (2007). Les parents sont-ils conscients que leurs enfants souffrent de surpoids ou d'obésité? *Canadian Family Physician*, 53, 1493-1499. [https://www.scirp.org/\(S\(351jmbntvnsjt1aadkposzje\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1305277](https://www.scirp.org/(S(351jmbntvnsjt1aadkposzje))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1305277)
 - Henao López, G. C. Y García Vesga, M. C. (2011). Interacción familiar y desarrollo emocional en niños y niñas. *Revista Latinoamericana De Ciencias Sociales, Niñez Y Juventud*, 7(2). <http://ns520666.ip-158-69-118.net/rlesnj/index.php/Revista-Latinoamericana/article/view/193>
-

-
- Hendy, H.M. y Raundebush, B. (2000). Effectiveness of teacher modelling to encourage food acceptance in preschool children. *Appetite* 34(1), 61-76. <https://doi.org/10.1006/appe.1999.0286>
 - Hinrichs, E. (2005). *Alle origini dell'età moderna*. Laterza.
 - Hobbs, M., Pearson, N., Foster, P.J. y Biddle, S.J. (2015). Sedentary behaviour and diet across the lifespan: An updated systematic review. *British Journal of Sports Medicine*, 49 (18), 1179 - 1188. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2014-093754>
 - Horvath, J.D.C., Castro, M. L. D., Kops, N. L., Malinoski, N. K. y Friedman, R. (2014). Obesity coexists with malnutrition? adequacy of food consumption by severely obese patients to dietary reference intake recommendations. *Nutrición hospitalaria*, 29, no. 2, 292-299. <http://hdl.handle.net/10183/150418>
 - Huang, J.S., Becerra, K., Oda, T., Walker, E., Xu, R., Donohue, M., Chen, I., Curbelo, V. y Breslow, A. (2007). Parental ability to discriminate the weight status of children: results of a survey. *Pediatrics*, 120, 112-119. <http://www.infad.eu/RevistaINFAD/OJS/index.php/IJODAEP/article/view/1867>
 - Huffman, S.K. y Rizov, M. (2008). The Rise of Obesity in Transition Economies: Theory and Evidence from the Russian Longitudinal Monitoring Survey. *Proceeding of Annual Meeting of American Agricultural Economics Association*, pp. 1-35. <https://ageconsearch.umn.edu/record/6556>
 - ICEAN (2013). *Informe final sobre las características de los programas de ICEAN en América del Sur (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Paraguay, Perú y Venezuela)*. FAO. Recuperado de <http://www.fao.org/3/as503s/as503s.pdf>
-

-
- Innocenti, A. (2013). *Principi di nutrizione umana*. Società Editrice Esculapio.
 - Innocenti, A. y Pruneti, C. (2012). *Principi di Psicobiologia della Nutrizione e dello Stress*.
 - Iughetti, L. y Bernasconi, S. (2005). *L'obesità in età evolutive*. McGraw-Hill.
 - Jain, A., Sherman, S., Chamberlin, L., Carter, Y., Powers, S. y Whitaker, R. (2001). Why don't low-income mothers worry about their preschoolers being overweight? *Pediatrics*, 107 (5) 1138-1146.à <https://doi.org/10.1542/peds.107.5.1138>
 - Janssen, I., Krabbendam, L., Bak, M., Hanssen, M., Vollebergh, W., de Graaf, R. y Os, J. (2004). Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. *Acta Psychiatr. Scand.* 109, 38-45. <https://doi.org/10.1046/j.0001-690X.2003.00217.x>
 - Jeffery, A.N., Voss, L.D., Meccalf, B.S., Alba, S., y Wilkin, T.J. (2005). Parents' awareness of overweight in themselves and their children: cross sectional study within a cohort (EarlyBird 21). *British Medical Journal*, 330, 23-24. <https://doi.org/10.1136/bmj.38315.451539.F7>
 - Keys, A., Menotti, A., Karvonen, M.J, Aravanics, C., Blackburn, H., Buzina, R., Djordevic, B.S., Dontas, A.S., Fidanza, F., Keys, M.H., Kromhout, D., Nedeljkovic, S., Punsar, S., Seccareccia, F. y Toshima, H. (2017). The diet and 15-year death rate in the seven countries study. *American Journal of Epidemiology*, 185(11), 1130-1142. <https://doi.org/10.1093/aje/kwx101>
 - Klug, W.S., Kumings, M.R. y Spencer, C.A. (2007). *Concetti di genetica*. Pearson.
-

- Krieger, N. (2011). *Epidemiology and the People's Health: Theory and Context*. Oxford University Press.
- Krølner, R., Rasmussen, M., Brug, J., Klepp, K.I., Wind, M. y Due, P. (2011). Determinants of fruit and vegetable consumption among children and adolescents: a review of the literature. Part II: qualitative studies. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8, 112. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-8-112>
- La Marca, A. (2005). *Famiglia e scuola*. Armando Editore.
- Lafuente, M.J. (2000). Patrones de apego, pautas de interacción familiar y funcionamiento cognitivo (de los 70 a los 90). *Revista de psicología general y aplicaciones.*, 53 (1), 165-190. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2356868>
- Lahaye, W., Pourtois, J.P. y Desmet, H. (2007). *Transmettere. D'une génération à l'autre*. Paris: P.U.F.
- Lakdawalla, D. y Philipson, T. (2002). The growth of obesity and technological change: a theoretical and empirical examination. *National bureau of economic research*, 7(3), 283-293. <http://www.nber.org/papers/w8946.pdf>
- Larson, N.I., Miller, J.M., Watts, A.W., Story, M.T. y Neumark-Sztainer, D.R. (2016). Adolescent Snacking Behaviors Are Associated with Dietary Intake and Weight Status. *The Journal of Nutrition*, 146(7),1348-1355. <https://doi.org/10.3945/jn.116.230334>
- Lavanco, G. y Romano, F. (2006). La ricerca intervento partecipata e lo sviluppo di comunità con gli adolescenti. *Psicologia di Comunità*, 2, 97-105.
- Lecerf, J.M. y Ragot, B. (2010). *Come migliorare l'alimentazione di mio figlio. Conciliare piacere, educazione e salute*. Armando.

-
- Leclercq, C., Arcella, D., Piccinelli, R., Sette, S. y Le Donne, C. (2009). The Italian National Food Consumption Survey INRAN-SCAI 2005–06: main results in terms of food consumption. *Public Health, nutr* 12(12), 2504-2532. <https://doi.org/10.1017/S1368980009005035>
 - Lee, Y.S. (2009). The role of genes in the current obesity epidemic. *Ann Acad Med Singapore*. 2009 Jan; 38(1), 45-53. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19221670/>
 - Lévi-Strauss, C. (1962). *Le Totémisme aujourd'hui*. Puff.
 - Lev-Ran, A. (2000). Genotipo parsimonioso, obesità, diabete e la società dello spreco. *GIDM Rassegna*, 20, 199-221, 2000. <https://www.gidm.it/wp-content/uploads/2017/05/LevRan.pdf>
 - Lewin, K. (1948). *I conflitti sociali. Saggi di dinamica di gruppo*. (Tr. it. 1972). Franco Angeli.
 - Lewin, K. (1951). *Teoria e sperimentazione in psicologia sociale*. Tr. it. 1972). Il Mulino.
 - Lissner, L., Wijnhoven, T. M. A., Mehlig, K., Sjöberg, A., Kunesova, M., Yngve, A., Petrauskiene, A., Duleva, V., Rito, A. I. y Breda, J. (2016). Socioeconomic inequalities in childhood overweight: heterogeneity across five countries in the WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI-2008). *International Journal of Obesity*, 40(5), 796-802. <https://dx.doi.org/10.1038%2Fijo.2016.12>
 - Livingstone, M.B., Robson, P.J., Wallace, J.M. y McKinley, M.C. (2003). How active are we? Levels of routine physical activity in children and adults. *Proceedings of the Nutrition Society*, 62(3), 681-701. <https://doi.org/10.1079/pns2003291>
 - Lombardi, T. (2008). *Le Nazioni Unite (ONU) e gli istituti*
-

specializzati. Simone.

- Lonati, F. y Scarcella, C. (2012). *Metodologie e strumenti per la gestione delle cure primarie. Modelli ed esperienze a confronto*. Maggioli Editore.
- López Sánchez, F. (2008). *Necesidades en la infancia y en la adolescencia: respuesta familiar, escolar y social*. Pirámide.
- Lupoi, S., Corsello, A. y Pedi, S. (2016). *Curare giocando, giocare curando. La famiglia, i bambini, i terapeuti*. Franco Angeli.
- Lynch, J., Kaplan, G.A., y Salonen, J.T. (1997). Why do Poor People Behave Poorly? Variation in adult health behaviours and psychosocial characteristics by stages of the socioeconomic lifecourse. *Social Science y Medicine*, 44(6): 809-819. <http://hdl.handle.net/2027.42/55300>
- Maccoby, E.E. y Martina, J.A. (1983). Socialization in the Context of the Family: Parent-Child Interaction. En P.H., Mussen y E.M., Hetherington, (Eds.), *Handbook of Child Psychology* (pp. 1-101). Wiley.
- Macias M, A. I., Gordillo S, L. G. y Camacho R, E. J. (2012). Eating habits in school-age children and the health education paper. *Rev. chil. Nutr*, vol. 39, n. 3, 40-43. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182012000300006>.
- Maggiolini, A. y Pietropolli Charmet, G (2004). *Manuale di psicologia dell'adolescenza: compiti e conflitti*. Franco Angeli.
- Main, M. (1995). *L'attaccamento. Dal comportamento alla rappresentazione*. Raffaello Cortina.
- Main, M. y Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. En

-
- T. Grenberg y D. Cicchetti (Eds.). *Cummings Attachment during the preschool years: theory, research and intervention*. University of Chicago Press.
- Manca, M. (2017). *Difformità educative per una società complessa*. Aras Edizioni.
 - Manzoni, G. M. y Castelnuovo, G. (2011). Scale per la misurazione della qualità di vita nell'obesità. En E. Molinari y G. Castelnuovo (Eds.), *Clinica psicologica dell'obesità. Esperienze cliniche e di ricerca* (pp. 59-70). Springer Verlag.
 - Marchesi, A. (2007). *Diritti umani e Nazioni Unite. Diritti, obblighi e garanzie*. Franco Angeli.
 - Martínez Vázquez, C. y Ciscar, E. (2009). La intervención sobre el rol parental desde el Modelo Restaurador. En E. Ciscar, C. Martínez Vázquez, P. Cánovas, P. Sahuquillo, M. Beyebach y J.A. Sáenz (Eds.). *Orientación familiar. De la capacidad a la funcionalidad* (pp. 75-163). Tirant lo Blanch.
 - Maziak, W., Ward, K.D. y Stockton, M.B. (2008). Childhood obesity: Are we missing the big picture? *Obesity Reviews* 9(1), 35-42. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789x.2007.00376.x>
 - Mazor, R., Friedman-Morvinski, D., Alsaigh, T., Kleifeld, O, Kistler, E.B., Rouso-Noori, L. Huang, C., Li, J.B., Verma, I., M., Schmid-Schönbein (2018). Cleavage of the leptin receptor by matrix metalloproteinase-2 promotes leptin resistance and obesity in mice. *Science Translation Medicine*, 22 (10). <https://doi.org/10.1126/scitranslmed.aah6324>
 - McKinsey Global Institute (2014). *Overcoming obesity: An initial economic analysis*. <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/how-the-world-could-better-fight->
-

obesity.

- Meza Rueda J. L. y Páez Martínez R. M. (2016). *Familia, escuela y desarrollo humano*. Editorial Kimpres.
- Miano, M. (2011). *La famiglia nel pensiero dei sociologi classici*. Franco Angeli.
- Midei, A.J., y Matthews, K.A. (2011). *Interpersonal violence in childhood as a risk factor for obesity: a systematic review of the literatue and proposed pathways*, 12(5), 159-172. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789x.2010.00823.x>
- Milani, P. (2008). Genitori e figli nella famiglia affettiva. In G., Dianin, y G., Pellizzaro, (Eds.). *La famiglia nella cultura della provvisorietà* (pp. 309-338). EMP.
- Miljkovic, D., Nganje, W. y de Chastenet, H. (2008). Economic factors affecting the increase in obesity in the United States: Differential responce to price. *Food Policy*, 33(1), 48-60. <https://econpapers.repec.org/RePEc:eee:jfpoli:v:33:y:2008:i:1:p:48-60>
- Minardi, E. y Cifiello, S. (Ed.). (2005). *Ricercazione. Teoria e metodo del lavoro sociologico*. Franco Angeli.
- Miranda-Hermosilla, F. y García, F. E. (2019). Funcionamiento familiar y percepción parental del estado nutricional de sus hijos e hijas en edad preescolar. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, 17(1), 103-120. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612019000100005&lng=es&tlng=es
- MIUR (2011). *Linee guida per l'educazione alimentare nella scuola italiana*. Recuperado de:

http://archivio.pubblica.istruzione.it/allegati/prot7835_11.pdf

- MIUR (2015). *Linee guida per l'educazione alimentare*. Recuperato de:
http://www.istruzione.it/allegati/2015/MIUR_Linee_Guida_per_1%27Educazione_Alimentare_2015.pdf.
- Möckenberg, B. F. y Muzzo, B. S. (2015). *La deconcertante epidemia de obesidad. The disconcerting epidemic of obesity*, 42(1).
<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182015000100013>
- Moledo, M.L. (2014). La participación de las familias en los centros educativos: una lectura desde la pedagogía. En P. Cánovas y M.P. Sahuquillo (Eds.), *Familias y menores. Retos y propuestas pedagógicas*. Tirant Humanidades.
- Montes F. J. J. (2020). *Programa de prevención de obesidad infantil en el contexto escolar: revisión bibliográfica*. Universidad de Catalunya.
- Moreno Villares, J.M. (2016). Los mil primeros días de vida y la prevención de la enfermedad en el adulto. Nutrition in early life and the programming of adult disease: the first 1000 days. *Nutrición Hospitalaria*, 33(4), 1-67. <http://dx.doi.org/10.20960/nh.337>.
- Moreno, L.A., Tomás, C., González-Gross, M., Bueno, G., Pérez-González, J.M. y Bueno, M. (2004). Micro-environmental and socio-demographic determinants of childhood obesity. *International Journal of Obesity*, 28 (3), 16-20.
<https://www.researchgate.net/deref/http%3A%2F%2Fdx.doi.org%2F10.1038%2Fsj.ijo.0802798>
- Morin, E. (2000). *La testa ben fatta. Riforma dell'insegnamento e riforma del pensiero*. Raffaello Cortina.

-
- Musitu, G. y Cava, M.J. (2001). *La familia y la educación*. Octaedro.
 - Nardone, P., Spinelli, A., Buoncristiano, M., Lauria, L., Pierannunzio, D. y Galeone, D. (2018). *Il sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE: risultati 2016*. Istituto Superiore di Sanità. Recuperato de: [http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/pdf/ONLINE OKKIO A LLA SALUTE.pdf](http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/pdf/ONLINE_OKKIO ALLA_SALUTE.pdf)
 - Navarro, A. y Cristaldo, P. (2001). *Hacia una didáctica de la nutrición*. Córdoba, Argentina: Universitas - Editorial Científica Universitaria.
 - Negri, S. (2018). *Salute pubblica, sicurezza e diritti umani nel diritto internazionale*. Giappicchelli.
 - Ness, A.R. (2004). The Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC). A resource for the study of the enviromental determinants of Childhood obesity. *European Journal of Endocrinology*, 151(3), 125-129. <https://doi.org/10.1530/eje.0.151u141>
 - Ng, M., Fleming, T. Robinson, M., Thomson, B., Graetz, N. y Margono, C. (2013). Global, regional, and national prvalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*, 384, 9945, 76-781. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(14\)60460-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(14)60460-8)
 - Nimal, P., Lahaye, W. y Pourtois, J.P. (2000). *Logiques familiales d'insertion sociale*. Louvain-la-Neuve.
 - Nistri, R. (2003). *Dire, fare, gustare. Percorsi di educazione alimentare al gusto nella scuola*. Slow Food Editore.
 - Nussbaum, M. C. (2009). *L'intelligenza delle emozioni*. Il Mulino.
-

-
- Nuvoli, G. (2010). *Rapporti con il cibo e comportamento alimentare. Ricerche psicologiche e socioeducative sul momento dei pasti in età evolutiva*. Franco Angeli.
 - OKkio alla SALUTE (2019). Indagine nazionale 2019: i dati nazionali. Recuperado de <https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/indagine-2019-datiliograficas>
 - Olson, D. H. (2011). *Marriage and families: Intimacy, diversity, and strengths* (11ª ed.). McGraw-Hill
 - OMS (1988). *Glossario OMS della Promozione della Salute*. World Health Organization. Recuperado de: https://www.dors.it/documentazione/testo/201303/OMS_Glossario%201998_Italiano.pdf
 - OMS (2006). *Guadagnare salute. La strategia europea per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche*. World Health Organization. Recuperado de: http://www.epicentro.iss.it/croniche/pdf/Strategia_europea_italiano.pdf.
 - OMS (2019). *Carta Europea sull'azione di contrasto all'obesità*. World Health Organization. Recuperado de: http://focus.formez.it/sites/all/files/carta_obesit_istanbul.pdf.
 - OMS (2020). *Obesidad y sobrepeso*. World Health Organization. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
 - Organización Mundial de la Salud (2019). *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud: Sobrepeso y obesidad infantil*. OMS. <https://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy>
-

[spanish_web.pdf](#)

- Overseas Department Institute (2014). *Future diets: the global rise of obesity*. Recuperado de: <https://www.odi.org/opinion/9329-future-diets-global-rise-obesity> .
- Padovese, L. y Padovese, R. (2010). *Socialità e partecipazione. L'esperienza delle imprese cooperative del settore consumo*. Franco Angeli.
- Palmonari, A. (Ed.). (2011). *Psicologia dell'adolescenza*. Il Mulino.
- Parada Navas, J. L. (2010). La educación familiar en la familia del pasado, presente y futuro. *Educatio Siglo XXI*, 28(1), 17-40. Recuperado de <https://revistas.um.es/educatio/article/view/109711>
- Parsons, T. (2012). *Il sistema della parentela negli Stati Uniti contemporanei*. Armando Editore.
- Pastor, M.J. (2014). Estilos educativos percibidos en una muestra de niños de edad escolar en función de variables personales y familiares. *Revista de Psicología Clínica con niños y adolescentes*, 1(2), 133-139. <https://doi.org/10.18800/psico.201602.008>
- Pelchat, M. y Pliner, P. (1995). Try it. You'll like it. Effects of information on willingness to try novel foods. *Appetite*, 24(2), 153-165. [https://doi.org/10.1016/S0195-6663\(95\)99373-8](https://doi.org/10.1016/S0195-6663(95)99373-8)
- Penney, T.L., Almiron-Roig, E., Shearer, C., McIsaac, J.L. y Kirk, S.F.L. (2014). Modifying the food environment for childhood obesity prevention: challenges and opportunities. *Proceedings of the Nutrition Society*, 73(2), 226-236. <https://doi.org/10.1017/s0029665113003819>
- Pérez Fernández, F. (2004). El Medio Social como Estructura Psicológica. Reflexiones a partir del Modelo Ecológico de

-
- Bromfenbrenner. *EduPsykhé Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 3(2), 161-177.
https://www.researchgate.net/publication/299656848_El_medio_social_como_estructura_psicologica_Reflexiones_a_partir_del_modelo_ecologico_de_Bronfenbrenner
- Piccinni, A. (2012). *Drogati di cibo. Quando mangiare crea dipendenza*. Giunti.
 - Pietropoli Charmet, G. (2000). *I nuovi adolescenti: padri e madri di fronte a una sfida*. Raffaello Cortina.
 - Pliner, P. (1983). Family resemblance in food likes and dislikes. *Journal of Nutrition Education*, 15 (4), 137-140.
[https://doi.org/10.1016/S0022-3182\(83\)80133-2](https://doi.org/10.1016/S0022-3182(83)80133-2)
 - Pourtois, J.P. (1979). *Comment les mères enseignent à leurs enfants*. P.U.F.
 - Prandini, R. (1999). *Talcott Parsons*. Mondadori.
 - Prockaska, J.O. y Di Clemente, C.C. (1982). Transtheoretical Therapy: Toward a More Integrative Model of Change. *American Journal of Health Promotion*, 12, (1):11-12.
<http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/h0088437>
 - Rampersaud, G.C., Pereira, M.A., Girard, B.L., Adams, J., y Metzler, J.D. (2005). Breakfast habits, nutritional status, body weight, and academic performance in children and adolescents. *Journal of American Dietetic Association*, 105, 743-760.
<https://doi.org/10.1016/j.jada.2005.02.007>
 - Reder, P., Duncan, S. y Lucey, C. (2003). *Studies in the Assessment of Parenting*. Routledge.
 - Reilly, J.J., y Wilson, D. (2006). Childhood obesity. *TheBMJ*
-

333(7580), 1207-1210.

<https://dx.doi.org/10.1136%2Fbmj.39048.503750.BE>

- Rhee, K.E., De Lago, C.W., Arscott-Mills, T., Mehta, S.D., y Davis, R.K. (2005). Factors associated with parental readiness to make changes for overweight children. *Pediatrics*, 116, 94-101. <https://doi.org/10.1542/peds.2004-2479>
- Riquelme, V., Sahuquillo, P. y Cánovas, P. (2020). Transitando la Ruptura Familiar: Una Aproximación Hacia la Coordinación de Parentalidad. *Cuestiones pedagógicas*, 1, 29, 77-89.
- Ritchie, H. y Roser, M. (2019). *Obesity*. Recuperado de <https://ourworldindata.org/obesity>.
- Riva, M. (1985) Prefazione. En G. Donegani (Ed.). *Impariamo a mangiare*. CLESAV.
- Roda, G., Cabrera Silvina, S., Campisi, M. y Amato, D. (2016). Resultados de la encuesta de hábitos alimentarios y antecedentes familiares en Centros de Desarrollo Infantil del Municipio de Merlo / Poll results of dietary habits and family history in Child Development Centers, Municipality of Merlo. *Diaeta (B. Aires)*, 34(155), 41-47, abr.-jun.2016. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-789615>
- Rolla, E. y Bossolasco, M.V. (2006). *Perdo peso. Un programma educativo coognitivo-comportamentale*. Gribaуди.
- Rosenstock, I.M. (1974), Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education and Bahavior*, 2(4), 328-335. <https://doi.org/10.1177%2F109019817400200403>
- Rosmond, R., Dallman M.F. y Bjorntorp, P. (1998). Stress-related cortisol secretion in men: relathionships with abdominal obesity and

-
- endocrine, metabolic and hemodynamic abnormalities. *J Clin Endocr Metab*, 83(6), 1853-1859. <https://doi.org/10.1210/jcem.83.6.4843>
- Rotella, C.M. (1980). *L'obesità. Manuale per la diagnosi e la terapia*. SEE.
 - Salas Sánchez, M. I. y Vidal-Conti, J. (2020). Orientaciones para crear patios activos en los centros escolares (Orientations to create active playgrounds in schools). *Retos*, (38), 745-753. <https://doi.org/10.47197/retos.v38i38.73038>
 - Sallés, C. y Ger, S. (2011). Las competencias parentales en la familia contemporánea: descripción, promoción y evaluación. *Educación Social: Revista de intervención socioeducativa*. 49, 25-47. <http://hdl.handle.net/11162/29240>
 - Salter Ainsworth, M.D., Blehar, M.C., Waters, E. y Wall, S.N. (2015). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Psychology Press.
 - Saraceno, C. y Naldini, M. (2007). *Sociologia della famiglia*. Il Mulino.
 - Saraceno, C., y Naldini, M. (2013). *Sociologia della famiglia*. Il Mulino.
 - Sartorio, A. y Buckler, J.M.H (2008). *Obesità infantile: un problema in crescita. I consigli dei medici ai genitori*. Vita e pensiero.
 - Scabini, E. y Cigoli, V. (2000). *Il familiare. Legami simboli e transizioni*. Raffaello Cortina Editore.
 - Scabini, E. y Iafrate, R. (2003). *Psicologia dei legami familiari*. Il Mulino.
 - Scartabelli, G. y Santini, F. (2020). *Obesità: pandemia del xxi secolo. Tra ambiente e genetica. Istituto Lombardo - Accademia Di Scienze E*
-

-
- Lettere-Incontri Di Studio*, 79, 9-17.
<https://doi.org/10.4081/incontri.2020.624>
- Schilder, P. (1978). *Immagine di sé e schema corporeo*. Franco Angeli.
 - Schmidhuber, J. y Shetty, P. (2005). The nutrition transition to 2030. Why developing countries are likely to bear the major burden. *Acta Agriculturae Scand Dection C-Food Economics*, 2, 150-166.
<https://doi.org/10.1080/16507540500534812>
 - Segal A.B., Huerta M.C. y Sassi F. (2019). Understanding the effect of childhood obesity and overweight on educational outcomes: an interdisciplinary secondary analysis of two UK cohorts. *The Lancet*.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32881-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32881-8)
 - Sepúlveda Maldonado D. (2020). *La familia, roles y funciones en la educación inicial de los niños y niñas. Para optar al grado de magíster en dirección y liderazgo para la gestión educacional*. [Artículo De Estudio, Facultad de Educacion y Ciencias Sociales Magister en Dirección y Liderazgo Para La Gestión Educacional].
http://repositorio.unab.cl/xmlui/bitstream/handle/ria/15348/a130689_Sepulveda_D_La_familia_roles_y_funciones_2020_tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 - Signore, G. (2010). *Storia delle abitudini alimentari. Dalla preistoria al fast food*. Tecniche nuove.
 - Spinelli, A., Lamberti, A., Baglio, G., Andreozzi, S. y Galeone, D. (Eds.). (2009). *OKkio alla SALUTE: sistema di sorveglianza su alimentazione e attività fisica nei bambini della scuola primaria. Risultati 2008*. (Rapporti ISTISAN 09/24). Istituto Superiore di Sanità. Recuperato de <http://old.iss.it/binary/publ/cont/0924.pdf>.
 - Strozzi, M. (2015). *Come cambia l'educazione alimentare (1979-*
-

-
- 2015). *Un'occasione mancata*. Recuperato de [http://www.foodedu.it/upload/files/Come_cambia_l%27educazione_Alimentare_\(1975-2015\)_-saggio_di_Marisa_Strozzi_-_in_Cultura_Del_Cibo_-_UTET_2015%20.pdf](http://www.foodedu.it/upload/files/Come_cambia_l%27educazione_Alimentare_(1975-2015)_-saggio_di_Marisa_Strozzi_-_in_Cultura_Del_Cibo_-_UTET_2015%20.pdf).
- Suchert, V., Hanewinkel, R. y Isensee, B. (2015). Sedentary behavior and indicators of mental health in school-aged children and adolescents: A systematic review. *Preventive Medicine*, 76, 48-57. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2015.03.026>
 - Tarbal, A. (2010). *La Obesidad Infantil: una epidemia mundial*. Recuperato de https://faros.hsjdbcn.org/adjuntos/389.1-Pindola_obesitat_castella.pdf.
 - Théry, I. (1993). *Le démariage: Justice ávie privée*. Jacob.
 - Toscano, M. A. (Ed.) (2006). *Introduzione alla sociologia*. Franco Angeli.
 - Tremblay, M.S., Le Blanc, A.G., Janssen, I, Kho, M.E., Hicks, A., Murumets, K., Colley, R.C. y Duggan, M. (2011). Canadian Sedentary Behaviour Guidelines for Children and Youth. *Applied Physiology Nutrition and Metabolism*, 36(1), 59-64; 65-71. <https://doi.org/10.1139/H11-012>
 - Troiano, R.P., Macera, C.A. y Ballard-Barbash, R. (2001). Be physically active each day. How can we know? *The Journal of Nutrition*, 131, 451-460. <https://doi.org/10.1093/jn/131.2.451s>
 - Tronconi, L.P. (2016). *Unione Europea e diritto alla tutela della salute: problematiche giuridiche comparate*. Maggioli Editore.
 - UNICEF (2008). *Come cambia la cura dell'infanzia. Un quadro comparativo dei servizi educativi e della cura per la prima infanzia nei paesi economici avanzati*. Recuperado de <https://www.unicef->
-

irc.org/publications/pdf/rc8_ita.pdf.

- UNICEF (2018). *Diamogli peso. L'impiego dell'UNICEF per combattere la malnutrizione*. Recuperado de https://www.unicef.it/Allegati/Diamogli_peso.pdf.
- Vader, A.M., Walters, S.T., Harris, T.R. y Hoelscher, D.M. (2009). Television viewing and snacking behaviors of fourth- and eighth-grade schoolchildren in Texas. *Preventing Chronic Disease*, 6: A88. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19527590>
- Vigarello, G. (2016). *The Metamorphoses of Fat: A History of Obesity*. Columbia University Press.
- Vio, F., Salinas, J., Montenegro, E., González, C.G. y Lera, L. (2014). Efecto de una intervención educativa en alimentación saludable en profesores y niños preescolares y escolares de la región de Valparaíso, Chile. *Nutrición Hospitalaria*, 29 (6), 1298-1304. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309231671010>
- Von Bertalanffy (2004). *Teoria generale dei sistemi. Fondamenti, sviluppo, applicazioni*. Mondadori.
- Wang, G. y Speakman, J.R. (2016). Analysis of Positive Selection at Single Nucleotide Polymorphism Associated with Body Mass Index Does Not Support the “Thrifty Gene” Hypothesis. *Cell Metabol*, 24 (4), 531-541. <https://doi.org/10.1016/j.cmet.2016.08.014>.
- Ward, Z.J., Long, M.W., Resch, S.C., Giles, C.M., Craddock, A.L. y Gortmaker, S.L. (2017). Simulation of Growth Trajectories of Childhood Obesity into Adulthood. *The New England Journal of Medicine*, 377: 2145-2153. <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa1703860>.
- Whiteford, H.A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A.J., Ferrari, A.J.,

-
- Erskine, H.E., Charlson, F.J., Norman, R.E., Flaxman, A.D., Johns, N., Burstein, R., Murray, C.J. y Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 9(382), 1575-1586. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(13\)61611-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(13)61611-6)
- WHO (2004). *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. WHO. Recuperado de <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/young-peoples-health-in-context.-health-behaviour-in-school-aged-children-hbsc-study-international-report-from-the-20012002-survey>.
 - WHO (2006). *Gaining Health - The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*. WHO. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107787/E89306.pdf>
 - WHO (2018). *Childhood Obesity Surveillance Initiative. Highlights 2015-2017*. WHO. Recuperado de http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/372426/WH14_COSI_factsheets_v2.pdf?ua=1.
 - WHO, (2018). *Obesity and overweight*. WHO. Recuperado de <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
 - Wilkie, T. (1995). *La sfida della conoscenza: il Progetto Genoma e le sue implicazioni*. Raffaello Cortina.
 - Wilkinson, R.G. y Pickett, K. (2012). *La misura. Perché le disuguaglianze rendono le società più infelici*. Feltrinelli.
 - Winnicott, D.W. (1992). *La famiglia e lo sviluppo dell'individuo*. Armando Editore.
-

-
- Winnicott, D.W. (2013). *Sviluppo affettivo e ambiente*. Armando Editore.
 - Woo Baidal, J.A., Locks, L.M., Cheng, E.R., Blake-Lamb, T.L., Perkins, M.E., y Taveras, E.M. (2016). Risk Factors for Childhood Obesity in the First 1,000 Days: A Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine*, 50 (6), 761-779.
 - World Health Organization Regional Office for Europe (2018). *WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: overweight and obesity among 6-9- year-old children*. WHO. Recuperado de http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/378865/COSI-3.pdf?ua=1
 - Zachary, J., Ward, M.P.H., Michael, W., Long, Sc. D., Stephen, C., Resch, D., Catherine, M., Giles, M.P.H., Angie, L. Cradock, D., Steven, L. y Gortmaker, D. (2017). Simulation of Growth Trajectories of Childhood Obesity into Adulthood. *The New England Journal of Medicine*, 377, 2145-2153. <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa1703860>
 - Zanatta, A.L. (2003). *Le nuove famiglie*. Il Mulino.
 - Zanatta, A.L. (2011). *Nuove madri e nuovi padri. Essere genitoriloggi*. Il Mulino.
 - Zhangbin, Y., Shuping, H., Xingguo, C., Chun, Z., Xuejie, W. y Xirong, G. (2012). Genetic Polymorphisms in Adipokine Genes and the Risk of Obesity: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Obesity*, Volume 20, Issue 2, 396-406. <https://doi.org/10.1038/oby.2011.148>
-

Anexos
INSTRUMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN

Anexo 1: Cuestionario para los niños



Adesso rispondi ad alcune domande su ciò che hai fatto
questa mattina:

1. Hai fatto colazione questa mattina?

Sì No

2. Se questa mattina prima di venire a scuola hai fatto colazione, segna con una crocetta tutto quello che hai mangiato e bevuto:

<input type="checkbox"/> latte	<input type="checkbox"/> merendina	<input type="checkbox"/> torta
<input type="checkbox"/> latte e cioccolato	<input type="checkbox"/> biscotti	<input type="checkbox"/> fette biscottate
<input type="checkbox"/> té	<input type="checkbox"/> pane e marmellata	<input type="checkbox"/> yogurt
<input type="checkbox"/> succo di frutta	<input type="checkbox"/> pane e nutella	<input type="checkbox"/> cereali
<input type="checkbox"/> pizza	<input type="checkbox"/> brioches	<input type="checkbox"/> frutta
<input type="checkbox"/> focaccia	<input type="checkbox"/> cornetto	<input type="checkbox"/> uova

3. Se questa mattina prima di venire a scuola hai mangiato o bevuto altre cose a colazione, scrivile sulla linea

4. Questa mattina hai guardato la televisione?

Sì No

5. Questa mattina come sei venuto a scuola?

in scuolabus
 in macchina
 a piedi
 in bicicletta
 in altro modo



6. Questa mattina durante la ricreazione hai fatto o farai merenda?

Sì No

7. Se questa mattina hai fatto o farai merenda, segna con una crocetta tutto quello che hai o avevi da mangiare e bere:

<input type="checkbox"/> aranciata	<input type="checkbox"/> yogurt	<input type="checkbox"/> fette biscottate
<input type="checkbox"/> succo di frutta	<input type="checkbox"/> merendina	<input type="checkbox"/> focaccia
<input type="checkbox"/> bibita in lattina	<input type="checkbox"/> biscotti	<input type="checkbox"/> pizza
<input type="checkbox"/> té	<input type="checkbox"/> panino	<input type="checkbox"/> patatine
<input type="checkbox"/> acqua	<input type="checkbox"/> crackers	<input type="checkbox"/> frutta

8. Se questa mattina hai o avevi da mangiare e bere altre cose a merenda, scrivile sulla linea

Adesso rispondi ad alcune domande su ciò che hai fatto
ieri pomeriggio:

9. Ieri pomeriggio hai giocato con i videogiochi o con giochi
al computer?

Sì No

10. Ieri pomeriggio hai guardato la televisione?

Sì No

11. Ieri pomeriggio hai giocato all'aperto?

Sì No

12. Ieri pomeriggio hai fatto qualche sport?

Sì No



Adesso rispondi ad alcune domande su ciò che hai fatto
dopo cena:

13. Ieri dopo cena hai giocato con i videogiochi o con giochi al computer?

Sì No

14. Ieri dopo cena hai guardato la televisione?

Sì No

15. Ieri dopo cena hai mangiato qualche altra cosa?

Sì No



Grazie
per il tuo aiuto!

fine



Anexo 2: Cuestionario para los padres

Gentili genitori,
Nell'ambito dell'iniziativa "Educazione Alimentare", desidero porVi alcune semplici domande che mi permetteranno di avere informazioni più precise riguardo l'alimentazione e il movimento abituale dei vostri figli.
Grazie!

Alcune domande sulle attività che il/la bambino/a svolge dopo la scuola

1) In una settimana normale, quanti giorni il/la bambino/a fa attività fisica per almeno un'ora al giorno? (sport, ginnastica, danza ecc. o altre attività fisiche fatte in palestra o all'aperto)

0 giorni 1 giorno 2 giorni 3 giorni 4 giorni 5 giorni 6 giorni 7 giorni

2) Può darci un'idea di quante ore il/la bambino/a in media gioca con i videogiochi o con il computer in un normale giorno di scuola? (considerare la mattina prima di andare a scuola, quando torna nel pomeriggio e la sera)

Numero _____ ore al giorno

3) Può darci un'idea di quante ore il/la bambino/a in media guarda la televisione in un normale giorno di scuola? (considerare la mattina prima di andare a scuola, quando torna nel pomeriggio e la sera)

Numero _____ ore al giorno

Alcune domande sull'alimentazione del suo/a bambino/a

4) Quante volte il/la bambino/a consuma frutta o verdura?

- 5 o più volte al giorno
- 2 - 4 volte al giorno
- una volta al giorno
- qualche volta a settimana
- meno di una volta a settimana
- mai

5) Quante volte il/la bambino/a beve bibite zuccherate e/o gassate (cola, aranciata, tè, succhi di frutta..)?

- più volte al giorno
- una volta al giorno
- qualche volta a settimana
- meno di una volta a settimana
- mai

Alcune domande su come Lei vede il bambino/a

6) Secondo Lei il /la bambino/a mangia:

- poco
- il giusto
- troppo

7) Secondo Lei il /la bambino/a è:

- sottopeso
- normopeso
- un po' in sovrappeso
- molto in sovrappeso

8) Secondo Lei il tempo che il /la bambino/a dedica all'attività fisica (giochi all'aperto, sport, ecc.) è:

- poco
- sufficiente
- tanto

Alcune domande su di Lei

9) Quale è la sua nazionalità?

- | | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| Padre | Madre |
| <input type="checkbox"/> italiana | <input type="checkbox"/> italiana |
| <input type="checkbox"/> straniera | <input type="checkbox"/> straniera |

10) Al momento Lei lavora fuori casa?

- | | |
|--|--|
| Padre | Madre |
| <input type="checkbox"/> Sì, a tempo pieno | <input type="checkbox"/> Sì, a tempo pieno |
| <input type="checkbox"/> Sì, part time | <input type="checkbox"/> Sì, part time |
| <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No |

11) Qual è il suo titolo di studio?

- | | |
|--|--|
| Padre | Madre |
| <input type="checkbox"/> nessuno | <input type="checkbox"/> nessuno |
| <input type="checkbox"/> licenza elementare | <input type="checkbox"/> licenza elementare |
| <input type="checkbox"/> licenza media | <input type="checkbox"/> licenza media |
| <input type="checkbox"/> diploma di scuola superiore | <input type="checkbox"/> diploma di scuola superiore |
| <input type="checkbox"/> laurea | <input type="checkbox"/> laurea |

Grazie per la cortese collaborazione

5

10

15

SCHEDA PER DATI ANTROPOMETRICI

12) Et  in mesi (da calcolare dalla data di nascita riferita dai genitori): _ _ _ _

13) Sesso: Maschio Femmina

14) Peso / _ / _ / , _ / _ / _ / kilogrammi

15) Altezza / _ / _ / _ / , _ / _ / centimetri



**Anexo 3: Tabla de registro para cada clase que implementó el
“Diario semanal de la merienda en la escuela”**

*Cuadrícula de observación para cada clase que implementó el
“Diario semanal de la merienda en la escuela”*

Escuela Primaria _____

Zona _____ Clase _____ Sec. _____

Mes _____ Semana del _____ al _____							
Día _____ Año _____							
ALUMNOS	SEXO		MERIENDA				
	M	F	<i>Señalar con una x los alumnos que han traído la merienda del día y con “A” los alumnos ausentes.</i>				
			L	M	M	G	V
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							

20							
21							
22							
23							
24							

Anexo 4: Formulario de consentimiento informado I.C. Vincenzo Navarro



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE AD INDIRIZZO
MUSICALE

di Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di I grado

"Vincenzo Navarro"

via Imbornone s.n - 92016 Ribera (AG)



UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

MODULO PER IL CONSENSO INFORMATO DEI GENITORI DEGLI STUDENTI DELLE CLASSI PRIME DELL'I.C. "Vincenzo Navarro"

I dati personali dell'alunno sono utilizzati dall'I.C. "Vincenzo Navarro", che ne è titolare per il trattamento, nel rispetto dei principi di protezione dei dati personali stabiliti dal Regolamento GDPR 2016/679.

MODALITÀ E FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DATI

1. La informiamo che i dati verranno trattati con il supporto dei seguenti mezzi:
 - cartaceo

con le seguenti finalità: scopo di ricerca.

Il presente modulo di consenso informato permette di far partecipare Vostro figlio/a alla compilazione di un questionario sulle abitudini alimentari, sulla prima colazione e merenda a scuola, sull'attività motoria e i comportamenti sedentari, quali l'utilizzo dei videogiochi, tutto ANONIMO, che verranno utilizzati per compiere un'indagine conoscitiva sull'alimentazione in particolare la prima colazione e merenda scuola, sull'attività motoria e sui comportamenti sedentari, come l'utilizzo dei videogiochi e della televisione, le cui informazioni verranno elaborate dalla ricercatrice Dott.ssa Sabina Russo dell'Università di Valencia (Spagna).

La compilazione non prevede alcun onere a carico delle famiglie.

Tutte le informazioni saranno utilizzate a soli scopi di ricerca e conservate nel più completo rispetto della privacy ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679.

E' importante che il presente modulo sia firmato da entrambi i genitori e compilato in ogni sua parte.

2. Titolare del trattamento dei Suoi dati personali è l'I.C. V.Navarro c.f. 92011530844
 - Email: agic84300t@istruzione.it
 - PEC: agic84300t@pec.istruzione.it
 - Telefono: 092561281
3. Responsabile del trattamento dei suoi dati è il Direttore SGA dott.ssa Giuseppina Lo Bosco
4. La scrivente Società ha nominato quali DPO (Data Protection Officer) il Sig. Furnari Calogero

Io sottoscritta (madre) _____
 nata il ___/___/___ residente a _____ via/piazza
 _____ Tel. _____ domicilio (se
 diverso dalla residenza) _____

Io sottoscritto (padre) _____
 nato il ___/___/___ residente a _____ via/piazza
 _____ Tel. _____ domicilio (se diverso
 dalla residenza) _____

dell'alunno _____
 nato il ___/___/___ residente a _____ via/piazza

ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, dichiariamo di essere stati adeguatamente informati sulle finalità della ricerca e sulle modalità di svolgimento della stessa ed in virtù della potestà genitoriale. Diamo pertanto il consenso alla partecipazione di nostro figlio / a alla compilazione del Questionario sull'abitudine alimentare (ANONIMO) ed al trattamento dei dati che da esso deriveranno, che saranno utilizzati solo ai fini della ricerca stessa. Siamo a conoscenza inoltre che la compilazione è facoltativa e non obbligatoria.

** viene chiesto di esprimere il grado di accordo/disaccordo con ciascuna affermazione scegliendo tra cinque modalità.*



Acconsentiamo con la sottoscrizione della presente alla somministrazione del questionario (anonimo) secondo le modalità e le finalità sopra riportate.

NON acconsentiamo

Nome per esteso del genitore	Data	Firma
_____	___/___/___	_____

Nome per esteso del genitore	Data	Firma
_____	___/___/___	_____

Anexo 5: Formulario de consentimiento informado I.C. Don Bosco

UNIVERSITAT ID VALÈNCIA

MODULO PER IL CONSENSO INFORMATO DEI GENITORI DEGLI STUDENTI DELLE CLASSI PRIME DELL'I.C. Don Bosco

I dati personali dell'alunno sono utilizzati dall'I.C. Don Bosco, che ne è titolare per il trattamento, nel rispetto dei principi di protezione dei dati personali stabiliti dal Regolamento GDPR 2016/679.

MODALITÀ E FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DATI

- La informiamo che i dati verranno trattati con il supporto dei seguenti mezzi:
 - cartaceo
 con le seguenti finalità: scopo di ricerca.
 Il presente modulo di consenso informato permette di far partecipare Vostro figlio/a alla compilazione di un questionario sulle abitudini alimentari , sulla prima colazione e merenda a scuola, sull'attività motoria e i comportamenti sedentari , quali l'utilizzo dei videogiochi, tutto ANONIMO, che verranno utilizzati per compiere un'indagine conoscitiva sull'alimentazione in particolare la prima colazione e merenda scuola ,sull'attività motoria e sui comportamenti sedentari ,come l'utilizzo dei videogiochi e della televisione, le cui informazioni verranno elaborate dalla ricercatrice Dott.ssa Sabina Russo dell'Università di Valencia (Spagna).
 La compilazione non prevede alcun onere a carico delle famiglie.
 Tutte le informazioni saranno utilizzate a soli scopi di ricerca e conservate nel più completo rispetto della privacy [ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679](#).
 E' importante che il presente modulo sia firmato da entrambi i genitori e compilato in ogni sua parte.
- Titolare del trattamento dei Suoi dati personali è l'I.C. Don Bosco c.f. 83002130843
 - Email: agic85600x@istruzione.it
 - PEC: agic85600x@pec.istruzione.it
 - Telefono: 092561162
- Responsabile del trattamento dei suoi dati è il Direttore SGA dott.ssa Rosalia Lazzara
- La scrivente Società ha nominato quali DPO (Data Protection Officer) il Sig. Furnari Calogero

Io sottoscritta (madre) _____
 nata il ___/___/___ residente a _____ via/piazza _____
 Tel. _____ domicilio (se diverso dalla residenza) _____

Io sottoscritto (padre) _____
nato il ___/___/_____ residente a _____ via/piazza
_____ Tel. _____ domicilio (se diverso
dalla residenza) _____
dell'anno _____
nato il ___ / ___ / _____ residente a _____ via/piazza

ai sensi [dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679](#), dichiariamo di essere stati adeguatamente informati sulle finalità della ricerca e sulle modalità di svolgimento della stessa ed in virtù della potestà genitoriale. Diamo pertanto il consenso alla partecipazione di nostro figlio / a alla compilazione del Questionario sull'abitudine alimentare (ANONIMO) ed al trattamento dei dati che da esso deriveranno, che saranno utilizzati solo ai fini della ricerca stessa. Siamo a conoscenza inoltre che la compilazione è facoltativa e non obbligatoria.

** viene chiesto di esprimere il grado di accordo/disaccordo con ciascuna affermazione scegliendo tra cinque modalità.*

Acconsentiamo con la sottoscrizione della presente alla somministrazione del questionario (anonimo) secondo le modalità e le finalità sopra riportate.

NON acconsentiamo

Nome per esteso del genitore	Data	Firma
_____	___/___/_____	_____

Nome per esteso del genitore	Data	Firma
_____	___/___/_____	_____
