



**TRABAJO DE FINAL DE GRADO
FACULTAD DE EDUCACIÓN**



**ANÁLISIS DE LA ADHESIÓN A LA DIETA MEDITERRÁNEA EN
LOS ESCOLARES DE EDUCACIÓN INFANTIL, EN PUEBLA DE
SANCHO PÉREZ (BADAJOZ): UNA PROPUESTA EN
EDUCACIÓN PARA LA SALUD.**

Laura Oliva García

Dr. Javier Cubero Juárez

Didáctica de las Ciencias Experimentales

Grado en Educación Infantil

4º Curso, Grupo 1

CURSO 2014/2015

BADAJOZ

Convocatoria: JUNIO

ÍNDICE

1.	Resumen	3
2.	Justificación.....	5
3.	Introducción.....	6
4.	¿Qué es la Educación para la Salud?	6
4.1.	<i>Definiciones.....</i>	6
4.2.	<i>Finalidad de la Educación para la Salud.....</i>	8
4.3.	<i>Hábitos de Vida Saludables</i>	8
4.4.	<i>Niveles de Prevención de la Educación para la Salud.....</i>	9
4.5.	<i>La Escuela como Escenario para un Desarrollo Saludable.....</i>	10
4.6.	<i>La Educación para la Salud como Estrategia de Cambio</i>	13
5.	Las Competencias de los Docentes en Salud Pública	13
6.	La Estrategia NAOS para la Población Infantil	15
6.1.	<i>¿Qué es la Estrategia NAOS?.....</i>	15
6.2.	<i>Objetivo principal de la Estrategia NAOS.....</i>	16
6.3.	<i>Causas de la Obesidad.....</i>	17
6.4.	<i>Situación Actual de la Obesidad Infantil en España.....</i>	18
7.	Objetivos generales.....	20
8.	Metodología.....	21
8.1.	<i>Población</i>	21
8.2.	<i>Material utilizado y método.....</i>	21
9.	Resultados obtenidos	24
10.	Discusión e Intervención Educativa.....	32
11.	Conclusiones.....	38
12.	Valoración personal.....	38
13.	Referencias bibliográficas	40
14.	Anexos	44

1. Resumen

Este trabajo se desarrolla dentro del área de Educación para la Salud (EpS), disciplina que se enmarca dentro de la Educación Infantil (E.I.). La Adhesión a la Dieta Mediterránea (A.D.M.) es de vital importancia en nuestros días. Se trata de una dieta equilibrada que nos aporta numerosos beneficios necesarios para nuestro organismo, siendo su principal objetivo la reducción de enfermedades ocasionadas por una mala alimentación y, sobretodo, por la falta de ejercicio físico.

Actualmente, no le damos la importancia necesaria a llevar unos hábitos de alimentación saludable en la etapa escolar, puesto que comemos en exceso comida rápida con gran cantidad de grasas y azúcares y llevamos una vida sedentaria que a la larga nos producirá problemas en nuestra salud.

El objetivo destacado en este trabajo ha sido analizar la Adhesión a la Dieta Mediterránea en la población escolar de Puebla de Sancho Pérez, Badajoz. Se analizó la ingesta de alimentos de 25 escolares de ambos sexos, del segundo ciclo de Educación Infantil, de 5 años de edad, del Colegio Público de Educación Infantil y Primaria Santa Lucía. A partir del *Cuestionario KIDMED* (Anexo 1), se ha estudiado la Adhesión a la Dieta Mediterránea, siendo ≤ 3 : Dieta de muy baja calidad, 4 a 7: Necesidad de mejorar el patrón alimentario para ajustarlo al modelo mediterráneo y ≥ 8 : Dieta Mediterránea óptima. Relacionando el índice KIDMED con los resultados obtenidos, el 40% de los escolares llevan a cabo una Dieta Mediterránea óptima, es decir, buena calidad; el 56% de los escolares tienen la necesidad de mejorar su ingesta de alimentos para llevar una dieta equilibrada, ya que es insuficiente; y el 4% llevan a cabo una dieta de baja calidad.

Los resultados fueron analizados mediante un análisis estadístico descriptivo con el programa Excel 2010 de Microsoft Office, dando lugar a que los escolares no consumían verduras frescas o cocinadas regularmente más de una vez al día y es primordial, ya que nos ofrecen un gran aporte de vitaminas y minerales. Dicho estudio ha llevado a un segundo objetivo, proponer una Intervención Educativa en base a los resultados del análisis de los escolares,

consistiendo ésta en cinco sesiones de 50 minutos cada una donde se realizarán actividades para aumentar el consumo de verduras en los escolares de Educación Infantil.

La Dieta Mediterránea (D.M.) está dotada de unas características que son necesarias para nuestro organismo, ya que nos aporta las cantidades alimenticias adecuadas para llevar una vida saludable, impidiendo el sobrepeso y/o la obesidad. Por eso, como futuras maestras debemos desarrollar nuestra competencia profesional, promoviendo en nuestros escolares un estilo de vida saludable y, en particular, hábitos en alimentación y nutrición.

PALABRAS CLAVE: Dieta Mediterránea, población escolar, intervención, verduras.

Abstract

This work is developed within the area of health education (EpS), discipline that fits within the education of children (E.I.). Adherence to the Mediterranean diet (R.M.A.) is of vital importance in our days. It is a balanced diet that brings numerous benefits necessary for our organism, its main objective being the reduction of diseases caused by poor diet and, above all, by the lack of physical exercise.

Currently, we don't give it the importance required to carry a few healthy eating habits in the school stage, since we eat too much fast food with lots of fats and sugars and carry a sedentary lifestyle that ultimately will cause us problems in our health.

The aim in this work was to analyze adherence to the Mediterranean diet in the school population of Puebla de Sancho Pérez, Badajoz. Analyzed food intake of 25 students of both sexes, the second cycle of child education and 5 years of age, the public school of early childhood education and primary Santa Lucia. From the KIDMED Questionnaire (Annex 1), has been studied adherence to the Mediterranean Diet, being ≤ 3 : very low quality diet, 4 to 7: need to improve the food pattern to fit the Mediterranean model and ≥ 8 : optimal

Mediterranean Diet. Linking the KIDMED index with the results obtained, 40% of the school carried out an optimal Mediterranean Diet, i.e., good quality; the 56% schoolchildren's need to improve his intake of food to carry a balanced diet, because it is insufficient; and 4% carry out a low quality diet.

The results were analyzed through descriptive statistical analysis with the program Excel 2010 Microsoft Office, giving rise to schoolchildren not consumed fresh or cooked vegetables regularly more than once a day and is essential, as offer us a large supply of vitamins and minerals. This study has led to a second goal, propose an educational intervention based on the results of the analysis of the school, consisting of the five 50-minute sessions each where activities will be undertaken to increase consumption of vegetables in the school of early childhood education.

The Mediterranean Diet (D.M.) is endowed with certain characteristics that are necessary for our organism, because it gives us adequate food amounts to lead a healthy life, preventing overweight I obesity. For this reason, as future teachers we have to develop our professional competence, promoting a style of healthy living and, in particular, food and nutrition habits in our school.

KEY WORDS: Mediterranean Diet, school population, intervention, vegetables.

2. Justificación

Dentro del ámbito escolar, los docentes tenemos una serie de competencias profesionales en Salud Pública que son necesarias para la educación y desarrollo de los niños y niñas.

La Dieta Mediterránea es la dieta más equilibrada que existe en nuestros tiempos. Por eso, todas las personas debemos estar adheridas a la misma para llevar un estilo de vida saludable, basado en hábitos que la complementen.

Por ello, mediante un cuestionario (*Cuestionario KIDMED*) realizado en un aula de Educación Infantil se pretende realizar un estudio a los escolares,

para así educar en una alimentación saludable y en la realización de ejercicio físico para llevar una vida lo más saludable posible, que incrementará también nuestra autoestima y la manera de sentirnos bien.

3. Introducción

Reincidir que este trabajo se encuentra dentro del área de la Educación para la Salud, orientado a la prevención del sobrepeso y la obesidad desde las escuelas, mediante las competencias docentes en Salud Pública. Para ello, existe una estrategia, la Estrategia NAOS, la cual está basada en la prevención de estas enfermedades no hereditarias.

Se trata de un proyecto de investigación aplicando metodologías y técnicas básicas de investigación a nivel descriptivo, con un diseño práctico en profundidad y una propuesta de *Intervención Educativa* completa y contextualizada.

La hipótesis planteada en este trabajo es que los niños de Educación Infantil no están adheridos a la Dieta Mediterránea. Para ello, se realizará una investigación de los mismos y, si la hipótesis es correcta, se propondrá la *Intervención Educativa* necesaria.

4. ¿Qué es la Educación para la Salud?

4.1. Definiciones

La Educación para la Salud (EpS) es un concepto bastante amplio en nuestros tiempos, centrado en la educación y promoción de la salud individual y colectiva de todas las personas que componen la sociedad. Se destacan, a continuación, las siguientes definiciones según diversos autores:

- Por Educación para la Salud se entiende, siguiendo a Green (1976), cualquier combinación de oportunidades de aprendizaje encaminadas a facilitar la adopción voluntaria de comportamientos que mejoren o sirvan al sostenimiento de la salud. La Educación para la Salud no se superpone ni coincide con la simple información acerca de la salud. Quiere esto decir que la Educación para la Salud no se limita a la aplicación de recursos pedagógicos, entendidos éstos en su sentido tradicional. Entre otras cosas, porque tales recursos han demostrado ser ineficaces. La Educación para la Salud supone un nuevo conocimiento que se dirige a la formación y a la adquisición de habilidades para la toma de decisiones por parte del educando, de manera que se adopte y refuerce la implantación de hábitos comportamentales sanos. La Educación para la Salud supone un derecho, lamentablemente insatisfecho todavía en la mayor parte de los ciudadanos. Como tal derecho, no es algo impositivo, sino algo que permite, a la vez que garantiza, la libre elección del comportamiento más adecuado por parte de los educandos. (Polaino-Lorente, 1987, p.56)

- El Comité de terminología para la Educación de la Salud define este concepto como <<un proceso cuyas dimensiones intelectual, psicológica y social se relacionan con actividades que incrementan las capacidades de las personas para tomar decisiones bien informadas que afectan al bienestar personal, familiar y comunitario>>. Este proceso, basado en principios científicos, facilita el aprendizaje y cambio comportamental en niños y adultos, tanto respecto de su salud personal como en relación a su salud como consumidores. (Polaino-Lorente, 1987, p.56)

- La Educación para la Salud informa, motiva y ayuda a la población a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables, propugna los cambios ambientales necesarios para facilitar estos objetivos y dirige la formación profesional y la investigación hacia estas metas. (Gavidia, Rodes y Carratalá, 1993, p.290)

- Un proceso de educación permanente que se inicia en los primeros años de la infancia orientado hacia el conocimiento de sí mismo en todas sus dimensiones tanto individuales como sociales, y también del ambiente que le rodea en su doble dimensión, ecológica y social, con objeto de poder tener una vida sana y participar en la salud colectiva. (Perea, 2004, p.17)

En resumen, podemos definir la Educación para la Salud (EpS) como educar y enseñar un estilo de vida saludable.

4.2. Finalidad de la Educación para la Salud

Diversos autores hablan de la finalidad de la Educación para la Salud pero todos coinciden en lo mismo. Siguiendo a Costa y López (2008) la finalidad general de la Educación para la Salud permite intervenir de forma eficaz en la salud de todas las personas, aportando estrategias de intervención para evitar el desarrollo de enfermedades, para la formación y educación de las personas en hábitos de vida saludables y para consolidar el entorno que les rodea.

4.3. Hábitos de Vida Saludables

Los hábitos de vida condicionan la salud de todas las personas, tanto de manera negativa como de manera positiva. Si llevamos a cabo hábitos saludables tendremos la posibilidad de evitar enfermedades, en cambio, si los hábitos de vida no son saludables tendremos más riesgo de sufrir problemas que afecten a nuestra salud. Lo más importante en el ámbito de la Educación para la Salud es el desarrollo de estos hábitos (prioritariamente desde edades tempranas), caracterizados como la base que da lugar a un estilo de vida saludable, mediante los cuales es posible tener control en nuestra salud. Perea (2009) afirma:

Los estilos de vida se incluyen entre los factores que afectan a la salud de los individuos y sobre los cuales éstos tienen capacidad de control. Determinadas actitudes sobre estos factores tienen como resultado la contribución a un mayor nivel de enfermedad y muerte prematura. Por el contrario, la modificación de los hábitos nocivos aporta un efecto beneficioso sobre la calidad de vida de las personas. (p.87)

Podemos encontrar estilos de vida que no son saludables (mala alimentación, sedentarismo, consumo de drogas, etc) que cada vez ocasionan más muertes prematuras en los países desarrollados. También, el medio ambiente (físico y social) es el causante de un pequeño porcentaje de defunciones.

Los hábitos de vida que más enfermedades y muertes promueven en la población son el consumo de alcohol y tabaco, siendo el tabaco la primera causa de mortalidad en España y en países próximos. Según resalta Perea (2009):

España ha sancionado el Programa Salud para Todos y la Declaración de Yakarta y las Cartas de Ottawa y de Bangkok impulsadas desde la OMS, reconociendo la importancia de la adopción de hábitos saludables de vida como medio favorecedor de la salud colectiva. (p.87)

4.4. Niveles de Prevención de la Educación para la Salud

Según Costa y López (1996) el propósito de la Educación para la Salud está basado en el origen de las enfermedades y su prevención.

La prevención consiste en anticiparse a un problema con el fin de minimizar los riesgos. Por eso, la prevención nos permite mantener nuestra salud en buen estado, mejorarla cuando hemos sufrido alguna enfermedad y disminuir el malestar que nos haya ocasionado. Quizás sea lo más importante

que debemos de trabajar en las aulas, ya que si existe una buena prevención de los hábitos de vida saludable evitaremos todo tipo de enfermedades futuras ocasionadas por los mismos.

La prevención, siguiendo a Gómez (2007), puede ser de tres tipos: la prevención primaria, que consiste en conocer las causas que pueden hacer perder la salud y evitarlas. Por ejemplo, una alimentación adecuada; la prevención secundaria, que trata una detección precoz de la enfermedad. Por ejemplo, seguimiento adecuado para suprimir la enfermedad; y la prevención terciaria, que intenta evitar recaídas de la enfermedad.

4.5. La Escuela como Escenario para un Desarrollo Saludable

La escuela es el lugar más adecuado para educar y enseñar hábitos de vida saludable. Los centros escolares deben desarrollar este conocimiento de forma específica a través de los contenidos, siendo de vital importancia para nuestra salud. Gavidia y Rodes (1998) afirman:

La Educación para la Salud se utiliza como aplicación o complemento de los temas disciplinares, de forma que sirva para conectar la asignatura con los intereses del alumnado. Así, sin romper el planteamiento disciplinar, se van desarrollando contenidos conceptuales, procedimentales y actitudinales de salud. (p.362)

Siguiendo a Gavidia y Rodes (1998), muchas escuelas no le dan la importancia necesaria a la Educación para la Salud, puesto que solo aparece de manera puntual con ciertas actividades, sin intentar adentrarse en este ámbito, pero ésta necesita estar presente diariamente en nuestras aulas. Como aparece de manera puntual pues se encuentra fuera de todas las áreas y de manera descontextualizada.

Para considerar que una escuela sea saludable, debe de tener presente la Educación para la Salud dentro de todas las áreas, reflejada en los objetivos y contenidos de cada una de ellas. Según Gavidia y Rodes (1998) “La Escuela Saludable <<es aquella que posee un ambiente sano donde se aprende de una manera saludable y solidaria con el medio>>” (p.362).

También es importante saber las características del centro. Si todos los profesionales del ámbito educativo se implican en darle la importancia necesaria a la Educación para la Salud, tendremos un centro que se interesa por los escolares que en él se educan, desarrollando en ellos hábitos saludables, actitudes y conductas que les permitan tener un desarrollo eficaz de su salud. Gavidia y Rodes (1998) destacan:

La participación de todas las personas relacionadas con la escuela saludable configura su ambiente social cuyas notas identificativas caracterizan estos centros. La actuación a través del ambiente trata de utilizar lo que se denomina currículo oculto como una vía de transmisión de actitudes y valores. (p.363)

Por todo esto, la escuela influye sobre la salud de los escolares desde edades tempranas. Siguiendo a García, Sáez y Escarbajal (2000), hay unos factores que destacan a las escuelas como imprescindibles en la Educación para la Salud, ya que admite a la población desde edades tempranas durante todas las etapas; los escolares se encuentran en un periodo donde almacenan conocimientos sobre la salud fácilmente; existen profesionales docentes capaces de desarrollar hábitos saludables y fomentar un estilo de vida saludable en sus alumnos/as; y siempre existe la posibilidad de mejorar el entorno del centro para orientarlo hacia la salud.

Para fomentar la Educación para la Salud, la escuela debe estar apoyada por las familias de los escolares para educar y enseñar estrategias saludables que sirvan para su futuro, ya que la Educación para la Salud comienza en el entorno familiar y progresivamente va siendo una labor

escuela-familia. También es un derecho de todos los escolares que en un futuro les será necesario en su vida. García et al. (2000) resaltan:

Por tanto, la Educación para la Salud en el medio escolar puede contribuir al desarrollo de la promoción de la salud de modo considerable, a condición de que junto al desarrollo de habilidades personales (educación de los alumnos para la vida) propicie la creación de entornos favorables a la salud y fortalezca el desarrollo de la acción comunitaria. (p.111)

La Educación para la Salud es algo primordial dentro del currículo escolar en Educación Infantil, ya que desde las escuelas debemos llevar a cabo la prevención de enfermedades mediante un proceso de enseñanza-aprendizaje de los hábitos saludables de forma continuada y no como una actividad puntual. Todas las personas pertenecientes a la sociedad pueden disfrutar de ella individualmente y/o colectivamente.

Hay que destacar que los contenidos de Educación para la Salud que se trabajan en el aula no son autosuficientes y deben valerse de comportamientos y actitudes externas.

En el Real Decreto 4/2008, de 11 de Enero, por el que se aprueba el Currículo de Educación Infantil para la Comunidad Autónoma de Extremadura, podemos destacar contenidos de Educación para la Salud. En este Real Decreto, en el área *El conocimiento de sí mismo y la autonomía personal*, los contenidos que se trabajan en el segundo ciclo (3-6 años) de Educación Infantil, dentro del Bloque 4, están relacionados con el cuidado personal y la salud, la higiene, la alimentación y el descanso.

En la Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la Mejora de la Calidad Educativa, no se encuentra ninguna modificación significativa con respecto a los contenidos de Educación para la Salud que se trabajan en el segundo ciclo (3-6 años) de Educación Infantil.

4.6. La Educación para la Salud como Estrategia de Cambio

En los últimos tiempos, la Educación para la Salud ha conseguido un papel que la ha destacado en todos los ámbitos. Por un lado, está encaminada al desarrollo de la especie, mediante la enseñanza de un estilo de vida adecuado, orientando esta enseñanza al estilo de vida saludable y, por otro lado, centrada en las demandas que necesitan todo lo relacionado con la salud.

Desde este punto de vista, las personas han dado más importancia a la Educación para la Salud, debido a un mayor nivel de conocimientos sobre la salud y/o la enfermedad, que desde edades más tempranas se enseñan en las aulas. Costa y López (1996) afirman:

La Educación para la Salud puede llegar a ser causa y efecto de una mayor ilustración de la gente en materia de salud, puede llegar a ser causa y efecto también de una mejora de la calidad de los servicios y, por último, la Educación para la Salud puede facilitar unas relaciones más igualitarias y menos dependientes entre proveedores de servicios y consumidores y clientes de los mismos. Estos últimos vienen transitando progresivamente desde el papel tradicional pasivo que se les había asignado hasta un papel decididamente más activo y comprometido. (p.41)

5. Las Competencias de los Docentes en Salud Pública

La Salud Pública es “La ciencia y el arte de promover la salud, prevenir la enfermedad y prolongar la vida mediante esfuerzos organizados en la sociedad” (OMS, 1998, p.12). Es imprescindible para poder solucionar las adversidades que encontremos sobre la salud y una vía que permite que se solucionen de manera positiva.

Según Davó et al. (2009) existen cada vez más expertos que son capaces de incorporar competencias en sus ámbitos de trabajo, para incentivar

una buena salud en la sociedad, debido a la cantidad de competencias que componen la Salud Pública, que permiten desarrollarla más allá del ámbito sanitario. Davó et al. (2009) afirma:

En España, desde los años 1980 coincidiendo con el impulso que dio la Carta de Ottawa a la colaboración multidisciplinaria para promover la salud, y con la reforma de los planes de estudio que propicio la LRU (Ley de Reforma Universitaria), los contenidos de salud pública se han ido extendiendo en los diferentes planes de estudios. (p.6)

Según Davó et al. (2009) en los Libros Blancos de las titulaciones universitarias del Espacio Europeo de Educación Superior (E.E.E.S.) podemos encontrar las competencias en Salud Pública que poseen todos los profesionales, desde los profesionales sanitarios hasta los profesionales educativos. Los docentes se incluyen en el Libro Blanco debido a sus competencias en Salud Pública de dos maneras diferentes: unas que engloban a todos los docentes y otras para cada especialidad. Esto es debido a que el ámbito educativo es muy amplio y debemos trabajar la Salud Pública en todos los aspectos. Es el primer entorno donde se van a desarrollar los niños y las niñas junto con la familia, siendo de primordial importancia que en las escuelas se comience a realizar una educación centrada en la salud, mediante la enseñanza de hábitos y un estilo de vida saludable. Davó et al. (2009) nos expone las competencias que tienen los docentes del Grado de Magisterio en Salud Pública en el Libro Blanco:

Función: valorar las necesidades de salud de la población:

- Analizar la situación de salud de la comunidad:
 - ✓ Detectar situaciones de falta de bienestar incompatibles con el desarrollo infantil y promover su mejora.

Función: desarrollar las políticas de salud:

- Fomentar la defensa de la salud en las políticas intersectoriales:
 - ✓ Respeto a las diferencias culturales y personales de los alumnos y demás miembros de la comunidad educativa.
 - ✓ Promover comportamientos respetuosos con el medio natural, social y cultural.
- Contribuir a diseñar y poner en marcha programas e intervenciones sanitarias:
 - ✓ Potenciar el conocimiento y el control del cuerpo y sus beneficios para la salud.
- Fomentar la participación social y fortalecer el grado de control de los ciudadanos sobre su propia salud:
 - ✓ Promover el desarrollo cognitivo, social y de la personalidad.
 - ✓ Desarrollar hábitos de autonomía personal y respeto a las normas de convivencia.
 - ✓ Potenciar una educación integral.
 - ✓ Respetar el trabajo propio y desarrollar habilidades sociales.
 - ✓ Crear y mantener una comunicación con las familias.
 - ✓ Promover el aprendizaje autónomo, evitando la exclusión y la discriminación.
 - ✓ Potenciar una actitud de ciudadanía crítica y responsable.
 - ✓ Dinamizar con el alumnado la construcción participada de reglas de convivencia democrática. (p.10)

6. La Estrategia NAOS para la Población Infantil

6.1. ¿Qué es la Estrategia NAOS?

La Estrategia NAOS relaciona la nutrición y la actividad física. Como su mismo nombre indica, se refiere a la Nutrición, Actividad Física, Prevención de la Obesidad y Salud, las cuales son palabras que definen sus siglas (NAOS).

Calvo, Gómez, López-Nomdedeu y Royo (2012) indican que la Estrategia NAOS “nació como respuesta a la petición de la Organización Mundial de la Salud a sus Estados Miembros en mayo de 2004 en la Asamblea Mundial de Salud. Es una estrategia global en nutrición y actividad física” (p.128).

Frente al problema de la obesidad infantil, siguiendo a Calvo et al. (2012), en el año 2005 se originó esta estrategia, con el fin de llevar a cabo un estilo de vida saludable y evitar los malos hábitos que están ocasionándose en la actualidad, debido al sedentarismo y a la mala alimentación.

6.2. Objetivo principal de la Estrategia NAOS

Vázquez, de Cos y López-Nomdedeu (2005) aseguran que el objetivo principal de la Estrategia NAOS está repleto de responsabilidad, debido a que se intenta reducir la obesidad mediante una ingesta de alimentos adecuada y la realización de ejercicio, ya que desde las aulas escolares podemos observar cómo los pequeños llevan una vida sedentaria, no juegan cómo en décadas anteriores. También, la mala alimentación, debido a que en muchas ocasiones los dos padres se encuentran trabajando y tienden hacia la comida rápida, no considerándola perjudicial para la salud. Por eso, cada vez hay más niños con tendencia a ser obesos. Vázquez et al. (2005) afirman:

La Estrategia NAOS tiene como meta fundamental fomentar una alimentación saludable y promover la actividad física para invertir la tendencia ascendente de la prevalencia de la obesidad y, con ello, reducir sustancialmente la morbilidad y mortalidad atribuible a las enfermedades crónicas. (p.449)

6.3. Causas de la Obesidad

Las principales causas de la obesidad se encuentran en el enorme consumismo de la comida rápida. Poseen un alto nivel calórico que contienen grasas y azúcares en grandes cantidades y, como he hecho hincapié en el punto anterior, la baja actividad física (el sedentarismo).

Siguiendo a Vázquez et al. (2005), en los últimos años, España ha sufrido una <<transición nutricional>>, es decir, hemos aumentado de forma descontrolada nuestra alimentación mediante la comida basura. Hoy en día, estamos observando ya las consecuencias en nuestras aulas, con un mayor número de niños con sobrepeso y/u obesos y esto debemos de frenarlo. Como continuemos alimentándonos con nutrientes con altos niveles calóricos llegará un momento que tendremos una población española obesa.

Vázquez et al. (2005) aseguran que las dietas saludables (tradicionales) han sido sustituidas por otras con más grasas de tipo animal y más azúcar. También existe una menor absorción de fibra y carbohidratos complejos. Esto da lugar a cambios en el ser humano, a cambios en nuestra manera de pensar, no siendo conscientes de las enfermedades que ocasionan este tipo de alimentación. Vázquez et al. (2005) afirman:

El ser humano está biológicamente mejor preparado para resistir ayunos prolongados que para tolerar la abundancia de calorías y el exceso de reposo. Aunque tenemos mecanismos fisiológicos de saciedad alimentaria y metabólica, evidentemente éstos no son lo suficientemente efectivos como para evitar la obesidad. El resultado final es un balance de energía crónicamente positivo, que se va acumulando, año tras año, en forma de grasa.

El aumento rápido y manifiesto de la prevalencia de sobrepeso y obesidad experimentado en las dos o tres últimas décadas no puede ser atribuido a causas genéticas. Aunque los factores hereditarios son importantes, el genoma humano no ha cambiado en tan poco espacio de tiempo. De ahí que los factores ambientales o del entorno jueguen un

papel primordial en el desarrollo de esta epidemia mundial de la obesidad, creando el llamado <<ambiente obesogénico>>, caracterizado por la abundancia de alimentos y el sedentarismo. (p.447)

6.4. Situación Actual de la Obesidad Infantil en España

En la actualidad, España se encuentra con un problema de obesidad y sobrepeso. Cada vez, hay más escolares con esta enfermedad no hereditaria que es ocasionada por malos hábitos alimenticios y la realización de poco ejercicio físico.

Debemos frenar este problema que se encuentra en nuestras manos desde las escuelas, encargadas en un alto porcentaje de enseñar un estilo de vida saludable, siempre y cuando se cuente con el apoyo de las familias. Los maestros no podemos enseñar buenos hábitos si las familias rompen todo lo que estamos trabajando al salir del colegio, debido a una mala comunicación escuela-familia. Por eso, lo principal es informar y trabajar con los padres buenos hábitos para que después puedan aportárselos a sus hijos, siempre con el apoyo del profesorado.

Vázquez et al. (2005) nos exponen una investigación realizada en España sobre el tema de la obesidad:

La prevalencia de la obesidad (especialmente en la infancia, donde alcanza cifras alarmantes) y su tendencia ascendente durante las dos últimas décadas, han hecho que también se afiance en España el término de <<obesidad epidémica>>.

(...)

Más preocupante es el fenómeno de la obesidad en la población infantil y juvenil (2-24 años), situada ya en el 13.9%, y la de sobrepeso, que está en el 26.3%. En este grupo de edad la prevalencia de la obesidad es superior en varones (15.6%) que en mujeres (12%). Las mayores

cifras se detectan en la pubertad y, en concreto, en el grupo de edad de 6 a 12 años, con una prevalencia del 16.1%.

En comparación con el resto de países de Europa, España se sitúa en una posición intermedia en el porcentaje de adultos obesos. Sin embargo, en lo que se refiere a la población infantil, nuestro país presenta una de las cifras más altas, solo comparable a las de otros países mediterráneos. Así, en los niños españoles de 10 años la prevalencia de obesidad es solo superada en Europa por los niños de Italia, Malta y Grecia. (p.446-447)

Para prevenir esta situación que sufrimos actualmente en España, debemos seguir una dieta equilibrada, la Dieta Mediterránea. Según León y Castillo (2002): “El concepto de Dieta Mediterránea fue desarrollado por Keys y Grande en los años cincuenta; se refería a los distintos hábitos alimentarios observados en el área mediterránea” (p.902).

Siguiendo a León y Castillo (2002), actualmente, la Dieta Mediterránea da mucha importancia a las distintas zonas del área mediterránea debido a que se fundamenta en realidades de las mismas y aún pueden existir zonas donde se siga llevando a cabo este patrón de dieta equilibrada.

Es importante decir que la Dieta Mediterránea es una agrupación de varias dietas y según León y Castillo (2002):

Comparten sobre todo dos características: el aporte de los macronutrientes a la ingesta calórica (53-58% de hidratos de carbono y 10-12% de proteínas) y la calidad de la grasa ingerida (7-10% de ácidos grasos saturados, 15-20% de ácidos grasos monoinsaturados y 6-8% de ácidos grasos poliinsaturados). (p.902)

La Dieta Mediterránea aporta numerosos beneficios para nuestra salud. A la hora de llevar a cabo una dieta, sería muy importante que conociéramos todos los beneficios que puede aportarnos. En muchas ocasiones, ingerimos alimentos con excesos de grasas o azúcares pero no somos conscientes de que no nos beneficia para nada ese tipo de alimentación con esas características, siendo una dieta no saludable y, por lo tanto, no equilibrada. López-Briones (2011) afirma que la Dieta Mediterránea:

Reduce las probabilidades de muerte por enfermedades cardiovasculares, debido a que esta dieta disminuye el colesterol LDL y su oxidación, (...); disminuye los niveles de coagulación sanguínea (...); aumenta el colesterol HDL (bueno) (...); disminuye la tensión arterial y los niveles de triglicéridos (...); y aporta cantidades importantes de antioxidantes y fibra dietética; reduce el riesgo de padecer asma en los niños y disminuye la sensibilización alérgica; ayuda a prevenir el Alzheimer y retrasa el envejecimiento (...); previene ciertos tipos de cáncer (...); y en embarazadas reduce el riesgo de que el bebé pueda padecer espina bífida. (p.86-87)

7. Objetivos generales

- Analizar el Índice de Masa Corporal (I.M.C.) y la Adhesión a la Dieta Mediterránea (A.D.M.) en una población escolar según el estudio KIDMED.
- Proponer una Intervención Educativa en base a los resultados del análisis de la Adhesión a la Dieta Mediterránea de los escolares.

8. Metodología

8.1. Población

La muestra analizada es la alimentación de 25 miembros de la comunidad escolar de ambos sexos (trece niños y doce niñas), del segundo ciclo de Educación Infantil, de 5 años de edad, del Colegio Público de Educación Infantil y Primaria Santa Lucía, de la localidad de Puebla de Sancho Pérez, provincia de Badajoz.

El estudio de estos niños y niñas se ha llevado a cabo mediante la autorización de la profesora y/o padres de los mismos.

8.2. Material utilizado y método

El estudio del Índice de Masa Corporal se llevó a cabo mediante un estudio antropométrico, en el que se adquirió el peso y la talla de cada participante. Los resultados se basaron en Sobradillo et al. (2004) mediante la *Fundación Orbegozo* (2004), Figura 1 (chicos) y Figura 2 (chicas), la cual fue utilizada para comparar el Índice de Masa Corporal en los niños y niñas de 5 años de edad con los escolares a los que realizamos dicho estudio.

Desde el percentil 50 (P.50) hasta el percentil 85 (P.85) se indica el peso ideal, superior al percentil 85 indica sobrepeso y la obesidad surge con un percentil superior a 95 (P.95). Por debajo del percentil 25 (P.25) se observa infrapeso.

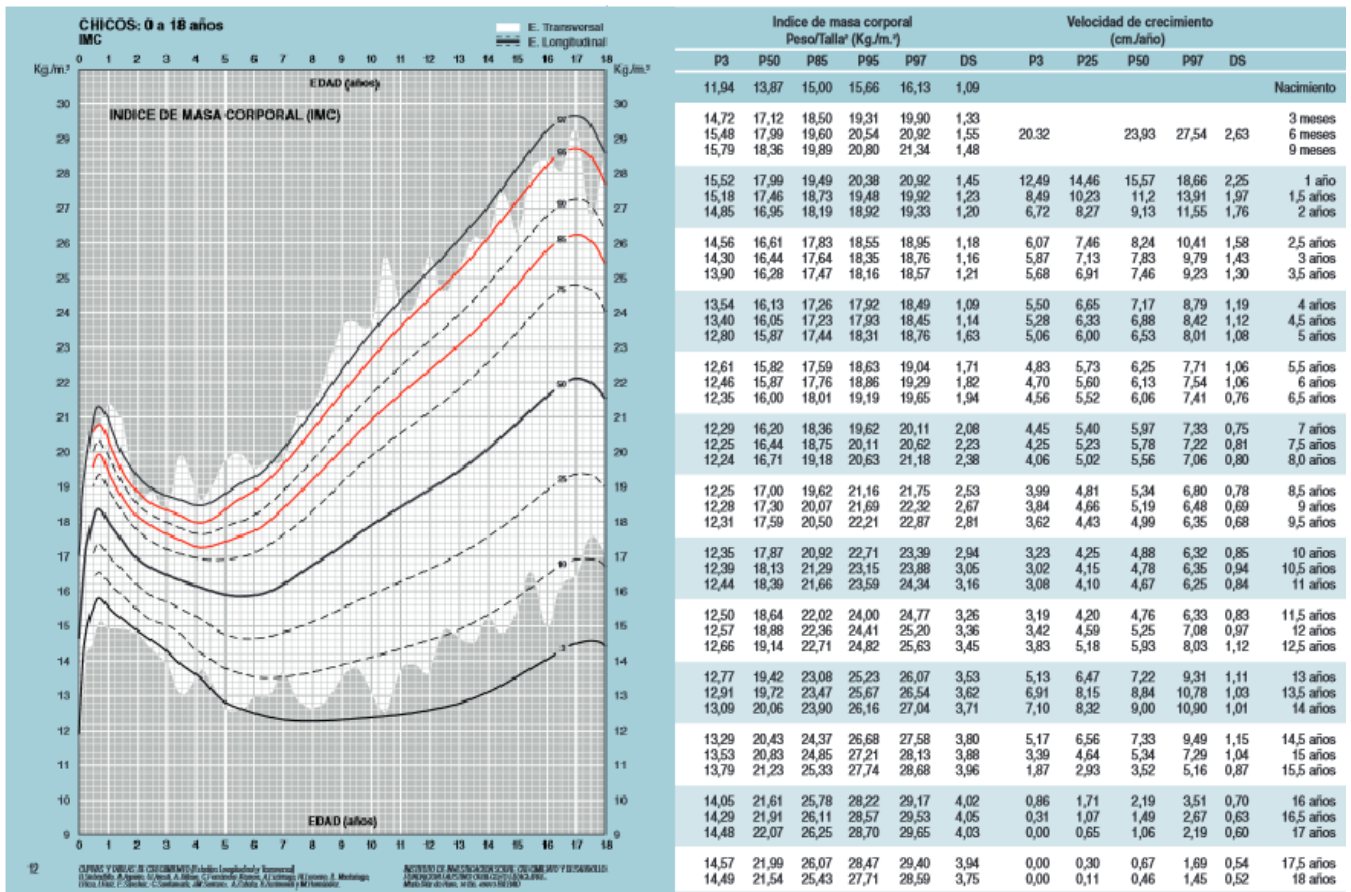


Figura 1. I.M.C. en chicos de 0 a 18 años según la *Fundación Orbeago* (2004).

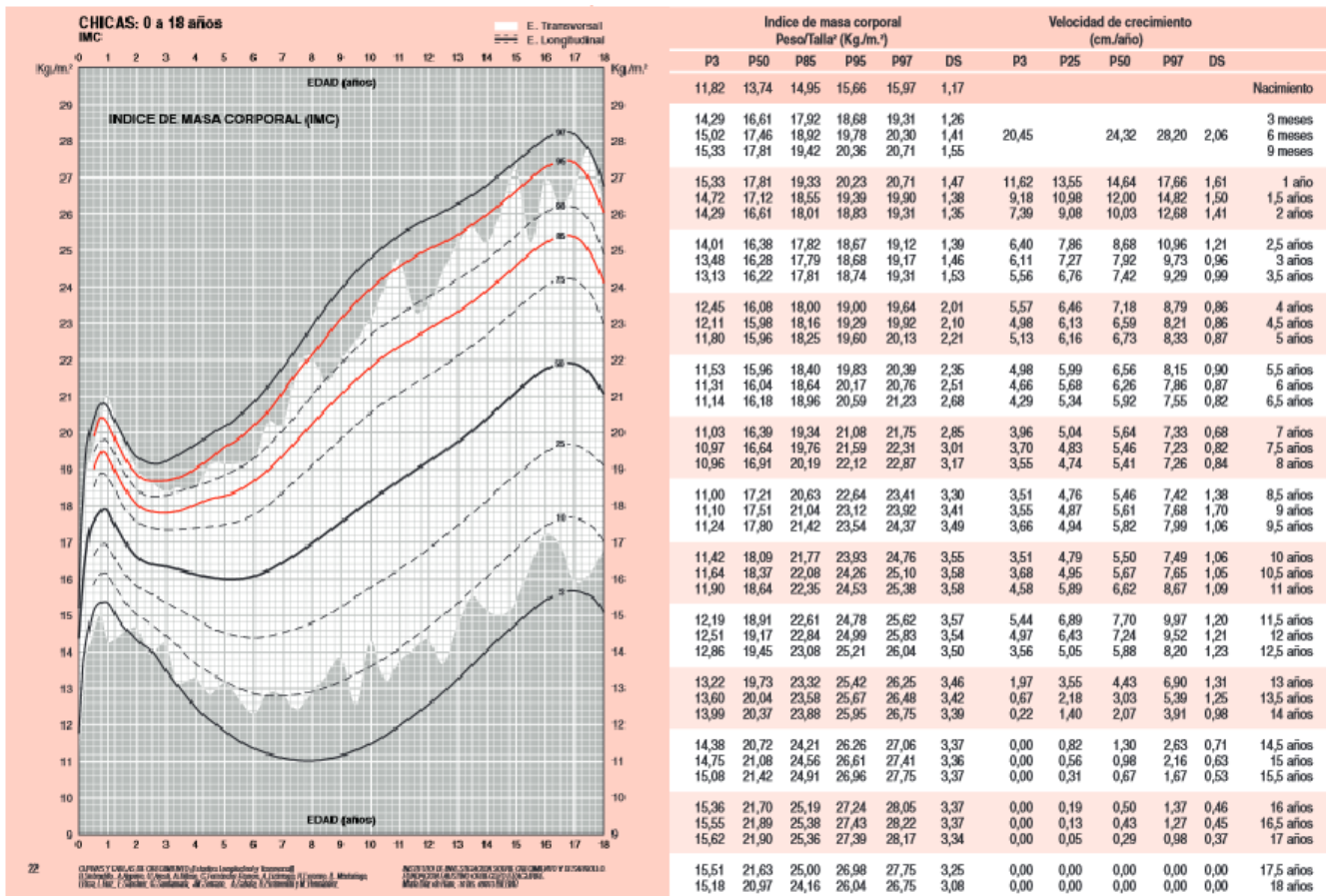


Figura 2. I.M.C. en chicas de 0 a 18 años según la *Fundación Orbeago* (2004).

El estudio de la Adhesión a la Dieta Mediterránea se ha llevado a cabo mediante el *Cuestionario KIDMED* (Anexo 1) de Serra et al. (2004), el cual se realizó de forma individual con cada participante.

La Adherencia a la Dieta Mediterránea en la infancia según el valor de índice KIDMED se clasifica en:

≤ 3: Dieta de muy baja calidad.

4 a 7: Necesidad de mejorar el patrón alimentario para ajustarlo al modelo mediterráneo.

≥ 8: Dieta Mediterránea óptima.

Dentro del *Cuestionario KIDMED* se realizó una pregunta sobre la realización de *Ejercicio Físico* (ejercicio deportivo y recreativo planificado) al menos una hora al día.

El método llevado a cabo para la realización del Análisis Estadístico Descriptivo: Media (\bar{x}) y Desviación Estándar (D.E.), cuyo objetivo es la obtención de dichos resultados, se ha efectuado mediante el programa “Microsoft Excel 2010”.

La metodología empleada para citas y referencias bibliográficas han sido las Normas APA: Sexta Edición (2010).

9. Resultados obtenidos

Los resultados obtenidos en el estudio del Índice de Masa Corporal de los niños de 5 años, nos indica que dos de ellos poseen obesidad (niño 2 y niño 10). La Media del peso de los niños es 23,08 kg y su Desviación Estándar, 4,60 kg. En cuanto a la Media de la altura encontramos 1,18 m y, como Desviación Estándar correspondiente, 0,04 m. El Índice de Masa Corporal tiene una Media de 16,56 y una Desviación Estándar de 2,41 kg/m² (Tabla I).

NIÑO	PESO (KG)	ALTURA (M)	IMC	CATEGORÍA	RIESGO
1	24,2	1,21	16,53	NORMAL	BAJO
2	30,2	1,22	20,29	OBESIDAD	ALTO
3	23,1	1,17	16,87	NORMAL	BAJO
4	25,3	1,21	17,28	NORMAL	BAJO
5	19	1,11	15,42	NORMAL	BAJO
6	23,7	1,17	17,31	NORMAL	BAJO
7	20,4	1,18	14,65	NORMAL	BAJO
8	18,3	1,13	14,33	NORMAL	BAJO
9	15,5	1,1	12,81	NORMAL	BAJO
10	31,8	1,21	21,72	OBESIDAD	ALTO
11	26,1	1,24	16,97	NORMAL	BAJO
12	21,4	1,14	16,47	NORMAL	BAJO
13	21	1,2	14,58	NORMAL	BAJO
	23,08	1,18	16,56	\bar{x}	
	4,60	0,04	2,41	D.E.	

Tabla I. Índice de Masa Corporal de los niños de 5 años de edad.

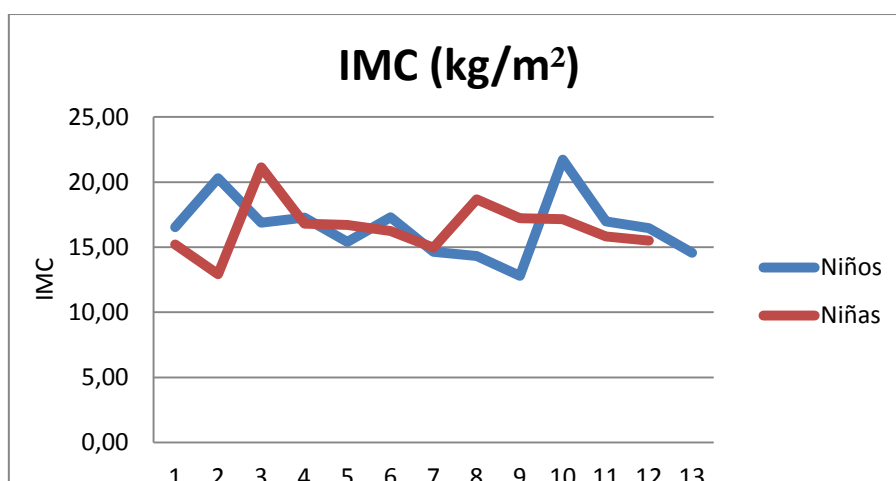
De la misma manera, los resultados obtenidos en el estudio del Índice de Masa Corporal de las niñas de 5 años, nos indica que una de ellas posee obesidad (niña 3) y otra sobrepeso (niña 8). La Media del peso de las niñas es 21,68 kg y su Desviación Estándar, 3,00 kg. En cuanto a la Media de la altura encontramos 1,15 m y, como Desviación Estándar correspondiente, 0,07 m. El Índice de Masa Corporal tiene una Media de 16,54 y una Desviación Estándar de 2,04 kg/m² (Tabla II).

NIÑA	PESO (KG)	ALTURA (M)	IMC	CATEGORÍA	RIESGO
1	21,9	1,2	15,21	NORMAL	BAJO
2	18,3	1,19	12,92	NORMAL	BAJO
3	22	1,02	21,15	OBESIDAD	ALTO
4	18,9	1,06	16,82	NORMAL	BAJO
5	25,7	1,24	16,71	NORMAL	BAJO
6	25,4	1,25	16,26	NORMAL	BAJO
7	16,5	1,05	14,97	NORMAL	BAJO
8	26	1,18	18,67	SOBREPESO	MODERADO
9	22	1,13	17,23	NORMAL	BAJO
10	22,3	1,14	17,16	NORMAL	BAJO
11	21,3	1,16	15,83	NORMAL	BAJO
12	19,8	1,13	15,51	NORMAL	BAJO
	21,68	1,15	16,54	\bar{x}	
	3,00	0,07	2,04	D.E.	

Tabla II. Índice de Masa Corporal de las niñas de 5 años de edad.

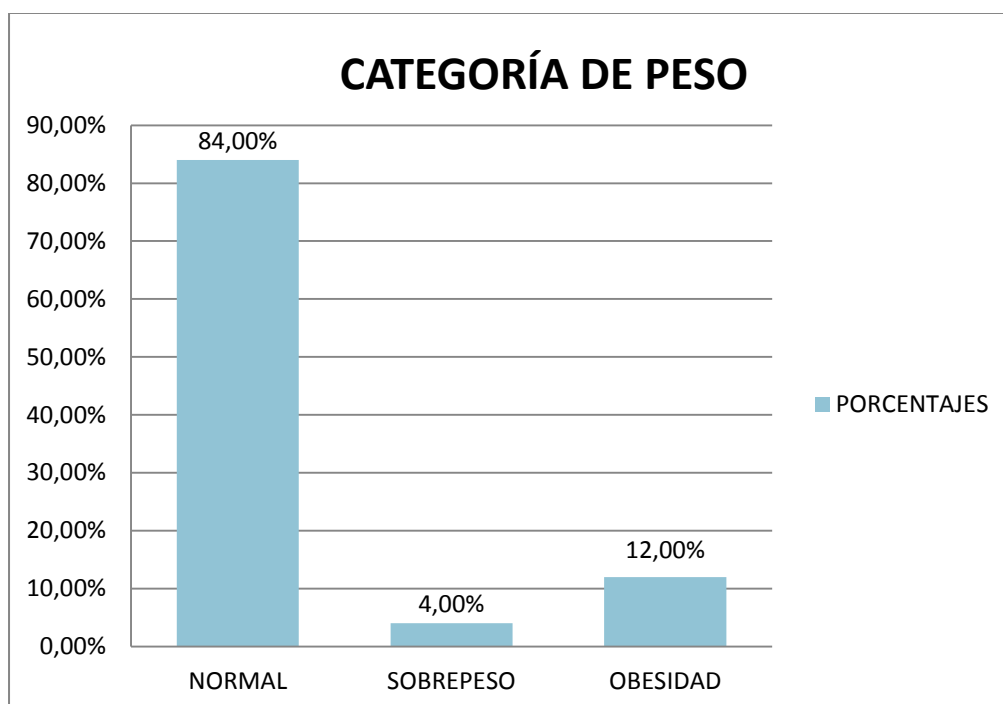
En base a una edad media, que en este caso es 5 años, el sobrepeso en los niños surge con un I.M.C. superior a 17,44 kg/m², dado que es el valor que recoge el P.85 de la *Fundación Orbegozo (2004)*, mientras que la obesidad surge con un I.M.C. superior a 18,31 kg/m², según el P.95. En cambio, el sobrepeso en las niñas aparece con un I.M.C. superior a 18,25 kg/m² (P.85) y la obesidad con un I.M.C. superior a 19,60 kg/m² (P.95).

A continuación, se observa la Gráfica 1 con dichos resultados:



Gráfica 1. Índice de Masa Corporal (kg/m²) obtenido del estudio realizado.

Referente a la categoría de peso en la que se encuentra cada niño/a, podemos percibir que el 84% (21/25) de los escolares poseen un peso normal frente al 4% (1/25) que tiene sobrepeso y el 12% (3/25) que es considerado obeso (Gráfica 2). Esto da lugar a que el 16% de los escolares a los que se les ha realizado dicho estudio superan el peso medio en la edad de 5 años.



Gráfica 2. Porcentaje de la muestra escolar en la categoría de peso.

Respecto a los resultados obtenidos en dicho estudio mediante el *Cuestionario KIDMED*, nos indican la ingesta de alimentos de cada niño (Tabla III) y de cada niña (Tabla IV). Aclarar que las preguntas sobre acude una vez o más a la semana a un centro de comida rápida (fast food), tipo hamburguesería; no desayuna; desayuna bollería industrial, galletas o pastelitos; y toma golosinas y/o caramelos varias veces al día, la puntuación numérica es negativa.

En la Tabla III (niños), observamos una Media de puntuación de 7 y una Desviación Estándar de 1,91. En la Tabla IV (niñas), vemos una Media de puntuación de 6,08 y una Desviación Estándar de 1,83.

➤ Niños:

NIÑO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	PUNTOS	
Toma una fruta o zumo natural todos los días.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	
Toma una 2ª pieza de fruta todos los días.	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	8	
Toma verduras frescas (ensaladas) o cocinadas regularmente una vez al día.	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	5	
Toma verduras frescas o cocinadas de forma regular más de una vez al día.	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	
Consumo pescado con regularidad (por lo menos 2-3 veces a la semana).	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	
Acude una vez o más a la semana a un centro de comida rápida (fast food), tipo hamburguesería.	-1	-1	-1	-1	-1	0	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-12	
Le gusta las legumbres y las toma más de 1 vez a la semana.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	
Toma pasta o arroz casi a diario (5 días o más a la semana).	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	4	
Desayuna un cereal o derivado (pan, etc).	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	6	
Toma frutos secos con regularidad (al menos 2-3 veces a la semana).	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	10	
Se utiliza aceite de oliva en casa.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	
No desayuna.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Desayuna un lácteo (yogurt, leche, etc).	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	12	
Desayuna bollería industrial, galletas o pastelitos.	-1	0	0	0	1	-1	0	-1	0	0	0	-1	-1	-4	
Toma 2 yogures y/o 40g de queso cada día.	1	1	1	1	-1	1	1	1	1	1	1	1	0	10	
Toma golosinas y/o caramelos varias veces al día.	0	-1	-1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-2	
	5	6	8	10	5	8	8	5	9	9	8	6	4	A.D.M.	
														7,00	\bar{x}
														1,91	D.E.

Tabla III. Resultados obtenidos en los niños mediante el *Cuestionario KIDMED* para la Adhesión a la Dieta Mediterránea.

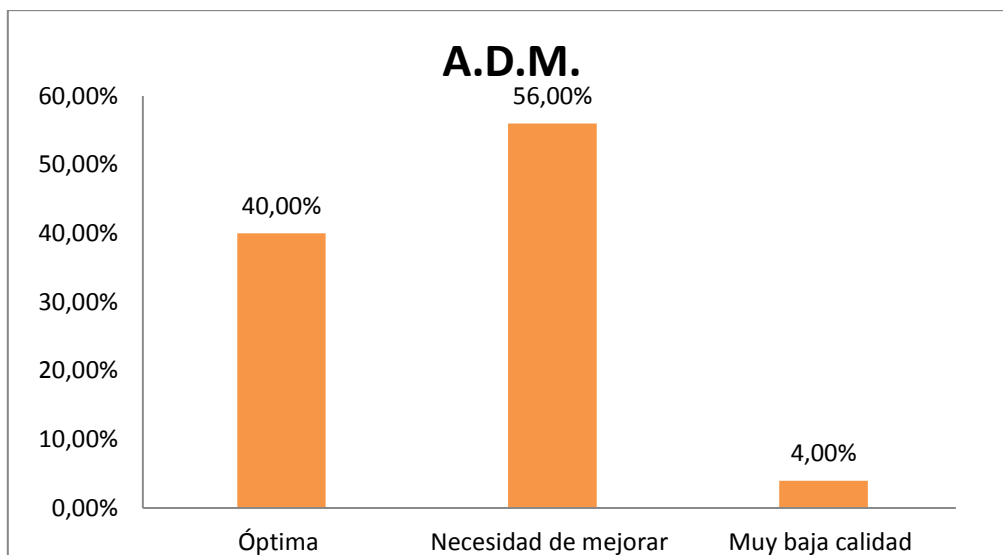
➤ Niñas:

NIÑA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	PUNTOS
Toma una fruta o zumo natural todos los días.	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	10
Toma una 2ª pieza de fruta todos los días.	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	5
Toma verduras frescas (ensaladas) o cocinadas regularmente una vez al día.	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	6
Toma verduras frescas o cocinadas de forma regular más de una vez al día.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Consume pescado con regularidad (por lo menos 2-3 veces a la semana).	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	8
Acude una vez o más a la semana a un centro de comida rápida (fast food), tipo hamburguesería.	0	0	-1	-1	-1	0	-1	0	-1	-1	-1	-1	-8
Le gusta las legumbres y las toma más de 1 vez a la semana.	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	10
Toma pasta o arroz casi a diario (5 días o más a la semana).	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	5
Desayuna un cereal o derivado (pan, etc).	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	4
Toma frutos secos con regularidad (al menos 2-3 veces a la semana).	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	9
Se utiliza aceite de oliva en casa.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12
No desayuna.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Desayuna un lácteo (yogurt, leche, etc).	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
Desayuna bollería industrial, galletas o pastelitos.	0	0	0	0	0	-1	-1	-1	0	-1	0	-1	-5
Toma 2 yogures y/o 40g de queso cada día.	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	9
Toma golosinas y/o caramelos varias veces al día.	-1	0	0	-1	0	0	0	0	0	0	0	-1	-3
	6	9	7	3	8	6	4	5	7	6	8	4	A.D.M.
												6,08	\bar{x}
												1,83	D.E.

Tabla IV. Resultados obtenidos en las niñas mediante el *Cuestionario KIDMED* para la Adhesión a la Dieta Mediterránea.

Basando los resultados en la Adhesión a la Dieta Mediterránea, el 40% (10/25) de los escolares llevan a cabo una Dieta Mediterránea óptima, es decir, de *buena calidad*. Otro porcentaje de escolares, un 56% (14/25), llevan una Dieta Mediterránea con *necesidad de mejorar* el patrón alimentario, es decir, no toman todos los alimentos necesarios para llevar una dieta equilibrada. Un bajo porcentaje, un 4% (1/25), realizan una dieta de *muy baja calidad* (Gráfica 3).

Por lo tanto, un 60% de los escolares no ejecutan una alimentación adecuada, considerándola no saludable.



Gráfica 3. Calidad de la Adhesión a la Dieta Mediterránea según el *Cuestionario KIDMED* en los escolares.

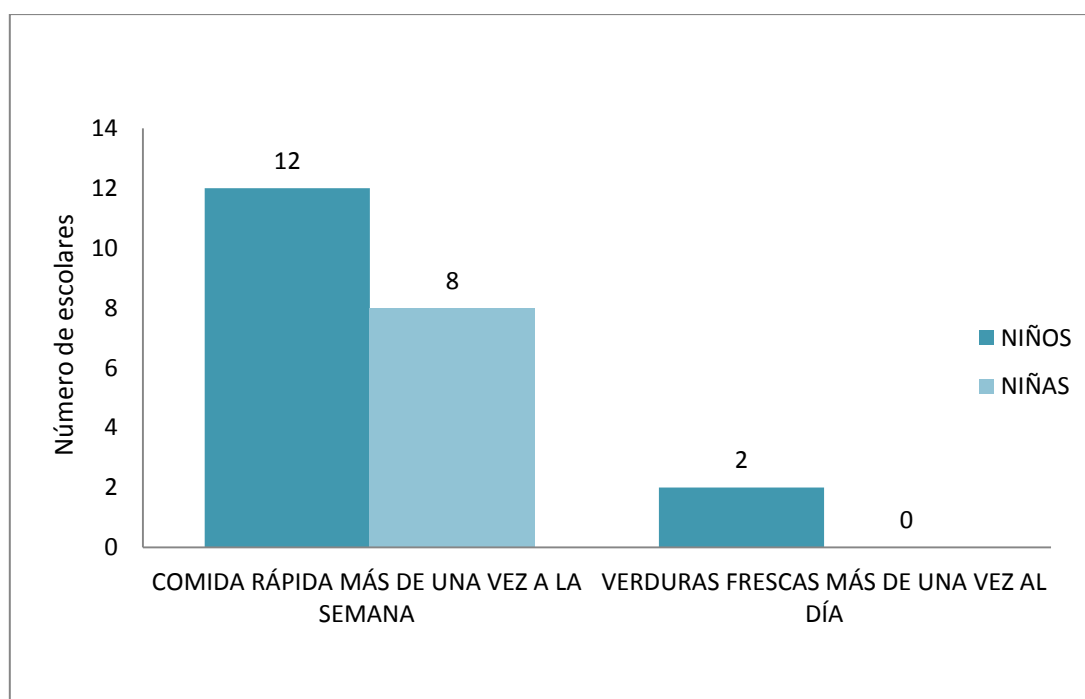
Observamos, a continuación, el porcentaje total de los alimentos consumidos por los escolares.

Adhesión a la Dieta Mediterránea	Puntos Niños	Puntos Niñas	Puntos totales	% Total
Toma una fruta o zumo natural todos los días.	13	10	23	92,00
Toma una 2ª pieza de fruta todos los días.	8	5	13	52,00
Toma verduras frescas (ensaladas) o cocinadas regularmente una vez al día.	5	6	11	44,00
Toma verduras frescas o cocinadas de forma regular más de una vez al día.	2	0	2	8,00
Consume pescado con regularidad (por lo menos 2-3 veces a la semana).	13	8	21	84,00
Acude una vez o más a la semana a un centro de comida rápida (fast food), tipo hamburguesería.	-12	-8	-20	80,00
Le gusta las legumbres y las toma más de 1 vez a la semana.	13	10	23	92,00
Toma pasta o arroz casi a diario (5 días o más a la semana).	4	5	9	36,00
Desayuna un cereal o derivado (pan, etc).	6	4	10	40,00
Toma frutos secos con regularidad (al menos 2-3 veces a la semana).	10	9	19	76,00
Se utiliza aceite de oliva en casa.	13	12	25	100,00
No desayuna.	0	0	0	0,00
Desayuna un lácteo (yogurt, leche, etc).	12	11	23	92,00
Desayuna bollería industrial, galletas o pastelitos.	-4	-5	-9	36,00
Toma 2 yogures y/o 40g de queso cada día.	10	9	19	76,00
Toma golosinas y/o caramelos varias veces al día.	-2	-3	-5	20,00

Tabla V. Porcentajes de los resultados totales de los escolares de ambos sexos en el *Cuestionario KIDMED*.

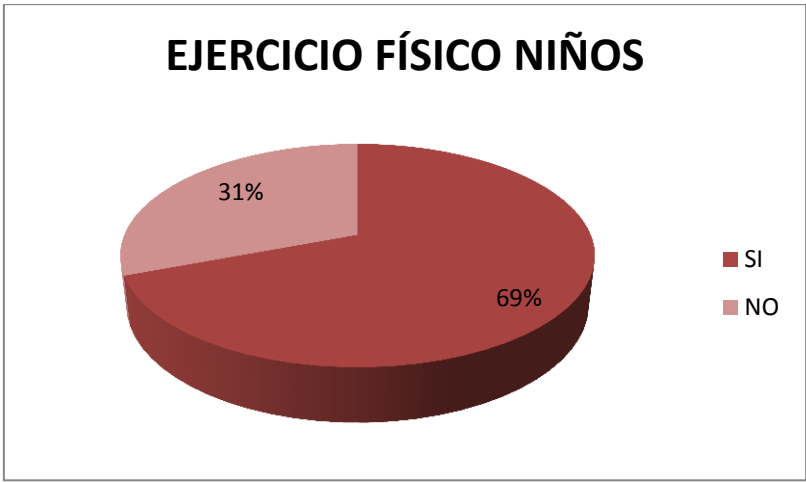
Según dichos resultados, el alimento más consumido en los niños y en las niñas de manera no saludable es el consumo de *comida rápida más de una vez a la semana*, un 80% (20/25). El alimento saludable menos consumido son *las verduras frescas o cocinadas más de una vez al día*, destacando tan solo un 8% (2/25). Los alimentos saludables más consumidos son la utilización del aceite de oliva en casa y el desayuno diario (Tabla V).

De manera más detallada entre ambos sexos podemos observarlo a continuación (Gráfica 4).

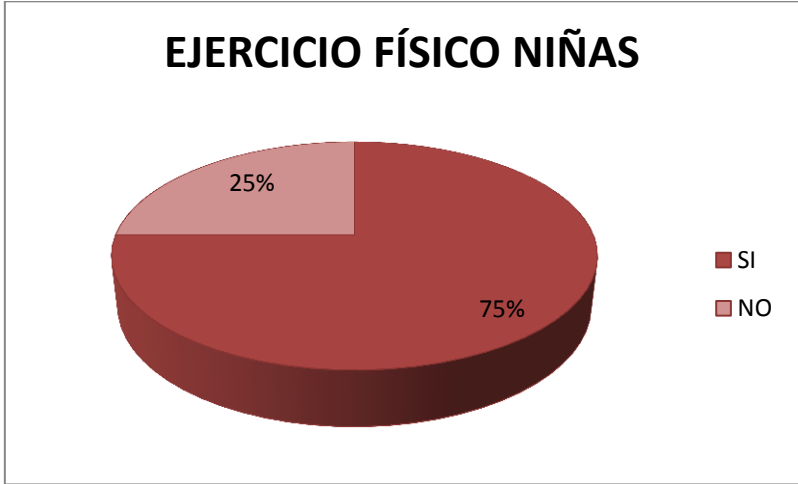


Gráfica 4. Alimento no saludable más consumido y alimento saludable menos consumido.

Centrándonos en el estudio de la realización de *Ejercicio Físico* (ejercicio deportivo y recreativo planificado) al menos una hora al día podemos observar que hay un menor porcentaje de niños (Gráfica 5) que de niñas (Gráfica 6), aunque es muy similar. Un 69% (9/13) de los niños lo realiza, frente a un 75% (9/12) de las niñas.



Gráfica 5. Porcentaje de realización de *Ejercicio Físico* en niños.



Gráfica 6. Porcentaje de realización de *Ejercicio Físico* en niñas.

A modo de resumen y relacionando todos los resultados: el *sobrepeso* y la *obesidad*, la *Adhesión a la Dieta Mediterránea* y la realización de *Ejercicio Físico*, podemos reseñar que el niño 2 y el niño 10, los cuales poseen *obesidad*, no realizan *Ejercicio Físico* al menos una hora al día, aclarando que el niño 10 está adherido a la *Dieta Mediterránea* con una calidad óptima, mientras que el niño 2 no lo está. En cambio, la niña 3 que posee *obesidad* y la niña 8 que posee *sobrepeso* sí que realizan *Ejercicio Físico* al menos una hora al día, pero no están adheridas a la *Dieta Mediterránea*.

10. Discusión e Intervención Educativa

Después de realizar dicho estudio con los escolares de 5 años, podemos observar que la mayoría de los niños y niñas tienen un peso normal, destacando dos niños con obesidad y, en cuanto a las niñas, una con obesidad y otra con sobrepeso. Esto refleja que no llevan una alimentación adecuada para llevar un estilo de vida saludable o no realizan el Ejercicio Físico recomendado, como es el caso del niño 10, presentando un riesgo de sufrir alguna enfermedad. “El sobrepeso y la obesidad alcanzan una alta prevalencia entre niños y adolescentes en España” (San Mauro, et al., 2015, p.1996).

En cuanto a la categoría de peso de cada escolar se puede observar que un 84% tienen un peso normal, un 4% de los escolares poseen sobrepeso y un 12%, obesidad. Por lo tanto, el 16% de los escolares padecen exceso de peso. Este porcentaje se incrementa en el estudio realizado por San Mauro et al. (2015), en el que se destaca que un 27.6% de los escolares tienen exceso de peso.

Según los resultados obtenidos en la investigación mediante el *Cuestionario KIDMED* sobre la ingesta de alimentos, se observa que el alimento menos consumido son *las verduras frescas o cocinadas más de una vez al día* con tan solo un 2% en el sexo masculino. Muchos de ellos/as afirmaron no comerla ninguna vez al día, siendo algo necesario para nuestro metabolismo. En cuanto a la *Adhesión de la Dieta Mediterránea*, un 40% de los escolares llevan a cabo una dieta óptima; un alto porcentaje, 56%, muestran una dieta con necesidad de mejorar; y un 4% destaca en nuestra muestra por tener muy baja calidad. Referente al estudio realizado sobre la *Adhesión a la Dieta Mediterránea*, San Mauro et al. (2015) también utilizaron el índice KIDMED, mediante el cual obtuvieron resultados similares. En dicho estudio, el 43.5% llevan a cabo una dieta equilibrada y el resto, 56.6%, necesitan mejorar su alimentación.

Respecto a la realización de *Ejercicio Físico* al menos una hora al día (algo muy importante para no llevar una vida sedentaria) podemos observar un alto porcentaje en ambos sexos. Un 69% de los niños llevan a cabo el *Ejercicio*

Físico diario frente a un mayor porcentaje de las niñas, un 75%. Esto parece un poco extraño, ya que suele ser el sexo masculino el que tiene en muchas ocasiones un porcentaje mayor pero, actualmente, el sexo femenino está dando también mucha importancia a la realización de *Ejercicio Físico*, pudiendo observar los resultados en este estudio. Aunque exista un porcentaje bastante alto en ambos sexos, sería importante incrementarlo un poco más, ya que desde edades tempranas debemos de enseñar y educar en un estilo de vida saludable.

Analizando dicho estudio y siguiendo a Pérez de Eulate, Llorente, Gavidia, Caurín y Martínez (2015) debemos plantearnos qué enseñar en las etapas posteriores, en la Educación obligatoria, acerca de la ingesta de alimentos y el ejercicio físico para evitar el sedentarismo, siendo la adolescencia la etapa donde más errores se comenten acerca de la alimentación. Pérez de Eulate et al. (2015) realizaron un estudio a los adolescentes, basado en el ámbito de la *Alimentación y el Ejercicio Físico* y afirmaron que gracias a él se podría plantear una enseñanza adecuada a los resultados del mismo.

Los familiares de los escolares son muy importantes en los primeros años de vida, son un ejemplo para sus hijos y sus hijas y los responsables de que lleven un estilo de vida saludable, ayudando a enseñar hábitos orientados hacia la salud. Además, los profesionales del ámbito educativo también tenemos un papel fundamental en la enseñanza del conocimiento de la alimentación y la nutrición y de la educación de hábitos saludables que debemos transmitir a los alumnos/as de forma profesional y rigurosa, para evitar las posibles enfermedades e incrementar la salud de los mismos. Por eso, Cubero, Rodríguez, Calderón, Ruiz y Rodrigo (2014) insisten en la importancia de las escuelas para la enseñanza de una *Alimentación y Nutrición* adecuada mediante las *Pirámides Alimentarias*. Estas pirámides tienen como objetivo que toda la sociedad tenga la posibilidad de poseer un estilo de vida saludable, produciendo una ingesta adecuada de alimentos. Consisten en dividir los alimentos en 6 categorías por raciones y, además, nos informan de la cantidad adecuada de *Agua y Aceite de Oliva* que tenemos que tomar diariamente y el *Ejercicio Físico* que debemos realizar.

Vivimos en una sociedad que actualmente, como exponen Vázquez et al. (2005), está sufriendo cambios alimenticios debido a la falta de tiempo para cocinar, al exceso de comida rápida consumido por ser más cómodo, la vida sedentaria desde edades cada vez más tempranas y lo peor de todo es la poca importancia que le damos a nuestra salud. La sociedad no es consciente de que pueden surgir enfermedades ocasionadas por el exceso de grasas en nuestro organismo. También, enfermedades no hereditarias como el sobrepeso y la obesidad, donde cada día más jóvenes las sufren.

Referente a los resultados obtenidos en el estudio realizado a los escolares de Educación Infantil (5 años) del C.E.I.P. "Santa Lucía" de Puebla de Sancho Pérez, Badajoz, propongo una *Intervención Educativa*, mediante un proceso de enseñanza-aprendizaje desde el área del *Conocimiento del Entorno*.

La justificación de esta *Intervención Educativa* es que es muy importante en Educación Infantil, ya que a partir de ella también podemos aumentar la salud de los escolares para su futuro. Las verduras tienen gran cantidad de vitaminas, siendo primordiales en edades tempranas para su desarrollo y, por ello, debemos realizar actividades para que interioricen la importancia de las mismas y, además, la importancia de llevar a cabo una dieta equilibrada, la Dieta Mediterránea.

Hay gran cantidad de propuestas educativas para llevar a cabo una alimentación saludable y esta propuesta de intervención está orientada a la misma que realizó Matilde (2011), denominada "*Propuesta para el consumo de frutas y verduras en edad infantil*".

El objetivo de esta intervención será el conocimiento y una mejora en el consumo de *verduras frescas o cocinadas de forma regular más de una vez al día*, ya que encontramos tan solo un 2% del sexo masculino que la consumen frente al 0% del sexo femenino.

La *Intervención Educativa* se llevará a cabo en el primer trimestre del curso escolar, mediante cinco sesiones de 50 minutos cada una.

La metodología será individual o grupal (según la actividad), destacando, además, la expresión verbal, la lectura del material, la experiencia y aplicaciones prácticas.

Primera sesión:

Sentados en la asamblea, para comenzar, se realizará una evaluación inicial preguntando a los niños si saben qué son las verduras, enseñando su conocimiento a través de la definición de la Real Academia Española (R.A.E.) (2012): “Hortaliza, especialmente la de hojas verdes”. Se indicará la diferencia con las hortalizas que, según la R.A.E. (2012): “Planta comestible que se cultiva en las huertas.” En infantil, y sobre todo los escolares a los que hemos realizado dicho estudio, conocen las verduras básicas desde muy pequeños.

Se les explicará las ventajas básicas que tiene comer verduras: aportan vitaminas y minerales, ayudan al crecimiento, carecen de grasas, pueden comerla en cualquiera de las comidas diarias y están a nuestro servicio durante todas las épocas del año. También, se informará que hay verduras que pueden comerse frescas y otras que necesitan ser cocinadas.

Nombraremos diferentes verduras y, para que todos los niños participen, cada uno de ellos nombrará una que conozca y así realizaremos una lista con todas. Seguramente algunos/as de ellos/as necesitarán ayuda si no se les ocurre ninguna, pero también podemos optar la ayuda de los demás compañeros.

Segunda sesión:

Visitaremos un huerto-invernadero de la localidad de fácil acceso y gestionado por profesionales agrícolas, donde encontraremos diferentes tipos de verduras (alcachofas, espinacas, apio, brócoli, coles de Bruselas, acelgas, coliflor, lechuga, etc), para que se familiaricen aún más con ellas: color, textura, cuál pesa más, cuál pesa menos, etc. Podrán tocarlas y olerlas para así poder establecer diferencias entre unas y otras.

Para finalizar la sesión, haremos cinco grupos de cinco alumnos cada uno y plantaremos semillas de verduras en el huerto-invernadero. El grupo 1 plantará semillas de espinacas, el grupo 2 semillas de acelgas, el grupo 3 semillas de coliflor, el grupo 4 semillas de alcachofas y el grupo 5 semillas de apio. Se explicará el proceso para plantar la semilla adecuadamente y también se informará que las plantas necesitan tierra, luz y agua para poder crecer y otros cuidados: la preparación del suelo (que sea fértil), una temperatura acorde a la planta, eliminación de bacterias que pueden aparecer, etc.

Tercera sesión:

Se llevará a cabo una actividad similar a la que propone Matilde (2011) con el cesto de las frutas pero, en este caso, se denomina “La canasta de las verduras” y consiste en una canasta tapada con un paño donde colocaremos distintas verduras observadas el día anterior. Cada niño/a sacará una y tendrá que decir cómo se llama, de qué color es, qué textura tiene (lisa o rugosa), es dura o blanda, pesa mucho o poco. Irán rotando por los demás compañeros/as para que también las observen.

Con el fin de matizar aún más las características de las verduras, los niños se tapan los ojos con las manos y la profesora esconderá por todo el aula las verduras que había en la canasta para realizar un escondite de alimentos saludables. Al finalizar, la profesora dirá: ¡quiero una verdura que tenga un tacto rugoso! Todos los niños buscarán la verdura que, en este caso, podría tratarse de la coliflor.

El escondite finalizará cuando todos los alimentos sean encontrados.

Cuarta sesión:

Cada niño/a traerá de su casa su verdura favorita en conserva o en bolsas de refrigeración y sentados en la asamblea nos intentará explicar el sabor que tiene: dulce, amargo, fuerte, suave, ya que los niños de esta edad diferencian unos sabores de otros.

Pina (2011) expone en su blog un proyecto denominado “Las frutas”, mediante el cual trabaja el aprendizaje de las mismas. Esta actividad es similar, pero lo adaptaremos al aprendizaje y enseñanza de las verduras.

A continuación, realizaremos un taller de degustación de verduras frías, a modo de ensalada, donde también necesitaremos aceite de oliva, vinagre y sal. Entre todos y con los alimentos que tenemos la prepararemos.

Para finalizar, cada niño con su tenedor irá probando la ensalada de verduras frías que hemos elaborado y, después, se realizará una evaluación para comentar cuáles les han gustado más y cuáles les han gustado menos. Otra alternativa para esta actividad, sería que de uno en uno con los ojos tapados, adivinaran qué verdura es la que están probando.

Quinta sesión:

Esta última sesión estará orientada a una prueba de evaluación final, ya que tenemos que comprobar si los escolares han conseguido el objetivo propuesto, sino no tendría ninguna validez esta *Intervención Educativa*.

Para esta actividad necesitaremos tres cestas y el título será “Los alimentos de nuestra Dieta Mediterránea”. Una cesta será para las verduras, otra para las frutas y otra para otros alimentos (los alimentos restantes).

Colocaremos todos los alimentos dentro de un saco oscuro, incluyendo cualquier grupo de alimentos (siempre que sean saludables), para que el alimento que obtenga no sea elegido por el niño/a y sea al azar. Los escolares sacarán un alimento cada uno y tendrán que nombrarlo, decir si es una verdura o no y dentro de qué cesta lo colocaríamos.

Con esta actividad todos los alumnos mostrarán su aprendizaje de manera individual y a la misma vez que diferenciarán verduras, frutas y otros alimentos saludables.

11. Conclusiones

Tras el análisis realizado, se llega a la conclusión de que la mayoría de los escolares a los que se les ha realizado dicho estudio poseen un peso normal, un 84% de la muestra (21/25).

El 60% no están adheridos de forma óptima a la Dieta Mediterránea, siendo un porcentaje alto.

Analizando la muestra, hemos observado el bajo porcentaje (8%) de los escolares que tomaban *verduras frescas o cocinadas más de una vez al día* (2/25) y, por eso, se ha propuesto una *Intervención Educativa* para incrementar el consumo de las mismas.

Por último, reseñar tras los resultados sobre el I.M.C. que la intervención debe estar basada en *Alimentación y Nutrición* junto con el *Ejercicio Físico*, ya que se ha observado que hay escolares que no tienen un peso normal pero están adheridos a la Dieta Mediterránea.

12. Valoración personal

Este estudio realizado me ha ayudado a darle la importancia necesaria a llevar una Dieta Mediterránea adecuada, mediante la cual pueden prevenirse gran cantidad de problemas en la salud, incluyendo alimentos que yo no los consideraba tan necesarios para un estilo de vida saludable como, por ejemplo, tomar pasta o arroz casi a diario, considerándolos, en mi caso, alimentos con altos niveles de carbohidratos. En muchas ocasiones, tenemos escasez de información y, debido a ello, cometemos errores, por ser personas desinteresadas, que pueden ser perjudiciales para nuestro futuro.

He incrementado mis conocimientos y he aprendido a darle la importancia necesaria a la Educación para la Salud y los hábitos saludables, algo primordial que nos permite estar sanos dentro y fuera del aula. Por eso,

reincido que los profesionales educativos deben prepararse día a día para llevar a cabo en sus aulas una adecuada Educación para la Salud, interiorizando los conocimientos y contenidos necesarios para poder transmitirlos a sus alumnos/as, que desde edades tempranas se encuentran en las escuelas para poder aprender conocimientos necesarios para su futuro, ya que es el lugar más adecuado. Las escuelas son el primer lugar junto con las familias para crear un estilo de vida saludable, comenzando desde Educación Infantil.

Con la propuesta de *Intervención Educativa* también ofrecemos a los escolares un aprendizaje práctico, el cual yo considero más eficaz que el aprendizaje tradicional.

13. Referencias bibliográficas

- American Psychological Association (2010). *Manual de Publicaciones de la American Psychological Association*. México, México: El Manual Moderno.
- Calvo Brutos, S.C., Gómez Candela, C., López-Nomdedeu, C., y Royo Bordonada, M.A. (2012). *Nutrición, salud y alimentos funcionales*. Recuperado de https://books.google.es/books?id=hfQMXBliydgC&pg=PA128&dq=ESTRATEGIA+NAOS&hl=es&sa=X&ei=rhw9Va_vOIXxULLHgagH&ved=0CE0Q6AEwBw#v=onepage&q=ESTRATEGIA%20NAOS&f=false
- Costa Cabanillas, M., y López Méndez, E. (1996). *Educación para la Salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid, España: Pirámide.
- Costa Cabanillas, M., y López Méndez, E. (2008). *Educación para la Salud. Guía práctica para promover estilos de vida saludables*. Madrid, España: Pirámide.
- Cubero Juárez, J., Rodríguez, M., Calderón, M., Ruiz, C., y Rodrigo, M. (2014). Análisis de la Calidad de las Pirámides Alimentarias: un recurso mejorable para el conocimiento en Alimentación y Nutrición. *Nutrición Comunitaria*, 20(4), 145-149.
- Davó, M.C., Gil-González, D., Vives-cases, C., Álvarez-Dardet, C., Ronda, E., Ortiz-Moncada, R., y Ruíz-Cantero, M.T. (2009). ¿Quiénes y qué pueden hacer en salud pública? Las competencias profesionales como base para la elaboración de programas en el Espacio Europeo de Educación Superior. *Gaceta sanitaria*, 23(1), 5-12.
- García Martínez, A., Sáez Carreras, J., y Escarbajal de Haro, A. (2000). *Educación para la Salud. La apuesta por la calidad de vida*. Madrid, España: Arán.

Gavidia Catalán, V., y Rodes Sala, M.J. (1998). La escuela saludable, la transversalidad y los centros escolares promotores de salud. *Bordón*, 50(4), 362-363.

Gavidia Catalán, V., Rodes Sala, M.J., y Carratalá Beguer, A. (1993). La Educación para la Salud: Una propuesta fundamentada desde el campo de la docencia. *Enseñanza de las ciencias*, 11(3), 289-296.

Gómez Vega, O. (2007). *Educación para la Salud*. Costa Rica: EUNED.

León Espinosa de los Monteros, M.T., y Castillo Sánchez, M.D. (2002): La dieta mediterránea está de moda. *Medicina General*, 49, 902-908.

Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa. *Boletín Oficial del Estado (España)*, 10 de diciembre de 2013, 1, 97858-97921

López-Briones Reverte, C. (2011). *Aprende a comer. Para jóvenes y adultos*. Alicante, España: Club Universitario.

Matilde, I. (2011, marzo). Propuesta para el consumo de frutas y verduras en edad infantil. *Innovación y experiencias educativas*, 40. Recuperado de http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_40/Inmaculada%20Matilde%20Rodriguez_1.pdf

Organización Mundial de la Salud (1998). *Promoción de la Salud. Glosario*. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>

Perea Quesada, R. (2004). *Educación para la Salud. El reto de nuestro tiempo*. Madrid, España: Díaz Santos.

Perea Quesada, R. (2009). *Promoción y Educación para la Salud. Tendencias innovadoras*. Madrid, España: Díaz Santos.

Pérez de Eulate, L., Llorente, E., Gavidia, V., Caurín, C., y Martínez, M.J. (2015). ¿Qué enseñar en la educación obligatoria acerca de la alimentación y la actividad física? Un estudio con expertos. *Enseñanza de las Ciencias*, 33(1), 85-100.

Pina, S. (16 de febrero de 2011). Proyecto: Las frutas. [Mensaje en un blog]. Recuperado de <http://sandrapinacabanero.blogspot.com.es/2011/02/proyecto-las-frutas.html>

Polaino-Lorente, A. (1987). *Educación para la Salud*. Barcelona, España: Herder.

Real Academia Española (2012). *Diccionario de la Lengua Española* (22ª ed.). Recuperado de <http://www.rae.es/>

Real Decreto 4/2008, de 11 de Enero, por el que se aprueba el Currículo de Educación Infantil para la Comunidad Autónoma de Extremadura. *Boletín Oficial del Estado (España)*, 18 de enero de 2008, 12, 1226-1272.

San Mauro, I., Megías, A., García, B., Bodega, P., Rodríguez, P., Grande, G.,... Garicano, E. (2015). Influencia de hábitos saludables en el estado ponderal de niños y adolescentes en edad escolar. *Nutrición Hospitalaria*, 31(5), 1996-2005.

Serra, L., Ribas, L., Ngo, J., Ortega, R.M., Pérez, C., y Aranceta, J. (2004). *Alimentación, jóvenes y dieta mediterránea en España. Desarrollo del KIDMED, índice de calidad de la dieta mediterránea en la infancia y la adolescencia*. Barcelona, España: Masson

Sobradillo, B., Aguirre, A., Aresti, U., Bilbao, A., Fernández-Ramos, C., Lizárraga, A.,...Hernández, M. (2004). *Curvas y tablas de crecimiento (Estudios*

Longitudinal y Transversal). Fundación Faustino Orbegozo Eizaguirre.
Bilbao, España: Elkar-mccgraphics.

Vázquez, C., de Cos, A.I., y López-Nomdedeu, C. (Ed.). (2005). *Alimentación y nutrición. Manual teórico-práctico*. Madrid, España: Díaz Santos.

14. Anexos

➤ Anexo 1: Cuestionario KIDMED

Peso (kg): _____

Altura (m): _____

I.M.C.: _____

Edad: _____

Realiza ejercicio una hora al día: SI NO

Adherencia a la DIETA MEDITERRÁNEA en la infancia	Puntos
Toma una fruta o un zumo natural todos los días.	
Toma una 2ª pieza de fruta todos los días.	
Toma verduras frescas (ensaladas) o cocinadas regularmente una vez al día.	
Toma verduras frescas o cocinadas de forma regular más de una vez al día.	
Consumo pescado con regularidad (por lo menos 2-3 veces a la semana).	
Acude una vez o más a la semana a un centro de comida rápida (fast food), tipo hamburguesería.	
Le gusta las legumbres y las toma más de 1 vez a la semana.	
Toma pasta o arroz casi a diario (5 días o más a la semana).	
Desayuna un cereal o derivado (pan, etc).	
Toma frutos secos con regularidad (al menos 2-3 veces a la semana).	
Se utiliza aceite de oliva en casa.	
No desayuna.	
Desayuna un lácteo (yogurt, leche, etc).	
Desayuna bollería industrial, galletas o pastelitos.	
Toma 2 yogures y/o 40g de queso cada día.	
Toma golosinas y/o caramelos varias veces al día.	

