



FACULTAD PADRE OSSÓ



Universidad de Oviedo
Universidá d'Uviéu
University of Oviedo

LA IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN EDUCACIÓN INFANTIL

LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Alejandra Solís Fernández

DNI: [REDACTED]

Convocatoria:

Noviembre

Enero

Mayo

Julio

(marque X lo que proceda)

Tutor: David Gallinar Cañedo

Curso académico: 2019/2020

TRABAJO FIN DE GRADO

**GRADO EN MAESTRO DE EDUCACIÓN INFANTIL
UNIVERSIDAD DE OVIEDO**

Elaboración	Revisión	Aprobación
Miembro de la Comisión de Calidad	Secretario de la Comisión de Calidad	Decano de la Facultad



ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	3
1.1. MARCO TEÓRICO	5
1.1.1. ¿QUÉ ENTENDEMOS POR ALIMENTACIÓN SALUDABLE?	5
1.1.2. HISTORIA DE LA ALIMENTACIÓN EN ESPAÑA	5
1.1.2.1. Prehistoria y antigüedad	6
1.1.2.2. Edad Media (siglos V-XV)	7
1.1.2.3. Edad Moderna (siglos XV-XVIII)	8
1.1.2.4. Edad Contemporánea (siglo XVIII-Actualidad)	8
1.1.3. DIETA MEDITERRÁNEA	12
1.1.3.1. Evolución de la dieta mediterránea	13
1.1.4. CARACTERÍSTICAS ALIMENTARIAS EN NIÑOS DE 0-6 AÑOS	15
1.1.4.1. Alimentación en niños de 0 a 2 años	16
1.1.4.2. Alimentación en niños de 2 a 6 años	17
1.1.5. TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN LA ETAPA DE EDUCACIÓN INFANTIL	17
1.1.5.1. El sobrepeso y la obesidad	17
1.1.5.2. La diabetes	19
1.1.6. ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN LA ETAPA DE EDUCACIÓN INFANTIL	20
1.1.6.1. La educación para la salud	20
1.1.6.1.1. Hábitos alimentarios	22
1.1.6.1.2. El papel de la familia y los educadores	22
1.1.6.1.3. Publicidad alimentaria	23
1.1.6.1.4. La Estrategia NAOS	25
2. METODOLOGÍA	27
3. DESARROLLO Y DISCUSIÓN	28



FACULTAD PADRE OSSÓ



Universidad de Oviedo
Universidá d'Uviéu
University of Oviedo

3.1 Análisis de los menús escolares	28
3.2. Menús escolares dirigidos a la Educación Infantil	29
3.3. Menús para alumnos con necesidades especiales	33
4. CONCLUSIONES	39
5. BIBLIOGRAFÍA	40
6. ANEXOS	44
6.1. ANEXO 1	44
6.2. ANEXO 2	45
6.3. ANEXO 3	46
6.4. ANEXO 4	47
6.5. ANEXO 5	48



1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

El presente Trabajo Fin de Grado consiste en una revisión bibliográfica acerca de la importancia que tienen de los comedores escolares en educación infantil, ya que dicha etapa es crucial para interiorizar unos hábitos saludables. Con ello se pretende realizar una búsqueda en profundidad acerca de la información de los menús, si varían según la etapa, etc.

La alimentación de nuestra sociedad es un claro reflejo del estilo de vida que se promueve en ella. De este modo, debido a los cambios históricos, demográficos, sociales, culturales y tecnológicos, podemos ver las diferencias nutricionales en nuestro país, así como en otros territorios, predominando estilos de vida sedentarios y en los que la alimentación no es muy saludable, lo que conlleva problemas de salud como la malnutrición, el sobrepeso y la obesidad (Rivera, 2007).

Además de los malos hábitos alimenticios y del sedentarismo, en la actualidad se vive en un momento de gran estrés social amparado en el modelo capitalista de producción acelerada. En otras palabras, todo se quiere rápido y hay prisa para todo. Debido a esto, gran parte de la población opta por alimentarse con productos precocinados, por la comida rápida y por no gastar tiempo ni recursos en el cuidado de la alimentación, lo cual provoca déficits nutricionales a la población, y en consecuencia a los niños, cuya alimentación es, si cabe, aún más importante que para los adultos, pues se encuentran en etapas de crecimiento y desarrollo físico, mental y emocional. Esto viene dado por el desconocimiento o la falta de conciencia de nuestra sociedad, a pesar de que todos los alimentos envasados e incluso los refrescos tienen etiquetado su valor nutricional, composición y calorías, muchas personas continúan ignorándolo (Morales, Pacheco & Morales, 2016).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la obesidad y el sobrepeso son una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud (OMS, 2012). Además, son factores de riesgo para varias enfermedades crónicas como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.



Hoy en día, los estilos alimenticios se han modificado, sustituyendo las dietas tradicionales, como la Mediterránea, por otras en las que predomina la comida rápida, hipercalórica y deficitaria en nutrientes, como la bollería industrial, las bebidas azucaradas y carbonatadas, los servicios de comida rápida, los platos preparados y precocinados, etc. Lo que al mismo tiempo está provocando la disminución del consumo de frutas, verduras y cereales. Esto puede ser corroborado observándose los almuerzos que trae el alumnado cada día al colegio (Calvo, Gómez & Royo, 2012).

Por todo esto, la revisión bibliográfica que se pretende llevar a cabo con este Trabajo Fin de Grado tratará de abordar cómo funcionan los comedores escolares en España, así como los menús que se imparten, ya que la infancia es un momento crucial en el aprendizaje de hábitos, tanto positivos, los cuales se deben incentivar, como negativos, los cuales se deben evitar, incidiendo en la importancia de conseguir una alimentación adecuada, es decir, sana y equilibrada.

Así pues, es fundamental que en los centros escolares se trabajen y se fomenten estilos de vida sanos, no solamente con actividades o programas sino también con la actitud y el comportamiento de los docentes, comenzando desde la educación infantil, ya que sobre todo en esta etapa, los profesores y las profesoras somos modelos a seguir para los más pequeños, por lo que tenemos que actuar en consecuencia y en relación a lo que transmitimos.

Según Montes (2010) el fomento de los hábitos saludables no es una tarea única de los centros escolares sino también de las familias y de la sociedad en general, por lo que es necesario que estos tres contextos trabajen en la misma dirección con el objetivo de que desde edades tempranas se realice una alimentación sana y la práctica de ejercicio físico de forma diaria para así evitar que aparezca el sobrepeso en edad infantil, cada vez más presente en nuestra sociedad.

Así pues, surgen varias preguntas relacionadas: ¿cómo se trata hoy en día la alimentación en los centros?, ¿existe algún programa que ayude a los centros a promover una alimentación sana?, ¿los comedores escolares hacen diferencias entre los menús basándose en la edad de sus comensales?, ¿están concienciadas las

familias del grave problema que acarrea una mala alimentación?, ¿pueden influir los medios de comunicación en la alimentación saludable de los infantes?

De este modo se plantea un objetivo general:

- Conocer la importancia de la familia y el marco escolar en la creación de hábitos saludables en la etapa de educación infantil.

Asimismo, también se plantean los siguientes objetivos específicos:

- Conocer la importancia del comedor en la educación infantil.
- Ayudar a los alumnos a reconocer si los menús son adecuados.

1.1. MARCO TEÓRICO

1.1.1. ¿Qué entendemos por alimentación saludable?

Una alimentación saludable es aquella que permite alcanzar y mantener un funcionamiento óptimo del organismo, conservar o restablecer la salud, disminuir el riesgo de padecer enfermedades, asegurar la reproducción, la gestación y la lactancia, y que promueve un crecimiento y desarrollo óptimos. Debe ser satisfactoria, suficiente, completa, equilibrada, armónica, segura, adaptada, sostenible y asequible (Basulto, Manera & Baladia, 2013). Esta definición concuerda con las de las principales organizaciones para el cuidado de la salud y el bienestar, como la OMS.

1.1.2. Historia de la alimentación en España

La alimentación ha ido variando a lo largo de tiempo, dependiendo de los recursos y de las técnicas. La ida y venida de pueblos, civilizaciones e imperios y el descubrimiento de nuevas tierras fueron modelando y aumentando la cantidad y variedad de los alimentos disponibles, así como su preparación y consumo tal y como se verá a continuación.

1.1.2.1. Prehistoria y antigüedad

Según Núñez & de Castro (1989) frecuentemente aparecen restos carbonizados de semillas de cereal en las excavaciones de yacimientos prehistóricos, resultando difícil pasar del simple listado y su caracterización morfológica a una interpretación del posible uso de estas. A partir de la información extraída del estudio de la dentadura de las personas que vivieron en los albores de la civilización, se ha concluido que antes de la invención de los molinos y del pan, los adultos y los padres trituraban el grano de los cereales con sus propias muelas, facilitando la masa resultante a los más jóvenes para su alimentación.

El consumo de estos productos, su preparación y las porciones que aparecían en la dieta pueden ser estudiados, en algunos casos excepcionales, a través del análisis de los restos alojados en los estómagos e intestinos que permanecieron en hielo, turberas e incluso coprolitos.

Entre estos alimentos destacaban la cebada, el lino, el trigo, la hierba pejiquera, la escaña y la espelta, conocida esta última como escanda en Asturias, entre otros (Núñez & de Castro, 1989).

Ante la escasez de información sobre como preparaban estos alimentos, se emprendió la búsqueda de recetas tradicionales en diversos países de la Cuenca Mediterránea, y se llegó a la conclusión de que el cereal más frecuentemente utilizado eran diferentes especies de trigo, cereal que ha sido intensamente cultivado y modificado desde su estado natural, cuando se descubrió la agricultura, hasta la actualidad.

Además, el consumo de cereales también tiene consecuencias negativas. Al ser un producto del que nos alimentamos desde hace solamente unos 12.000 años (teniendo en cuenta que la evolución humana abarca millones de años), en contraposición a la fruta y la carne, que nos han acompañado a lo largo de toda nuestra etapa evolutiva, se ha demostrado desde hace tiempo que provoca caries, desgaste, etc. en las piezas dentales. Por eso es muy importante una buena higiene bucal, especialmente si se han comido hidratos de carbono y azúcares.

Como podemos verificar en la obra de Núñez & de Castro (1989), la forma general de preparar los platos con este alimento consistía en cocer el cereal en agua con sal, pudiendo añadir especias, verduras o grasas, tanto animales como vegetales. Dependiendo de las recetas, la presentación final del plato era sopa, guiso o ensalada.

1.1.2.2. Edad Media (siglos V-XV)

En la Edad Media los viajeros proporcionaban abundante información sobre las costumbres alimentarias de pueblos muy diversos. De este modo, encontramos aspectos muy interesantes, dado que muchos alimentos que son comunes actualmente en las cocinas y platos de toda Europa fueron introducidos después del descubrimiento de América (Samper, 2009).

Según el estudio realizado por Samper (2009), lo que más se comía en esta época era el pan. Este alimento constituía fácilmente el 70 % de la ración diaria de alimento de las personas de la época. Pero como era una sociedad estamental, las clases bajas comían pan de centeno, cebada... mientras que las clases altas comían pan blanco, es decir, las harinas refinadas como la del trigo. Se preparaban potajes para acompañar al pan, como podía ser el antecesor al cocido madrileño, el cocido maragato o el pote asturiano.

Ante la falta de alimentos, era frecuente que los niños continuasen la lactancia hasta pasados los 4 o 5 años, llegando a amamantarse de su propia madre o de nodrizas, introduciéndose progresivamente algunos cereales a partir de estas edades, ya que la ingesta de carne y huevos estaba reservada casi exclusivamente a los adultos.

Actualmente, los nutricionistas y los médicos están recomendando el cereal integral en lugar del refinado. No obstante, siempre se consideró que el cereal integral estaba destinado a las clases bajas, mientras que las clases altas tenían derecho a un alimento superior.

Recordemos que, en esta época, la higiene era escasa, con lo cual la comida se acompañaba con bebidas fermentadas y alcohólicas como el vino, sidra o cerveza, dado

que el agua era un foco de transmisión de enfermedades, tales como el tifus, que producía fiebres altas y diarreas agudas, y provocaba muchas muertes al año.

1.1.2.3. *Edad Moderna (siglos XV-XVIII)*

Gracias al descubrimiento de América en 1492 y su posterior colonización se introdujeron numerosos productos alimenticios desconocidos en Europa. Así pues, según Samper (2009), llegaron a España nuevos productos gastronómicos como la patata, el maíz, el tomate, el pimiento, el té, las fabas, el chocolate y el café; los cuales diversificaron la dieta y ampliaron la cantidad y el tipo de alimentos que estaban a disposición.

El proceso de asimilación social de estos productos fue lento, y no formaron parte de la dieta diaria de los españoles hasta pasado el tiempo. En algunos casos, como las patatas, hubo mucha reticencia ya que crecían bajo el suelo, y eso no estaba muy bien visto por lo general.

Como hemos mencionado anteriormente, las personas con menos poder adquisitivo tenían recursos bastante limitados, por lo que su dieta diaria era muy poco variada. El principal alimento para ellos seguía siendo el pan, acompañado con aceite y productos hortofrutícolas.

Mientras que los estamentos sociales superiores como la realeza, la nobleza y la Iglesia, tenían a su alcance una amplia variedad de productos alimenticios, como frutas, carne, pescado, dulces, etc. Los cuales eran proporcionados a partir del diezmo, la expropiación, los impuestos, etc. que se les cobraban a los agricultores y a la burguesía.

1.1.2.4. *Edad Contemporánea (siglo XVIII-Actualidad)*

En el siglo XVIII el Diccionario de Autoridades de la Real Academia definía así el banquete: «Comida, merienda o cena espléndida, regalada y abundante, de mucho aparato y diversidad de manjares, en que concurren muchos convidados».

El banquete iba obligatoriamente asociado a la abundancia. Darse un banquete era, ante todo, comer mucho. Para las clases ricas era una manifestación de su poder y riqueza. Para las clases pobres significaba salir de la rutina, la escasez y el hambre y poder hartarse, aunque sólo fuera un día, muy de vez en cuando (Pérez, 1997).

Pero el banquete no era sólo abundancia, suponía también refinamiento. Se trataba de comer mucho y bien. La idea de comer bien, sin embargo, no era igual para todos. Para los pobres, comer bien era sobre todo comer mucho. Pero como la capacidad de comer tiene un límite, para los ricos era necesario pasar de comer mucho a comer bien, en el sentido de comer refinadamente, para utilizar el banquete como signo de distinción social. Comer bien era así comer productos caros, raros, poco comunes, que no estuvieran al alcance de todos o que no pudieran comerse todos los días. Refinamiento era también comer de acuerdo con la moda, con la novedad. La innovación culinaria era un destacado medio de distinción. Otro elemento importante del refinamiento era la variedad, debía haber mucho para poder elegir, para tener la seguridad de que cada comensal encontraría sus productos y platos preferidos y podría satisfacer su capricho. La libertad de elección también era un lujo (Pérez, 1997).

Hay productos que se consideraban esenciales e imprescindibles en un banquete según Pérez (1997), por ejemplo, la carne y el vino, porque eran los más apreciados por toda la sociedad. El dulce era considerado lo exquisito, lo caro, lo superfluo, el puro goce de los sentidos. Se le atribuían, además, propiedades eróticas. Un buen ejemplo es en la España moderna el enorme éxito del chocolate, exótico, caro, prestigioso, un verdadero manjar de reyes.

Según Pérez (1997), a lo largo del tiempo los banquetes fueron cambiando, ya que acabaron comenzando con un entrante a base de frutas variadas y ensaladas, que eran cortadas y distribuidas ceremonialmente por el maestresala a cada uno de los comensales, de acuerdo con su categoría. Siendo España un país rico en frutas muy variadas y de gran calidad, no es de extrañar que las frutas ocuparan un lugar destacado del menú, abriendo los festines.



Después del entrante de frutas y ensaladas, seguían los platos de carne, tanto asados como guisados, que se trinchaban también cuidadosamente, bien en la cocina o bien en la mesa, ya que presentar las carnes ya partidas era un acierto, porque evitaba pérdidas de tiempo.

Otra de las cosas que comenzó a cambiar, era la costumbre de que cada comensal comiera de su propio plato. Este hábito, representaba un gran avance en las medidas de higiene y era a su vez, una clara manifestación de civilidad y refinamiento.

Entre los platos de carne destacaba la habitual preferencia por la volatería, encabezada por los pavos venidos de América, que tan rápido éxito tuvieron en las mesas españolas de las clases acomodadas. También se ponía de manifiesto en la composición del menú la afición a la caza menor, como perdices o conejos. Los asados se servían acompañados de salsas variadas, que cada comensal utilizaba de acuerdo con sus gustos. Los platos de carne se alternaban con las tradicionales cremas dulces, como la crema de almendras o el arroz con leche. La mezcla, combinación y alternancia de sabores diversos y aún contrapuestos, salados, dulces, agrios, agridulces, picantes, ácidos, era una de las características de la cocina de la época.

Como fin del banquete venían los postres dulces, pues el dulce era otra de las grandes pasiones del gusto alimentario español en la época moderna. No podía celebrarse un banquete digno de tal nombre si no se presentaba en la mesa como colofón una variada muestra de pastas, dulces, confituras y, sobre todo en tiempos navideños, los tradicionales turrónes. Los postres se solían acompañar con vinos especiados.

La alimentación en el siglo XVIII en la corte y en las clases altas, inauguró un gusto diferente y nuevo. En la corte había una cierta permanencia de la tradición española de la época de los Austrias, es clara la enorme influencia de la cocina francesa, explicable por el origen francés de la dinastía borbónica, la presencia de cocineros franceses en la corte y el prestigio de la gastronomía francesa (Pérez, 1997).

Naturalmente, según podemos apreciar en el artículo de Samper (2003), no toda la comida que se consumía provenía de los banquetes, también se preparaba otra comida, más o menos sencilla, que variaba en cantidad y calidad según la categoría de las



personas a las que iba destinada, una parte de la servidumbre que abarcaba gentes muy diversas, desde los nobles a los criados. En el siglo XVIII la tendencia dominante era cambiar los derechos a recibir alimentos que algunos disfrutaban por cantidades en metálico y, si era posible, simplemente suprimirlos. Pero determinados cargos de palacio llevaban aparejadas diversas raciones, detalladamente especificadas, en función de las necesidades prácticas del servicio, si no se podían ausentar, o en virtud de derechos tradicionales.

El consumo de carne era variado. A diferencia de la mesa real no predominaba la ternera sino el carnero o el cerdo. No era muy abundante la presencia de verduras, pero la mayoría que se consumían eran ensaladas y también como ingrediente de las sopas y cocidos. Las frutas estaban también presentes en la mesa del gentilhombre (Samper, 2003).

La ración de pan fue siempre la misma, donde se empleaba para muchas cosas, para las sopas, para espesar las salsas. También permaneció igual la ración de vino. Otros productos que aparecían diariamente en la mesa eran queso, aceitunas, aceite, sal, azúcar, etc. (Samper, 2003). En el menú destaca la presencia del cocido, que seguía siendo uno de los platos típicos de la cocina española, y la importancia también tradicional de la volatería (Samper, 2003).

Con el paso de los siglos, las diferencias sociales se fueron atenuando progresivamente tras la caída del régimen franquista, pero aún quedan importantes diferencias socioeconómicas hasta poder llegar a un estado plenamente igualitario, permitiéndole progresar en base a su trabajo, sin ser condicionado por la clase social, el lugar de nacimiento y la familia.

En la sociedad actual, es muy importante destacar que tenemos un gran privilegio ya que podemos optar a la dieta mediterránea, que nos regala, según Bolaños (2009), una alimentación equilibrada y completa, ya que se basa en tres pilares fundamentales: trigo, olivo y vid; centrándose además en el consumo de frutas, verduras, legumbres, huevo, pescado y vino, moderando el consumo de carne y leche.

Pero este papel tan importante, donde la prevención de riesgos relacionados con la salud, como enfermedades relacionadas con el sobrepeso, que conducen a una peor calidad de vida, riesgos cardiacos, diabetes, etc. estaba relacionada con la alimentación, se ha ido perdiendo con el paso de los años a favor de la comida rápida o productos precocinados, hipercalóricos y poco nutritivos, provocando el deterioro de los hábitos alimentarios (Samper, 2009).

Uno de los datos mas sorprendentes, es el aumento de forma sustancial de la frecuencia de las comidas fuera del hogar, representando un 20 % del presupuesto dedicado a la alimentación entre los años 1970 y 1990, pasando a un 38 % en 1992. Esta tendencia a comer fuera de casa sigue aumentando año tras año, provocando la creciente presencia de establecimientos específicos de comida rápida (Bolaños, 2009).

En definitiva, la degradación de la dieta Mediterránea en España, según Bolaños (2009), así como la pérdida de una tradición alimentaria tan importante y saludable en detrimento de la comida basura, se puede apreciar en el porcentaje del gasto familiar que se invierte en la alimentación, donde aumenta en un 50 % de su sueldo, dedicado a la alimentación.

1.1.3. Dieta mediterránea

El término dieta Mediterránea fue acuñado en el libro titulado «*How to eat well and stay well, the Mediterranean way*», escrito por Ancel y Margaret Keys en 1975.

Según Carbajal & Ortega (2001), este término trataba de definir la dieta característica de la población de Creta. Keys (1959) descubrió y describió los placeres gastronómicos y las cualidades saludables de la dieta mediterránea en la década de 1950 y resumió las principales recomendaciones para reducir el riesgo coronario:

1. Mantener el peso adecuado.
2. Reducir el consumo de grasa saturada.

3. Usar preferentemente aceites vegetales y mantener el aporte calórico de las grasas por debajo del 30 %.
4. Consumir verduras, frutas y lácteos descremados.
5. No abusar de la sal ni del azúcar refinado.
6. Realizar regularmente ejercicio físico.
7. Evitar el tabaco, el alcohol, los excitantes, etc.
8. Visitar al médico con regularidad y evitar preocuparse en exceso.

En la alimentación tradicional de la dieta Mediterránea existían varios aspectos comunes: alta ingesta de verduras, hortalizas, frutas frescas, leguminosas y cereales; una cantidad variable, según la zona de aceite de oliva, que es la principal grasa culinaria; un consumo moderado de alcohol, principalmente en forma de vino durante las comidas; algo de pescado, moderada ingesta de lácteos y baja de carnes y derivados.

1.1.3.1. Evolución de la dieta mediterránea

Según Márquez-Sandoval, Bulló & Vizmanos (2008), desde mediados del siglo XX, la dieta mediterránea ha sufrido importantes cambios. Las modificaciones observadas probablemente estén relacionadas con las diferencias naturales, económicas, culturales y religiosas propias de cada país.

Los principales cambios observados en los últimos 40 años en la alimentación de las poblaciones de los países mediterráneos son, según Márquez-Sandoval et al. (2008):

1. Un aumento de la ingesta total de energía.
2. Un considerable incremento del porcentaje de energía aportado por las grasas.
3. Una disminución del porcentaje de energía aportado por los carbohidratos.
4. El mantenimiento constante del aporte de energía en forma de proteínas.



Estos y otros cambios han hecho que cada vez existan menos diferencias en el patrón de consumo de alimentos entre los países mediterráneos y los del norte de Europa.

La disponibilidad de frutas, verduras, legumbres, huevos, mariscos y azúcares ha ido también en aumento en toda el área mediterránea. Aunque hace algunos años había problemas de abastecimiento de alguno de estos alimentos, probablemente en fechas actuales estas diferencias de suministro se han aminorado, ya que año tras año demuestran su creciente desarrollo en todas las áreas.

En las últimas décadas, los hábitos alimentarios de los países mediterráneos se han alejado del patrón tradicional de la década de 1970, acercándose cada vez más al típico de los países del norte de Europa y Estados Unidos. Los cambios más significativos observados en los países mediterráneos son la disminución progresiva del porcentaje de energía aportado por los carbohidratos y el incremento del porcentaje de energía en forma de grasa saturadas, especialmente las de origen animal (Márquez-Sandoval et al., 2008).

En definitiva, los habitantes de la región mediterránea, a través de los siglos, lograron configurar un estilo de vida y uno de los modelos alimentarios más saludable de los, hasta ahora, conocidos, lo que se tradujo históricamente en ser una de las regiones del mundo con mayor esperanza de vida y menos problemas de salud asociados a patologías alimentarias.

Hoy en día la tradicional dieta Mediterránea es reconocida y valorada en todo el mundo por sus demostrados beneficios para la salud y la enfermedad. Recientemente se ha llevado a cabo un estudio de intervención nutricional en prevención primaria por parte de Márquez-Sandoval et al. (2008), cuya finalidad es esclarecer el posible papel protector de la dieta Mediterránea tradicional sobre la enfermedad cardiovascular. Esto es imprescindible para poder afirmar definitivamente que este patrón dietético es el responsable o no de la baja mortalidad de las poblaciones mediterráneas.

En Estados Unidos, en la década de 1950, se instó a las empresas de alimentos a reducir la cantidad de grasas de los alimentos. Esto provocó que el sabor fuese sustancialmente peor y provocó rechazo inicialmente, hasta que la grasa fue sustituida

por un elemento probablemente aún peor, el azúcar, que es muy adictiva y combina casi con cualquier alimento. Esto trajo consigo el efecto contrario al deseado, y actualmente en Estados Unidos existe una gran cantidad de jóvenes con sobrepeso y obesos. Este es el rumbo que, poco a poco, se está tomando en España y el resto de los países, con una americanización de los alimentos en detrimento de las dietas tradicionales.

1.1.4. Características alimentarias en niños de 0-6 años

Durante toda la historia de la humanidad ha estado presente la idea que relaciona la dieta de una persona con su salud, pero a partir del Siglo XX comenzó a haber una mayor concienciación respecto a la importancia de la salud y de optar por lo saludable. No obstante, el progreso, aunque constante, es lento y actualmente buena parte de la población todavía no tiene asumidos los buenos hábitos de alimentación y actividad física. Además, se sabe que la edad infantil es fundamental para crear unos hábitos alimentarios adecuados con el fin de conseguir una buena salud y un óptimo desarrollo (Lázaro & Martín, 2010).

Según Lázaro & Martín (2010), en esta franja de edad hay varias etapas en la alimentación de los más pequeños por las cuales los niños y las niñas deben variar sus ingestas dependiendo de la edad que tengan. Los «periodos de la alimentación del niño» fueron delimitados por el Comité de Nutrición de la Academia Americana de Pediatría en el año 1982 y son los siguientes:

1. Periodo de lactancia: según la OMS engloba desde el nacimiento hasta el sexto mes de vida. En esta fase el bebé se alimenta únicamente de leche materna o de fórmulas para lactantes. El lactante es el niño o la niña que principalmente consume leche.
2. Periodo transicional: esta fase va desde los seis meses de vida hasta el año. Supone un cambio en la alimentación de los más pequeños ya que comienza la diversificación alimentaria, es decir, se va incorporando en la dieta del bebé alimentos diferentes a la leche materna o de fórmula.

3. Periodo de adulto modificado: comprende desde que el niño o la niña ha cumplido el año de vida hasta los 7-8 años. Se caracteriza por que los más pequeños van adecuando su alimentación a la de los adultos.

1.1.4.1. Alimentación en niños de 0 a 2 años

En estas edades la alimentación de los niños y las niñas cambia totalmente ya que transcurre desde que el bebé se alimenta únicamente de la leche, ya sea materna o de fórmulas para lactantes, a la ingesta de todo tipo de alimentos (Lázaro & Martín, 2010).

Existen tres tipos de lactancia que son las siguientes según Ballabriga & Carrascosa (2006):

1. Lactancia natural: es la alimentación a través de la leche materna. Se trata de la más recomendada por especialistas debido a que su composición está acondicionada a las características y necesidades de sus consumidores.
2. Lactancia artificial: es otro tipo de alimentación que toman los más pequeños cuando su madre no puede darle el pecho o los padres han decidido alimentar a su hijo o hija con esta variedad. Son fórmulas derivadas de la leche materna.
3. Lactancia mixta: es una combinación de las dos anteriores, es decir, cuando existe una superposición entre la ingesta de leche materna con el consumo de leche de fórmulas artificiales.

Una vez que el niño o la niña ha cumplido los 6 meses de edad, se pasa a la fase denominada periodo transicional dentro de los «periodos de la alimentación del niño» en la que se inicia la diversificación alimentaria que se puede definir como la introducción en la alimentación del lactante de alimentos líquidos, semilíquidos o sólidos que no sea la leche. La ingesta de nuevos alimentos se hará de forma progresiva teniendo las pautas que el pediatra va realizando durante las revisiones y las costumbres familiares, geográficas, culturales, etc. (Lázaro & Martín, 2010).

1.1.4.2. Alimentación en niños de 2 a 6 años

Cuando el niño o la niña llega a los 2 años comienza una nueva etapa con respecto a la alimentación que ha sido precedida por un periodo comprendido entre el nacimiento y los 4 o 6 meses de edad donde únicamente se alimentaba mediante la lactancia ya fuera materna, artificial o mixta y otra fase de una alimentación complementaria que se da entre los 4 o 6 meses y los 24 meses. Este periodo de crecimiento comienza cuando el bebé alcanza una autonomía en la marcha y termina con el inicio de la etapa escolar (Ballabriga & Carrascosa, 2006).

1.1.5. Trastornos alimentarios en la etapa de educación infantil

Un trastorno alimentario se caracteriza por anomalías en los hábitos de alimentación que pueden implicar tanto la ingesta de alimentos insuficientes o excesivos como de mala calidad, afectando a la salud física y emocional del individuo. Entre las diferentes patologías a las que pueden dar lugar están el sobrepeso y la obesidad, la anorexia y la bulimia, y pueden desencadenar enfermedades como la diabetes, el cáncer y los riesgos coronarios. A continuación, se indagará con mayor profundidad en aquellas con especial incidencia en edad infantil.

1.1.5.1. El sobrepeso y la obesidad

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Una persona con un índice de masa corporal (IMC) igual o superior a 25 hasta 29,9 es considerada con sobrepeso, mientras que si su IMC está entre 30 - 39,9 es considerada obesa, por último, si su IMC es superior a 40 se considerará obesidad mórbida. El sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo para numerosas enfermedades crónicas, entre las que se incluyen la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

Una vez aclarados estos conceptos, podemos decir que los trastornos derivados de un IMC demasiado elevado, es decir, superiores a 25, son las enfermedades nutricionales más frecuentes en la infancia, según nos confirman Chueca, Azcona & Oyarzábal (2002). Estudios recientes realizados en España, demuestran que entre el 5 % y 10 % de los niños en edad escolar tienen sobrepeso u obesidad.

El sobrepeso y la obesidad han tenido numerosos intentos de clasificación, pero ninguno de los métodos parece útil o significativo en la infancia y probablemente la única distinción importante que puede hacerse en el sobrepeso y la obesidad infantil es diferenciar aquellos niños que tienen un «patrón patológico», debido a enfermedades endocrinas o genéticas, de otros cuyos IMC están ligados a la ingesta de dietas hipercalóricas y/o a la escasa actividad física (Chueca, Azcona & Oyarzábal, 2002).

Según Chueca, Azcona & Oyarzábal (2002) existen un gran número de factores ambientales, como son el exceso de alimentación durante el estado prenatal y de lactancia, así como los hábitos de la madre, como el tabaquismo, la práctica habitual de deporte, etc. afectan sensiblemente al desarrollo del feto e influyen en la vida posterior del niño.

Un factor ambiental que ha provocado el aumento del sobrepeso y la obesidad en nuestra sociedad es ver la televisión durante muchas horas, ya que a través de este medio de comunicación se anuncian alimentos de alto contenido calórico, en donde personajes o mascotas corporativas inducen a los malos hábitos alimentarios de los niños, los cuales tienden a preferir estas comidas hipercalóricas y azucaradas a los alimentos saludables durante o tras su visionado. No obstante, el principal problema del consumo intensivo de la televisión es que acaba sustituyendo y reemplazando a las actividades físicas al aire libre, como los juegos, el ejercicio físico y los deportes. También se puede añadir a este factor ambiental el uso de teléfonos, tabletas, ordenadores y otros dispositivos electrónicos.

Además, existen factores relacionados con el gasto energético. El balance se consigue cuando la ingesta energética es igual al gasto calórico, es decir, si la ingesta excede al

gasto, la cantidad restante se transforma en grasa y se acumula principalmente en vísceras, vientre y piernas.

En definitiva, el objetivo del tratamiento en la infancia es conseguir un peso adecuado para la talla y conservar posteriormente el peso dentro de los límites normales, al igual que la correcta nutrición y desarrollo físico. Hay niños delgados cuyas dietas son pobres y apenas hacen ejercicio. La obesidad suele aparecer en muchos casos, pero no siempre. Aquí es donde la grasa visceral, la peor de todas, suele aparecer sin mostrar síntomas.

Por otro lado, debemos de tener en cuenta que el tratamiento puede tener efectos secundarios como reducir el crecimiento, de este modo, partimos del hecho de que cualquier tratamiento que inicie el niño debe de exigir aceptación y disciplina, pero en ningún caso debe de haber una restricción alimentaria como castigo (Azcona et al., 2000).

1.1.5.2. La diabetes

Según Frías, Luque & Collazos (2016) podemos definir la diabetes como una patología crónica, que se deja ver cuando el páncreas no produce suficiente insulina o no es utilizada de forma correcta por el organismo. En este caso nos centraremos en la diabetes tipo I, al ser la que aparece en la infancia y la llamada insulino dependiente, ya que la producción de la hormona es deficiente debido a la destrucción de células betas del páncreas, y es necesario administrárselas diariamente según las necesidades individuales del paciente (OMS, 1999).

La diabetes infantil supone entre el 10 % y el 15 % del total de la diabetes y se ha determinado que es la segunda enfermedad crónica más usual en la población infantil (Fuentes et al., 2013). Esta enfermedad infantil ha aumentado en los últimos años debido a los malos hábitos en la alimentación y el sedentarismo cada día mas extendido entre los infantes (Morales, Barquero & Pérez, 2000).

En edades tempranas hablamos de la diabetes tipo I, ya que la diabetes tipo II es la forma de diabetes más frecuente en personas mayores de 40 años. Se la conoce también como diabetes del adulto, aunque está aumentando mucho su incidencia en adolescentes e incluso preadolescentes con obesidad. En este tipo de diabetes la capacidad de producir insulina no desaparece, pero el cuerpo presenta una resistencia a esta hormona. En fases tempranas de la enfermedad, la cantidad de insulina producida por el páncreas es normal o alta. Con el tiempo la producción de insulina por parte del páncreas puede disminuir (Frías, Luque, & Collazos, 2016).

1.1.6. Alimentación saludable en la etapa de educación infantil

Según la OMS, la nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud. Una mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental, y reducir la productividad.

1.1.6.1. La educación para la salud

La alimentación y la nutrición infantil constituyen una de las áreas de mayor importancia dentro de la Educación para la Salud. Esta acción promotora para la salud debe iniciarse en la fase temprana del desarrollo y aprendizaje, como es la etapa de educación infantil. Una valiosa herramienta para iniciar la Educación para la Salud es la alimentación infantil, la cual puede y debe de ser abordada en el ámbito educativo (Cubero et al., 2012).

Uno de los aspectos más importantes para una adecuada alimentación según Cubero et al. (2012) es el número de tomas al día en las que se ingesta alimentos, siendo lo más recomendable cinco al día: desayuno, almuerzo, comida, merienda y cena.

Todos estos momentos tienen importancia, pero el más importante es el desayuno ya que es la primera comida después de unas cuantas horas de ayuno y precede a las

horas de mayor actividad y por lo tanto de gasto de energía. Por ello, es necesario realizar un adecuado desayuno que debe estar formado por lácteos, cereales y fruta, los cuales deben de ser ingeridos tranquilamente, sin prisas ni excepciones, preferiblemente en compañía de la familia o de algún miembro de ella y durante un periodo de 15-20 minutos, por lo que es aconsejable levantar al menor con bastante tiempo para desayunar. Realizar un buen desayuno ayuda a obtener una buena salud y un mejor rendimiento físico y académico (Quesada, 2008). Además, desayunar activa el organismo, y lejos de lo que pudiese parecer, puede ayudar a adelgazar. Esto se debe a que si el cuerpo no tiene alimento se pone, por así decirlo, en «modo reserva».

Según Richter & Vaz (2008), una alimentación adecuada en la infancia y en cualquier periodo de la vida debe de incluir los siguientes tipos de alimentos:

1. Lácteos: los más pequeños tienen que consumir entre medio litro y un litro de leche o sus derivados lácteos al día (yogures, cuajada, quesos...), es decir, entre 2 y 3 raciones a lo largo del día.
2. Carnes, pescados y huevos: se debe tomar entre 2 y 3 raciones semanales, restringiendo el consumo de carnes grasas y embutidos.
3. Frutas, verduras y hortalizas: es aconsejable consumir 5 raciones al día. Los niños y las niñas tienen que comer 2 o 3 piezas de fruta, pudiendo sustituir una de ellas por el zumo natural y 3 o más raciones de verduras y hortalizas, siendo algunas de ellas ensaladas o guarniciones del segundo plato de las comidas.
4. Cereales y legumbres: se debe tomar hasta 6 raciones al día. Una de ellas se puede consumir en el desayuno (tostadas, galletas, cereales de desayuno) o en el almuerzo (bocadillo). Además, en la comida, merienda y cena se puede comer pan y, por último, en la comida se puede consumir pasta, arroz y/o legumbres.
5. Azúcares y grasas: se deben consumir con moderación e incluso evitarlas si es posible, ya que los dulces, la bollería y los alimentos con mucha grasa contienen mucha cantidad de azúcares refinados y grasas saturadas. Además, son muy adictivos y pueden provocar trastornos alimenticios. Las grasas de elección son el aceite de oliva y aceites de semilla, como el de girasol.

1.1.6.1.1. Hábitos alimentarios

Los hábitos alimentarios podrían definirse, según Macías, Gordillo & Camacho (2012), como manifestaciones recurrentes de comportamiento individuales y colectivas respecto al qué, cuándo, dónde, con qué, para qué se come y quién consume los alimentos, y que se adoptan de manera directa e indirectamente como parte de las prácticas socioculturales. En la adopción de estos hábitos alimentarios intervienen principalmente tres agentes: la familia, los medios de comunicación y la escuela; de los cuales hablaremos en los siguientes apartados.

Podemos deducir, que los hábitos alimentarios se han ido modificando por diferentes factores; uno de ellos corresponde a la situación económica que afecta los patrones de consumo tanto de los niños como de los adultos, la menor dedicación y falta de tiempo para cocinar, etc. Otro factor corresponde a la influencia del consumo alimentario no saludable de nuevos alimentos (Macías, Gordillo & Camacho, 2012).

1.1.6.1.2. El papel de la familia y los educadores

Los niños aprenden por imitación, por ello el papel de los padres y los maestros en la educación alimentaria es determinante, aunque también influirán en él sus compañeros, la publicidad de los medios de comunicación, etc. (Cubero et al., 2012).

Según Cubero et al. (2012), a través de la Educación para la Salud se insta a que los alumnos adopten estilos de vida saludables, ya que es en esta etapa donde más se puede y se debe incidir en dicha disciplina, debido a las características de maleabilidad y aceptación de nuevos patrones de conducta.

La escuela es el medio idóneo para poder llevar a cabo un programa de educación alimentaria, dado que el equipo docente, además de impartir los conocimientos adecuados para cada etapa, también puede contribuir en la modificación de las conductas y ser pieza clave en la educación nutricional del niño, ya que el currículo de educación infantil recoge como un objetivo muy importante el «*fomentar buenos hábitos de higiene y alimentación*» (Moreno, 2008). De este modo, los padres y educadores

deben de crear unos hábitos alimentarios saludables, contribuyendo a un correcto crecimiento y desarrollo de los niños, lo cual es fundamental para evitar enfermedades como las ya mencionadas (Moreno, 2008).

Para ello es necesario que los padres consensuen entre ellos la hora de las comidas y si es posible compartir con sus hijos e hijas algunas de ellas ya que este momento servirá para mejorar las relaciones afectivas entre los miembros del núcleo familiar y para transmitir conductas y hábitos alimentarios correctos. Tienen que mantener estos horarios para crear la rutina y que los niños y las niñas sepan que es la hora de realizar la comida que toca. Además, es imprescindible que la forma de comportarse de los padres sea coherente con lo que les dicen a su hijo o hija debido a que para crear un hábito en los más pequeños es necesario que los adultos lo pongan en práctica porque una de las principales y fundamentales formas de aprendizaje es la observación por parte de los niños y de las niñas a sus adultos de referencia (Cubero et al., 2012).

1.1.6.1.3. Publicidad alimentaria

Para Bordonada & Artalejo (2015), los medios publicitarios son el vehículo o vía de transmisión de la publicidad para llegar a los potenciales consumidores del producto o servicio que se ofrece. Uno de los más destacables es la televisión, ya que presenta una serie de ventajas respecto a otros medios:

1. Rapidez de penetración.
2. Flexibilidad geográfica y temporal, por el alcance universal de la señal y por la posibilidad de seguir la programación a través de ordenador, teléfono móvil y otros dispositivos portátiles, una práctica cada vez más extendida.
3. Calidad del mensaje, por el sofisticado nivel de las técnicas publicitarias, cuyo impacto es producto de la interacción entre distintos códigos.
4. Variedad de formas publicitarias, que permiten adaptar el mensaje según el tipo de producto y el público objetivo.

En consecuencia, se debe de prestar particular atención a este método de comunicación, ya que la infancia es un periodo de especial vulnerabilidad frente a la publicidad. De este modo podemos ver que desde los 5-6 años los niños son capaces de identificar la publicidad televisiva. Por otra parte, los hábitos alimentarios se adquieren en la infancia y, una vez instaurados, son resistentes al cambio, por lo que el estudio de la publicidad alimentaria dirigida a niños es muy relevante (Bordonada & Artalejo, 2015).

La evidencia científica mostrada en Bordonada & Artalejo (2015) sobre los efectos de la publicidad alimentaria en la población infantil es abundante. Por un lado, ejerce un efecto inmediato del consumo de alimentos y bebidas accesibles mientras se está viendo la televisión, sean estos o no los productos anunciados en ese momento, e independientemente de la sensación de hambre. Por otro lado, la publicidad influye en las preferencias alimentarias, los hábitos de compra, peticiones a los padres incluidas, y los patrones de consumo alimentario de los niños. Además, esta influencia es duradera, habiéndose observado que el tiempo de exposición a la publicidad alimentaria por televisión es un predictor de los hábitos alimentarios cinco años después en población joven. Y aunque la televisión y los padres influyen de forma independiente en las preferencias alimentarias de los niños, la influencia de estos últimos no es capaz de contrarrestar el efecto nocivo de la publicidad, pues los niños siguen eligiendo con más frecuencia los productos anunciados incluso cuando reciben consejo de sus padres para elegir productos alternativos más saludables (Macías, Gordillo & Camacho, 2012).

A todo esto, la publicidad alimentaria dirigida a niños en España está sujeta a dos leyes:

1. La Ley General de la Comunicación Audiovisual establece las franjas horarias de protección reforzada (entre las 8 y las 9 horas y entre las 17 y las 20 horas los días laborables y entre las 9 y las 12 horas los sábados, domingos y festivos) y alienta a los prestadores de servicios de comunicación audiovisual a impulsar códigos de conducta sobre comunicación comercial inadecuada.
2. La Ley de Seguridad Alimentaria y Nutrición dedica el capítulo VIII a la publicidad de alimentos. El artículo 44 prohíbe la aportación de testimonios, así como la

sugerencia de un aval de profesionales sanitarios o científicos, salvo que se trate de organizaciones, fundaciones o instituciones relacionadas con la salud y sin ánimo de lucro y que se comprometan a utilizar los recursos obtenidos en actividades que favorezcan la salud (investigación y divulgación). Los artículos 45 y 46 establecen que los poderes públicos favorecerán el desarrollo de sistemas de regulación voluntarios y que las autoridades competentes promoverán la firma de acuerdos de correlación con los operadores económicos y los prestadores de servicios de comunicación comercial audiovisual para establecer códigos de conducta sobre las comunicaciones comerciales de alimentos y bebidas dirigidos a menores de 15 años.

En definitiva, la exposición de los niños a la publicidad de alimentos y bebidas por televisión es muy elevada, lo que podría estar contribuyendo al deterioro de sus hábitos alimentarios y a la actual epidemia de obesidad infantil (Bordonada & Artalejo, 2015).

1.1.6.1.4. La Estrategia NAOS

La Estrategia NAOS (Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad) es una estrategia de salud que, siguiendo la línea de las políticas marcadas por los organismos sanitarios internacionales (Organización Mundial de la Salud, Unión Europea...), tiene como meta invertir la tendencia de la prevalencia de la obesidad mediante el fomento de una alimentación saludable y de la práctica de la actividad física y, con ello, reducir sustancialmente las altas tasas de morbilidad y mortalidad atribuibles a las enfermedades no transmisibles (Ballesteros, Dal-Re, Pérez-Farinós & Villar, 2007).

Desde su lanzamiento en el año 2005, la Estrategia NAOS desarrolla acciones o intervenciones, a partir de la evidencia científica y en todos los ámbitos de la sociedad (familiar, educativo, empresarial, sanitario, laboral y comunitario) que promueven y facilitan opciones a una alimentación variada, equilibrada y a la práctica de actividad física, así como a la información más adecuada para ayudar al consumidor a tomar decisiones y elecciones más saludables en entornos que les permitan la adopción de estilos de vida más saludables y activos. Para ello, desde la Estrategia NAOS se



FACULTAD PADRE OSSÓ



Universidad de Oviedo
Universidá d'Uviéu
University of Oviedo

fomenta la implicación, sinergia y colaboración de todos los sectores y agentes de la sociedad tanto públicos (Comunidades Autónomas, ayuntamientos y ministerios) como privados (industria de alimentos y bebidas, sociedades científicas, organizaciones de consumidores, sectores de distribución y restauración, etc.) (Estrategia NAOS, 2005).

Las iniciativas desarrolladas en el marco de la Estrategia NAOS, aunque van destinadas a toda la población, focalizan sus mayores esfuerzos hacia los niños, los jóvenes y los grupos de población más desfavorecidos, con enfoque de género y evitando desigualdades en salud. Los principios que rigen la Estrategia NAOS son la equidad, igualdad, participación, intersectorialidad, coordinación y cooperación sinérgicas, con el fin de proteger y promover la salud.

En el año 2011, la Estrategia NAOS fue consolidada e impulsada por la Ley 17/2011, de 5 de julio, de seguridad alimentaria y nutrición. Su lema es «¡COME SANO Y MUÉVETE!», como binomio inseparable para prevenir el sobrepeso y la obesidad y contribuir a cambios en nuestros estilos de vida.

2. METODOLOGÍA

En cuanto a la metodología aplicada para el marco teórico, consiste en el análisis de 32 libros, artículos y capítulos de libro albergados en Dialnet, Google Académico y Researchgate, ya que se adecúan a los criterios de inclusión:

- Historia de la alimentación en España.
- Alimentación escolar en la España contemporánea.
- Alimentación infantil en la Unión Europea, Estados Unidos y el resto del mundo.
- Alimentación saludable en la edad infantil.

Palabras clave: alimentación saludable, educación infantil, España, hábitos saludables, dieta mediterránea, obesidad, sobrepeso, nutrición, comedores escolares.

Sin embargo, para el desarrollo y discusión, la metodología se basa en el análisis de 6 libros, artículos y capítulos de libro acerca de la importancia de los comedores escolares en la etapa de educación infantil y primaria, adecuándose a los criterios de inclusión:

- Comedores escolares y alimentación saludable.
- Actividades para una alimentación saludable en la etapa de educación infantil.
- Estrategia NAOS.

3. DESARROLLO Y DISCUSIÓN

3.1. ANÁLISIS DE LOS MENÚS ESCOLARES

En general, el comedor escolar suele relegarse al simple servicio de comidas en el centro escolar. No obstante, las posibilidades como entorno y medio educativo son notablemente altas, tanto a través de los menús servidos como mediante actividades de información y educación nutricional (Fagúndez & Torres, 2015).

Por eso, la selección y contenido de los menús escolares es un medio para potenciar el establecimiento de pautas alimentarias. Al mismo tiempo, el comedor escolar permite desalentar comportamientos negativos y transmitir información sobre la importancia de una adecuada alimentación (Moreno, 2008).

Según Fagúndez & Torres (2015), podemos encontrar varias funciones clave del comedor escolar como instrumento educativo:

1. El comedor como marco de introducción de una estructura alimentaria.
2. El comedor como aportador de menús saludables, diversos y completos en nutrientes.
3. El comedor como ámbito de formación y educación del comportamiento alimentario.
4. El comedor como medio de información nutricional y mensajes positivos.

El servicio de comedor se considera, según Fagúndez & Torres (2015), una doble vertiente: servicio de comidas y servicio de atención educativa antes y después, por eso debe atender a los siguientes objetivos y actuaciones:

1. Objetivos relativos a la educación para la salud.
2. Objetivos educativos que fomenten actitudes de colaboración, solidaridad y convivencia.
3. Actividades que desarrollen hábitos de correcta alimentación e higiene.

4. Actividades que fomenten actitudes de ayuda y colaboración entre los compañeros.
5. Actividades de expresión artística y corporal.
6. Actividades de libre elección y lúdicas.
7. Recursos materiales y espacios necesarios para el cumplimiento de los objetivos y actividades.
8. Modelos e instrumentos de evaluación del programa con las posibles mejoras.

Además, según Moreno (2008), los menús que se sirven en el comedor deben de tener las siguientes características:

1. Cubrir entre el 30 % y el 35 % de las necesidades energéticas diarias de acuerdo con la edad.
2. Incluir alimentos saludables de bajo consumo en el entorno familiar.
3. No sobrepasar los límites de aceites refinados y de mala calidad y materias grasas.
4. Utilizar de forma preferente aceite de oliva virgen.

Es decir, la estructura básica de los menús debe ser la tradicional o familiar: un primer plato hidratos con legumbres, verduras, diversos tipos de verduras con patatas, arroz o pasta. El segundo plato, proteico, puede consistir en carne magra, pescado variado o huevos y debe ir siempre acompañado de una guarnición de ensalada o verduras. En el postre se alternan lácteos y fruta. Como bebida, se ofrecerá siempre agua, y en los casos necesarios, leche o zumo no azucarado, preferentemente recién exprimido (Moreno, 2008).

3.2. MENÚ ESCOLARES DIRIGIDOS A LA EDUCACIÓN INFANTIL

En Asturias un tercio de la población infantil hace uso del comedor escolar cinco días a la semana, durante ocho meses al año a lo largo de muchos años de su vida. Con los

cambios socioeconómicos que se fueron produciendo en nuestro país en las últimas décadas, es de esperar que la demanda de este servicio tienda a aumentar. Actualmente hay 105 centros públicos con comedor escolar y cocina propia y 75 con comedor servido por catering (Muñoz, González & Álvarez, 2011).

Las dietas tradicionales que se han llevado a cabo a lo largo de estas últimas décadas en los comedores escolares han sido reemplazadas por otras con una mayor densidad energética, lo que significa más grasa, principalmente de origen animal, y más azúcar añadido en los alimentos, unido a una disminución de la ingesta de carbohidratos complejos y de fibra, como hemos podido comprobar con la lectura de varios artículos anteriormente citados: Richter & Vaz (2008), Cubero et al. (2012) y Quesada (2008). Estos cambios alimentarios se combinan con cambios en los modos de vida que suponen una reducción de la actividad física en el trabajo y durante el tiempo de ocio.

Según Muñoz, González & Álvarez (2011), y a partir de los datos del curso 2009/10, 80 centros públicos tienen comedor con cocina propia, 75 son servidos por catering y gestionados a través de los respectivos ayuntamientos, y 23 más presentan una situación mixta. En esta ratio no están incluidas las Escuelas Infantiles de primer ciclo, ya que requieren de una atención diferenciada. Los 60 colegios concertados-privados con comedor, que gestiona directamente el propio centro, no tienen relación con la Consejería de Educación respecto a este servicio.

De este modo, los resultados del estudio llevado a cabo por Muñoz, González & Álvarez (2011), muestran que existen diferencias alimentarias entre los centros de cocina propia y los de servicio por catering, dando mejores resultados acerca de las recomendaciones alimentarias los primeros, dado que el catering mostraba las siguientes características:

1. Oferta de legumbres escasa y poco variada.
2. Oferta de verduras y hortalizas escasa y poco variada.
3. Oferta del grupo de los carbohidratos (arroz, pasta, patata) suficiente pero poco variada, siendo la patata el alimento de este grupo más utilizado.
4. Oferta de carne suficiente (en el límite superior).

5. Oferta de pescado próxima al consumo recomendado.
6. Oferta de huevo ligeramente por debajo de lo recomendado.
7. Oferta escasa de fruta.

Después de varios años de trabajo, muchos centros han mejorado sus menús, así como buena parte del personal de cocina en los centros de gestión directa, han recibido información sobre el tema y han trabajado duramente en esta tarea para mostrar cambios. Los resultados de mejora son evidentes: los menús son más equilibrados y aumentaron la oferta de verduras, hortalizas, fruta y legumbres, y redujeron el exceso de carnes y lácteos; esto supone una importante mejora para la salud infantil e, indirectamente, para la educación de las familias (Muñoz, González & Álvarez, 2016) (anexo 1).

Según Educatur (2013), basándonos en los menús para la educación infantil, estos han de ser equilibrados, variados y adaptados a la edad, siguiendo las recomendaciones de la guía «Comer en la Escuela Infantil», editada por las Consejerías de Sanidad y la de Educación, basada en las directrices de la Estrategia NAOS, recogidas en la Ley 17/2011, de 5 de julio, de seguridad alimentaria y nutrición.

Es decir, de 3 a 6 meses se aportará la leche adaptada necesaria y los cereales adecuados para la elaboración de los biberones en esta franja de edad.

A partir de los 6 meses la dieta deberá de basarse en:

1. Puré básico: patata/arroz, zanahoria, puerro y sin proteína animal.
2. Puré de inicio (de 6 a 9 meses): compuesto por verduras variadas y proteína animal según la edad.
3. Puré de continuación (de 9 a 12 meses): igual que el anterior, pero incorporando nuevas verduras e introduciendo la yema de huevo.

Los purés se prepararán sin sal y con aceite de oliva virgen, y de postre, se ofrecerá fruta, al menos, tres días a la semana y dos días yogur natural.

Finalmente, a partir de los 12 meses, se servirá un menú completo que constará de 3 platos, siguiendo las recomendaciones para un menú ideal de la Estrategia NAOS.

1. Un primer plato que contenga los siguientes alimentos con periodicidad semanal:
 - Verdura: 2-3 veces a la semana.
 - Legumbres: 1-2 veces, alternando: La semana que tiene tres de verdura la legumbre se pondrá una vez, la semana que tiene dos de verduras la legumbre se pondrá dos veces.
 - Un día, pasta o arroz, alternativamente.

Como criterio general, estos primeros platos, estarán exentos de proteína animal, y cuando el primer plato incorpore dicha proteína, se excluirá del segundo.

2. Un segundo plato que contenga semanalmente:
 - Carne: dos veces, alternando pollo, pavo, conejo, ternera, cerdo o cordero.
 - Pescado: dos veces, procurando la mayor variedad posible y limitando las conservas. El centro tendrá la opción de determinar el número de menús con pescado azul o blanco, para asegurar la variedad deseada.
 - Huevo o su equivalente: un día, alternando su forma de preparación (cocido, frito, en revuelto o tortilla...).
 - Las guarniciones combinarán el grupo de las verduras y hortalizas con el grupo de hidratos de carbono, dependiendo de la composición del primer plato.
3. Un postre:
 - Fruta de temporada, al menos cuatro días a la semana.
 - Yogur natural: un día como máximo.
4. Se incluirá una ración diaria de pan.

Para las edades entre uno y dos años, se servirá el primer plato triturado. Siempre que el primer plato no sea apropiado para ser triturado se sustituirá por un puré de verduras exento de proteína animal.

Sin embargo, según Sancho, Cirarda & Valcárcel (2015), los indicadores de la Estrategia NAOS relativos a legumbres, pescado y carne cumplen con lo esperado, mientras que, por el contrario, los indicadores relativos a la fruta de temporada y verduras, no se cumplen en todos los comedores escolares.

Por ello, recomiendan incrementar el contenido de frutas y verduras, al igual que de huevos y pescado azul en los menús.

Pero Muñoz & Villarino (2012) hacen referencia a varios errores muy frecuentes acerca del consumo o la preparación de ciertos alimentos:

1. Repetición excesiva de las presentaciones culinarias.
2. Insuficiente presencia de verduras, en especial como primer plato.
3. En ocasiones, frecuencia semanal de fruta insuficiente.
4. Escasez generalizada de legumbres en los menús.
5. Frecuencia insuficiente de ensaladas.
6. Insuficiente frecuencia de consumo de pescado, y en especial, de pescado azul.
7. Excesiva frecuencia en ciertas ocasiones de postres dulces.

3.3. MENÚS PARA ALUMNOS CON NECESIDADES ESPECIALES

Del mismo modo, la escuela deberá de estar preparada para suministrar la dieta adecuada a las necesidades especiales de los niños y niñas que acuden a la Escuela de Educación Infantil.

Los menús estarán supeditados a las necesidades documentadas de los comensales por razones médicas o por motivos religiosos o culturales. En cada caso particular, se

excluirá del menú el alimento implicado, siguiendo estrictamente las recomendaciones para la elaboración segura de estos menús.

La escuela facilitará, según Educastur (2013), el listado de alimentos y aditivos permitidos/prohibidos en cada caso, basado en la información aportada por la familia. Por ello, a modo general deben cumplirse las siguientes recomendaciones:

1. Declarar exactamente todos los ingredientes empleados en la elaboración de los menús.
2. Asegurar un sistema claro de identificación y etiquetado de los menús.
3. Como en cualquier otro menú, debe asegurarse la variedad.
4. Se intentará, en la medida de lo posible, que la comida sea lo más parecida a la del resto de comensales, pero eliminando totalmente el alérgeno (o alimento concreto) del menú y otros productos que lo puedan contener como aditivo, lo que implica un riguroso análisis de las etiquetas de los alimentos.
5. Se evitarán aquellos alimentos de los que no se tenga la certeza que no contienen los alimentos prohibidos, limitando al máximo los productos industriales.

Se tendrá la capacidad de ofrecer un menú alternativo para aquellas circunstancias puntuales e imprevistas de enfermedad leve. Será recomendable la posibilidad de disponer siempre en el menú de algún alimento nutritivo, de fácil digestión y absorción como arroz, pasta, patatas, zanahoria, pan, carne o pescado a la plancha o hervido, yogur, plátano, manzana en compota o asada... (Educastur, 2013).

En definitiva, como hemos podido comprobar, la mayoría de la información recabada a lo largo de este desarrollo y discusión está enfocada a la educación primaria en adelante. Es decir, pocos autores hacen referencia explícita a la educación infantil y a las medidas que se deben de tomar para que los alumnos y las alumnas vayan asimilando hábitos saludables.

Por eso, se realizará a continuación una propuesta con prospectiva de futuro acerca de las actividades que se pueden realizar en esta etapa:

Unidad didáctica «Nos alimentamos»

La finalidad de la unidad didáctica será conseguir que los alumnos del segundo ciclo de educación infantil adquieran un conocimiento generalizado de los distintos grupos de alimentos y de la importancia de una alimentación sana y equilibrada, realizando actividades en las que se trabajen aspectos relacionados con los alimentos y el consumo de estos para una buena alimentación.

Temporalización: 4 semanas.

Objetivos:

1. Conocer los distintos grupos de alimentos y lo que aporta cada uno de ellos.
2. Conocer la frecuencia de consumo recomendada de los diferentes alimentos para mantener una dieta sana y equilibrada.
3. Elaborar sus propios menús y recetas.
4. Dar importancia al tentempié.

Contenidos:

1. Pirámide alimenticia.
2. Aporte de los distintos alimentos: carne, pescado, frutas y verduras, pan y cereales, etc.
3. Elaboración de menús y recetas.
4. Conocer los distintos momentos de alimentación, haciendo hincapié en el tentempié.

Actividades:

1ª Sesión: La asamblea.

Realizar una asamblea donde los puntos a tratar sean la pirámide alimenticia y la importancia de la alimentación sana.

Se realizarán preguntas de tipo:

- ¿Qué son los alimentos?
- ¿Qué alimentos coméis habitualmente?
- ¿Cuántas veces coméis al día?
- ¿Cuál es vuestro alimento favorito? ¿Por qué?

De este modo dialogamos y a través de la pirámide conoceremos los distintos grupos de alimentos, la frecuencia de consumo y que nos aporta cada uno de ellos, es decir, proteínas, vitaminas, hidratos de carbono, etc.

2ª Sesión: Creación de una Pirámide Alimenticia con recortables.

En esta sesión deberemos de recortar alimentos de revistas de supermercados para realizar la Pirámide Alimenticia. Se les debe de recordar donde se deben de colocar en la ficha (anexo 2) los distintos alimentos en sus distintos niveles.

Para hacerlo más visual y sencillo, se mostrará una imagen de una Pirámide Alimenticia, bien en un folio, en la pizarra y/o en el proyector.

3ª Sesión: Elaboración de un menú saludable.

Comenzaremos mostrando en la pizarra o el proyector una serie de menús sanos y equilibrados, trabajando mediante el dialogo los gustos personales de cada alumno. Una vez explicados los tipos de menús saludables y la importancia que tienen pasaremos al apartado donde cada alumno deberá de crear su propio menú en una ficha (anexo 3), pegando recortables de revistas de supermercados.

4ª Sesión: Elaboración de un tentempié semanal saludable.

Les explicaremos que es muy recomendable realizar 5 comidas al día, y conversaremos acerca de ellas haciendo hincapié en el tentempié, ya que es la comida que realizan todos los días en el aula.

Una vez conocida la importancia que tiene un tentempié saludable, los alumnos deberán realizar uno propio. Para ello rellenarán una plantilla (anexo 4), donde pegarán distintos alimentos en función del día de la semana.

Metodología:

Se basará en una metodología activa y participativa, a través de las actividades, fomentando de este modo un aprendizaje basando en el descubrimiento y la experimentación, siendo el alumno responsable de la construcción de sus propios conocimientos e ideas.

Las actividades se realizarán en gran grupo, pequeño grupo y de forma individual, dependiendo de lo que se pida en cada una de ellas.

Como recursos materiales dispondremos de: fichas, tijeras infantiles, pegamento, recortes de alimentos, pirámide alimenticia y colores.

Evaluación:

Se realizarán tres tipos de evaluación:

1. Evaluación inicial.
2. Se realizará una evaluación inicial en día de la asamblea, viendo el punto de partida de cada alumno.
2. Diario de clase.



FACULTAD PADRE OSSÓ



Universidad de Oviedo
Universidá d'Uviéu
University of Oviedo

Dispondremos de un registro anecdótico donde veremos los pros y los contras de las actividades y como reaccionan a ellas los alumnos.

3. Evaluación final.

Se realizará una evaluación final a través de una rúbrica para comprobar si se han adquirido los conocimientos (anexo 5).

4. CONCLUSIONES

- La Educación Infantil es un periodo clave para la adquisición de conductas y hábitos adecuados, dado que los alumnos de esta etapa aprenden por imitación de modelos, es decir, a través de los maestros y maestras y la familia, por eso deben ser los primeros en formarse sobre hábitos saludables de alimentación y ser conscientes de la importancia de tener una alimentación sana.

Dicho esto, lo que se debe de hacer es cooperar entre familia y escuela, tanto a la hora del tentempié, para que sea algún aperitivo saludable o a la hora de la cena basar la dieta en raciones saludables, ya que, de este modo, interiorizarán los conceptos vistos en clase.

- A partir del aumento de la demanda en los comedores escolares, los nutricionistas especializados en la creación de estos menús deberían de tener en cuenta la edad de los comensales, ya que no es lo mismo darle de comer a un niño de Educación Infantil que a uno de Educación Primaria, dado que el gasto calórico y las necesidades energéticas de ambos son muy diferentes; todo esto, basándose en unos hábitos de alimentación saludables, es decir, los menús han de ser equilibrados, variados y adaptados a la edad, para evitar posteriores enfermedades relacionadas con la mala alimentación.
- La mejor manera de aprender estos hábitos saludables es «haciendo», por lo que es necesario y fundamental poner en práctica todos los conocimientos que se tienen sobre alimentación e implantarlos mediante actividades y juegos motivadores para nuestros alumnos, es decir, debemos hacerles participes en este tema, y a través del aprendizaje significativo. De este modo, podrán desarrollar un criterio propio de lo que es saludable y de lo que es insano.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Azcona, C., Patiño, A., Ramos, M., Ruza, E., Raggio, S., & Alonso, L. (2000). Obesidad infantil. *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, 44(4), 29-44.
2. Ballabriga, A. & Carrascosa A. (2006). Nutrición en la edad preescolar y escolar. *Nutrición en la Infancia y en la adolescencia* (pp. 499-523). Majadahonda (Madrid): Ergon S.A.
3. Ballesteros, J.M., Dal-Re, M., Pérez-Farinós, N., & Villar, C. (2007). La estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad: estrategia NAOS. *Revista española de salud pública*, 81, 443-449.
4. Basulto, J., Manera, M., Baladia, E., Miserachs, M., Pérez, R., Ferrando, C., Amigó, P., Rodríguez, V.M., Babio, N., Mielgo-Ayuso, J., Roca, A., San Mauro, I., Martínez, R., Sotos, M., Blanquer, M., Revenga, J. (2013). Definición y características de una alimentación saludable. Monografía en Internet disponible en:
http://www.grepaedn.es/documentos/alimentacion_saludable.pdf
5. Bolaños, P. (2009). Evolución de los hábitos alimentarios. De la salud a la enfermedad por medio de la alimentación. *Trastornos de la conducta alimentaria*, 9, 956-972.
6. Bordonada, M. & Artalejo, F. (2015). Publicidad alimentaria y salud. Estado de la situación en España. *Mediterráneo económico*, 27, 319-330.
7. Calvo, S.C., Gómez, C., López, C., Royo, M.Á. (2012). Nutrición, salud y alimentos funcionales. Editorial UNED. Madrid.
8. Carbajal, A. & Ortega, R. (2001). La dieta mediterránea como modelo de dieta prudente y saludable. *Revista chilena de nutrición*, 28(2), 224-236.
9. Chueca, M., Azcona, C., & Oyarzábal, M. (2002). Obesidad infantil. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 25, 127-141.

10. Educastur (2013). *Política nutricional para las escuelas de educación infantil en Asturias*. Recuperado de:
<https://www.astursalud.es/documents/31867/36150/POLITICA+NUTRICIONAL+PARA+LAS+EEI+DE+ASTURIAS+2013.pdf/a128e0f5-24ee-798e-0711-54920dfddd12>
11. Correa, P., Carbia, P., Crestar, I., de-Coo, M., Diz, M.Á., & Fernández, T. (2015). Propuesta de prevención primaria de la anorexia y bulimia en la infancia. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*, 5, 74-78.
12. Cubero, J., Costillo, E., Franco, L., Calderón, A., Santos, A.L., Padez, C., & Ruiz, C. (2012). La alimentación preescolar: educación para la salud de los 2 a los 6 años. *Enfermería Global*, 11(27), 337-345.
13. Estrategia N.A.O.S. (2005). Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad. *Agencia Española de Seguridad Alimentaria. Ministerio de Sanidad y Consumo*.
14. Fagúndez, L. & Torres, A. (2015). Alimentación en comedores escolares. *Nutrición Clínica*, 9(3-2015), 204-218.
15. Ferreiro, F., Seoane, G., & Senra, C. (2014). Toward understanding the role of body dissatisfaction in the gender differences in depressive symptoms and disordered eating: A longitudinal study during adolescence. *Journal of adolescence*, 37(1), 73-84.
16. Frías, S., Luque, C. & Collazos, M. (2016). Dificultades en la adherencia al tratamiento en diabetes infantil. *Perspectivas y Análisis de la Salud*, 71-76.
17. Fuentes, J., Arroyo, A., Rodríguez, J., González de Buitrago, G., Carlone, A., y García, A. (2013). Epidemiología de la diabetes mellitus tipo1 en la provincia de Cáceres entre 1996 y 2011 análisis de las enfermedades autoinmunes asociadas. *Av. Diabetol*, 29, 2-3.
18. Hevia, E. (2016). Educación en diabetes. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 27(2), 271-276.

19. Lázaro, A. & Martín, B. (2010). Alimentación del lactante sano. *Protocolos diagnósticos-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNPAEP*, 287-295.
20. Ley 7/2010, de 31 de marzo, General de la Comunicación Audiovisual.
21. Ley 17/2011, de 5 de julio, de seguridad alimentaria y nutrición.
22. Macías, A., Gordillo, L. & Camacho, E. (2012). Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. *Revista chilena de nutrición*, 39(3), 40-43.
23. Márquez-Sandoval, F., Bulló, M., Vizmanos, B., Casas-Agustench, P., & Salas-Salvadó, J. (2008). Un patrón de alimentación saludable: la dieta mediterránea tradicional. *Antropo*, 16, 11-22.
24. Montes, M. (2010). Alimentación saludable en Educación Infantil, Primaria y Secundaria. *Revista digital Innovación y experiencias educativas*, 34, 1-8.
25. Morales, F., Barquero, J. & Pérez, M. (2000). Incidence of type 1 diabetes among children and young adults (0-29 years) in the province of Badajoz. *Acta Paediatrica*, 89, 101-104.
26. Morales, M., Pacheco, V., & Morales, J.A. (2016). Influencia de la actividad física y los hábitos nutricionales sobre el riesgo de síndrome metabólico. *Enfermería global*, 15(44), 209-221.
27. Moreno, M. (2008). Educar la alimentación en la escuela. *Sumario General*, 13, 10.
28. Muñoz, C. & Villarino, A. (2012) La nutrición y el comedor escolar: su influencia sobre la salud actual y futura de los escolares. Ergon. Madrid.
29. Núñez, D. & de Castro, C. (1989). La dieta cereal prehistórica y su supervivencia en el área mediterránea. *Trabajos de prehistoria*, 46, 247-254.
30. Organización Mundial de la Salud (1999). Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: Diagnosis and classification of diabetes mellitus.

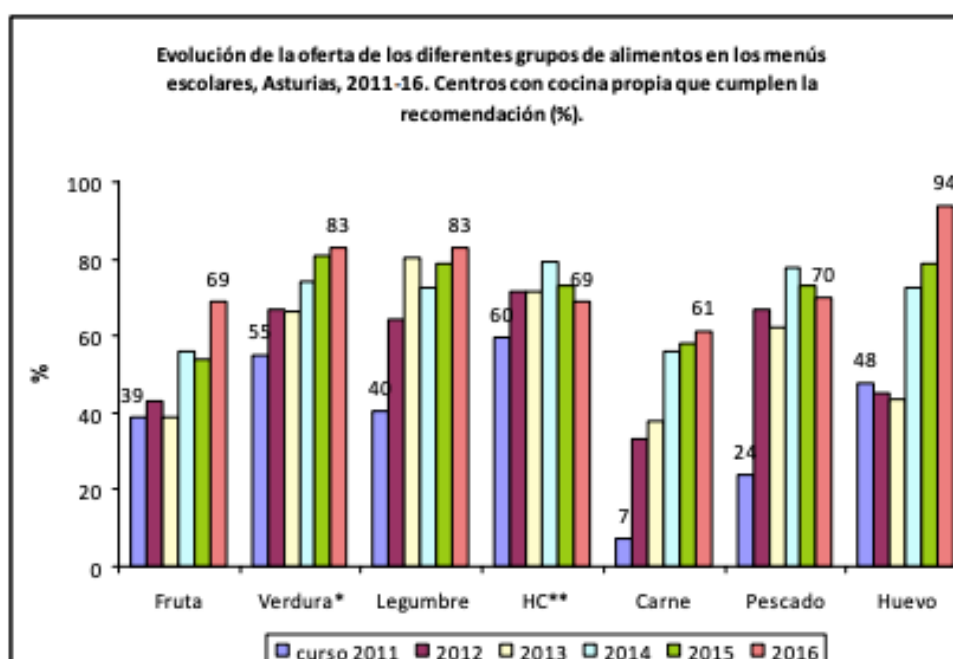


31. Pérez, M.Á. (1997). Fiesta y alimentación en la España moderna: el banquete como imagen festiva de abundancia y refinamiento. *Espacio Tiempo y Forma*, 10, 53-98.
32. Quesada, M. (2008). Educación para la salud: la alimentación. *Sumario General Página*, 13, 49.
33. Ramírez, W., Vinaccia, S. & Suárez, G.R. (2004). El impacto de la actividad física y el deporte sobre la salud, la cognición, la socialización y el rendimiento académico: una revisión teórica. *Revista de Estudios Sociales*, 18, 67-75.
34. Richter, A. & Vaz, A. (2008). Alimentación e higiene en la rutina de la educación infantil: Calidad de vida como artificio en la instrucción de las conductas y potencialización de los hijos de la nación. *Educación física y ciencia*, 10, 77-100.
35. Rivera, M. (2007). La educación en nutrición, hacia una perspectiva social en México. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(1).
36. Samper, M. (2003). La alimentación en la corte española del siglo XVIII. *Cuadernos de historia moderna, Anejo II*, 153-197.
37. Samper, M. (2009). La historia de la historia de la alimentación. *Chronica Nova. Revista de Historia Moderna de la Universidad de Granada*, 35, 105-162.
38. Sancho, P., Cirarda, F., & Valcárcel, S. (2015). Características nutricionales de los menús escolares en Bizkaia (País Vasco, España) durante el curso 2012/2013. *Nutrición Hospitalaria*, 31(3), 1309-1316.

6. ANEXOS

6.1. ANEXO 1

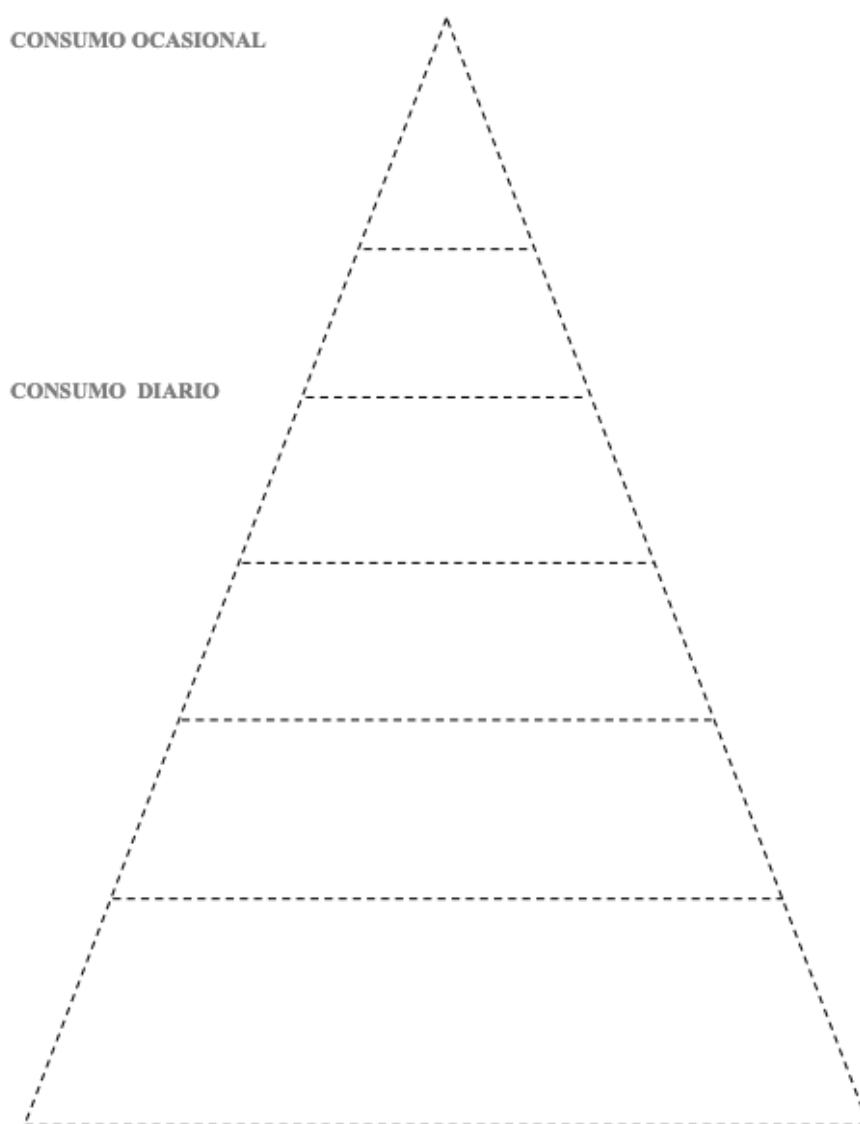
En la siguiente figura se muestra la evolución de la oferta alimentaria en los comedores escolares con cocina propia desde 2011 a 2016, con el porcentaje (%) de centros que cumplen la recomendación para cada grupo alimentario.



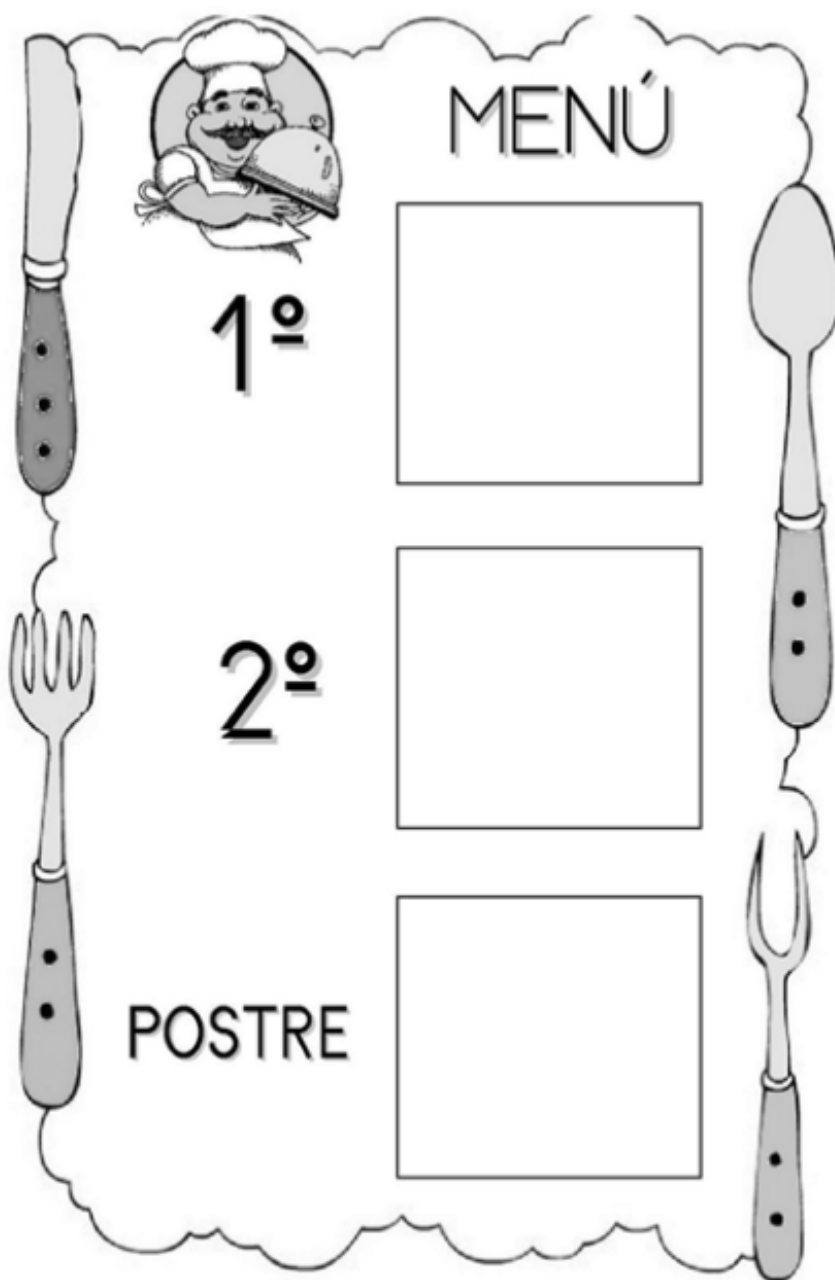
*El grupo de verduras incluye hortalizas. ** HC incluye arroz, pasta y patata.

6.2. ANEXO 2

PIRÁMIDE ALIMENTICIA



6.3. ANEXO 3





FACULTAD PADRE OSSÓ



Universidad de Oviedo
Universidá d'Uviéu
University of Oviedo

6.4. ANEXO 4

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES

6.5. ANEXO 5

	SI	NO
Conoce los distintos grupos de alimentos y lo que aporta cada uno de ellos.		
Conoce la frecuencia de consumo recomendada de los diferentes alimentos para mantener una dieta sana y equilibrada.		
Elabora correctamente los menús y recetas de una forma saludable.		
Da la importancia necesaria al tentempié.		