

“Comiendo bien para vivir mejor”. Una intervención educativa con familiares de escolares de infantil de Arrecife

Dolores-Ariana García-Robayna^a, María-Magdalena Marrero-Montelongo^b

^aEstudiante Maestría en Enfermería Escolar. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; ^bProfesora del Grado en Enfermería. Departamento de Enfermería de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

RESUMEN

En la actualidad el sobrepeso y la obesidad adquieren cifras de epidemia llegando a ser preocupante en el ámbito infantil, superándose en Canarias la media nacional. *Objetivo:* Capacitar a las madres de los educandos de 1^{er} curso de Educación Infantil de un colegio de Arrecife en alimentación saludable a través del diseño, ejecución y evaluación de un programa educativo. *Metodología:* Intervención de promoción de la salud de carácter grupal desarrollada en el ámbito de la escuela con mediciones pre y post intervención y sin grupo control. Se obtuvo información del peso y la talla de los educandos a través de sus madres. Para la recogida del resto de datos se utilizaron los cuestionarios GNKQ-R y MEDAS-14, la entrevista y la observación directa. *Resultados:* Grupo formado por ocho madres de educandos de 1^{er} curso de Educación Infantil de un colegio de Arrecife. El 75% de los educandos presentaba normopeso, el 12,5% sobrepeso y el 12,5% restante obesidad infantil leve. *Conclusiones:* La intervención educativa Comer bien para vivir mejor ha sido importante para las participantes, incidiendo positivamente en ellas y de forma indirecta en sus hijos, mostrando cambios en los datos obtenidos al inicio y al final a pesar del corto espacio de tiempo en el que se ha podido desarrollar.

Palabras clave: preescolar, padres, sobrepeso, obesidad pediátrica, crianza del niño, relaciones familiares.

1. INTRODUCCIÓN

El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Resulta paradójico que mientras mueren millones de personas por hambre en el mundo, la obesidad adquiere caracteres de epidemia¹, llegando a producir consecuencias tanto en el entorno social, económico, cultural y físico de la población. Pero es en la etapa infantil y juvenil donde sus consecuencias son aún más preocupantes, pues estos hábitos aprendidos tienden a ser mantenidos en el futuro, con la consecuente repercusión en la propia salud. De ahí la importancia de actuar de manera prioritaria en materia de prevención². El diagnóstico de sobrepeso y obesidad no es sencillo. Requiere de un adecuado estudio de la historia clínica identificando la etiología del problema para así poder abordarlo de raíz. En la población infantil mayor de 2 años existe un carente consenso sobre cómo realizar esta ardua labor. En la actualidad se sigue tomando como herramienta las tablas de la Fundación Orbegozo de 1988. El Índice de Masa Corporal (IMC) es un indicador fiable que nos proporciona el porcentaje de grasa corporal clasificando el peso entre normopeso, sobrepeso y obesidad. Tanto el cálculo de IMC como las tablas de Orbegozo nos permiten diagnosticar la obesidad, pero no conocer su grado de cuantificación. Para ello disponemos del cálculo de Z-score, el cual nos permite clasificar la obesidad en leve, moderada o grave según el número de desviaciones estándar para la edad y sexo pudiendo hacer un seguimiento más preciso durante el tratamiento tanto a corto como a largo plazo.

Según datos del Estudio Nutricional de la Población Española, la obesidad infantil en Canarias supera la media nacional en niños mayores de 5 años al alcanzar el 43,31% mientras que en España la media se sitúa en el 40%³. Esto unido a los cambios en los estilos de vida son los principales causantes de la prevalencia de patologías como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus o enfermedades cardiovasculares entre otras² llegando a acortar la esperanza de vida de una persona hasta en 10 años además de suponer un elevado coste para el sistema sanitario⁴.

En Canarias existe el Programa de Intervención para la Prevención de la Obesidad Infantil (PIPO)⁵, el cual consiste en una guía pediátrica de alimentación que dota a los lectores de pautas nutricionales y de actividad física. En ella se destaca que las dietas tradicionales como la mediterránea han sido reemplazadas por alimentos con alto contenido en grasas y azúcares, que junto con la disminución de la ingesta de frutas, verduras y cereales empobrecen el valor nutritivo de las mismas⁶. A nivel nacional destaca la estrategia NAOS cuyo objetivo es llegar a invertir la prevalencia de la obesidad y por ende reducir las tasas de morbilidad y mortalidad por enfermedades no transmisibles.

Es una realidad que el acto de la nutrición juega un papel importantísimo en nuestra salud siendo esencial durante la infancia que los niños aprendan a comer correctamente. Durante esta etapa los menores adquieren los hábitos tanto sanos como

insanos por lo que tiene un cariz más importante que estas rutinas sean las adecuadas, favoreciendo el correcto crecimiento físico, así como el intelectual⁷. La escuela se convierte por tanto en el lugar idóneo para desempeñar la educación para la salud⁸ siendo el servicio de comedor escolar un recurso positivo, permitiendo a los educandos cubrir al menos el 30-35% del aporte energético diario, durante al menos ocho meses al año, además de conformar una potente herramienta en la construcción de hábitos alimentarios saludables promoviendo una alimentación sana, variada, inculcando rutinas, hábitos de higiene y de comportamiento, favoreciendo la convivencia y la autonomía.

La figura de la enfermera escolar, cada vez más en auge, completa al equipo educativo apostando por la calidad de la educación para la salud, así como dotando de tranquilidad a los docentes que en ocasiones deben asumir tareas para las cuales no están cualificados. Lamentablemente, hoy en día no está normalizada su presencia en nuestro país a pesar de que esta está más que justificada por su ardua labor en la promoción de la educación para la salud entre otros⁹. Por otra parte, la promoción de la salud por parte de la enfermera y más concretamente inculcar hábitos alimentarios saludables a menores en la escuela ha sido enfocado directamente a los niños. Estos no disponen de los nutrientes y/o alimentos por sí solos. Precisan de un adulto encargado de sus cuidados que los adquiera, los procese y los disponga para que ellos los puedan consumir. La familia como miembro de la comunidad educativa¹⁰ tiene un papel muy importante en el cuidado de los hijos pudiendo influir y modificar las conductas de estos¹¹. Es por ello por lo que se considera la importancia de promover el empoderamiento de las madres, padres y tutores legales en el ámbito de la alimentación ya que a su vez repercute en la salud de los alumnos en edades tempranas. Esta intervención educativa pretende crear hábitos alimentarios saludables en educandos de infantil de 3 años de manera indirecta, actuando sobre las familias. Este tipo de abordaje es novedoso puesto que habitualmente esta formación era ofrecida únicamente a los pequeños.

Objetivo general

Capacitar a las madres, padres y/o tutores legales de los educandos de 1^{er} curso de Educación Infantil de un colegio de Arrecife en alimentación saludable a través del diseño, ejecución y evaluación de un programa educativo.

Objetivos específicos

- Mostrar el porcentaje de hijos de madres del grupo con obesidad o sobrepeso antes y después de la intervención.
- Describir el tipo de alimentación que el grupo de madres aporta a sus hijos, antes y después de la intervención.
- Describir el patrón de actividad física extraescolar de los hijos del grupo de madres, antes y después de la intervención.
- Identificar las madres del grupo con conocimientos sobre la alimentación saludable, actividad física y problemas de salud derivados de una mala alimentación de sus hijos, antes y después de la intervención.
- Precisar las madres del grupo que muestran habilidades de negociación con sus familiares, antes y después de la intervención.

2. METODOLOGÍA

La intervención educativa se desarrolló en la ciudad de Arrecife, capital de Lanzarote, que se encuentra en el sureste de dicha isla a una altitud de 10 metros sobre el nivel del mar, con una topografía muy suave¹². Tiene una extensión de 32,95 kms² y consta de una población aproximada de 55.000 habitantes. El centro educativo elegido se encuentra en dicho municipio, en una ubicación de fácil acceso. Se trata de un colegio público de línea 3, donde se cursa Educación Infantil y Primaria. El nivel socioeconómico de las familias es muy variado. Coexisten núcleos familiares de bajo poder adquisitivo, mediana renta y en menor medida de nivel económico superior. Es importante matizar que la Comunidad Autónoma de Canarias presentó una tasa de riesgo de pobreza del 28,4% en el año 2021, bastante por encima de la tasa nacional siendo esta de 21,7%¹³. Hay que destacar también que en la zona residencial la mayoría de las viviendas son de protección oficial. Así, en cuanto al número de hijos/as en el municipio a estudio la tasa es de 1,26, siendo ligeramente inferior a la media nacional^{1,3}.

Inicialmente, se contactó telefónicamente con el centro educativo elegido para concertar una cita con la directora. En este encuentro se presentó el programa educativo y posteriormente fue expuesto al Consejo Escolar del propio colegio siendo aceptado. Una vez obtenido el permiso, la propuesta fue presentada al Comité de Ética de Investigación de la provincia de Las Palmas, el cual también dio su visto bueno. Una vez obtenidos los permisos se procedió a la captación de la población propiamente dicha. A través de la aplicación TokApp School¹⁴ del propio colegio se envió una circular a las madres, padres y/o tutores legales de alumnos de infantil de 3 años de un colegio de Arrecife donde se les invitaba a asistir a una sesión informativa. Una vez realizada la misma, donde las asistentes pudieron resolver in situ las dudas generadas, se les solicitó su consentimiento de participación. Los criterios de inclusión fueron ser madres, padres y/o tutores legales de educandos de 1^{er} curso de Educación Infantil del colegio de Arrecife seleccionado y haber firmado el documento de consentimiento informado. En cambio, no pudo participar quien no tuviera conocimientos del castellano.

El grupo quedó definitivamente conformado por ocho madres, cuya participación fue libre, informada y voluntaria, y su privacidad garantizada en todo momento según estipula la Ley Orgánica 7/2021 sobre la protección de datos de carácter personal. Eran conocedoras de los riesgos y beneficios asociados al estudio y que podían revocar su decisión a participar en cualquier momento sin ningún tipo de perjuicio. Tras obtener sus permisos se realizó una valoración inicial del grupo atendiendo a algunos de los diagnósticos que contempla el modelo PRECEDE-PROCEDE¹⁵. Se trató de una intervención de promoción de la salud de carácter grupal desarrollada en el ámbito de la escuela con mediciones pre y post intervención y sin grupo control.

Fase de valoración

Se valoraron como principales problemas de salud el sobrepeso y la obesidad. Para ello se utilizaron los datos facilitados por las madres mediante la entrevista lo que permitió realizar una valoración del nivel de IMC de cada uno de los hijos/as de los miembros del grupo y a su vez, el grado de obesidad con el cálculo del Z-score. Se valoraron también los hábitos y el patrón de consumo de estos, así como los conocimientos de las familias al respecto y en definitiva sobre las necesidades e inquietudes que manifestaban mediante el Cuestionario de conocimientos generales sobre nutrición: versión revisada del General Nutrition Knowledge Questionnaire (GNKQ-R)¹⁶ y el Cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea (MEDAS-14)¹⁷. El primero consta de una batería de 88 preguntas con respuestas tipo Likert y en abanico sobre conocimientos dietéticos, grupo de alimentos y elecciones saludables. Cada respuesta acertada suma un punto. Nos permite realizar una evaluación inicial previa al desarrollo del programa educativo y tras este. El segundo cuestionario, como su nombre indica, permite conocer los hábitos alimentarios y si éstos son correctamente clasificados como dieta mediterránea. Consta de 14 preguntas con respuestas dicotómicas donde cada respuesta correcta suma un punto y así, alcanzar más de 9 puntos se considera buena adherencia a la dieta mediterránea. También se obtuvo información de las entrevistas semiestructuradas individuales y de la observación directa.

Fase diagnóstica

Diagnóstico epidemiológico

Se realizó la valoración del sobrepeso y la obesidad de los hijos de las componentes del grupo detallándose que:

- 6/8 (75%) presentan un IMC correspondiente a normopeso
- 1/8 (12,5%) presenta un IMC correspondiente a sobrepeso
- 1/8 (12,5%) presenta un Z-score de obesidad infantil leve

Diagnóstico conductual

Para realizar la valoración sobre el patrón de alimentación de sus hijos y el nivel de actividad física/sedentarismo se les hizo entrega a las madres de los dos cuestionarios anteriormente mencionados y se pudo recopilar información de entrevistas semiestructuradas individuales durante la puesta en práctica de las actividades a modo de valoración continua. A través de los instrumentos se detectan las siguientes carencias:

- 6/8 (75%) de los menores consumen chucherías todas las semanas
- 8/8 (100%) de los menores consumen verduras al menos 5 veces a la semana gracias al comedor escolar
- 4/8 (50%) de los menores no realizan actividad física extraescolar, pero salen al parque, juegan con otros niños, etc.

Diagnóstico educativo

Se procedió al tratamiento de los datos desgranando cada apartado. Con los factores predisponentes se analizaron los conocimientos, creencias y actitudes mediante los cuestionarios (GNKQ-R y MEDAS-14) y la entrevista. En los factores capacitantes se observaron las habilidades físicas, psicológicas y sociales, así como los recursos, la legislación y la publicidad. Finalmente, los factores reforzantes estudiaron el apoyo personal.

Fase de planificación

Gracias a toda la información obtenida, se detectaron las carencias en la población y se pudo así diseñar, planificar y ejecutar el programa educativo con aquellas actividades necesarias que ayudasen a conseguir los objetivos planificados. Así, se formularon un total de 14 objetivos que se subdividen en base al diagnóstico del que derivan:

- Objetivo de salud (S) (ver tabla 2) que surge del diagnóstico epidemiológico
- Objetivos conductuales (C) (ver tabla 1) que nacen del diagnóstico conductual
- Objetivos educativos cognitivos (Co), afectivos (A) y de habilidad (H) (ver tabla 1) que provienen del diagnóstico educativo

Para la consecución de estos objetivos se planifican una serie de actividades. La primera actividad llamada “El conocimiento es poder” llevada a cabo en dos sesiones de 150 minutos cada una, buscaba mediante la técnica expositiva-charla transmitir información sobre los buenos y malos hábitos alimentarios y la actividad física, así como dotar a las discentes para que fueran capaces de detectar publicidad engañosa, de obtener habilidades de negociación, de conseguir alimentos saludables a un coste económico más asequible, etc. La segunda actividad “¡Manos a la obra! se basó en fomentar en una sesión de 90

minutos que las discentes fueran capaces de planificar un menú saludable de un día completo y además detectasen si existía algún error en el de las compañeras, buscando alternativas saludables a los mismos. En la tercera actividad llamada “Snacks saludables para celebraciones infantiles” se expusieron durante 90 minutos alternativas saludables, así como consejos para demostrar que es posible celebrar una fiesta sin chucherías. La cuarta actividad denominada “En Navidad también se puede comer saludable” se aprovechó el período navideño para elaborar un tríptico con infografía relacionada con los buenos hábitos alimentarios.

Fase de ejecución

El programa tuvo una temporalización de 4 meses. Se inició a mediados de septiembre del año 2022 donde se informó a las familias, se obtuvieron sus permisos y se les valoró. A continuación, en el mes de octubre se analizaron e interpretaron los datos y se confeccionó el programa, el cual fue desarrollado hasta principios de enero del año 2023, dando lugar a la evaluación final y la posterior difusión de los resultados y conclusiones. El tiempo de puesta en práctica, así como la baja tasa de participación y la asistencia únicamente de mujeres fueron las limitaciones observadas.

Consentimientos informados

- Aceptación por parte del Consejo Escolar del centro educativo elegido
- Aceptación por parte del Comité de Ética de Investigación de la provincia de Las Palmas
- Consentimientos de participación de todas las integrantes del grupo debidamente cumplimentados

3. RESULTADOS

Fase de evaluación

Evaluación del proceso

En la evaluación del proceso se valora:

- El número de madres participantes en el programa educativo a través del sistema de registro mediante una hoja de firmas de los asistentes. Se obtiene el 100% (8/8).
- El grado de satisfacción de las madres en cuanto a conocimientos obtenidos y reforzados a través de un cuestionario de satisfacción. Obteniéndose el 100% (8/8).
- El número de actividades realizadas con las que inicialmente estaban estipuladas por medio del cronograma de actividades. Resultando el 100% (8/8).

Evaluación del impacto

En la Tabla 1 se detallan los objetivos planificados a raíz de la información recopilada, detallándose el porcentaje obtenido tanto al inicio de la intervención como al final, una vez realizada la intervención educativa grupal.

Tabla 1. Evaluación del impacto

Objetivo	Antes	Después
C1 El 50% (4/8) de las madres sustituirá las chucherías por snacks saludables durante un mes hasta finalizar la intervención.	25% (2/8)	75% (6/8)
C2 El 75% (6/8) de las madres completará el consumo diario de verduras recomendado en base a lo que ingieran sus descendientes en el comedor escolar durante un mes hasta finalizar la intervención.	62,5% (5/8)	87,5% (7/8)
C3 El 62,5% (5/8) realizará actividad física extraescolar, al menos 2 o 3 veces a la semana durante un mes hasta finalizar la intervención.	50% (4/8)	62,5% (5/8)
Co1 El 75% (6/8) indicará los beneficios de la actividad física extraescolar al finalizar la intervención.	50% (4/8)	75% (6/8)
Co2 El 62,5% (5/8) enumerará los efectos negativos de consumir asiduamente alimentos procesados, bollería industrial y/o comida rápida al finalizar la intervención.	37,5% (3/8)	62,5% (5/8)
Co3 El 62,5% (5/8) describirá alimentos saludables a bajo precio que permita un uso diario al finalizar la intervención.	37,5% (3/8)	62,5% (5/8)
Co4 El 50% (4/8) de las madres argumentará qué tipo de ejercicio físico y durante cuánto tiempo lo deben realizar sus hijos para que éste sea beneficioso al finalizar la intervención.	25% (2/8)	50% (4/8)
A1 El 37,5% (3/8) de las madres expresará tener la certeza de la falsedad de los mitos sobre hábitos alimentarios al finalizar la intervención.	12,5% (1/8)	50% (4/8)

A2 El 62,5% (5/8) de las madres expresará la importancia de la necesidad de realizar un correcto desayuno cada día, que ayude a mantener la energía durante la jornada matinal al finalizar la intervención.	37,5% (3/8)	100% (8/8)
A3 El 75% (6/8) de las madres expresará su voluntad de favorecer unos buenos hábitos alimentarios, consumiendo los mismos alimentos que se ofrecen a los menores al finalizar la intervención.	50% (4/8)	75% (6/8)
H1 El 87,5% (7/8) de las madres reproducirá correctamente un menú diario completo en dos meses.	62,5% (5/8)	87,5%(7/8)
H2 El 75% (6/8) de las madres desarrollará habilidades de negociación como herramientas para tratar la situación con asertividad en caso de desacuerdo con otros familiares que regalen chucherías o snacks a modo de recompensa al finalizar la intervención.	37,5% (7/8)	75% (6/8)
H3 El 50% (4/8) de las madres demostrará organizar mejor sus tiempos mostrando habilidades para elaborar cocinados para el resto de la semana y así evitar el hándicap del tiempo en dos meses.	25% (2/8)	87,5%(7/8)

Evaluación de los resultados

Tras el período estival navideño se realiza un nuevo control de peso y talla. Así, en la tabla 2 se detallan los resultados obtenidos donde no se observan cambios en los resultados con respecto al inicio de la intervención educativa.

Tabla 2. Evaluación de los resultados

Objetivo	Antes	Después
S1 El 87,5% (7/8) de los niños mantendrá su IMC dentro de los valores normales al finalizar la intervención.	75% (6/8)	75% (6/8)

4. DISCUSIÓN

El objetivo general de la intervención fue capacitar a las madres de los escolares de 1^{er} curso de Educación Infantil de un colegio de Arrecife en alimentación saludable a través del diseño, ejecución y evaluación de un programa educativo. En dicha intervención educativa se detectaron las carencias de las madres en hábitos alimentarios saludables, no solo en conocimientos sino en habilidades de cocinado y manejo de situaciones familiares entre otros. Además, se identificaron en algunos de sus hijos que el IMC superaba la normalidad. Es evidente que el papel de la familia es vital. El abordaje de la obesidad infantil es complicado y ahí la familia tiene una labor importantísima, hecho que estudiosos como Núñez et al. lo hacen constar en su artículo llamado Abordaje de la obesidad infantil, algo más que dieta y ejercicio físico¹⁹. Es evidente que los menores no pueden controlar ningún condicionante pero que en cambio los progenitores sí, tanto para prevenirla en primera instancia e incluso para tratarla una vez instaurada. Por ello, es necesario poner en práctica nuevas estrategias en Educación para la Salud que impliquen a toda la familia desde el ámbito comunitario.

El Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Obesidad Infantil (2022-2030) el cual fue presentado en mayo de 2022 por el Gobierno de nuestro país¹⁸ evidencia los obstáculos que se les presentan a los menores como el acceso a una alimentación adecuada en base al nivel económico. Según datos de dicho plan, el porcentaje de menores con obesidad se duplica en hogares con menos ingresos (23,7%) en comparación con los que tienen mayores ingresos (10,5%). Este hecho fue trabajado a lo largo de la intervención, fomentando crear una variación de conciencia más que necesaria para conseguir el cambio esperado hacia una nueva conducta. Este plan estratégico también recalca la importancia de la actividad física puesto que la tendencia al ocio sedentario es cada vez mayor. En esta intervención también se le da un lugar relevante, fomentando el movimiento, dotando de herramientas para la planificación del tiempo y promoviendo el uso de los numerosos recursos al respecto que se presentan en este municipio donde existe una amplia oferta de actividades a costes bastante asequibles o incluso gratuitos dependiendo de la situación socioeconómica de la población.

Es necesario destacar que a priori en este trabajo se detectó la falta de iniciativa por parte de las madres para apuntarlos en actividades extraescolares consiguiéndose finalmente una mejora. En cuanto a la evaluación de los resultados se observa que no se ha podido conseguir el objetivo de salud planificado. Esto es debido al tiempo de puesta en práctica que ha actuado como limitación. Es obvio que los cambios de IMC son lentos. No varían drásticamente de un día para otro, siendo más duradero en el tiempo si el cambio es progresivo. El hecho de ser necesaria una valoración a largo plazo (6 meses)⁵ ha sido por tanto una limitación de este trabajo que podría ser tenida en cuenta para futuras intervenciones. Sería, además interesante hacer una valoración de si los pequeños cuyas madres participaron en la intervención educativa realizaban mejoras en sus

hábitos saludables frente a los que no participaron. La finalidad de este estudio es que de una manera indirecta se actúe sobre los hábitos de los menores para mejorarlos. Así, la evaluación del impacto arroja datos bastante positivos al respecto donde la mayoría de los objetivos fueron conseguidos e incluso mejorados.

Es importante destacar la baja tasa de participación en un programa educativo gratuito y de fácil acceso al que fueron invitados todos los padres, madres y tutores legales de educandos de 1^{er} curso de Educación Infantil. Asimismo, se detecta que la participación fue femenina, hecho que nos hace considerar que el peso de la implicación de los progenitores no ha variado con el paso del tiempo, tal y como Vacas y García²⁰ destacan en su artículo sobre la participación e implicación de las familias.

Perspectivas del grupo intervención

Al desgranar los datos de la evaluación del proceso quedó patente que ésta también es bastante positiva ya que las madres se mostraron muy agradecidas y satisfechas con su asistencia a la intervención. La participación ha sido completa de inicio a fin, valorando la calidad de la intervención y de las actividades establecidas como productivas y necesarias, así como de la labor de la tutora. Todas coincidieron además en que les hubiera gustado que el programa educativo se impartiese de forma continua y lo recomiendan a otras familias.

5. CONCLUSIONES

Tras la intervención se puede concluir:

1. Se capacita a las madres de los educandos de 1^{er} curso de educación infantil en hábitos alimentarios saludables a través de un programa educativo donde se observa la baja participación.
2. No hay variación en el porcentaje de los hijos de madres con IMC de normopeso, sobrepeso y/u obesidad.
3. La mayoría de las madres participantes aumentan el aporte de verduras diarios a sus hijos para completar con la comida del comedor y reducen el consumo de chuches sustituyéndolo por snacks saludables. Así son capaces también de obtener herramientas para enfrentarse a situaciones familiares donde se les ofrezcan alimentos insanos.
4. Más de la mitad de las madres mejoran el patrón de actividad física extraescolar de sus hijos.
5. La mitad de las madres es capaz de erradicar falsas creencias y mejoran sus habilidades para realizar cocinados saludables a un coste económico más reducido.
6. La mayoría de las madres participantes se concienza de la importancia de realizar un correcto desayuno y de además predicar con el ejemplo, consumiendo los mismos alimentos que sus hijos.
7. La mayoría adquiere habilidades para elaborar correctamente un menú saludable y para realizar estrategias de cocinado que permita administrar el tiempo.

Se recomienda:

- Fomentar la participación de las familias, involucrando a otros actores y no solo a las madres.
- Diseñar y poner en práctica nuevos métodos de captación de las familias que fomenten su participación.
- Implementar la puesta en práctica de programas de intervención educativa en hábitos alimentarios saludables de larga temporalidad a lo largo del curso académico, que ayude a la consecución de los objetivos planificados.

REFERENCIAS

- [1] Organización Mundial de la Salud (OMS). Obesidad y sobrepeso. [Internet]. 2021. [citado 23 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- [2] Gobierno de Canarias. Abordaje de la obesidad infantil y juvenil en Canarias. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/5e6bd169-0ee5-11e2-afb1-b9b294c3b92c/AbordajeObesidadInfantilyJuvenil.pdf> (20 mayo 2022).
- [3] Aranceta J, Gianzo M, Pérez C. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en población española entre 3 y 24 años. Estudio ENPE". Rev Esp de Cardiol. 2020; 69(6),579-587.
- [4] Agencia Española de Seguridad Alimentaria. Estrategia NAOS. 2005. [citado 20 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/estrategianaos.pdf>
- [5] Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Canarias. Programa PIPO de intervención para la prevención de la obesidad infantil. [Internet]. 2011. [citado el 20 de junio de 2022] Disponible en: <http://www.programapipo.com>
- [6] Serra L, Ortiz, A. La dieta mediterránea como ejemplo de una alimentación y nutrición sostenibles: enfoque multidisciplinar. Nutr Hosp. 2018; 35(4):96-101.
- [7] González O, Expósito H. Alimentación del niño preescolar, escolar y del adolescente. Pediatr Integral. 2020; 24(2), 98-107.
- [8] García L. Una mirada profesional sobre la enfermería escolar. Nuber Científ. 2017; 3(21), 44-49.

- [9] Soler E. Marco contextual de la enfermería escolar en el ámbito internacional y nacional. ACISE y ACEESE. [Internet]. 2022. [citado el 22 de marzo de 2022]. Disponible en: https://www.consejogeneralenfermeria.org/images/coronavirus/documentos/MARCO_CONTEXTUAL_DE_LA_ENFERMERA_ESCOLAR_Julio_2022.pdf
- [10] Ministerio de Educación Cultura y Deporte. La participación de las familias en la educación escolar. 2014. <https://www.educacionyfp.gob.es/dam/jcr:c60ac608-1cc3-49fc-9605-ad20f35b0627/estudioparticipacion.pdf>
- [11] García T. Importancia de la intervención escuela-familia para eliminar la obesidad infantil y tender hacia patrones de alimentación saludables. EFDeportes. 2011.
- [12] Ayuntamiento de Arrecife, “Geografía, la ciudad de Arrecife”, 2022, <https://www.arrecife.es/node/6>
- [13] Instituto Nacional de Estadística (INE). Demografía y población. 2021. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/categoria.htm?c=Estadistica_P&cid=1254734710984
- [14] Romero J. TokApp School. [Aplicación Móvil]. 2013. Disponible en: <https://www.tokappschool.com>
- [15] Green L, Kreuter M. Health promotion Planning. An educational and ecological approach. 2005.
- [16] Kliemann N, Wardle J, Johnson F, Croker H. Reliability and validity of a revised version of the General Nutrition Knowledge Questionnaire. Eur J Clin Nutr. 2016; 70(10): 1174-1180.
- [17] Schröder H, Fitó M, Estruch R, Martínez-González MA, Corella D, Salas-Salvadó J. et al. A short screener is valid for assessing Mediterranean diet adherence among older Spanish men and women. The Journal of nutrition. 2011; 141(6), 1140-1145.
- [18] Gobierno de España. Plan estratégico nacional para la reducción de la obesidad infantil (2022-2030). [Internet]. 2022. Disponible en: https://www.lamoncloa.gob.es/presidente/actividades/Documents/2022/100622-plan-estrategico-nacional-reduccion-obesidad-infantil_en-plan-bien.pdf
- [19] Núñez C, Planas T, Cabeza E, Artigues G, Salvá M, Capó L. Abordaje de la obesidad infantil, algo más que dieta y ejercicio físico”, Rev Pediatr Aten Primaria. 2020; 22 (28): 112.
- [20] Vacas A, García M. La participación e implicación de las familias en un centro privado de Granada. IJNE. 2018; 2: 17-37.