

# Comer en la escuela y sus circunstancias: aprendizaje, cultura y salud\*

(Eating at school and its circumstantial factors: learning, culture and health)

Atie Guidalli, Barbara<sup>1</sup>; Contreras Hernández, Jesús<sup>2</sup>; Zafra Aparici, Eva<sup>3</sup>

ODELA – Observatori de l’Alimentació. Univ. de Barcelona.  
Campus de l’Alimentació de Torribera. Prat de la Riva, 171  
Edifici Verdaguer. 08921 Santa Coloma de Gramanet – Barcelona  
<sup>1</sup>bguidalli@gmail.com; <sup>2</sup>contreras@ub.edu; <sup>3</sup>eva.zafra@urv.cat

BIBLID [1137-439X (2011), 34; 61-74]

Recep.: 25.05.2010  
Acep.: 11.07.2011

---

*En nuestra opinión, los estudios sobre el consumo alimentario de niños y adolescentes, así como las diversas acciones desarrolladas para mejorar los hábitos alimentarios de esta población, se basan exclusivamente en las prácticas y en los consumos declarados, pero no en los consumos reales. Nuestro objetivo es subsanar este defecto y, además, conocer las causas de los comportamientos reales.*

*Palabras Clave: Hábitos alimentarios de niños y adolescentes. Comedor escolar. Menú escolar. Aprendizaje alimentario.*

*Gure iritziz, haur eta nerabeen janarien kontsumoari buruzko azterlanak, baita populazio horren jateko ohiturak hobetzeko gauzaturiko ekintza desberdinak ere, soil-soilik adieraziriko praktika eta kontsumoetan oinarriturik daude, baina ez kontsumo errealean. Akats hori zuzentzea da gure helburua, baita jokabide errealean kausak ezagutzea ere.*

*Giltza-Hitzak: Haur eta nerabeen jateko ohiturak. Eskolako jangela. Eskolako menua. Jaten ikastea.*

*A notre avis, les études sur la consommation alimentaire des enfants et des adolescents, ainsi que les actions diverses développées pour améliorer les habitudes alimentaires de cette population, se basent exclusivement sur les pratiques et sur les consommations déclarées, mais pas sur les consommations réelles. Notre but est de corriger ce défaut ainsi que de connaître les causes des comportements réels.*

*Mots-Clés : Habitudes alimentaires des enfants et des adolescents. Cantine scolaire. Menu scolaire. Apprentissage alimentaire.*

---

\* Este artículo se integra dentro del proyecto *Comer en la escuela y sus circunstancias: aprendizaje, cultura y salud* que se desarrolla dentro del Programa de la Subdirección General de Proyectos de Investigación del Ministerio de Ciencia e Innovación [Referencia: CSO2009-08741 (subprograma SOCI)].

## INTRODUCCIÓN

Hoy, de acuerdo con los discursos médicos y nutricionales, problemas alimentarios como son la obesidad o la anorexia, entre otros, amenazan la salud física y psíquica de las futuras generaciones así como los presupuestos de la Seguridad Social. La obesidad, por ejemplo, ha sido considerada por la OMS como “la epidemia del siglo XXI”. La prevención de este tipo de problemas alimentarios es uno de los mayores retos en salud pública por las implicaciones que tienen en el bienestar físico y emocional de los niños, así como por los efectos en la edad adulta. Este tipo de enfermedades son de carácter crónico y adquieren especial importancia durante la infancia y la adolescencia ya que es en estas etapas de la vida cuando se adquieren los hábitos alimentarios que probablemente se mantendrán durante la vida adulta.

En la edad escolar, está cada vez más generalizada la comida del mediodía en el comedor de la escuela. Concretamente, más de 1.000.000 de usuarios, distribuidos en cerca de 9.000 centros. Estas cifras permiten tomar conciencia de la importancia del comedor escolar como un espacio importante de socialización alimentaria, así como un lugar privilegiado para todos aquellos sectores interesados en conocer con detalle la evolución de las actitudes de un importante sector de población que se encuentra, además, en proceso formativo.

Debido a la duplicación de la tasa de empleo femenino en los últimos 30 años, por una parte, y a la plena escolarización de la población infantil hasta los 16 años, por otra, se ha generado una necesidad social y económica cada vez mayor de los comedores escolares, de modo que resultan ineludibles tanto su inclusión planificada en el sistema como un conocimiento detallado de lo que en ellos ocurre. Este hecho supone una “delegación” de la responsabilidad alimentaria de los padres en la institución educativa. Las instituciones educativas responden asesorándose por los expertos en nutrición que programan menús dietéticamente equilibrados. El problema, radica en averiguar si los consumos reales se corresponden con las programaciones; es decir, si los escolares ingieren los menús servidos *completa y equilibradamente*.

La escuela se ha convertido, en cualquier caso, en un espacio fundamental para el “aprendizaje alimentario” en general y para la prevención de los trastornos alimentarios en particular. Por un lado, está considerada como “un vehículo en la adquisición de buenos hábitos alimentarios” (Irureta, 2004), y, por otro, la importancia de “la comida escolar” se pone de manifiesto en el hecho de que el menú supone entre el 30% y el 35% de las necesidades energéticas diarias de sus usuarios. No obstante, resulta paradójico que, frente a la amplia divulgación de las recomendaciones alimentarias de carácter *preventivo-nutricional* las cifras de enfermedades alimentarias como la anorexia y la obesidad aumentan de manera constante. La obesidad infantil, más específicamente, ha aumentado del 8,5% en 2003 al 9,13% en 2006 (Encuesta Nacional de Salud, 2003 y 2006). Ello, incluso, después de que el Ministerio de Sanidad y Consumo pusiera en marcha la *Estrategia NAOS* para prevenir la obesidad. Esta situación resulta más significativa si, además, tenemos en cuenta que uno de

los agentes más culpabilizados del empeoramiento de los hábitos alimentarios de niños y adolescentes –los comedores escolares– habría mejorado la calidad nutricional de sus menús en los últimos años (Fundación Eroski, 2004-2008).

Probablemente, una de las explicaciones de esta paradoja sea la señalada por la *Internacional Obesity Taskforce* (IOTF, 2004) cuando afirma que, en relación con la obesidad infantil, existe una carencia de proyectos de prevención bien hechos y controlados. Puede ser cierto pero, además, cabe señalar otras razones: la primera, el diagnóstico del que partía la estrategia NAOS era inadecuado o, al menos, insuficiente (Cf.: Observatorio de la Alimentación, 2006); y la segunda, los estudios realizados (Fundación Eroski, 1998, 2004 y 2008; FROM, 2006; Aranceta; et al., 2004; OCU, 2006) hasta la fecha sobre comedores escolares son parciales en su planteamiento y su metodología pues se basan exclusivamente en los menús propuestos pero no en la ingesta real, de modo que, aunque todos los menús fueran nutricionalmente equilibrados, no necesariamente la ingesta tendría que serlo. Además, ignoran sistemáticamente el contexto sociocultural en el que la comida se enmarca y el hecho de que lo que se come, cuándo y dónde, está profundamente influenciado por factores de carácter cultural.

En consonancia con todo ello, consideramos necesario abordar aquellas dimensiones que permitan comprender la complejidad de “comer en la escuela”. Es decir, resulta del todo necesario conocer, caracterizar, analizar comprender y explicar las actitudes y los comportamientos alimentarios reales de niños y adolescentes en su contexto escolar y explicar las razones de los mismos. Solo así, resultará posible aportar herramientas más eficaces en pro de una educación alimentaria que permita desarrollar hábitos alimentarios más sanos.

## **1. LA ALARMA DE LA OBESIDAD Y EL CRECIENTE INTERÉS HACIA LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS DE NIÑOS Y ADOLESCENTES**

### **1.1. Las campañas, estrategias y programas en pro de “estilos de vida saludables”**

El interés por conocer los hábitos alimentarios de niños y adolescentes está relacionado con la preocupación general por los estilos de vida propios de las sociedades tecnológicamente más desarrolladas. Se apunta un sesgo alimentario debido al incremento del consumo de productos dulces, salados y grasos. Las preferencias por estos alimentos están confirmadas por numerosos trabajos de perfil psicosocial (Bellisle & Rolland-Cachera, 2000; Nicklaus; et al., 2004; Pich; et al., 2006) y nutricional (Serra-Majem & Ribas, 2003). Así, en las dos últimas décadas ha tenido lugar un incremento del porcentaje de obesidad infantil y juvenil (OMS, 1998; Puig; et al., 2002), que habría pasado del 5% al 15%. En la UE, hay 14 millones de niños con sobrepeso y, de ellos, al menos 3 millones son obesos. Y cada año aumenta en 400.000 nuevos casos (IOTF, 2004), con la subsiguiente alarma de las autoridades sanitarias.

En respuesta a esta situación, la OMS aprobó en 2004 su *Estrategia Global sobre Dieta, Actividad Física y Salud*, con la intención de crear entornos más saludables a partir de iniciativas a nivel mundial, nacional, comunitario e individual. Así, en el año siguiente, los países de la UE constituyeron la *Plataforma Europea de Acción sobre Alimentación, Actividad Física y Salud*, cuya función es la de revertir la ascendente tendencia de la obesidad y sobrepeso a través de la coordinación de acciones voluntarias de empresas, la sociedad civil y el sector público en la Unión Europea. En esta línea, la Comisión Europea elaboró el Libro Verde *Fomentar una alimentación sana y la actividad física: una dimensión europea para la prevención del exceso de peso, la obesidad y las enfermedades crónicas* (2005) con el objetivo de promocionar hábitos de vida más saludables. Dos años más tarde, publicó el Libro Blanco *Estrategia europea sobre problemas de salud relacionados con la alimentación, el sobrepeso y la obesidad*, basándose en las experiencias de la Plataforma y del Libro Verde.

En España, el Ministerio de Sanidad y Consumo presentó en 2005 la *Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad* (NAOS), con el objetivo de fomentar políticas y planes de acción destinados a mejorar los hábitos alimentarios y aumentar la actividad física en la población. La NAOS contempla cuatro ámbitos de intervención: el familiar y comunitario; el empresarial; el sanitario y el escolar; y cuenta con el respaldo de más de 80 organizaciones, entre las que se incluyen universidades, sociedades científicas, empresas del sector alimentario, instituciones sanitarias, etc. Como parte integrante de esta estrategia, la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición elabora el manual *La alimentación de tus niños*, con recomendaciones dietéticas para las etapas de la infancia y de la adolescencia y, en 2006, puso en marcha el Programa PERSEO (Programa piloto escolar de referencia para la salud y el ejercicio, contra la obesidad). En él, participaron niños de 6 a 10 años de 67 centros escolares distribuidos en seis comunidades autónomas de las de mayor prevalencia de obesidad de España (Andalucía, Canarias, Castilla y León, Extremadura, Galicia, Murcia y las ciudades de Ceuta y Melilla). Durante dos cursos, el profesorado ha trabajado con su alumnado sobre temas relativos a la alimentación saludable y a la actividad física, mientras que las familias han participado de sesiones informativas ofrecidas por profesionales sanitarios. De acuerdo con la primera evaluación del programa, el 19,8% de los niños y el 15% de las niñas padecen obesidad.

Previamente, el Instituto de Salud Carlos III, desarrolló, el estudio *Alimentación y Valoración del Estado Nutricional en Adolescentes* (AVENA) entre los años 2000 y 2003. Este estudio tenía dos objetivos principales: 1) evaluar el estado de salud, los hábitos comportamentales y la situación metabólico-nutricional de una muestra representativa de adolescentes españoles, atendiendo particularmente al riesgo de padecer tres tipos de patologías características de esta fase: la obesidad, la anorexia nerviosa/bulimia y la dislipidemia<sup>1</sup>; 2) a partir de los resultados obtenidos, elaborar un programa de

---

1. La metodología del AVENA ha sido utilizada como referencia en el proyecto HELENA (*Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence*), financiado con Fondos de la Unión Euro-

intervención capaz de disminuir la incidencia de las patologías citadas, contribuyendo a la mejora del estado de salud de la población en cuestión. De ahí surgió el EVASYON, acrónimo del estudio *Desarrollo, aplicación y evaluación de la eficacia de un programa terapéutico para adolescentes con sobrepeso y obesidad: educación integral nutricional y de actividad física*. El programa, desarrollado en cinco hospitales de diferentes ciudades españolas –Granada, Madrid, Pamplona, Santander y Zaragoza–, engloba aspectos dietéticos, de actividad física y de psicología, y se aplica a través de talleres grupales dirigidos tanto al paciente con exceso de peso como a la familia, además de sesiones individuales con los pediatras (Wärniberg; et al., 2006).

Por su parte, varias Comunidades Autónomas han publicado sus propias guías y estimulado programas y campañas dirigidos a escuelas y familias para promover una “alimentación más saludable”. Una de esas guías, *La alimentación saludable en la etapa escolar*, editada por la Generalitat de Cataluña, trata de temas dirigidos tanto a las escuelas como las familias, relacionados con la alimentación saludable, los objetivos y las funciones del comedor escolar, la elaboración y la mejora de la calidad de los menús escolares. Otro ejemplo de iniciativa, *Comedores Saludables*, puesta en marcha por la Consejería de Salud, la Consejería de Educación, la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social y la Sociedad Andaluza de Nutrición Clínica y Dietética (SANCYD), ofrece información y criterios para valorar nutricionalmente la adecuación de los menús servidos en los comedores de los centros educativos.

Más específicamente en Cataluña, donde la prevalencia del sobrepeso ha pasado del 27,8% al 38,9% y la obesidad de un 11,9% a un 15,6% (ENCAT 92-93 y 02-03), el Departament de Salut de la Generalitat pone en marcha, en 2005, el Plan Integral para la Promoción de la Salud mediante la Actividad Física y la Alimentación Saludable (PAAS), con la finalidad de sensibilizar la población a la práctica regular de actividad física y a una alimentación saludable a través de acciones educativas y promoción de acuerdos y de compromisos de cooperación en los diferentes ámbitos (educativo, sanitario, comunitario y laboral). El PAAS también ofrece apoyo técnico y/o institucional en proyectos de promoción de la salud desarrollados en esta Comunidad Autónoma. El Programa THAO, inicialmente desarrollado en cinco ciudades piloto (tres de ellas en Cataluña), cuenta con 38 ciudades adheridas, distribuidas por toda España. Su origen es el programa de prevención sanitaria EPODE, lanzado en Francia en 2004. En THAO, todos los agentes (escuelas, profesionales de salud, padres, etc.) son informados y sensibilizados sobre la problemática de

---

...

pea y desarrollado entre 2005 y 2008. Tal proyecto se ha centrado en establecer el estado nutricional y de actividad física de los jóvenes de 15 a 18 años en 10 países europeos, en un total de 3.000 individuos. La finalidad principal era comprender por qué consumen determinados alimentos y planear estrategias capaces de frenar la actual tendencia a la obesidad observada en este grupo. Vale destacar otro proyecto también apoyado por la Comisión Europea (DG SANCO), el Shape Up (2006-2008), puesto en marcha en 26 ciudades de los 25 Estados Miembros. Su objetivo era desarrollar la capacidad de los niños y jóvenes de explorar críticamente las condiciones relacionadas con su propia salud, a través de iniciativas en distintos niveles: familia, escuela, comunidad y ciudad.

la obesidad infantil, y desarrollan juntos acciones concretas. La ciudad, por su vez, es el centro de confluencia de tales iniciativas.

Es importante resaltar que la eficacia de las campañas de prevención depende, en gran medida, del grado de conocimiento de las características, condiciones y circunstancias concretas de la población. Resulta indispensable conocer, comprender y explicar los condicionamientos sociales y culturales de los comportamientos alimentarios. La propia OMS advertía que los programas de promoción de la salud centrados en el cambio individual de los estilos de vida pueden culpar a la víctima si ignoran los contextos de conducta sanitaria, sobre todo los factores socioeconómicos, políticos y ambientales en el origen o refuerzo de la conducta.

No obstante, aunque estas problemáticas son vinculadas a un origen multicausal, referida a aspectos clínicos, familiares, culturales, sociales, educativos, etc., en la práctica no existe un conocimiento preciso sobre cuáles son y en qué consisten exactamente dichos factores. Así, cuando se habla de conocer los factores socio-culturales, no se dispone de herramientas ni protocolos para ello. Por ejemplo, la variable de género es fundamental para comprender y explicar las diferentes concepciones y prácticas relativas a la alimentación y a la salud, así como la diferente y desigual incidencia de unos y otros trastornos alimentarios. Niños y niñas no comen igual. ¿Existe alguna relación entre los procesos de socialización y la mayor o menor prevalencia en uno y otro sexo de uno u otro trastorno alimentario? Por ello, resulta necesaria una aproximación que considere la salud y la “educación alimentaria”, también, como una cuestión socio-cultural, que considere, por ejemplo, los vínculos más o menos complejos que existen entre género, cuerpo y alimentación; que relacione adecuadamente los aspectos biológicos y los socioculturales inherentes al “hecho alimentario”.

Pensamos que aquellos actores sociales que aconsejan, intervienen o recomiendan políticas educativas y sanitarias necesitan saber cuáles son las prácticas alimentarias reales y las razones de las mismas para conocer si realmente hay que mejorarlas y, en ese caso, cómo. Las diferentes transformaciones experimentadas por el “modelo alimentario tradicional” (un modelo, por otra parte, que nunca ha sido caracterizado con un mínimo de precisión) no deben interpretarse exclusivamente como un empeoramiento de la salud de la población. Asimismo, los prescriptores necesitan conocer hasta qué punto sus “recomendaciones” son más o menos compatibles o incompatibles con otros constreñimientos, otros valores, otras prácticas, tanto o más importantes que afectan elecciones alimentarias de la gente.

## **1.2. Los estudios sobre los hábitos alimentarios de niños y adolescentes: el comedor escolar como objeto de análisis**

Dada la preocupación generada por el aumento del sobrepeso y de la obesidad entre niños y adolescentes, han proliferado estudios para conocer los hábitos alimentarios de este grupo, tanto en relación al contexto escolar como

fuera de él. El más ambicioso de estos estudios, llevado a cabo entre 1998 y 2000, es el titulado *EnKid*, una evaluación de los hábitos alimentarios de la población española entre 2 y 24 años, a partir de una muestra aleatoria de 3.534 individuos. El estudio establece una prevalencia de la obesidad del 13,9% y de un 12,4% de sobrepeso para este grupo de edad. En conjunto, sobrepeso y obesidad suponen el 26,3%. El estudio destaca que la población infantil y juvenil española realiza elevadas ingestas de grasa, cuyas fuentes, en su mayoría, son las carnes, los lácteos, los dulces, los productos de bollería y las grasas añadidas. El consumo medio de frutas se estimó en 1,85 raciones diarias, por debajo de las tres recomendadas. El estudio también ponía en evidencia que el 96,4% de la población infantil y juvenil consume habitualmente productos de bollería y galletas, con una frecuencia media de más de siete raciones semanales. Los aperitivos salados son consumidos por el 88,2% del colectivo (2,7 raciones semanales) y los refrescos, por 92,6%, con una frecuencia de 6,3 raciones semanales (Aranceta; et al., 2008).

El estudio *Dime cómo comes* (Aranceta; et al., 2004), ha analizado los hábitos alimentarios de alumnos usuarios de comedores escolares entre 3 y 16 años, ubicados en 12 centros docentes de distintas comunidades autónomas. En relación a la comida realizada en el comedor, el alumnado de entre 3 y 6 años ha declarado consumir prácticamente toda la ración servida en el 80% de los casos. Este porcentaje era de 35% en el grupo de 12 a 16 años. En este grupo de edad, el 45% refería consumir solamente la mitad de la ración. Según los comensales, el motivo de tal rechazo estaba relacionado con la percepción del sabor y con las cualidades organolépticas de la preparación culinaria, percibidas como no agradables (50%). Un 11% declaraba, además, percibir la comida como fría. De los 322 niños y niñas de la muestra, el 88% manifestó desayunar a diario, aunque tan solo el 33% declaraba consumir una ración completa de desayuno (lácteos + cereales + frutas).

El desayuno parece ser la comida del día que menos interés despierta entre los adolescentes (¡y entre los adultos!), según los datos extraídos del estudio AVENA, ya citado anteriormente. De una muestra de 2.859 individuos, entre 13 y 18 años, solo un 13,2%, consume un desayuno “adecuado”. En los varones, la prevalencia de sobrepeso+obesidad se sitúa en los 25,69%, y en 19,13%, las mujeres. El estudio evidenció, también, que la mitad de las niñas y dos terceras partes de los niños dedicaban más de dos horas diarias a actividades sedentarias, como jugar a la consola o ver la televisión, cifras ligeramente más altas a las de otros países europeos (Wärniberg; et al., 2006).

En la primera evaluación del Programa PERSEO, la cuestión de las horas dedicadas a ver la televisión y a jugar con la consola/ordenador fueron contabilizadas por separado. Así, vemos que uno de cada tres escolares de entre 6 y 10 años ven la televisión 3 horas cada día, mientras que para cerca de la mitad de los niños y niñas participantes del programa, los videojuegos y los juegos con el ordenador no representan una actividad sedentaria habitual. Dicha evaluación también ha analizado la oferta alimentaria de los menús escolares de los centros adheridos al Programa y la calidad percibida por los usuarios del servicio de comedor. Cerca del 20% de los usuarios afirman que “siempre

como todo lo que me sirven”. Entre los que no comen toda la ración, la principal justificación es “porque no me gusta”; y, en segundo lugar, “porque sirven mucha cantidad”. Otros motivos refieren a la temperatura, a la variedad de los menús y a la presentación de los platos.

En el marco del programa *Pro Children*, fundado en 2002 por la Comisión Europea, y cuyo objetivo principal consistía en desarrollar estrategias para promover el consumo adecuado de frutas y verduras entre los adolescentes de 11 a 13 años, se realizó un estudio transversal en nueve países europeos para medir la frecuencia en que consumían estos alimentos. En España, participaron 1.410 escolares, entre 10 y 11 años, a partir de una muestra aleatoria de colegios públicos y concertados de todo el territorio nacional. De acuerdo con dicho estudio, el 97% de los escolares no consumía, en conjunto, las cinco raciones de frutas y verduras diarias recomendadas. Se estableció, también, que los niños y niñas que habitualmente comen en el comedor escolar realizan ingestas significativamente más altas de verduras y frutas en comparación con sus compañeros que comen en casa.

Vale la pena resaltar que la autoridad atribuida a las recomendaciones nutricionales para prevenir los desequilibrios en la salud de niños y jóvenes ha dado lugar a sucesivos estudios centrados, exclusivamente, en la composición de los menús escolares para concluir si son equilibrados o no. Este es el caso del estudio realizado por la Organización de Consumidores y Usuarios (OCU, 2006), a partir del análisis de 934 menús escolares aportados voluntariamente por los lectores de la revista *OCU Salud*. Sus principales conclusiones: Verduras y pescado no se sirven con la frecuencia adecuada, mientras que abunda la carne (roja, de ave o embutidos). En general, no se abusan de postres lácteos como las natillas, flanes y helados, aunque la presencia de yogures podría ser mejorable. Resultados similares fueron divulgados en la evaluación del Programa PERSEO, que evidenció el aporte insuficiente de pescados, frutas, verduras, legumbres, huevos, fruta y yogur; y un exceso de carne y productos precocinados. Aun así, el 50% de de los menús escolares de los centros adheridos al programa obtenía una clasificación de “aceptable” o “buena” en términos de su calidad nutricional.

La Fundación Eroski ha publicado una serie de estudios en esta misma dirección. El primero de ellos, en 1998, analizó los menús escolares semanales de 200 colegios españoles. Los resultados apuntaban que solamente el 18,5% de los centros ofrecían, a lo largo de una semana, un menú nutritivo y equilibrado conforme a las recomendaciones médicas. Un segundo estudio (2004) y un tercer estudio (2008) señalaban una notable mejora de la calidad nutricional de los menús al haber aumentado la oferta de verduras, legumbres y pescado y disminuido la de postres dulces, productos precocinados y derivados cárnicos grasos. En el estudio del 2008, no se han encontrado diferencias significativas en la calidad del menú en función de la titularidad pública, privada o concertada del centro. Pero sí encontramos diferencias en función del precio: los menús más caros eran también los que presentaban una mejor calidad nutricional.

Otra conclusión importante del estudio del 2008 tiene que ver con quién planifica los menús –si el propio centro, una empresa de catering o ambos. Los menús con mejor calidad nutricional son aquellos que combinan el trabajo de los cocineros de la escuela y de la empresa de catering: el 77% de los centros que siguen este modelo han recibido un “bien” o un “muy bien”, seguido de los menús preparados para un servicio de catering (la opción elegida por más de la mitad de los centros) y, por último, para el personal del centro escolar. En 2004, la calidad de los menús elaborados por una empresa de catering superaba los otros tipos de servicio.

En el mismo sentido, cabe citar la revisión gratuita de las programaciones de menús escolares de Cataluña, emprendida por la Generalitat a través de un convenio entre el Departament de Salut y el Departament d'Educació, desde el curso 2006-2008. En el primer año del servicio, se analizaron 378 programaciones referentes a cuatro semanas, procedentes de centros de primaria y secundaria. Las revisiones pusieron de manifiesto un elevado porcentaje de cumplimiento de las frecuencias de consumo de pasta, legumbres, verdura y fruta; un excesivo consumo de carne y de productos lácteos; y la baja presencia de huevos, pescado y ensalada (como guarnición).

En cualquier caso, se trata de estudios basados, exclusivamente, en analizar la composición de los menús *escritos y/o servidos*, la presencia o la falta de determinados alimentos en los menús, pero sin considerar su consumo efectivo. En ningún caso se han llevado a cabo observaciones directas en las escuelas con el objetivo de constatar lo que, *realmente*, los niños comen o dejan de comer. Se ignoran, pues, los comportamientos reales y, consecuentemente, tampoco se interrogan en relación a las razones de los mismos (de qué depende, cómo se articulan, qué los modifica, etc.). Este último punto es, precisamente, el énfasis que nuestro estudio se propone.

Podemos afirmar (Odela, 2004) que existe una importante divergencia entre los menús programados en los colegios y las ingestas reales que llevan a cabo los escolares. Ello significa que incluso en el caso de que los menús programados respondan adecuadamente a criterios de equilibrio nutricional, los menús realmente ingeridos no lo son necesariamente. Por ello, la ingesta real no es el resultado de los menús diseñados y servidos, sean o no “equilibrados”, sino del conjunto de factores que pueden influenciar las actitudes y las decisiones de los escolares hacia la comida: factores psicofisiológicos (las características organolépticas de los alimentos que se manifiestan a nivel individual); factores socioculturales (significados sociales de los alimentos y de la comida, percepciones y actitudes en relación al cuerpo y las diferencias de género al respecto, entre otros) y factores organizativo-pedagógicos relativos al comedor escolar (conjunto de normas y prácticas específicas, tiempo destinado, actores implicados –escolares, monitores, cocina, docentes, padres– y el tipo y grado de interacción entre ellos).

Ni los expertos en nutrición ni los responsables de los centros parecen tener en cuenta la profunda significación social de la comida ni que el comedor escolar no es solo un momento y un espacio para cubrir las necesidades

biológicas de los escolares sino, también, un lugar y un momento de convivencia elemental en el que se reflejan las diversas y complejas influencias sociales y culturales. Al igual que el aula, el comedor escolar está sometido a reglas, pero, a su vez, tiene un carácter distinto o específico en la medida que su tiempo y su espacio forman parte de una “totalidad” que trasciende la organización, el tiempo, el espacio y los actores escolares.

### **1.3. La importancia del estudio de la socialización alimentaria de niños y adolescentes**

El aprendizaje alimentario no es un proceso que consista ni que dependa, solo, de la información nutricional que se es capaz de transmitir y/o adquirir sino que el aprendizaje alimentario está enmarcado dentro del proceso de la socialización infantil en su sentido más amplio. En efecto, la familia es el primer agente en el tiempo que tiene prácticamente el monopolio de la socialización en general y, también, de la alimentaria, en particular. En su marco, se inicia el aprendizaje de los gustos, preferencias y aversiones alimentarias, etc. y se socializa a los niños y niñas de acuerdo con su particular manera de comer, influenciada, a su vez, por la realidad social, económica e histórica de la sociedad en la que se inserta (Rozin, 1995).

Los factores apuntados respecto a la influencia de la socialización alimentaria en la familia son el control paternal y el llamado “modelado”. El primero refiere a las acciones que los padres realizan para promover o limitar el consumo de determinados alimentos (Birch y Fisher, 1998). El segundo se define como un proceso de aprendizaje observacional en el que la conducta de padres y madres actúa como un estímulo que promueve la imitación en los hijos (Tibbs, Haire-Joshua, Schechtman, Brownson, Nanney, Houston y Auslander, 2001).

Por otra parte, en el estudio de la enculturación/ socialización alimentaria, la antropología social ha mostrado las ventajas de considerar la diversidad cultural y los riesgos de uniformizar las maneras como padres y madres atienden a hijos e hijas. Estudios de comparación transcultural refuerzan la idea de que el comportamiento socializador de padres y madres surge de la sociedad y del contexto en el que se inserta (Le Vine; et al., 1994). En este sentido, la prospección etnográfica transcultural llevada a cabo en comedores escolares (Carpena, 1999), comparando los perfiles de enculturación alimentaria en seis grupos culturales distintos, muestra como las diversas condiciones del entorno (naturaleza del trabajo adulto, tamaño y estructura del grupo doméstico, estatus y roles asignados a los niños y niñas, organización de los espacios y las actividades en las que participan...) influyen en los agentes enculturadores, sus roles y estrategias de atención infantil, los mecanismos para la transmisión y aprendizaje y el carácter de la interacción con los más pequeños.

En cualquier caso, niños y niñas no son receptores pasivos de los mensajes de la sociedad ni de los modelos culturales predominantes. Niños y niñas son sujetos activos que reciben información que, a su vez, interactúa con su propia experiencia. En este sentido, los estudios de socialización y desarrollo humano

plantean una crítica al concepto de socialización como un proceso unilineal de transmisión de saberes y valores y consideran que niños y niñas son sujetos activos en su proceso de socialización alimentaria (Gracia, 1996; Kaplan y Carrasco, 1999; Jerome, 1979; Morton, 1996; Rodrigo, 1993; Rogoff, 1997).

Por otra parte, la historia de la infancia (DeMause, 1994) evidencia que la adolescencia es una etapa de la vida de reciente aparición. Fue en el siglo XIX, entre las clases altas y medias, cuando se empezó a conceptualizar esta etapa de la vida como diferente de la infancia y de la juventud, con rasgos diferenciales (vehemencia, contestación, inestabilidad, emotividad, conflictividad...). Esta adolescencia supondría, en el orden biológico, un período de gran crecimiento en que los peligros de desequilibrio alimentario son también muy importantes. Las modificaciones del patrón alimentario toman un sentido particular en los adolescentes que van en búsqueda de una identidad, de la pertenencia a un grupo y de crearse un espacio propio (Thomas, 2005). Por otra parte, si bien muchos comportamientos y hábitos alimentarios se establecen en la primera infancia (Canals & Pich, 2000; Thomas; et al., 2005) no es menos cierto que más tarde se cristalizarán o bien se modificarán justo en el momento en que empieza a ser viable conseguir cierta independencia en la elección de los alimentos, precisamente durante la adolescencia. Pero, aunque existe una voluntad de autonomía alimentaria, el adolescente no es ajeno a la presión social y a los valores que en el campo alimentario caracterizan nuestra época, marcada por la proliferación de discursos dietéticos (European Food Information Council, 1995; McDougall, 1998). Tampoco debe olvidarse la influencia potencial en su dieta de la fuerte presión social para lucir un cuerpo esbelto y delgado, estigmatizando la obesidad y que empuja a los más jóvenes a la práctica de dietas más o menos compulsivas (Contento; et al., 1995).

En definitiva, el estudio de la socialización alimentaria debe ser considerado una ventana para ver y conocer qué factores (significados y valores socio-culturales de los alimentos, de la infancia y adolescencia; representaciones, percepciones y prácticas sobre el cuerpo y el género, etc.) explican los motivos que hoy guían las elecciones y rechazos alimentarios de niños, niñas y adolescentes de acuerdo con variables de género, edad, hábitat, clase social, estructura y tamaño del grupo doméstico, etnia, religión, etc. Por ello, pensamos que es necesario, pero no suficiente, describir lo que comen y evaluar si esta dieta es dietéticamente correcta para, así, informarles de manera adecuada. Pero, *saber cuáles son las razones concretas por las que comen lo que comen y no comen lo que no comen* resulta inexcusable para ser más eficaces en los programas de prevención y mejora.

## BIBLIOGRAFÍA

AGENCIA ESPAÑOLA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA (2005). *Estrategia NAOS. Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

—— (2005). *La alimentación de tus niños. Nutrición saludable de la infancia a adolescencia*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

- ARANCETA BARTRINA, J.; SERRA MAJEM, LL.; RIBAS BARBA, L.; PÉREZ RODRIGO, C. *Factores determinantes de la obesidad en la población infantil y juvenil española*. En: SERRA MAJEM, LL.; ARANCETA BARTRINA, J. (eds.) (2004). *Obesidad infantil y juvenil. Estudio enKid*. Barcelona: Editorial Masson.
- ; PÉREZ RODRIGO, C.; SERRA MAJEM, LL.; DELGADO RUBIO, A. (2004). “Hábitos alimentarios de los alumnos usuarios de comedores escolares de España. Estudio Dime cómo Comes”. *Atención Primaria*; 33(3); 131-139.
- ; et al. (2008). “El comedor escolar: situación actual y guía de recomendaciones”. *An Pediatr (Barc)*, 69 (1); 72-88.
- BALLESTEROS ARRIBAS, J. M.; DAL-RE SAAVEDRA, M.; PÉREZ-FARINÓS, N.; VILAR VILALBA, C. “Las estrategias para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad (Estrategia NAOS)”. *Revista Española de Salud Pública*, septiembre-octubre año/vol. 81, nº 5; Madrid, 2007; pp. 443-449.
- BELLISLE, F.; ROLLAND-CACHERA, M. F. (2000). “Three consecutive (1993, 1995, 1997) surveys on food intake, nutritional attitudes and knowledge, and lifestyle in 1000 French children, aged 9-11 years”. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 13; 101-111.
- BIRCH, LL.; FISHER, J. O. (1998). “Development of eating behaviors among children and adolescents.” *Pediatrics*, 101; 539-49.
- CANALS, R.; PICH, J. (2000). “El desarrollo del gusto de los 0 a los 6 años. Datos psicológicos y aspectos educativos”. *Infancia, educar de 0 a 6 años*, 59; 31-37.
- CARPENA, J. (1999). *Variabilitat sociocultural de les experiències d'aprenentatge alimentari*. Bellaterra: UAB Departament d'Antropologia Social i Prehistòria.
- CONTENTO, I.; MICHELA, J.; WILLIAMS, S. (1995). “Adolescent Food Choice Criteria: Role of Weight and Dieting Status”. *Appetite*, 25; 51-76.
- DeMAUSE, LL. (1994). *Historia de la infancia*. Madrid: Alianza editorial.
- EUROPEAN FOOD INFORMATION COUNCIL (1995). *Children's views on food and nutrition: A pan-European survey*. London (UK): Children's Research Unit.
- FUNDACIÓN EROSKI (1998). “Menús escolares: estudiados los de 200 centros escolares. El 62% deben mejorar nutricionalmente”. *Revista Consumer*, noviembre 1998.
- (2004). “Menús escolares: sólo cuatro de cada diez centros ofrecen menús escolares nutritivos y equilibrados.” *Revista Consumer*, septiembre 2004.
- (2008). “Mejora la calidad nutricional de los menús escolares, pero uno de cada tres son mediocres o malos”. *Revista Consumer*, noviembre 2008.
- GENERALITAT DE CATALUÑA. *Enquesta de Salut de Catalunya 1992-93*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.
- *Enquesta de Salut de Catalunya 2002-03*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.
- GRACIA, M. (1996) *Paradojas de la alimentación contemporánea*. Barcelona: Icaria.
- INTERNATIONAL OBESITY TASK FORCE (IOTF) (2004). *Childhood Obesity Report*.
- JEROME, N. (1979). “Changing nutritional styles within the context of modern family”. HYNOVICH; BARNARD (eds.). *Family Health Care*. New York: Mc. Graw-Hill.
- KAPLAN, A.; CARRASCO, S. (1999). *Migración, cultura y alimentación. Cambios y continuidades en la organización alimentaria, de Gambia a Cataluña*. Bellaterra; UAB.

- Atie, B.; Contreras, J.; Zafra, E.: Comer en la escuela y sus circunstancias: aprendizaje, cultura y salud
- LE VINE, R. A.; et al. (1994). *Child care and cultura. Lessons from Africa*. New York: Cambridge University Press.
- McDOUGALL, P. (1998). Teenagers and nutrition: assessing the levels of knowledge. *Health Visitor*, 71 (2); 62-64.
- MORTON, H. (1996). *Becoming Tongan. An ethnography of childhood*. Honolulu: University of Hawai Press.
- NICKLAUS, S.; BOGGIO, V.; CHABANET, C.; ISSANCHOU, S. (2004). "A prospective study of food preferences in childhood". *Food Quality and Preference*, 15; 805-808.
- ORGANIZACIÓN DE CONSUMIDORES Y USUARIOS (OCU) (2006). "934 menús escolares no son equilibrados". *Revista OCU-Salud*. 68; 18-21.
- PICH, J.; BALLESTER, LL.; CANALS, R.; THOMÀS, M.; DOMINGO, H. (en prensa). "Evolución de las preferencias alimentarias: un estudio en la población escolarizada de Mallorca de 11 a 18 años". *Revista Española de Nutrición Comunitaria*.
- RODRIGO, M. J. (1993). *Las teorías implícitas*. Madrid: Visor.
- ROGOFF, B. (1997). *Culture and human development*. UC Santa Cruz (en prensa).
- ROZIN, P. (1995). "Perspectivas psicobiológicas sobre las preferencias y aversiones alimentarias". En: *Alimentación y cultura. Necesidades, gustos y costumbres*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- SERRA MAJEM, LL.; RIBAS, L. (coord.) (2003). *Avaluació de l'estat nutricional de la població catalana 2002-2003. Evolució dels hàbits alimentaris i del consum d'aliments i nutrients a Catalunya (1992-2003)*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Direcció General de Salut Pública, Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2003.
- SKINNER, J. D.; et al. (1998). "Mealtime communication patterns of infants from 2 to 24 months of age". *Journal of Nutrition Education*, 3(1); 8-15.
- THOMÀS, M. (2005). *Estudi Psicològic del comportament alimentari en estudiants giro-nins de 11 a 16 anys*. Treball de recerca. Departament de Psicologia. Universitat de Girona.
- ; CANALS, R.; PICH, J.; RIGAL, N. (2005). "Desenvolupament emocional i cognitiu de l'aliment". *Infància*, 142; 34-39.
- TIBBS, T. M. A.; HAIRE-JOSHU, D.; SCHECHTMAN, K. B.; BROWNSON, R.; NANNEY, M.; HOUSTON, C.; AUSLANDER, W. (2001). "The relationship between parental modeling, eating patterns, and dietary intake among African-american parents". *J Am Diet Association*, 101; 535-41.
- WÄRNBERG, J.; et al. "Estudio AVENA (alimentación y valoración del estado nutricional en adolescentes). Resultados obtenidos 2003-2006". *Pediatr Integral*, Supl 1. 2006; 50-55.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1998). *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Report of a WHO Consultation on Obesity: WHO/ NUT/ NCD/ 98.1. Geneva, 1998.
- (2006). *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud: marco para el seguimiento y evaluación de la aplicación*. World Health Organization. Genova, 2006.

### **Páginas web de interés:**

Estrategia NAOS

<http://www.naos.aesan.msps.es/>

Guía *La alimentación de tus niños*

Disponible en línea en [www.fundaciondiabetes.org/div/libros/alimentacionninos.pdf](http://www.fundaciondiabetes.org/div/libros/alimentacionninos.pdf)

Estrategia PAAS

<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2622/index.html>

Guía *La alimentación saludable en la etapa escolar.*

Disponible en línea en [www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/guialimentacio.pdf](http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/guialimentacio.pdf)

Programa PERSEO

<http://www.perseo.aesan.msps.es>

Programa EPODE

<http://www.epode.fr>

Programa THAO

<http://www.thaoweb.com/>

Programa Pro Children

<http://www.prochildren.org/navigator.html>

Estudio AVENA

<http://www.alimentacionyvida.org/avena.html>

Programa EVASYON

<http://www.estudioevasyon.com/>

Programa HELENA

<http://www.helenastudy.com/>

Programa Shape Up

<http://www.shapeurope.net/index.php?page=home&lng=es>