



UNIVERSIDAD DE MURCIA

FACULTAD DE MEDICINA

Comportamientos de salud relacionados con la obesidad infantil desde una perspectiva multicultural

D^a. María Nicolás Hernández

2015

Adquirir desde jóvenes tales o cuales hábitos no tiene poca importancia: tiene una importancia absoluta.

(Aristóteles 384-322 a.C.)

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quisiera mostrar mi agradecimiento a todas aquellas personas que han participado en las entrevistas grupales, y que han hecho posible la consecución de la tesis. A su vez, agradecer a aquellas personas que me ayudaron con la captación de los participantes y que me permitieron la utilización de los diversos espacios necesarios para la realización de las entrevistas. Gracias a Antonia, Mónica, María Cercas, Adela, Antonio Cózar, Marcos, M^a Isabel, May, John, Dionisio y Fouzia.

En segundo lugar, gracias a mi director de tesis, el profesor Dr. Juan José Gascón Cánovas, por su paciencia y ánimos, y fundamentalmente por sus orientaciones para iniciarme en la investigación cualitativa. Gracias también por ofrecerme la colaboración con M^a Julia, a la que también le agradezco su ayuda en las transcripciones.

A mi directora, la profesora Dra. M^a Pilar Almansa Martínez, cuyas orientaciones y motivación han sido indispensables para que mi tesis volviera a levantar el vuelo en más de una ocasión. Gracias además por ser mi ejemplo a seguir como promotora de la investigación en enfermería.

Tanto en el terreno estratégico como en el emocional, quiero agradecer el empuje esencial de mis amigas y amigos. A mi familia madrileña por ser mi refuerzo positivo en Madrid; gracias Violen, Mónica, Aurora, Ana e Isa. A Cristina por acompañarme en mis respiros matutinos. A Miguel por ayudarme en el inicio, y a Raúl por darme aquel empujón de autoestima cuando más lo necesité. Muchas gracias Iván, por soportarme en estos últimos meses insufribles; por escucharme y creer en mí a pesar de todo.

Quiero agradecer también a los compañeros del Departamento de Salud Pública, a Alberto y a su equipo, que me acogieron y lograron que durante unos meses me apeteciera subir a la facultad a analizar mis datos.

Gracias a Salvadora y a Laura, por apoyarme con sus conocimientos investigadores y sus ánimos continuos. Cada comida con vosotras ha sido para mí una terapia energética; sabéis de sobra que sin vosotras no lo hubiera podido conseguir. Y gracias de nuevo Salvadora, por tus saberes cualitativos.

Por último, agradecer a mis hermanos por su amistad y su apoyo incondicional, y en especial a mi madre y mi padre, Marcos e Isabel, por inculcarme las inquietudes académicas y culturales que, a fin de cuentas, han sido el germen de esta tesis.

INDICE

RESUMEN	1
SUMMARY	3
CAPÍTULO I. ASPECTOS INTRODUCTORIOS	5
1. Perfil socio-demográfico de la inmigración en la Región de Murcia: peculiaridades de la población infantil de origen marroquí y ecuatoriano.....	7
2. La obesidad infantil. Epidemiología e implicaciones económicas.....	12
3. La obesidad en la infancia. Etiología y posibles consecuencias. Factores socio- económicos y culturales.....	14
4. Hábitos saludables en la infancia.....	20
5. La alimentación en la infancia: recomendaciones nutricionales y adaptación cultural	24
6. Actividad física en la infancia.....	31
CAPÍTULO II. OBJETIVOS Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	35
1. Pregunta de investigación.	37
2. Objetivo general	37
3. Objetivos específicos	38
CAPÍTULO III. MATERIAL Y MÉTODOS.....	39
1. Poblaciones de estudio	43
2. Muestra de estudio, variables de segmentación y perfiles de estudio.....	44
3. Recogida de datos: entrevista cualitativa.....	45
4. Técnica empleada en la entrevista: grupos de discusión	46
4.1. Composición de los grupos.	48
4.2. Número de participantes/grupo	49
4.3. Número de entrevistas.....	50
4.4. Lugar de realización de los grupos de discusión.	50
4.5. Guión de la entrevista.	51

5.	Transcripción de las entrevistas y análisis del discurso.	55
CAPÍTULO IV. RESULTADOS		59
1.	Perfil socio-demográfico.....	61
2.	Categorías y códigos.....	66
3.	Alimentación escolar e influencia en la obesidad infantil.....	66
3.1.	Percepción materna sobre la necesidad de una alimentación saludable en la infancia.....	66
3.2.	Hábitos alimentarios en la infancia: el desayuno.....	67
3.3.	Hábitos alimentarios en la escuela: almuerzo y comedor escolar.....	72
3.4.	Hábitos alimentarios en la infancia: la comida del mediodía.	77
3.5.	Hábitos alimentarios en la infancia, comidas de segunda: merienda y cena. ...	81
3.6.	Dieta equilibrada: comer de todo lo sano como imperativo.	86
3.7.	Problemas alimentación: hábitos y alimentos que rechazan.	88
3.8.	Alimentos perjudiciales: la comida "chatarra".....	89
3.9.	Las dietas en la infancia.....	94
3.10.	La alimentación no es la culpable: problema social.....	95
4.	La actividad física y el ocio en la edad escolar.	98
4.1.	Importancia de la actividad física en relación con la obesidad infantil.	98
4.2.	Actividad física espontánea: ocio y desplazamientos.....	100
4.3.	Actividades extraescolares y deporte en la escuela.....	103
4.4.	El reposo en los escolares: la siesta y el descanso nocturno.	106
4.5.	El ocio sedentario como causa de la obesidad infantil.	109
4.6.	Diferencias de género relacionadas con el ocio infantil.	112
4.7.	Obstáculos sociales para la realización de actividad física.	114
5.	Percepción materna del significado de obesidad infantil	117
5.1.	Aspectos generales de la salud en la infancia	117
5.2.	La obesidad infantil como amenaza para la salud en la infancia.	121
5.3.	Creencias sobre las causas de la obesidad infantil.....	125
5.4.	Consecuencias de la obesidad infantil. Enfermedades y rechazo social.....	127
5.5.	Diferencia de género en la percepción de la imagen corporal.	128

5.6. Educación en casa: establecimiento de normas y creación de hábitos saludables.....	130
CAPÍTULO V. DISCUSIÓN	135
1. Hallazgos relacionados con objetivos/introducción	137
1.1. Percepción materna sobre la obesidad infantil.	137
1.2. La alimentación durante la infancia.	139
1.3. Actividad física	145
1.4. Diferencia de género.....	148
2. Limitaciones del estudio	149
2.1. Limitaciones en el reclutamiento de los participantes.	149
2.2. Limitaciones durante las entrevistas grupales.....	150
2.3. Limitaciones durante la transcripción y análisis de resultados.....	151
3. Aplicabilidad y utilidad práctica de los resultados	152
CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES	157
ANEXOS	163
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	169

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Principales características sociodemográficas de la población inmigrante en la Región de Murcia según nacionalidad.....	11
Tabla 2: Factores de riesgo de la obesidad.	15
Tabla 3. Nivel de ingresos brutos mensuales del hogar. ALADINO.	17
Tabla 4. Complicaciones y enfermedades relacionadas con la obesidad infantil.	19
Fig. 7. Pirámide Naos	21
Tabla 5. Factores asociados a la obesidad infantil.	22
Tabla 6. Características generales de la comida en Marruecos y Ecuador desde la perspectiva del inmigrante.....	26
Tabla 7. Decálogo de recomendaciones nutricionales.....	27
Tabla 8. Conductas de la vida cotidiana asociadas a diferentes patrones de actividad física y su relación con la salud.....	33
Tabla 9. Porcentaje de escolares que dedican más tiempo a actividades de ocio sedentarias. Estudio ALADINO.	34
Tabla 10. Variables de segmentación y perfiles de estudio	45
Tabla 11. Ventajas de los grupos de discusión para nuestro estudio.	47
Tabla 12. Guión orientativo de la entrevista	53
Tabla 13. Características de la muestra de estudio: perfil socio-demográfico de los participantes.....	62

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de la obesidad infantil ha aumentado de manera alarmante en las últimas décadas. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha calificado la obesidad como la epidemia del siglo XXI por las dimensiones adquiridas, el impacto en la morbilidad y en la calidad de vida, y el coste sanitario añadido. Ante esta situación, se ha procedido en España a una reorientación de las estrategias de salud pública con el objetivo de prevenir la obesidad infantil, cuya mayor expresión ha sido la Estrategia NAOS. Teniendo en cuenta las características demográficas de la Región de Murcia, resulta indispensable el estudio, desde una perspectiva multicultural, de las percepciones y actitudes de las madres de los escolares que residen en la Región de Murcia.

OBJETIVO

Por todos estos motivos se planteó en esta tesis el objetivo de "*explorar y comprender las actitudes, conocimientos y patrones culturales asociados a la obesidad en los escolares ecuatorianos, marroquíes y españoles de la Región de Murcia*".

METODOLOGÍA

Para implementar este objetivo, se ha llevado a cabo una investigación de carácter cualitativo, empleando para ello la técnica de los grupos de discusión. Las poblaciones de estudio se conformaron con escolares marroquíes, ecuatorianos y autóctonos, residentes en la Región de Murcia, y con edades comprendidas entre 6 y 11 años. La saturación de información se produjo tras la consecución de 17 entrevistas grupales, con un número de participantes por entrevista que osciló entre 4 y 8 personas, resultando finalmente 99 participantes, de ellos, el 98% fueron madres de los escolares. Las variables de segmentación para la confección de la muestra, fueron el sexo, la edad y el lugar de residencia. La captación de los

participantes se realizó por medio de diferentes instituciones, incluyendo centros de salud, colegios, y una ONG. Tras la transcripción de las entrevistas se procedió al análisis de los discursos a través del programa computacional Atlas.ti, estableciendo códigos y categorías que ayudaron posteriormente a la interpretación de los datos narrativos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La percepción de las madres de los escolares de la Región de Murcia en relación a la obesidad infantil es bastante heterogénea en función del país de origen, observándose la mayor divergencia entre la población marroquí. Esta población, muestra menor preocupación hacia este problema, por considerarlo ajeno.

Los patrones culturales definen también ciertas conductas relacionadas con la actividad física y la alimentación. Respecto a la importancia de los factores etiológicos de la obesidad infantil se antepone la realización de una dieta equilibrada a la práctica de ejercicio físico. Se focaliza el problema fundamentalmente en la comida chatarra y, aunque se alude al ocio sedentario de carácter tecnológico, se le da menos importancia.

Por otra parte, las condiciones socioeconómicas y el trabajo materno son factores a tener en cuenta en la adquisición de hábitos saludables, ya que influyen en la disponibilidad de tiempo para el cuidado de los escolares y en la accesibilidad a los diferentes recursos. Se observan también diferencias de género, tanto en el cuidado paternal como en la permisividad de las niñas para realizar su ocio en la calle.

Por último, la percepción de las madres respecto a la educación en la escuela, es compleja; se considera positiva en su abordaje de hábitos alimentarios, pero excesiva en cuanto a la carga de tareas académicas y el uso de las tecnologías que, junto con horarios escolares poco conciliadores, dificultan la disponibilidad de los escolares para la práctica de ocio activo.

SUMMARY

INTRODUCTION

The prevalence of children's obesity has increased in an alarming way in the last decades. In this way, the World Health Organisation (WHO) has described obesity as the twenty- first century epidemic . Due to its assumed dimensions, its impact on morbidity, mortality, quality of life and its added health cost. In the face of this situation in Spain, a reorientation of public health strategies with the objective of preventing children's obesity has taken place. The greater expression of this , has been the NAOS strategy. Taking into account the demographics of the Region of Murcia, the study of the perceptions and attitudes of the schoolchildren's mothers that live in this Region, from a multicultural point of view, is essential

OBJECTIVE

With all those motives, this thesis has as an objective " *exploring and understanding the attitudes, knowledge and cultural patterns associated to obesity in Moroccan , Ecuadoran and Spanish schoolchildren in the Region of Murcia.*"

METHODOLOGY

In order to implement these objectives a qualitative investigation has been carried out. The technique of discussion groups has been employed. The study population corresponded to Moroccan, Ecuadoran and autochthonous schoolchildren residing in the Region of Murcia between 6 and 11 years of age. The saturation of information was reached after 17 group interviews, with a number of participants per interview that fluctuated between 4 and 8 people. We finally had 99 participants of which 98% were schoolchildren's mothers. The variables of segmentation for the preparation of this sample were sex, age and place of residence. The capture of participants was made through different institutions including health centres, schools and one NGO. After the transcription of the interviews, the analysis of discourses was taken through the computational

programme Atlas.ti establishing codes and categories that helped to interpret narrative data later.

RESULTS AND CONCLUSIONS

The perception of the schoolchildren's mothers of the Region of Murcia related to obesity in children is quite a lot heterogeneous depending on the native country. It has been observed that the greatest divergence was in Moroccan an population. This population worries less about this problem, considering it extraneous to them

Cultural patterns also define certain behaviour related to physical activity and food. In connection with the importance of the etiological factors of children obesity , we place above a balanced diet to the practice of any physical training. The problem is mainly focused on junk food, technological sedentary leisure is mentioned though, but it is given less importance.

Moreover, socioeconomic conditions and the mother occupation are factors to bear in mind in the acquisition of healthy habits. They influence in time availability for schoolchildren care and in accessibility to different resources. Differences in genre are also observed, both in fathers care and in the permissiveness girls get to have leisure in the streets.

Last, the perception of mothers in respect to education in school is complex; it is considered to be positive in its food habit approach but excessive referring to the load of homework and the use of technologies that together with little conciliatory school timetables, difficult the availability of schoolchildren to practise an active leisure.

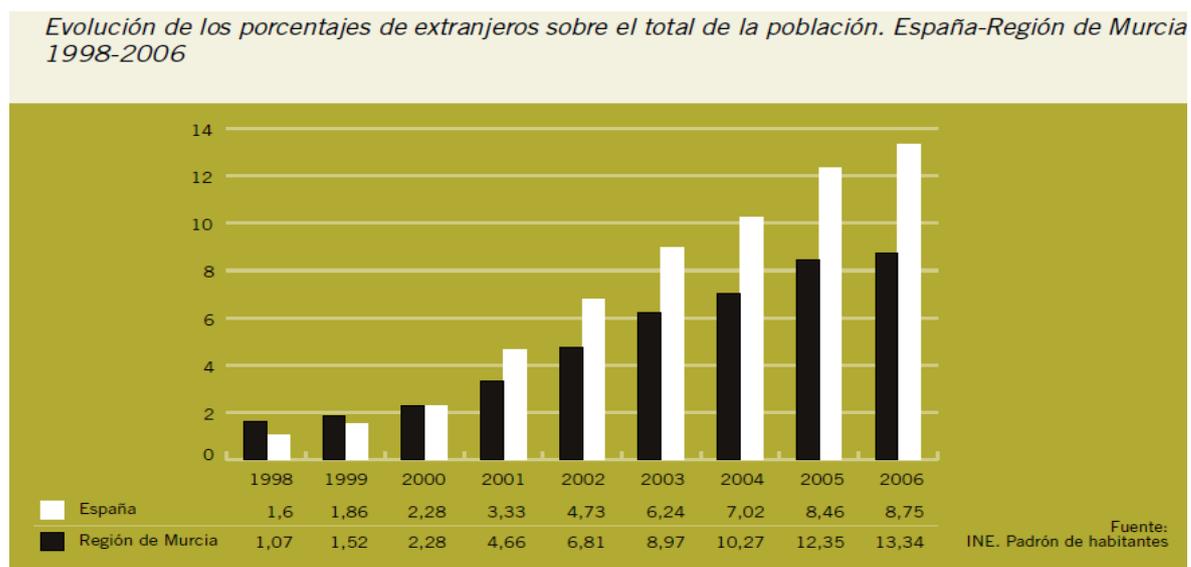
CAPÍTULO I

ASPECTOS INTRODUCTORIOS

1. Perfil socio-demográfico de la inmigración en la Región de Murcia: peculiaridades de la población infantil de origen marroquí y ecuatoriano.

Durante las dos últimas décadas, el crecimiento poblacional en la Región de Murcia ha estado íntimamente ligado a la afluencia de las migraciones internacionales¹. Así, podemos visualizar (fig.1) el contraste entre el incremento de población extranjera en Murcia y en España. El porcentaje de extranjeros sobre el total de la población era en 1998 más elevado que a nivel nacional para después ir equiparándose. En 2006 se encontraba por debajo de la media nacional.

Fig.1: Evolución de los porcentajes de extranjeros sobre el total de la población. España-Región de Murcia 1998-2006

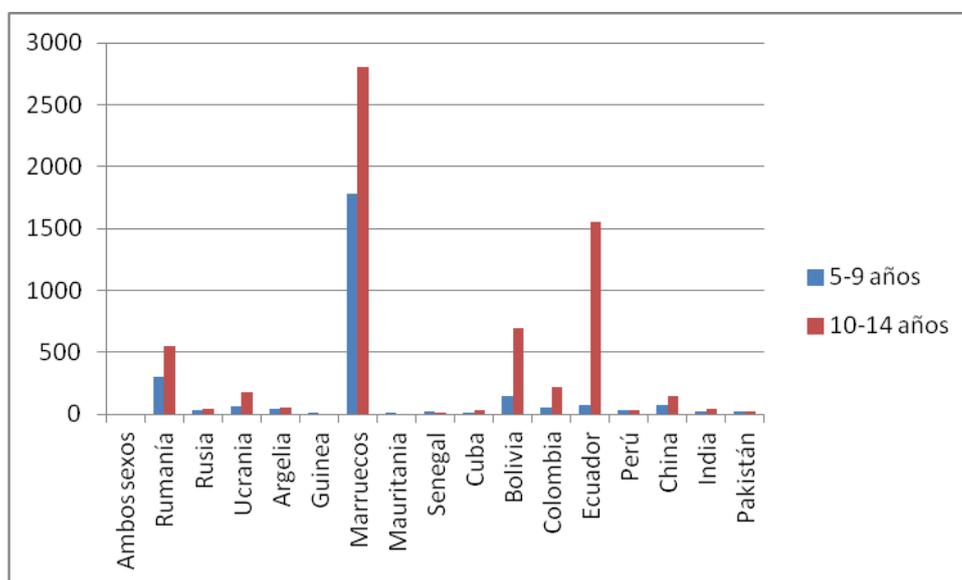


Fuente: Instituto Nacional de Estadística².

Cuando—se menciona a la población inmigrante, no se está haciendo referencia a cualquier persona que se desplaza desde su país de origen a vivir a otro diferente. Este concepto ha sufrido una transformación y se atribuye en realidad a “inmigrantes económicos”, es decir, personas que proceden de países deprimidos económicamente y que se enfrentan a una serie de dificultades comunes³. En España se puede considerar inmigrante económico a aquel que procede de cualquier país exceptuando a los de la Unión Europea, Suiza, los países nórdicos, EEUU, Canadá, Japón, Australia y Nueva Zelanda.⁴

Para delimitar la población de nuestro estudio es importante saber la evolución a lo largo de estos años del porcentaje de inmigrantes escolarizados de cada nacionalidad (fig.2), y en concreto de las personas, con edades comprendidas entre 6-11 años (edad escolar) de la Región de Murcia.

Fig.2. Número de extranjeros en edad escolar que habitan en la Región de Murcia a fecha de 1 de enero de 2011.

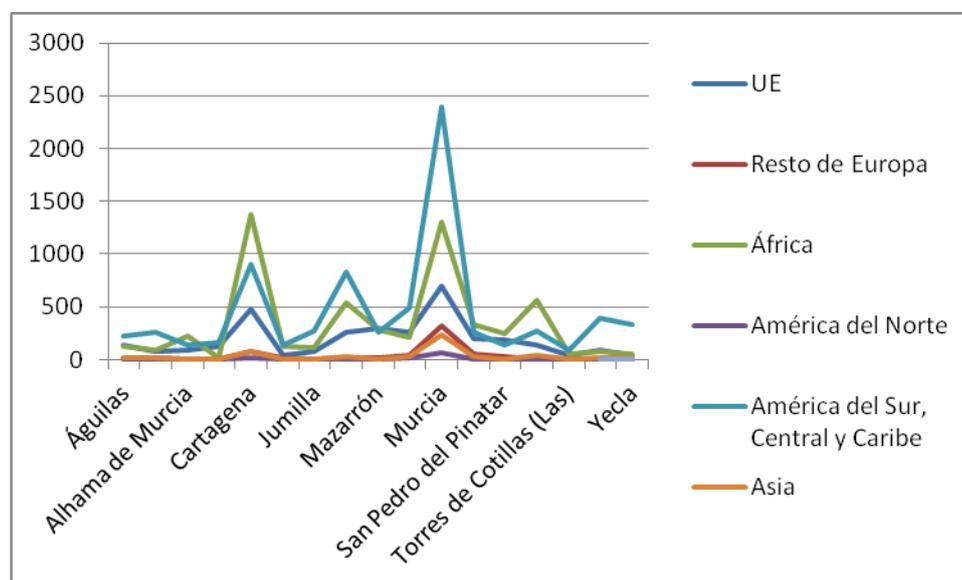


Fuente: Instituto Nacional de Estadística².

A través de los datos obtenidos del Instituto Nacional de estadística (INE), podemos observar la distribución de los niños inmigrantes con residencia en la Región de Murcia, de edades comprendidas entre 5 y 14 años. Así, aunque en la franja de edad de 5 a 9 años los niños procedentes de Rumanía y Bolivia son más numerosos que los ecuatorianos, de forma global el número de niños marroquíes supera con mucho al resto, seguidos de los ecuatorianos.

La distribución de los escolares inmigrantes no es uniforme en la Región, por lo que se precisa conocer los municipios que son escogidos por los padres extranjeros como residencia. El lugar de origen de las familias es también un factor que influye en dicha distribución, de manera que los municipios en los que residen más escolares originarios de Marruecos y de Ecuador, son Murcia y Cartagena.

Fig.3. Número de habitantes menores de 16 años por municipio de la Región de Murcia con fecha de 1 de enero de 2011.

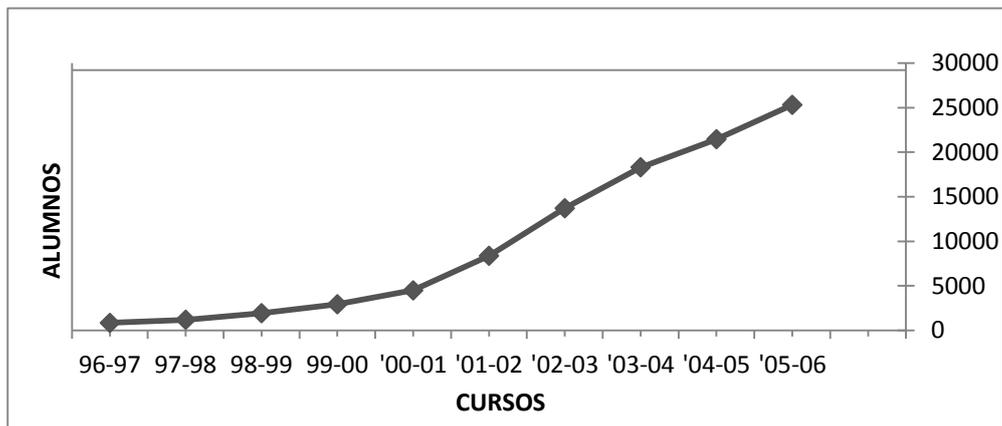


Fuente: Centro Regional de Estadística de la Región de Murcia⁵.

Al ver la afluencia de este sector de la población en los colegios de la Región de Murcia, podemos confirmar que tiende a incrementarse (fig.4), por lo que es

conveniente tener en cuenta sus particularidades a la hora de realizar labores educativas, ya sea a nivel más global o en relación con la salud.

Fig.4. La evolución del alumnado extranjero desde el curso 1996-97 hasta el 2005-06.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística¹.

Escoger por tanto este sector de la población extranjera, es decir, al compuesto por los escolares marroquíes y ecuatorianos, viene justificado, además de por su número, por sus peculiaridades. Es necesario tener en cuenta que no todos los inmigrantes tienen los mismos factores de riesgo para la salud, ya sea por sus condiciones socio-económicas, su cultura, o su lengua⁶.

Conocer la procedencia, cultura, y hábitos alimentarios es un requisito para poder comprender la situación de las familias, y es por tanto esencial indagar en sus características demográficas de manera previa a la realización de las entrevistas. En este sentido, y en relación a la repercusión en las familias, hay una diferencia notable en cuanto al género, de manera que hay una mayor afluencia de hombres desde Marruecos y de mujeres desde Ecuador. Las mujeres marroquíes que viven en la Región de Murcia, viven normalmente con su pareja y si no trabajan carecen de la necesidad inminente de aprender el idioma e integrarse.

Tabla 1. Principales características sociodemográficas de la población inmigrante en la Región de Murcia según nacionalidad.

	Marruecos	Ecuador
Evolución	Llevar muchos años en la Región de Murcia. Es el grupo más voluminoso.	Segundo colectivo en volumen. Su afluencia ha ido disminuyendo.
Sexo	Mayoritariamente hombres	Mayoritariamente mujeres.
Edad	Jóvenes.	Jóvenes.
Situación legal	La mayoría tiene regularizada su residencia.	La mayoría tiene una situación regularizada y están empadronadas.
Familia	Conviven sólo con miembros de la familia o solos. Las mujeres en pareja.	Alto porcentaje de convivencia en pareja (83%) y con otros familiares.
Vivienda	Malas condiciones de vivienda. Colectivo con mayor número de viviendas en propiedad.	Se alojan en casa alquiladas, muchas veces unifamiliares.
Expectativas	Un 42% desea quedarse en España.	No desean quedarse en España.

Fuente: Estudio de las necesidades formativas de la población inmigrante de la Región de Murcia. Servicio Regional de Empleo y Formación⁷.

Esta integración también es complicada en sus hijos, de manera que existe en el ámbito escolar un sector minoritario del alumnado autóctono que muestra un trato discriminatorio hacia el inmigrante⁸.

Las características de la vivienda también influyen en el desarrollo de los escolares ya que condiciones de hacinamiento pueden conducir a mala alimentación, higiene deficiente y estrés.⁹

Por último, es preciso recalcar un perfil de escolares inmigrantes cuya vulnerabilidad es especialmente elevada, pero que por poseer unos condicionantes

muy particulares no serán objeto de nuestro estudio. Se trata de los migrantes menores no acompañados, denominados "Menores Extranjeros No Acompañados" (MENA)¹⁰. Los MENA son menores que hacen uso de sus propios recursos para migrar, vienen mayoritariamente de Marruecos o África Subsahariana, y que normalmente son atendidos por Centros de Acogida¹¹.

2. La obesidad infantil. Epidemiología e implicaciones económicas.

La obesidad es una acumulación excesiva de tejido adiposo. Debido al incremento de la prevalencia de obesidad en las últimas décadas, El Grupo de Trabajo Internacional sobre Obesidad (IOTF) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han calificado la obesidad como la epidemia del siglo XXI por las dimensiones adquiridas, el impacto en la morbilidad y en la calidad de vida, y el coste sanitario añadido¹².

El estudio Enkid considera que la obesidad es una enfermedad crónica, compleja y multifactorial, que con frecuencia se inicia en la infancia y la adolescencia, y que tiene su origen en una interacción genética y ambiental.

En relación a la genética, estudios recientes han establecido que la relación con la incidencia de obesidad es mayor a la que se consideraba en investigaciones anteriores, estimando el factor de heredabilidad a casi un 50%¹³.

Por su parte, el carácter ambiental o conductual engloba una gran cantidad de factores que incluyen la adquisición de hábitos saludables y su conciliación con las posibilidades de cada individuo.

En conclusión, se puede decir que la obesidad se produce por desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético. La obesidad se caracteriza por tanto por una excesiva acumulación de grasa corporal y se manifiesta por un exceso de peso y volumen corporal¹⁴. Se pueden distinguir diferentes tipos de obesidad:

- _ *Hiperplasia*: Obesidad al comienzo de la infancia caracterizada por el aumento del número y tamaño de los adipocitos. Este tipo se asocia a una mayor prevalencia de enfermedades crónicas de tipo metabólica y su respuesta al tratamiento va a ser más pobre.
- _ *Hipertrofia*: Obesidad que comienza en la adolescencia o edad adulta, en la que normalmente aumenta el tamaño de las células grasas sin que aumente su número. Es la más fácil de prevenir y con mayor respuesta al tratamiento.¹⁵

La obesidad infantil se ha definido por la Comisión de expertos para la prevención y control del sobrepeso y obesidad en la infancia y adolescencia, como un incremento del peso corporal asociado a un desequilibrio en las proporciones de los diferentes componentes del organismo, a expensas fundamentalmente del aumento del tejido adiposo (el tejido muscular y la masa esquelética están incrementados. Aunque en menor grado), que pueden afectar a la salud actual y futura de los escolares¹⁶.

Según la OMS, la obesidad infantil representa una prevalencia elevada en los países desarrollados y está incrementándose en los países de transición al desarrollo, donde conviven obesidad y desnutrición⁷.

En España no se han llevado a cabo muchos estudios sobre muestras de obesidad infantil. El primer estudio que se realizó fue el de Paidós'84, en el que se determinó la prevalencia de obesidad mediante pliegues cutáneos¹⁷.

El estudio EnKid¹⁴, en el año 2000, determinó el sobrepeso y la obesidad a través de los percentiles 85 y 97 respectivamente según la edad y el sexo. En el intervalo de tiempo entre ambos estudios (de 1984 a 2000) la obesidad en escolares ha aumentado del 5 al 13,9% y la de sobrepeso es del 12,4%, observándose diferencias significativas entre regiones. Cuando nos referimos a obesidad infantil, la prevalencia en la Región de Murcia está por encima de la media nacional, y superada tan sólo por Madrid, Andalucía y Canarias.

Fig 5. Prevalencia (%) de sobrepeso y obesidad (percentil 85) en la población española de 2 a 24 años por regiones.



Fig 6. Prevalencia (%) de obesidad (percentil 97) en la población española de 2 a 24 años por regiones Estudio enKid.



3. La obesidad en la infancia. Etiología y posibles consecuencias. Factores socio-económicos y culturales.

Los datos relativos a la prevalencia de obesidad infantil en España son verdaderamente alarmantes, teniendo en cuenta que en la infancia y fundamentalmente en la segunda década de la vida la obesidad es un potente predictivo de la obesidad en el adulto¹⁸.

Tabla 2. Factores de riesgo de la obesidad.

Sociodemográficos	<p>Obesidad en los padres: de los estudios publicados podría concluirse una asociación significativa entre el IMC de los padres y el de los hijos a partir de los 3 años.</p>
	<p>Nivel socio-económico bajo: el estudio Enkid encontró mayor prevalencia de obesidad infantil en niveles socioeconómicos y de estudios más bajos.</p>
	<p>Habitar en medio rural versus urbano: en los países pobres y en los de transición nutricional el medio rural parece un factor de protección, sin embargo en estudios realizados en países desarrollados se ha identificado como riesgo.</p>
Antecedentes infancia	<p>Origen étnico: es difícil concluir si las diferencias son de origen biológico o explicable por los distintos estilos de vida.</p>
	<p>Precocidad del rebote adiposo (antes de los 5 años): cuando el incremento del índice de masa corporal (IMC) se produce antes de los 5 años, conduce a una elevación más rápida y se asocia significativamente a un mayor riesgo de obesidad en la edad adulta.</p>
	<p>Peso elevado al nacimiento: existe una asociación positiva entre macrosomía (peso superior a 4 kg al nacimiento) y padecer obesidad en la infancia y la edad adulta.</p>
Estilos de vida	<p>Protección de la lactancia materna: un reciente meta-análisis demuestra su pequeño pero consistente efecto protector de la obesidad en la infancia¹⁹.</p>
	<p>Maduración puberal precoz: los estudios realizados en poblaciones diferentes son concordantes en sus resultados en cuanto a que la aparición precoz de las primeras reglas incrementa el riesgo de obesidad en la adultez.</p>
	<p>Inactividad física: la escasa actividad física²⁰ y el sedentarismo, indirectamente estimado por el número de horas consumidas en actividades lúdicas sedentarias (televisión, ordenador, videojuegos) están significativamente asociadas a la obesidad.</p>
<p>Duración del sueño: en estudios realizados en niños/as y jóvenes españoles la prevalencia de obesidad fue inferior en el grupo que dormía una media de 10 horas en relación con los que duermen menos de 7 horas.</p>	
<p>Características de la alimentación: a partir de los 6 años, la prevalencia de obesidad obtenida en el estudio Enkid fue más elevada en aquellos que aportaban mayor proporción de energía a partir de la ingesta grasa (>40% kilocalorías). Además se apreciaron diferencias significativas en el consumo de productos azucarados, bollería, embutidos, productos de pastelería, huevos y frutos secos entre el grupo de obesos, con algunas diferencias en cuanto a edades y sexo. La prevalencia de obesidad fue mayor también en escolares que realizaban bajos consumos de frutas y verduras (<2 raciones/día)</p>	

Fuente: Previnfad (AEPap) /PAPPS infancia y adolescencia²¹.

Las causas de la obesidad infantil guardan relación con factores muy distintos, englobándose en dos grandes grupos: los ambientales o sociales y los biológicos o genéticos.

El grupo de trabajo de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (PrevInfad), como podemos ver en la tabla 2, hace una diferenciación de los factores de riesgo de la obesidad que sitúa en tres ámbitos: factores sociodemográficos, antecedentes en la infancia y estilos de vida.

De esta forma desarrolla que los cambios demográficos y culturales, el incremento de familias monoparentales, la reducción del número de hermanos o el estrés de aculturación, han afectado el comportamiento de los niños en múltiples aspectos, incluidos el comportamiento alimentario y la actividad física. El esclarecimiento de las influencias de los factores demográficos ante este problema de salud es fundamental para desarrollar estrategias preventivas efectivas y sostenibles.

Además el informe establece que en países desarrollados, habitar en medio rural es un factor de riesgo para la obesidad infantil. Esta mayor vulnerabilidad tiene que ver, según un estudio de la Fundación Thao²², con el incremento de la inactividad física en los entornos rurales.

Por otra parte, la influencia que puede tener un nivel socioeconómico bajo en la prevalencia de la obesidad infantil es de especial interés en nuestra población de estudio, ya que al estar relacionada con movimientos migratorios de carácter económico, la vulnerabilidad de los escolares podría resultar significativa.

En el estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo y Actividad Física en España (ALADINO), se puede apreciar la relación entre el nivel socioeconómico y la obesidad infantil²³ (tabla 3), apreciándose una diferencia significativa en los resultados.

Tabla 3. Nivel de ingresos brutos mensuales del hogar. ALADINO.

Prevalencia	1.500€ o menos	1.501€ a 2.500€	Más de 2.500€
Normopeso	48,8%	53,1%	59,9%
Sobrepeso/Obesidad	50,1%	46,5%	39,5%

Fuente. Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil, y Obesidad en España en 2011.

Por último, los estudios epidemiológicos sugieren que entre todos los factores, las causas principales de la obesidad infantil están relacionadas principalmente con la ingesta de alimentos hipercalóricos, con un alto nivel de grasas saturadas y azúcar, y con un estilo de vida sedentario²⁴.

Como hemos expuesto con anterioridad, la obesidad es el resultado del desequilibrio entre el consumo y el aporte de energía. Este aporte de energía proviene fundamentalmente de tres fuentes: carbohidratos (entre ellos, el azúcar), proteínas y grasas. Cuando el organismo precisa energía la obtiene en primer lugar de los carbohidratos, y si no son suficientes, la obtendrá la reserva proteica²⁵. Si los carbohidratos no son consumidos, se almacenarán en forma de grasa y que por acumulación se podrá transformar en obesidad. Por otra parte, el consumo de grasas saturadas se ha considerado en las últimas décadas como el factor predisponente por excelencia de la obesidad; sin embargo, en la Declaración de Viena celebrada en 2013, se consideran los carbohidratos, y en concreto los azúcares, como los componentes alimentarios más perjudiciales para evitar la obesidad⁴⁴.

Ante esta realidad, el Plan de Salud llevado a cabo por la Consejería de Sanidad de la Región de Murcia, incluye una serie de programas de salud que inciden en la adquisición de hábitos saludables en los centros escolares. Para ello, el almuerzo funciona como herramienta indispensable, y se utiliza en los colegios como ejemplo práctico de comida saludable, implicando además a las familias para que continúen en casa en la misma línea²⁶. Además, en estos programas se

incluyen también estrategias para instaurar en los centros un ocio saludable, promocionando la actividad física tanto en los colegios como en el hogar.

La obesidad infantil ha generado en las últimas décadas un interés creciente, debido no sólo al aumento de su prevalencia, sino también a la elevada incidencia que presentan los problemas derivados de ella.

La Academia Americana de Pediatría establece una serie de complicaciones y enfermedades relacionadas con la obesidad infantil, en función del lapso de tiempo entre el inicio del episodio de sobre peso y el de comienzo de la enfermedad. De esta forma considera *inmediatas* a las complicaciones que cursan de manera simultánea al sobrepeso; *intermedias* o *mediatas* a las que tienen lugar en un lapso de 2 a 4 años posteriores al período en el que se ha sufrido tal sobrepeso, y *tardías* a aquellas que se manifiestan a largo plazo, ya en la edad adulta, en particular si el sobrepeso ha sido mantenido.

Uno de los motivos que ha dado la alarma en relación a las consecuencias derivadas de la obesidad infantil es el aumento de enfermedades en la infancia que anteriormente se consideraban ligadas a la edad adulta. Podemos ver un ejemplo en la tabla 4, de manera que observamos la resistencia a la insulina y la diabetes como una consecuencia inmediata de la obesidad; es decir, que en un periodo de 2 a 4 años de sufrir sobrepeso se puede desarrollar la enfermedad. Este es el caso de la Diabetes Mellitus tipo II, cuya frecuencia ha dado la voz de alarma a nivel mundial en la última década. Su incidencia en niños y adolescentes era de un 2-3%, y en los últimos años se ha incrementado en diez veces. Su aparición es el resultado de la interacción de factores genéticos y ambientales, por lo que su prevención se debe enfocar en el estilo de vida, principalmente en aquellos escolares con antecedentes de diabetes materna²⁷.

Tabla 4. Complicaciones y enfermedades relacionadas con la obesidad infantil.

Alteraciones	Osteo- musculares	Cardiovasculares y endocrinas	Psicológicas, neoplasias y otras
Inmediatas	Pie plano.	Resistencia a la insulina. Incremento de andrógenos, colesterol, lipoproteínas de baja densidad y triglicéridos. Diabetes.	Autoimagen deteriorada Pulmonares, menstruales.
Mediatas		Hipertensión arterial, hipercolesterolemia, lipoproteínas de baja densidad altas y lipoproteínas de alta densidad bajas.	
Tardías	Artritis.	Hipertensión vascular, enfermedad renal-vascular, aterosclerosis.	Neoplasias.
Otras			Apnea del sueño, esteatohepatitis no alcohólica, colelitiasis, pseudo-tumor cerebral, reflujo gastrointestinal y síndrome de ovario poliquístico

Fuente: Academia Americana de Pediatría¹⁸.

Otros de los problemas que pueden aparecer de manera inmediata son los problemas respiratorios u osteomusculares. En cuanto a los mediatos, con la hipertensión arterial de manera similar a la diabetes, ya que su incidencia en la edad escolar es cada vez mayor. Además, si tenemos en cuenta las complicaciones a largo plazo, las enfermedades cardiovasculares están asociadas a la obesidad en la infancia. Este hecho toma mayor relevancia al considerar que las enfermedades cardiovasculares, en la actualidad, conforman la mayor causa de morbimortalidad en los países industrializados, y en concreto en España²⁸.

En los países que presentan una mayor prevalencia de morbilidad y mortalidad por cardiopatía isquémica, los niveles de colesterol total en la edad infantil y juvenil son más elevados.

Además la obesidad, cuando surge en la infancia, tiene importantes consecuencias sociales, económicas y sanitarias, concibiéndose como un importante problema de salud tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo. En relación a las *consecuencias sociales*, los escolares con sobrepeso son objeto de mofa y burlas por parte de los compañeros. A nivel sanitario, el gasto estimado para la obesidad es aproximadamente de dos mil millones de euros anuales al año en España, lo que equivale a un 7% del total de gastos del Sistema Nacional de Salud.²⁹

Teniendo en cuenta esta perspectiva, es preciso que se lleven a cabo, a nivel estatal, autonómico y municipal, una serie de planes²⁶, programas³⁰ y proyectos³¹ dirigidos a promover la salud y una alimentación adecuada en la infancia, advirtiendo la obesidad como uno de los desajustes en la alimentación más importantes en esa edad. En España, en concreto en la Región de Murcia, desde el punto de vista educativo, existe un Plan de Educación para la Salud en la Escuela 2005-2010³² que ha sido diseñado con un marcado carácter multisectorial e interprofesional por las Consejerías responsables de Sanidad y Educación, teniendo en cuenta los principios y elementos de las Escuelas Promotoras de Salud.

4. Hábitos saludables en la infancia.

Los hábitos son las actividades de la vida cotidiana que realizamos diariamente y encaminadas a satisfacer las necesidades primarias (higiene, alimentación, sueño, vestido, utilización de los objetos cotidianos y desplazamiento).

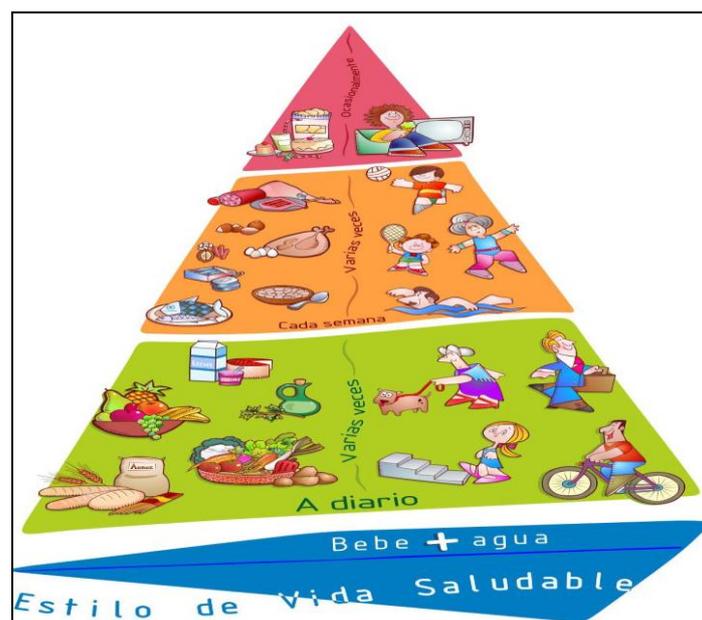
La infancia es la etapa crucial para el aprendizaje de estos hábitos, mientras que la adolescencia es una etapa determinante a la hora de configurar los hábitos

que perdurarán a lo largo de la edad adulta³³. Los hábitos son aprendidos fundamentalmente en el seno familiar pero se encuentran influenciados por varios factores. Generalmente se sostienen sobre pautas colectivas, incorporadas en el individuo como costumbres. No es suficiente por ejemplo, que un producto sea comestible para que acabe siendo comida por una persona: esto ocurrirá si lo consienten los parámetros culturales³⁴.

Como punto de partida para la determinación de unos hábitos saludables tomaremos la estrategia NAOS que articula diversas iniciativas encaminadas a promover una nutrición saludable y la práctica de ejercicio físico como claves para la prevención de la obesidad²⁵.

La información contenida en la Pirámide NAOS persigue difundir la adquisición de hábitos alimentarios saludables e impulsar la práctica regular de actividad física entre la población. Como novedad respecto a otras pirámides nutricionales, la pirámide NAOS incluye la actividad física y el consumo de agua en la base de la pirámide. Además, coloca en la cúspide aquellos hábitos que se consideran perjudiciales en la edad escolar, como el consumo de comida chatarra y la práctica de un ocio sedentario.

Fig. 7. Pirámide Naos



De manera similar, en el estudio Enkid se determinan una serie de factores asociados a la obesidad, que aúnan los hábitos alimentarios y los relacionados con la actividad física, resumidos en la tabla 5. En ella se puede ver una serie de factores que se han identificado como protectores de la obesidad infantil, como la lactancia materna, la práctica de ejercicio físico, el consumo adecuado de frutas y verduras y el hábito de un desayuno saludable.

Tabla 5. Factores asociados a la obesidad infantil.

GRADO DE EVIDENCIA	DISMINUCIÓN DEL RIESGO DE OBESIDAD	AUMENTO DEL RIESGO DE OBESIDAD
CONVINCENTE	Actividad física regular Alta ingestión de fibra dietética	Estilos de vida sedentarios Alta ingesta dietética de energía
PROBABLE	Ambientes en casa y escuela que conducen a elecciones de alimentos saludables en los niños Lactancia materna Realización de desayuno en casa	Comercialización intensiva de alimentos con alta densidad energética y existencia de puntos de venta de comida rápida Elevado consumo de bebidas y zumos de fruta azucarados. Condiciones socioeconómicas adversas
POSIBLE	Alimentos con un bajo índice glucémico	Tamaño grande de las raciones Elevada frecuencia de consumo de comidas preparadas fuera del hogar (países desarrollados) Patrones alimentarios (por ejemplo dietas estrictas/comportamientos periódicos de compulsión)
INSUFICIENTE	Incremento de la frecuencia de comidas	Alcohol

Fuente: Estudio Enkid.

De nuevo nos encontramos con factores relacionados con los hábitos de salud en la infancia. En cuanto a la alimentación, las evidencias apuntan como factores preventivos, la alta ingestión de fibra y la disminución en el consumo de alimentos energéticos, comida rápida y bebidas con azúcares añadidos. El resto de factores con un grado de evidencia convincente se asocian a la práctica de una actividad física regular, reduciendo con ello el ocio sedentario. La realización del desayuno en

casa y el nivel socioeconómico se consideran factores con un grado de evidencia probable, por lo que es necesario también tenerlos en cuenta en nuestro estudio.

Ante esta realidad y como parte de la estrategia NAOS, se puso en marcha en 2006 el Programa PERSEO³⁵ de promoción de la alimentación y la actividad física saludables en el ámbito escolar. Los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación y Ciencia, sus Direcciones Territoriales y Provinciales de Ceuta y de Melilla y las Comunidades Autónomas de Andalucía, Canarias, Castilla y León, Extremadura, Galicia y Murcia, plantearon un programa educativo que, promoviendo una alimentación saludable y la práctica habitual de actividad física, frenara la tendencia de incremento de la obesidad en la población infantil española.

En el programa piloto PERSEO se realizaron encuestas y controles al alumnado de primaria, de entre 6 y 10 años en una serie de escuelas seleccionadas, para así conocer la situación de partida respecto a sus hábitos alimentarios y sus actitudes relativas a la actividad física que desarrollan en la vida diaria. La evaluación de este programa establecía unos porcentajes de obesidad del 19,8% en niños y 15% en niñas, interpretando que el porcentaje mayor de niños obesos tenía que ver con las diferencias de género relacionadas con el culto al cuerpo.

De todo el contenido revisado hasta el momento, es evidente la preocupación existente por parte de distintas instituciones tanto educativas como de salud, respecto al grave problema que entraña el sobrepeso y la obesidad en nuestra población infantil. En este sentido son numerosos los estudios realizados, aunque no resultan concluyentes para nuestro proyecto por diversos motivos:

- Los estudios encontrados se basan fundamentalmente en una metodología cuantitativa a partir de datos como el IMC, percentiles, pliegues cutáneos..., de manera que dejan de lado la importancia del componente sociológico en los hábitos de salud.
- Otros estudios han utilizado cuestionarios para determinar la prevalencia de los hábitos no saludables en la etapa infantil, como en el caso de PERSEO. En cambio

encontramos en las diversas bases de datos utilizadas como LILACS, Scielo, CSIC, IBECS, PubMed, Cochrane Library, PROQOLID y otras, una deficiencia importante de estudios cualitativos en profundidad, ya sea a través de entrevistas en profundidad o grupos de discusión.

- Teniendo en cuenta el marco socio-demográfico que tenemos actualmente en España, y más concretamente en Murcia, creemos conveniente hacer más hincapié en las adaptaciones de estos estudios, planes y programas a los diversos patrones culturales que coexisten actualmente en la población escolar.

Consideramos por tanto imprescindible, tanto para la identificación de los hábitos de salud como para su comparación entre los diversos patrones culturales, un estudio cualitativo en profundidad a través de grupos de discusión, de manera que no queden sin representación los hábitos de los escolares inmigrantes, y por tanto la estimación de su obesidad, sobrepeso, tipo de alimentación, y actividad física.

5. La alimentación en la infancia: recomendaciones nutricionales y adaptación cultural

La alimentación es la forma de proporcionar al cuerpo humano las sustancias que le son indispensables para mantener la salud y la vida, denominadas nutrientes³⁶. Por tanto, no sólo remite a la satisfacción de una necesidad fisiológica, sino también a la diversidad de culturas y a todo lo que contribuye a modelar la identidad de cada pueblo. Tanto en la selección de alimentos, como en la manera de cocinarlos y comerlos influyen factores como la genética, fisiología, educación, economía, estructuras sociales y culturales, técnicas de producción agrícola, técnicas de preparación y cocción de los alimentos, representaciones dietéticas y religiosas, y en conjunto de la visión del mundo y de las tradiciones lentamente elaboradas a lo largo de los siglos.

La importancia de la alimentación en relación con la salud es muy relevante y, aunque desde los ámbitos sanitarios se suele abordar desde una perspectiva exclusivamente biológica, la antropología nos dice que la comida es necesaria no sólo para sobrevivir, sino para construirnos y perpetuarnos como hombres y mujeres, para vivir comunicándonos y en sociedad³⁷.

El acto alimentario es por tanto una confluencia de elementos biológicos, psicológicos y sociales como “un hecho humano total”³⁸. Así, el proceso migratorio va a verse afectado por todos esos elementos, de manera que al llegar al país de acogida una persona puede experimentar cierto grado de aculturación y desarraigo alimenticio. La adaptación o adopción de la población inmigrante a nuestro sistema culinario puede ser voluntaria o, como en la mayoría de los casos, algo irremediable al entrar en la vida socio-laboral española, colocando la alimentación como una pieza clave a la hora de representar el grado de integración de un inmigrante en la sociedad de acogida³⁹.

La coexistencia de una gran diversidad de culturas culinarias y hábitos alimentarios hace difícil delimitar lo que denominamos “alimentación saludable”. Esto se refleja en instituciones tan importantes para la infancia como la escuela. Además, se llevan a cabo programas tanto municipales como regionales que tienen como objetivo la alimentación saludable y la educación intercultural pero que no aúnan sus temáticas de manera particular en ninguno de ellos.

Sin embargo, las diferencias no son sólo culturales, sino que el comportamiento de las personas inmigrantes a la hora de adquirir alimentos está muy condicionado por su capacidad adquisitiva y valoración que en relación a ella cada país de origen hace de la alimentación⁴⁰. La adaptación resulta muy diferente si se procede de América del Sur o del Magreb. Por este motivo, y teniendo en cuenta que la mayoría de estos colectivos se caracterizan por una relativa escasez de recursos económicos, se generarán estrategias diferentes según sus hábitos alimentarios⁴¹. Por ejemplo, los inmigrantes musulmanes suelen comprar las verduras y lácteos en establecimientos más baratos porque son alimentos que no

son importantes; sin embargo otros alimentos como la carne “Halal” (que se ha sacrificado según normas prescritas) son muy valorados y se compran en establecimientos específicos, aunque su coste sea mayor.

En relación a sus hábitos, hay unas consideraciones culturales generales (tabla 6). Los Marroquíes enfocan más su comida a los rituales religiosos, que junto con el idioma conforman su barrera para la adaptación; tienen por tanto una limitación a la hora de comprar ciertos productos, fundamentalmente cárnicos, pero por otra parte su cultura gastronómica es bastante parecida a la española. Los ecuatorianos sin embargo, interpretan la comida desde un punto de vista más social y sus impedimentos adaptativos guardan mayor relación con los ingredientes y los horarios de comida.

Tabla 6. Características generales de la comida en Marruecos y Ecuador desde la perspectiva del inmigrante.

	Marroquíes	Ecuatorianos
Significación comida	Se centra en los rituales religiosos.	Es un momento social, de disfrute de la familia, y el ama de casa asume un rol de cuidadora.
Adaptación	No emerge una sensación de cambio excesivo ya que forma parte del eje mediterráneo y los ingredientes se asemejan. Echan de menos especias, harina de sémola, carne Halal y productos típicos del Ramadán.	Los tiempos de la comida ecuatoriana son más lentos y es difícil la adaptación horaria. Los desayunos y las comidas son distintas, en cuanto a los productos como a lo sensorial, y se adaptan a nuestra cultura por obligación. Echan de menos frutas, batidos y gastronomía en general.

Fuente: Inmigración y Consumo. Estilos de vida de los inmigrantes en España. ESIC⁴².

Por otra parte, el Ministerio de Sanidad ha elaborado la Estrategia Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (NAOS), a la que hemos hecho referencia con anterioridad, y que nos muestra un decálogo de alimentación saludable, similar al que se puede extraer de su pirámide. Sin embargo, a pesar de ser más explicativo, no tiene en cuenta las adaptaciones que se deberían realizar

según la cultura culinaria según sus dificultades económicas, de horarios o culturales.

Uno de los problemas para llevar a cabo este decálogo, y en concreto el punto número 6 destinado a la *comida chatarra*, estriba en que estas recomendaciones no están adaptadas a la diversidad cultural actual ni van acompañadas de políticas de salud lo suficientemente protectoras.

Tabla 7. Decálogo de recomendaciones nutricionales⁴³.

1. Cuanta mayor variedad de alimentos exista en la dieta, mayor garantía de que la alimentación es equilibrada y de que contiene todos los nutrientes necesarios.
2. Los cereales (en forma de pan, pasta, arroz...), las patatas y las legumbres deben constituir la base de la alimentación, de manera que los hidratos de carbono representen entre el 50% y el 60% de las calorías de la dieta.
3. Se recomienda que las grasas no superen el 30% de la ingesta diaria, debiendo reducirse el consumo de grasas saturadas y ácidos grasos trans.
4. Las proteínas deben aportar entre el 10% y el 15% de las calorías totales, debiendo combinar proteínas de origen animal y vegetal.
5. Se debe incrementar la ingesta diaria de frutas, verduras y hortalizas hasta alcanzar, al menos, 400 g/día. Estos es, consumir como mínimo, 5 raciones al día de estos alimentos.
6. Moderar el consumo de productos ricos en azúcares simples, como golosinas, dulces y refrescos.
7. Reducir el consumo de sal, de toda procedencia, a menos de 6 g/día y promover la utilización de sal yodada.
8. Beber entre uno y dos litros de agua al día.
9. Nunca prescindir de un desayuno completo, compuesto por lácteos, cereales (pan, galletas, cereales de desayuno...) y frutas, al que debería dedicarse entre 15 y 20 minutos de tiempo. De esta manera, se evita o reduce la necesidad de consumir alimentos menos nutritivos a media mañana y se mejora el rendimiento físico e intelectual en el colegio.
10. Involucrar a todos los miembros de la familia en las actividades relacionadas con la alimentación: hacer la compra, decidir el menú semanal, prepara y cocinar los alimentos.

Fuente: Estrategia NAOS

Haciendo referencia a estas políticas sanitarias, en Declaración de Viena de la Organización Mundial de la Salud del año 2013 se expuso lo siguiente: "*A los Estados se insta que regulen mediante instrumentos legales vinculantes a las corporaciones productoras de alimentos y bebidas extremadamente procesadas que promueven e impulsan dietas inadecuadas relacionadas con el predominio creciente de enfermedades no transmisibles.*"⁴⁴

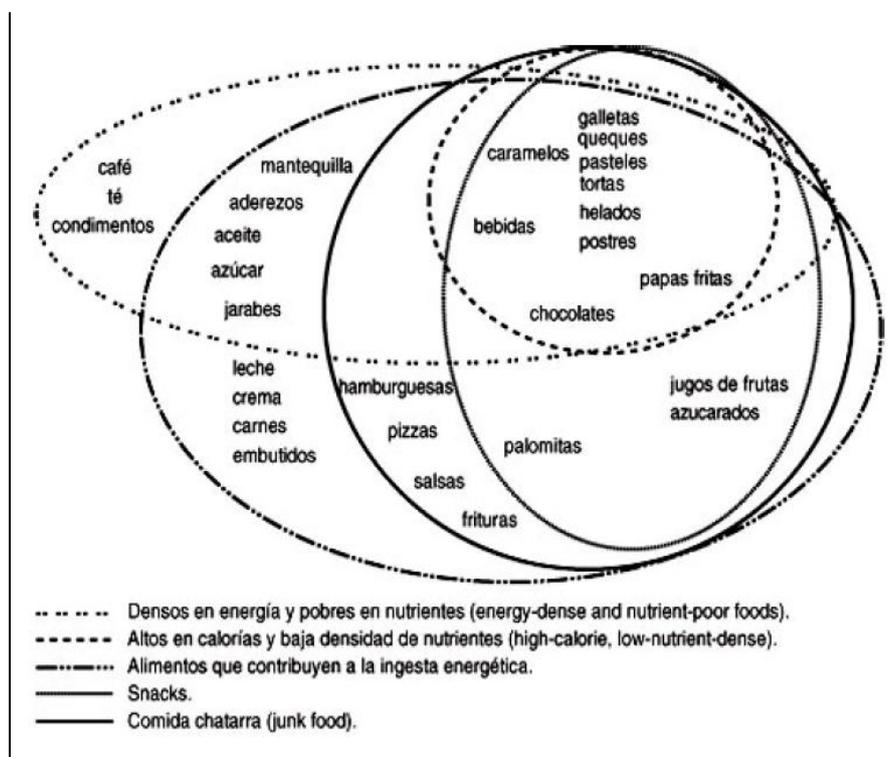
Además en esta línea se redactó, de manera previa a la declaración de la OMS, el Decreto nº97/2010 de 14 de mayo, por el que se establecen las características nutricionales de los menús y el fomento de hábitos alimentarios saludables en los Centros Docentes no Universitarios en la Región de Murcia⁴⁵. Los puntos más importantes a destacar son la supervisión de los menús de los comedores de estos centros y la prohibición de venta de alimentos hipercalóricos en los establecimientos o máquinas expendedoras de éstos.

Esta determinación viene avalada por diversos estudios que ponen el punto de mira de la obesidad infantil en el consumo de lo que se denomina "comida chatarra". Desde una perspectiva antropológica el concepto de golosina o "comida chatarra" se relaciona con un producto infantil, relativamente prohibido, consumido en horarios irregulares y de escaso valor nutritivo. Los conceptos y tipo de productos se podrían englobar según la figura 8. En ella se puede observar que, algunos de los alimentos que se ilustran, se encuentran enlazados en todas las líneas. Según este estudio antropológico, estos productos son los que, teniendo en cuenta cualquier perspectiva, habría que modificar o rechazar de cualquier dieta. Nos referimos en este caso a galletas, bizcochos, pasteles, tortas, helados, postres, caramelos, patatas fritas, chocolates y bebidas industriales.

Además, en estos productos, al ser la mayoría de procedencia industrial, es difícil controlar los nutrientes o aditivos perjudiciales que los componen. Uno de los problemas a este respecto es el etiquetado, cuya interpretación es difícil para la mayoría de las personas no especialistas.

En EEUU, la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) ha propuesto un cambio en el etiquetado con el objeto de ofrecer más transparencia al consumidor sobre los productos que consume, y prevenir así la obesidad⁴⁶. A nivel europeo, ha habido un cambio de normativa relativa al etiquetado que se desarrolla en Reglamento europeo 1169/2011 sobre información al consumidor⁴⁷, pero que no será de obligado cumplimiento hasta el 13 de diciembre de 2016.

Fig. 8. Conceptos utilizados en investigaciones asociados a golosinas⁴⁸.

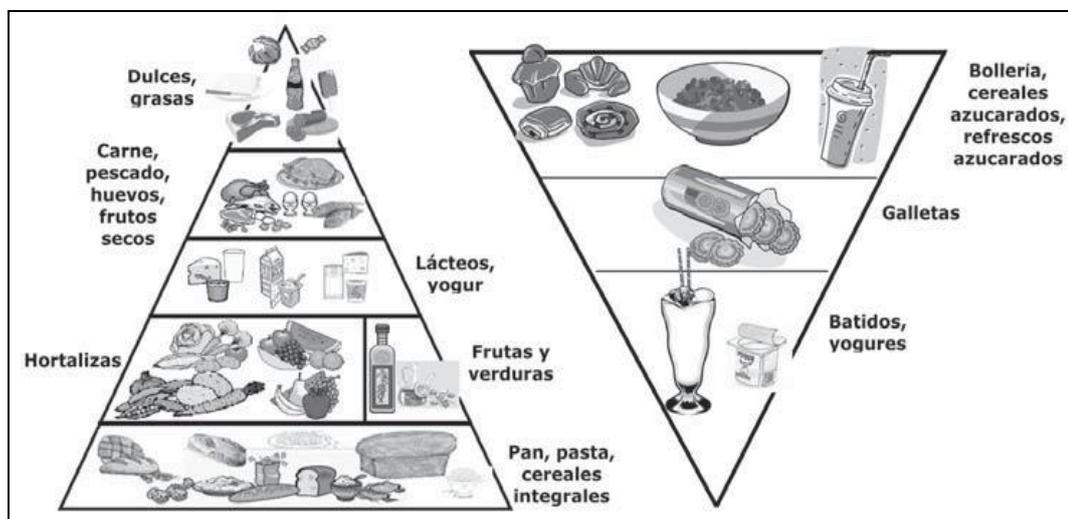


Hasta ahora hemos tenido en cuenta factores predisponentes a la obesidad que tienen que ver con los hábitos de los escolares, y de cuya instauración son responsables ellos mismos, sus familias, sus maestros, los profesionales sanitarios, e incluso a nivel político, los promotores de campañas o proyectos relacionados con la obesidad infantil o los encargados de establecer decretos de prohibición de determinados alimentos.

La publicidad es en otro contexto un actor a tener muy en cuenta. La teoría del aprendizaje social establece que las conductas son aprendidas en gran parte por imitación, y que por tanto los entornos son los que van a determinar la conducta. La televisión forma parte del entorno familiar de los escolares, con el agravante de que son más susceptibles; se considera que antes de los doce años no se ha desarrollado la capacidad de ser críticos con los programas o la publicidad⁴⁹. Además, según un estudio reciente sobre la publicidad en distintos países, un 67% de los anuncios de alimentos son de alimentos no esenciales.⁵⁰ En España la publicidad está regulada por la Ley 17/2011, de 5 de julio, de seguridad alimentaria y nutrición, en la que se hace hincapié en la publicidad alimentaria dirigida a menores de quince años. A partir de esta Ley se creó el Código PAOS (Código de Autorregulación de la Publicidad de Alimentos y Bebidas dirigidas a menores, prevención de la Obesidad y Salud)⁵¹, con la particularidad de que dicho código ético es voluntario y de aplicación autocontrolada.

En este sentido se puede observar una gran discrepancia entre la dieta compuesta por los alimentos anunciados y una dieta normal recomendada para los escolares. La diferencia es tal que resultaría una pirámide prácticamente inversa a la recomendada, resultando los alimentos ricos en azúcar los de mayor consumo.

Fig.9. Comparación entre la pirámide nutricional aconsejada y la pirámide nutricional que se obtendría con los alimentos ofertados en los anuncios durante la programación infantil.⁵²



6. Actividad física en la infancia.

Para prevenir la obesidad, uno de los principales objetivos es conseguir una actividad física que permita mantener un peso adecuado.

Su repercusión en el gasto energético total diario permite diferenciar dos tipos de actividad física:

- **Actividad física espontánea (AFE).** Ocupa la mayor parte del gasto por actividad física. Para un individuo, su AFE es la suma de sus actividades normales tales como juego, paseo, asistencia a clase, tiempo de ordenador y de televisión, todo ello influenciado por el estilo de vida.
- **Ejercicio físico.** Se denomina así a la actividad física intensa, planeada, estructurada y repetitiva para obtener una buena forma corporal, lo que proporciona un gasto energético extra. Se realiza normalmente durante cortos períodos de tiempo y puede ser que no repercuta en los depósitos energéticos si el individuo presenta alternancia con fases prolongadas de actividad leve, de modo que el gasto energético total del día no se modifica⁵³.

La AFE realmente tiene más peso en el gasto energético total, porque eleva el gasto basal durante todo el día. Lo más importante por tanto es educar en una vida activa en la que se practiquen habitualmente una serie de movimientos cotidianos como andar, correr, disminuir el uso del transporte mecanizado, subir escaleras, participar en las tareas del hogar, incorporar el ejercicio a las actividades de ocio...etc., si además esto se combina con el ejercicio físico estaríamos hablando de “actividad física habitual”.

En sentido contrario, el ejercicio físico entendido como un entrenamiento físico sostenido, repercute en los escolares con otro tipo de beneficios independientes del gasto energético. Se considera que mejora por tanto habilidades físicas, pero también psíquicas y sociales.⁵⁴

En España, a la edad de 11 años los escolares declaran realizar práctica de actividad física habitual alrededor del 24% de las niñas y el 32% de los niños, según los datos del estudio de la OMS "Health Behavior in School Children" del año 2008⁵⁵, mientras que el estudio EnKid sitúa la prevalencia de práctica de actividad física en el 52,9% de los varones y el 28,6% de las niñas entre los 10 y 13 años.

Ambos estudios utilizan un cuestionario para estimar la actividad física cotidiana, pero utilizan distintos valores para definir un estilo de vida activo. La OMS considera activa a una persona que practica ejercicio durante más de una hora durante al menos cinco días a la semana, mientras que en el estudio EnKid considera activas a las personas que realizaban deporte durante su tiempo libre dos o más días a la semana, siendo por tanto menos preciso y no adaptándose a las recomendaciones generales de práctica de actividad física habitual.

Basándonos en todos estos estudios, es conveniente como primer paso, describir una serie de conductas de vida saludables y perjudiciales, con el fin de orientar los hábitos saludables en relación a la actividad física de los escolares. En este sentido podríamos hablar de un patrón saludable cuando la actividad es moderada, alcanzando por tanto unos mínimos de actividad en diferentes ámbitos, que alcanzan desde los desplazamientos y las tareas cotidianas, a la realización de algún deporte concreto.

Por último, hay que tener en cuenta que para una persona con sobrepeso u obesidad el ejercicio físico será más difícil y desagradable, por lo que no podrá disfrutar con una actividad que probablemente le produzca dolor o fatiga precoz⁵⁶. Además desde el punto de vista psíquico, los obesos pueden sentir vergüenza de su cuerpo, por lo que no hacen ejercicios para que su condición no sea evidente; y desde un punto de vista sociológico, éstos son susceptibles de ser rechazados del grupo por su condición de obesos, por lo que sus obstáculos psicológicos pueden llegar a ser más negativos incluso que los físicos⁵⁷.

Tabla 8. Conductas de la vida cotidiana asociadas a diferentes patrones de actividad física y su relación con la salud.

<i>Descripción del patrón</i>	<i>Conductas asociadas</i>	<i>Relación con la salud</i>
<i>Sedentario</i>	Se desplaza normalmente en coche o autobús para ir al colegio. Sólo realiza la Educación Física obligatoria. Su ocio es predominantemente pasivo. Pasa mucho tiempo frente al televisor, con videojuegos o conectado a la red.	Perjudicial.
<i>Actividad deficiente</i>	En alguna ocasión camina o utiliza la bicicleta para desplazarse al colegio. Participa en algunos juegos en el centro escolar. Ocasionalmente, colabora en tareas domésticas ligeras o realiza algún tipo de actividad física durante su tiempo libre, pero siempre menos de 1 hora diaria.	No alcanza el mínimo imprescindible.
<i>Actividad moderada</i>	Se desplaza activamente al colegio y participa en juegos y actividades en el centro. Colabora normalmente en las tareas del hogar. Realiza algún deporte en su tiempo libre varias veces a la semana.	Patrón saludable
<i>Actividad alta</i>	Igual al anterior, pero además realiza actividades deportivas todos o casi todos los días de la semana.	Patrón saludable.
<i>Actividad intensa</i>	Realiza actividad deportiva muy vigorosa y entrena sistemáticamente todos los días de la semana durante mucho tiempo.	Patrón de actividad saludable pero no exento de riesgo de complicaciones de salud.

Fuente: Estudios sobre la Actividad Física en la Infancia. Universidad de Murcia⁵⁸.

Según la Encuesta sobre hábitos de vida saludables⁵⁹ realizada por la Fundación Alimentum, el 45% de los niños españoles dedican más de dos horas diarias a formas de ocio pasivo como ver la tele, jugar con la videoconsola u otras actividades de ocio tecnológico. Además, si tenemos en cuenta que durante ese tiempo es más probable que consuman "comida chatarra" y que vean publicidad que la fomente, podemos entender la relación entre las horas de televisión y la obesidad resultantes en el estudio ALADINO.

Tabla 9. Porcentaje de escolares que dedican más tiempo a actividades de ocio sedentarias. Estudio ALADINO.

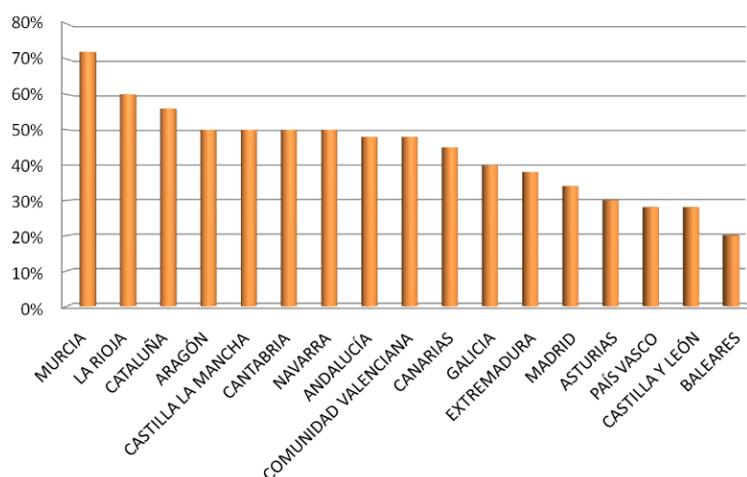
	Normopeso	Sobrepeso	Obesidad
Dedican más de 1h/día a jugar con el ordenador o consolas			
Entre semana	12,3	14,7	16,5*
Fin de semana	50,1	53,7	56,4*
Dedican más de 2h a ver TV o videos			
Entre semana	25,2	26,5	30,6*
Fin de semana	69,5	74,6 *	74,8*

* p<0,05, diferencias significativas respecto al grupo de normopeso.

Fuente: Estudio ALADINO.

Según la Fundación Alimentum, Murcia es la Comunidad Autónoma española en donde parecen estar más extendidas las fórmulas de ocio sedentario entre los más pequeños, de manera que el 72% de los padres encuestados reconocen que sus hijos dedican más de dos horas diarias al ocio pasivo. A Murcia le siguen en sedentarismo La Rioja y Cataluña, quedando en último lugar Baleares que, por otro lado y según el estudio Enkid, también tiene una de las cifras más bajas de obesidad.

Fig.10. Prevalencia del sedentarismo infantil por Comunidades Autónomas⁵⁹.



Fuente: Fundación Alimentum.

CAPÍTULO II

OBJETIVOS Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

1. Pregunta de investigación.

Teniendo en cuenta el contexto demográfico de la región de Murcia, y tras una revisión exhaustiva de las investigaciones relacionadas con los hábitos relacionados con la obesidad infantil, podemos advertir una escasez de estudios de corte cualitativo que nos permitan comprender la visión de las madres en relación con los hábitos, estilos de vida y estatus ponderal de sus propios hijos, durante la edad escolar.

Tras la lectura de la bibliografía consultada, es preciso conocer si las estrategias actuales para prevenir la obesidad infantil se traducen en conductas saludables en las diferentes poblaciones de estudio.

Surge por tanto la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los patrones culturales de la población escolar en relación con la prevención de la obesidad infantil, y qué percepción y conocimientos tienen sus madres acerca de este problema de salud pública?

2. Objetivo general

La pregunta de investigación nos guía hacia el planteamiento del objetivo general, que sería el siguiente:

Explorar y comprender las actitudes, conocimientos y patrones culturales asociados a la obesidad en los escolares ecuatorianos, marroquíes y españoles de la Región de Murcia.

3. Objetivos específicos

Por último, para implementar este objetivo general y dar respuesta por tanto a la pregunta de investigación, es preciso alcanzar una serie de objetivos específicos:

Objetivo 1: *Explorar la percepción y los conocimientos relacionados con la importancia de la obesidad infantil en la población inmigrante y autóctona.*

Objetivo 2: *Identificar las actitudes de las madres de los escolares acerca de los hábitos que predisponen a la obesidad en la infancia.*

Objetivo 3: *Establecer las diferencias entre los comportamientos y los patrones culturales asociados con la obesidad infantil entre los diferentes colectivos del estudio.*

CAPÍTULO III
MATERIAL Y MÉTODOS

La investigación cualitativa está emergiendo en el contexto sanitario, de manera que, cada vez se valora más la importancia de intervenir sobre las dimensiones sociales y culturales que afectan a los problemas de la salud; especialmente en el ámbito de la enfermería⁷¹. En este caso, y debido a las características y objetivos del estudio, hemos utilizado la *metodología cualitativa* frente al resto de las alternativas metodológicas, por diferentes razones.

En primer lugar, consideramos que es la técnica más pertinente e idónea a la hora de conocer y profundizar en la percepción de la salud de las madres y la descripción de hábitos de los escolares, ya que se utilizan datos subjetivos, reales, vivos, y cercanos al objeto de estudio⁶⁰.

En segundo lugar, hay que tener en cuenta que, este tipo de metodología está encaminada a recoger, a través del énfasis en el lenguaje, los significados, interpretaciones y definiciones de las situaciones. De este modo, capta los sentidos culturales y las percepciones de las madres en su totalidad⁶¹, que son las personas informadoras clave del estudio.

La metodología cualitativa cuenta con gran variedad de técnicas de aproximación a la realidad, entre los que se encuentran la entrevista y los grupos de discusión⁷¹. La justificación del uso de esta serie de técnicas se basa en la importancia que adquiere conocer la percepción, valoración e interpretación que las madres hacen de la realidad; para comprender en profundidad los hábitos, sus transformaciones sociales y culturales y las consecuencias que tienen para sus hijos.

Para que un estudio cualitativo tenga rigor científico es necesario que siga unos criterios explícitos para juzgar el método del trabajo. Éstos son:

Credibilidad: se logra cuando la información que se recolecta produce hallazgos que son reconocidos por los propios informantes⁶². Para ello se escuchó a los participantes de manera activa, reflexiva y manteniendo una relación de empatía

con los informantes. Además, esta credibilidad se ha podido constatar a través de las notas de campo tomadas durante las entrevistas y el uso de las transcripciones textuales⁶³.

Auditabilidad: es la habilidad de otro investigador para seguir la pista o ruta de lo que el investigador original ha hecho. Para ello, es imprescindible crear un registro y conservar la documentación de las decisiones e ideas que el investigador haya tenido en relación con el estudio⁶².

Transferibilidad o aplicabilidad: es la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones⁶⁴. Será preciso, por tanto, la descripción exhaustiva del lugar y características de las personas, tal y como hemos realizado en este proyecto. De esta forma, el grado de transferibilidad vendrá dado por la similitud entre los contextos.

Estos criterios dotarán a nuestro estudio de validez y confiabilidad, formando parte de las estrategias de verificación junto con las siguientes:

Muestreo apropiado para seleccionar a los participantes que mejor representen, o tengan conocimiento de los hábitos de salud de los escolares.

Recolección y análisis de informaciones recurrentes y concurrentes, para entender formas de vida repetidas que tienden a formar un patrón⁶⁵, logrando a la vez la interacción entre lo que se conoce, y lo que se necesita conocer.

Recogida de datos suficientes, hasta llegar a la saturación de la información.

Es importante matizar que, un estudio cualitativo no se debe limitar a recopilar, contrastar o generar conocimiento; debe contribuir a la solución de problemas relevantes para los seres humanos. En este sentido, es importante definir la utilidad práctica de los resultados de los estudios cualitativos y su aplicabilidad.

1. Poblaciones de estudio

La variable principal, según el objetivo de nuestro estudio, ha sido el lugar de origen de las madres y padres de los escolares, conformando así tres poblaciones distintas, con el objetivo de poder realizar, más fácilmente, un análisis comparativo.

Las *poblaciones de estudio* fueron:

- Población de origen español.
- Población de origen marroquí.
- Población de origen ecuatoriano.

Las poblaciones de estudio se componen, por tanto, de escolares con edades comprendidas entre 6 y 11 años; de origen ecuatoriano, marroquí y español, que residen en la Región de Murcia.

Los *criterios de inclusión* han sido los siguientes:

Escolares cuyas madres y padres sean de origen ecuatoriano, marroquí o español, con edades comprendidas entre 6 y 11 años y que tengan su residencia en la Región de Murcia un mínimo de tres años.

- Escolares cuyas madres y padres sean de origen español, con edades comprendidas entre 6 y 11 años.

En cuanto a los *criterios de exclusión*, han sido los que figuran a continuación:

- Escolares que padezcan enfermedades crónicas que les exijan llevar una dieta específica o que les impidan realizar una actividad física moderada.
- Escolares en adopción, ya que en ese caso sus patrones culturales se verían inculcados por madres y padres procedentes de Murcia, y por tanto similares a éstos.

- Escolares hijos de personas inmigrantes, y residentes en España durante más de 20 años.
- Escolares con progenitores de lugares de origen distinto.
- Escolares cuyas madres y padres hayan participado con anterioridad en otros grupos de discusión y conozcan bien el desarrollo de la técnica⁶⁶.

2. Muestra de estudio, variables de segmentación y perfiles de estudio.

La muestra está formada por escolares residentes en la Región de Murcia, y los informantes fueron en gran mayoría sus madres, aunque también participaron los padres y las abuelas de algunos niños y niñas.

Para su elección hay que tener en cuenta que en un estudio cualitativo se debe utilizar un “muestreo sistemático”⁶⁷, no representativo, de manera que nos permita estudiar la mayor variabilidad de comportamientos y comprender la realidad de los hábitos asociados con la obesidad. La selección de casos particulares nos ha permitido por tanto estudiar los fenómenos raros o inusitados.

Junto a la variable principal que definía las poblaciones de estudio, las variables estructurales que nos han permitido segmentar las poblaciones son la edad de los escolares, su sexo y el lugar de residencia.

La muestra se ha seleccionado de manera que se representen todos los puntos de vista posibles. Para ello se han configurado una serie de perfiles de estudio combinando las variables que, al menos potencialmente, pueden influir sobre las actitudes, creencias y comportamientos relacionados con los hábitos asociados a la obesidad.

En la tabla 10, se pueden visualizar los ocho tipos de perfiles de estudio distintos que serán imprescindibles en cada una de las poblaciones de estudio, de manera que en la muestra podamos encontrar a grupos de madres con opiniones y

experiencias distintas y así incluir cierta heterogeneidad entre los informantes del estudio.

Tabla 10. Variables de segmentación y perfiles de estudio

Variables	Sexo	Edad	Residencia	Perfiles de estudio
1	Niño	6-8 años	Urbana	Niños de 6 a 8 años, de residencia urbana
2	Niño	6-8 años	Rural	Niños de 6 a 8 años, de residencia rural
3	Niño	9-11 años	Urbana	Niños de 9 a 11 años, de residencia urbana
4	Niño	9-11 años	Rural	Niños de 9 a 11 años, de residencia rural
5	Niña	6-8 años	Urbana	Niñas de 6 a 8 años, de residencia urbana
6	Niña	6-8 años	Rural	Niñas de 6 a 8 años, de residencia rural
7	Niña	9-11 años	Urbana	Niñas de 9 a 11 años, de residencia urbana
8	Niña	9-11 años	Rural	Niñas de 9 a 11 años, de residencia rural

Fuente: Elaboración propia.

3. Recogida de datos: entrevista cualitativa.

Podemos definir la técnica de grupos de discusión como “una entrevista de grupo dirigida por un moderador a través de una guía de temas o preguntas abiertas, en la que la interacción grupal se utiliza como herramienta para generar y contrastar la información”⁶⁸. De esta manera, los datos de nuestro estudio se han generado a través de la realización de entrevistas, captando los discursos de las participantes que se fueron creando a través de una serie de preguntas de diverso tipo. Los discursos fueron captados a través de distintas técnicas y utilizando diversos recursos como la grabadora magnetofónica, la cámara de vídeo y un manual de notas. Tanto para la realización de las entrevistas, como para las grabaciones de vídeo y audio, y el tratamiento posterior de los datos, fue necesario conseguir el consentimiento de las participantes en el estudio. Se garantizó el

anonimato y la confidencialidad, asegurando que estos datos serían utilizados exclusivamente para el estudio.

Por otra parte, durante las sesiones, además de la moderadora, se contó siempre con otra persona que se dedicó a anotar las observaciones que no podían ser captadas verbalmente ni a través de la cámara de vídeo. Este recurso resultó indispensable para la transcripción de muchas entrevistas, fundamentalmente de las realizadas a madres marroquíes cuyas expresiones literales eran difíciles de interpretar. Asimismo, se registraron ciertas aclaraciones, o movimientos que la cámara de vídeo no podía captar, bien porque ciertos grupos denegaron la grabación en vídeo o por ser demasiado sutiles.

Para reducir las posibles inhibiciones en las intervenciones, al comienzo cada entrevista siempre explicamos las normas y motivamos a las participantes para que se expresaran con libertad.

4. Técnica empleada en la entrevista: grupos de discusión

En esta investigación se ha pretendido dar voz y conocer la opinión de las madres de escolares autóctonos, ecuatorianos y magrebíes de Murcia para que expongan sus percepciones en relación a los hábitos de sus hijos.

Para ello, ha sido preciso en primer lugar concretar los hábitos a los que nos referimos, y hacer una revisión bibliográfica que nos acerque a la situación actual a través de los diversos estudios, planes, programas y proyectos tanto de Murcia como de otras comunidades, cuya principal pretensión es la prevención de la obesidad infantil y otras enfermedades asociadas.

Dado que el propósito de nuestro estudio es examinar diferentes hábitos y los distintos puntos de vista hacia ellos, hemos creído conveniente utilizar un método adecuado para explorar tales enfoques a la vez que permita la obtención de datos válidos y creíbles. Los grupos de discusión son el mejor método para aprehender los

significados del comportamiento, y ha sido por tanto la técnica a emplear, gozando de una gran cantidad de ventajas idóneas para implementar nuestros objetivos de estudio.

Tabla 11. Ventajas de los grupos de discusión para nuestro estudio.

Conveniencia de la técnica de grupos de discusión para el estudio de los hábitos de salud.

- . El centro de interés del estudio lo constituye la visión colectiva sobre los hábitos asociados a la obesidad infantil. Además los grupos de discusión nos permitirán recuperar el contexto social y cultural de estos hábitos.
 - . Permiten utilizar al grupo como unidad de análisis para reproducir el discurso sobre la situación de la población infantil respecto a los hábitos saludables, haciendo énfasis en la población inmigrante.
 - . Sitúan a los participantes en situaciones reales y naturales versus las condiciones rígidamente estructuradas de las situaciones experimentales.
 - . El formato de las discusiones en los grupos de discusión le ofrece al moderador la flexibilidad necesaria para explorar asuntos que no hayan sido anticipados.
 - . Poseen validez aparente, la técnica es fácil de entender y los resultados son creíbles para los usuarios de la información.
 - . El costo de las discusiones de grupo de discusión es relativamente bajo.
 - . Los grupos de discusión son ágiles en la producción de sus resultados.
 - . Los grupos de discusión le permiten al investigador aumentar la muestra de estudio sin aumentar dramáticamente el tiempo de investigación.
 - . Será de utilidad para el dominio de quejas y demandas hacia otros colectivos o instituciones relacionadas con los hábitos saludables.
-

Fuente: Universidad Autónoma de Madrid. Modificado⁶⁹.

De forma previa al inicio de las sesiones, diseñamos un guión orientativo de la entrevista con las temáticas a tratar, con la intención de que no quedase ningún objetivo sin tratar. Para este guión se utilizó la búsqueda bibliográfica realizada referente a los hábitos de los escolares que se asocian a la obesidad infantil, fundamentalmente aquellos relativos a la alimentación, la actividad física y el ocio en la edad escolar.

4.1. Composición de los grupos.

A la hora de determinar la composición de los grupos ha sido esencial la existencia de cierta homogeneidad intragrupal. Esta homogeneidad permite la interacción de los participantes y que las opiniones expresadas puedan ser discutidas y matizadas en función de las visiones y perspectivas de otros participantes⁷⁰. Por otra parte, en un grupo demasiado homogéneo, las opiniones y experiencias pueden no ser reveladas por no existir en el grupo una atmósfera de contradicción, dando lugar a resultados simples y obvios.

Por el contrario, si el grupo es demasiado heterogéneo las diferencias pueden provocar pérdidas de información. Esto se debe a que los participantes pueden sentir desconfianza al pensar que el resto de miembros del grupo tienen características o niveles de conocimiento demasiado diferentes, resultando por tanto, improductivos.

Por todo ello, la homogeneidad y la heterogeneidad se combinaron después de ponderar bien las ventajas o desventajas, las conveniencias y los inconvenientes de cada caso particular. En este caso tomamos como únicas variables de homogeneidad el lugar de origen que define la población y el contacto que nos facilitó la información; ya fuera a través de un centro docente; un centro de salud; o una ONG. Lo decidimos así porque consideramos que son variables que pueden influir en la expresión de distintos puntos de vista y por la facilidad estratégica para el agrupamiento.

Otro de los factores importantes en la composición del grupo es que los integrantes no deben conocerse entre sí. Este punto resultó difícil de llevar a cabo en nuestro estudio debido a que el método de captación y los espacios utilizados eran comunes. Por este motivo tuvimos que escoger a padres y madres de alumnos de distintos cursos (en el caso de los colegios) y zonas asegurándonos de que no se conocieran entre sí.

Por último, se pretendió que, dentro del colectivo marroquí, los participantes tuvieran conocimiento del castellano (expresión oral y comprensión); aunque finalmente se optó por utilizar un traductor en dos grupos, y en el resto, las madres que sabían castellano intermediaron como traductoras informales.

4.2. Número de participantes/grupo

Para conformar los grupos focales, es necesario identificar cuántas personas deben participar en las sesiones de dichos grupos de discusión. Según diversos autores se establece un número adecuado entre 4 a 10 participantes por sesión. Además el grupo se completa con un moderador y, si es posible, un observador⁷².

El número de participantes por sesión está determinado por el número potencial de participantes, que teniendo en cuenta los escolares de cada colectivo y las dificultades de acceso a sus madres y padres, resultó ser de 98 personas. Como paso previo estimamos una población de participantes potenciales, contactamos con ellos, y realizamos un sondeo.

Existen varias ventajas al confirmar estos grupos potenciales por medio de un sondeo exploratorio. Este proveerá información general sobre los entrevistados, que permitirá una mejor selección y un conocimiento sobre la disposición a colaborar o a participar. Esta metodología de seleccionar a los participantes ayuda a ahorrar mucho tiempo en la selección final ya que a priori se puede intuir si la gente estará disponible o no.

En un principio se asumió que algunos de los invitados no aparecería, por esta razón, se seleccionó una población de reemplazo (10 % de los invitados originales). Se pretendió así que, a pesar de las ausencias de última hora, el grupo quedase finalmente conformado por 6 o 7 personas de media, considerando por tanto algunos mecanismos que faciliten la asistencia.

4.3. Número de entrevistas

Tal y como señala la metodología cualitativa, no se pudo establecer un número de entrevistas “a priori”, sino que se realizaron las entrevistas necesarias para obtener los datos pertinentes hasta a llegar al punto de saturación, en el que la información se hizo redundante y repetitiva, de manera que ya no era posible generar un mayor número de datos⁷¹.

Se comenzó por tanto por la realización de seis entrevistas, dos por cada grupo poblacional. De estas seis entrevistas, tres fueron realizadas en un contexto rural (Torrepacheco y Fuente Álamo) y tres en un contexto urbano (Murcia). Debido a la existencia de tres grupos poblacionales tan diferentes, se consideró que se llegó a la saturación de la información al cabo de 17 entrevistas. En este punto, las opiniones de los participantes ya no aportaban información nueva, por lo que resultó innecesario formar nuevos grupos para realizar entrevistas⁷².

4.4. Lugar de realización de los grupos de discusión.

Para la realización de las sesiones utilizamos ubicaciones neutras, que no implicasen ningún tipo de simbología que pudiera sesgar de alguna forma los discursos de los participantes. Por este motivo se utilizaron lugares agradables, sin ruidos, con buena acústica para las grabaciones, libres de interrupciones y de manera que la disposición de los asientos fuera lo más neutral posible. Se utilizaron salas ubicadas en las mismas instalaciones en las que se estableció el contacto con los participantes, para facilitar su asistencia. Además se les ofrecieron guías y fichas facilitadas por la consejería de sanidad con información sobre la prevención de la obesidad infantil, y refrigerios para que las entrevistas fueran más llevaderas.

Se utilizaron los siguientes espacios:

- Salas de profesores o biblioteca de cada uno de los centros escolares que utilizamos para la captación.
- Sala de conferencias de biblioteca municipal de Torrepacheco.
- Sala de reuniones de Cáritas, Murcia.

4.5. Guión de la entrevista.

Durante la entrevista el papel de la moderadora fue de suma importancia, ya que es quien ha de transmitir interés, motivación y confianza, teniendo en cuenta en todo momento la información que pretende obtener. De esta forma se comenzó por preguntas abiertas, llevando el curso de la entrevista de lo general a lo específico, y siendo lo suficientemente concretas y estimulantes para los participantes. Durante las entrevistas y teniendo en cuenta la diferencia entre las tres poblaciones de estudio, se trató de adaptar el vocabulario y la comunicación no verbal de manera que resultase comprensible y receptiva para todas.

Se realizó una primera introducción en la que se explicó en qué consiste la entrevista y el funcionamiento de la misma, creando un clima de confianza que les permitiese expresarse de una manera desinhibida con el grupo, y resolviendo las dudas que los participantes pudieran tener.

Para facilitar la obtención de respuestas en los grupos de discusión, diseñamos previamente un guión de la entrevista. A pesar de que la intervención de la moderadora fue mínima, se elaboró una serie de preguntas que permitan reducir imprevistos para implementar los objetivos y obtener la máxima información posible. Así, cada tema a tratar se sondeó en primer lugar por medio de preguntas principales o globales, para posteriormente profundizar a través de unas preguntas de seguimiento de la información y unas preguntas de sondeo. Se trató, por tanto, de plantear debate sobre los objetivos propuestos, interviniendo lo mínimo posible,

Comportamientos de salud relacionados con la obesidad infantil desde una perspectiva multicultural

por lo que cualquier respuesta por parte de las madres se consideró válida y adaptando el guión al transcurso de la sesión.

Tabla 11. Guión orientativo de la entrevista (I)

	PRINCIPAL	SEGUIMIENTO	SONDEO
	¿Qué aspectos de la salud os preocupan más?		
	¿Creen que la obesidad infantil puede considerarse un problema de salud pública en nuestra Región?	¿A qué edades es más frecuente? ¿Y más preocupante? ¿Qué piensan sobre la obesidad infantil?	¿Qué comportamientos influyen? ¿Qué consecuencias tiene?
ALIMENTACIÓN	¿Qué papel creen que desempeña la alimentación sobre la salud?	¿Cómo consideran que debe ser una dieta equilibrada en la infancia? ¿Y en la edad adulta? ¿Qué alimentos creen que son los más beneficiosos para su hijo/a? ¿Qué alimentos creen que son los más perjudiciales?	¿Qué opinan los demás sobre eso? ¿Qué se podría hacer para que coma más o evitarlos?
	¿Cómo es su alimentación?	¿Qué tipo de alimentos son los que más emplean para su alimentación? ¿Hay alguna comida o alimento que le guste especialmente? ¿Hay algún alimento que rechace en absoluto?	¿Quién y en base a qué se decide la dieta?
	¿Hay alguna norma de alimentación en casa?	¿Hay algún horario establecido en su casa para comer?	¿Qué suele tomar para... desayunar, almorzar, comer, merendar, cenar?

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 11. Guión orientativo de la entrevista (II)

	PRINCIPAL	SEGUIMIENTO	SONDEO
ACTIVIDAD FÍSICA	¿Qué papel cree que desempeña la actividad física en la salud?		
	¿Qué recomendaciones creen que deben seguir en relación con el ejercicio físico?	¿Qué motivaciones tienen para realizar ejercicio físico?	Diferencia de género
	¿Cómo es la secuencia de actividades a lo largo de un día?	¿En un día normal? ¿En un fin de semana? ¿Qué actividades cree que realiza con más agrado? ¿Cuáles piensa que rechaza o le son más difíciles? ¿Qué opinas acerca de esta actividad?	¿Por qué cree que dedica tanto tiempo a esa actividad? ¿Con quién y dónde la realiza? ¿Cuánto tiempo debería dedicarle?
	¿De qué forma cree que las horas de sueño influyen sobre la salud?	¿Siguen algunas reglas para las horas de sueño?	¿Hora de acostarse, levantarse, siesta?
	¿Algo que añadir?		

Fuente: Elaboración propia.

5. Transcripción de las entrevistas y análisis del discurso.

Tras la recogida de datos se realizó la transcripción literal reflejando los discursos literales, en el orden que se fueron produciendo, y teniendo en cuenta el contexto, énfasis, pausas y silencios que tuvieron lugar. Para ello se transcribieron las entrevistas durante los mismos meses que se fueron realizando, ayudándonos de la memoria y las observaciones anotadas para poder reproducir fielmente lo acontecido a pesar de las imperfecciones de las grabaciones.

A continuación se pasó a realizar lo que se denomina “análisis de contenido”, formulando inferencias reproducibles y válidas aplicadas a los contextos habidos. Para ello fue de gran utilidad la información extraída de las fichas de los participantes (anexo II).

Los datos obtenidos a partir de los grupos de discusión nos permitieron obtener a partir de este análisis de contenido, una descripción objetiva, sistemática y cualitativa del contenido manifiesto e implícito⁷³. Para ello nos centramos los contextos las tensiones entre las prácticas y legitimidades, eludiendo así la tentación de focalizar el análisis en función de las frecuencias⁷⁴.

Considerando el volumen de datos y la complejidad del procedimiento, utilizamos el *programa computacional Atlas.ti* como herramienta de apoyo al proceso de análisis. Sin embargo, a pesar de que el programa nos facilitó la codificación, fragmentación de los datos y construcción de relaciones sistemáticas entre las categorías de códigos, tenemos que tener en cuenta que la construcción de “teoría” ha requerido de la mirada subjetiva del investigador, que ha resultado indispensable a la hora de elaborar los resultados.

En este sentido, y de acuerdo con Olabuénaga,³⁶ las funciones de Atlas.ti y otros software del mismo tipo se pueden resumir en seis tipos de operaciones que son las siguientes:

- i. Localizar palabras y frases.

- ii. Crear listas de palabras.
- iii. Crear índices así como concordancias y palabras en su contexto.
- iv. Atribuir palabras clave a los segmentos del texto.
- v. Atribuir códigos a segmentos.
- vi. Conectar códigos a categorías.

Estas funciones del programa se agruparon en tres etapas que utilizamos para el análisis de nuestro estudio³⁶:

Preparación del documento. Previamente a codificar, después la lectura exhaustiva, se enmarcaron los textos en márgenes y se enumeró cada línea del texto. Se descompuso así el documento en unidades de análisis, a las que se le asignaron códigos y se relacionaron entre sí.

Categorización de la información de los datos: para ello se realizó un contacto primario con el documento, en el que se organizaron, clasificaron e hicieron lecturas iniciales de la información. Posteriormente se seleccionaron citas e incidentes de los documentos y a cada una se le fueron asignando códigos o palabras que identificaran lo seleccionado. La elaboración de los códigos y la elección de los segmentos seleccionados surgieron de manera inductiva, a partir de sucesivas lecturas de las transcripciones; aunque se tuvieron también en cuenta el marco teórico y los objetivos propuestos,

Estos códigos se agruparon en subcategorías, y éstas en categorías, que nos permitieron buscar los datos a posteriori, recuperarlos y recolectar aquellos segmentos que compartan la misma categoría. En la metodología cualitativa estas categorías corresponden a “ideas”, “conceptos” o “interpretaciones” abreviadas de las citas o incidentes de los documentos iniciales.

Proceso de estructuración de hallazgos y teorización. En esta fase se describieron los hallazgos y las proposiciones teóricas, para lo cual se sustentaron las categorías mediante un discurso interpretativo, coherentemente hilvanado y fundamentado

en lo dicho por los informantes. En esta fase, a través de la agrupación de los códigos, el programa es capaz de captar muchas cosas que serían imposibles de imaginar con las citas dispersas.

El surgimiento de hallazgos o de proposiciones teóricas ha dependido en gran parte del proceso de reducción analítica, es decir, de lo que se ha ido seleccionando como unidad de análisis, de la codificación y de la relación entre categorías³⁸.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que las técnicas de manipulación de datos deben ir siempre acompañadas de maneras posibles de pensar con ellos, de forma que vayamos más allá de los datos dando lugar a la generalización y uso imaginativo de “ideas” que guíen nuestra exploración e interpretación de los hábitos saludables en los escolares. Estas ideas han ido surgiendo a lo largo de toda la investigación mediante el apoyo de los recursos intelectuales, derivados de las perspectivas teóricas y las tradiciones sustantivas, la literatura investigativa y la experiencia propia.

Según Cofrey y Atkinson, “los métodos de recopilación y análisis de datos no tienen sentido cuando se los trata en un vacío intelectual y están divorciados de los marcos teóricos disciplinarios más generales y fundamentales. Debemos evitar tratar los métodos y la metodología como sustitutos de los temas académicos”⁷⁵.

La manera por tanto de pensar en los procesos de tener ideas es conceptualizarlos en términos del razonamiento abductivo, de manera que en nuestro estudio hemos ido identificando fenómenos particulares, y explicándolos a través de su relación con conceptos más amplios, abogando de esta forma por un enfoque intelectual y de mente abierta⁷⁶.

En los capítulos posteriores pasaremos por tanto a realizar una descripción detallada de los resultados hallados durante las entrevistas, fundamentándolos con las citas extraídas de éstas y contrastándolos con las investigaciones y el contexto que dan sentido a nuestro estudio.

CAPÍTULO IV

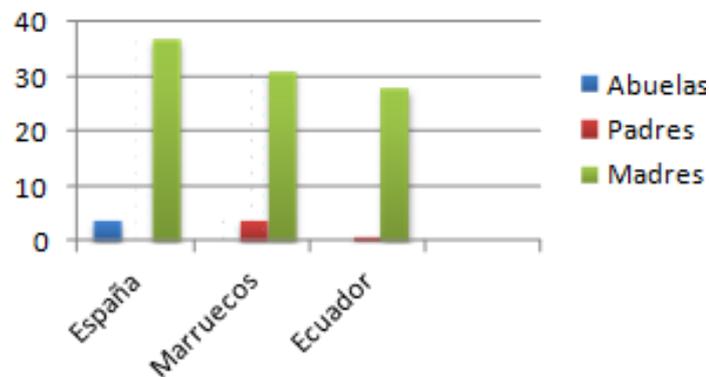
RESULTADOS

1. Perfil socio-demográfico.

De manera excepcional utilizaremos datos cuantitativos en este estudio para la descripción del perfil de los participantes. La saturación de la información obtenida a través de las entrevistas se alcanzó con la realización de 16 grupos de discusión en la que participaron 98 informadores. De estos informadores 35 procedían de Marruecos, 29 de Ecuador, y 41 de España.

En cuanto a la relación de parentesco, 5 son abuelas de los escolares , 5 padres de los mismos, y las 89 restantes eran madres de los niños y niñas objeto de estudio.

Fig 11. Perfil socio-demográfico de los participantes.



Fuente: Elaboración propia.

Como consecuencia del desequilibrio evidente que se produjo en la participación de los informadores, a partir de ahora nos referiremos a las madres de los escolares y a la percepción materna de la obesidad, a pesar de que hubiera una pequeña proporción de informadores con otra relación de parentesco: padres (5%), abuelas (4%).

Para elaborar la codificación que identifica a cada participante se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos:

- Letra en mayúscula según el lugar de origen que define a cada una de las poblaciones: Marruecos (M), Ecuador (E), España (A).
- Número de entrevista según orden de realización.
- Número asignado a cada asistente atribuido según el orden de las primeras intervenciones.
- Letra en minúscula según el parentesco de los participantes con los escolares pertenecientes a las poblaciones de estudio: m (madre), p (padre), a (abuela).

Sirviéndonos de los datos extraídos de la ficha socio-demográfica que se les entregó a todos los entrevistados (anexo I), pudimos obtener su edad, número de hijos e hijas, edad de éstos, lugar de procedencia de los informadores, municipio de residencia, centro de captación y, en el caso de que fueran inmigrantes, su año de llegada a España.

Teniendo en cuenta que los objetivos del estudio se refieren a escolares de edades entre 6 y 11 años, se pidió a las madres que, en el caso de que tuvieran algún hijo fuera de esa franja de edad, orientaran su discurso únicamente a aquellos en edad escolar.

Tabla 12. Características de la muestra de estudio: perfil socio-demográfico de los participantes (I)

código	Medio captación	Lugar de origen	Año llegada	Edad	Número hijos y edad	Número hijas y edad
M11m	C.S. El Carmen	Marruecos	2001	34	1 (6 años)	-
M12m	C.S. El Carmen	Marruecos	2006	27	1 (3 años)	1 (6 años)
M13m	C.S. El Carmen	Marruecos	1991	43	1 (10 años)	
M14m	C.S. El Carmen	Marruecos	1999	37	2 (11 y 4 años)	2 (5 y 7 años)
M15m	C.S. El Carmen	Marruecos	2004	30	1 (9 años)	
M16m	C.S. El Carmen	Marruecos	1998	35	1 (9 años)	
M17m	C.S. El Carmen	Marruecos	1999	32	1 (9 años)	2 (4 y 2 años)
M21m	Torre Pacheco	Marruecos	2010	29		1 (6 años)
M22m	Torre Pacheco	Marruecos	2004	35	2 (11 y 8 años)	
M23m	Torre Pacheco	Marruecos	1999	32	2 (12 y 7 años)	1 (12 años)
M24m	Torre Pacheco	Marruecos	2006	22	1 (9 años)	
M25m	Torre Pacheco	Marruecos	2004	33	2 (10 y 12 años)	

Tabla 12. Características de la muestra de estudio: perfil socio-demográfico de los participantes (II)

código	Medio captación	Lugar de origen	Año llegada	Edad	Número hijos y edad	Número hijas y edad
M26m	Torre Pacheco	Marruecos	1996	30	1 (10 años)	
M27m	Torre Pacheco	Marruecos	2008	23	1 (13 años)	2 (1 y 8 años)
M28m	Torre Pacheco	Marruecos	2007	40	1 (11 años)	1 (17 años)
M31h	C.P. Fontes	Marruecos	1999	46	2 (10 y 6 años)	1 (3 años)
M32h	C.P. Fontes	Marruecos	1996	45	2 (8 y 7 años)	1 (4 años)
M33m	C.P. Fontes	Marruecos	2007	37	1 (10 años)	
M34m	C.P. Fontes	Marruecos	2009	30		1 (7 años)
M35h	C.P. Fontes	Marruecos	1999	45	2 (6 y 15)	2 (8 y 18)
M41m	Cáritas Murcia	Marruecos	2007	36	1 (3 años)	1 (11 años)
M42m	Cáritas Murcia	Marruecos	2003	35	1 (7 años)	
M43m	Cáritas Murcia	Marruecos	2005	35	1 (6 años)	1 (9 años)
M44m	Cáritas Murcia	Marruecos	2006	30	2 (6 y 9 años)	
M51h	C.P. San Juan	Marruecos	2006	34	1 (2 años)	2 (4 y 7 años)
M52m	C.P. San Juan	Marruecos	2003	24	1 (7 años)	1 (4 años)
M53m	C.P. San Juan	Marruecos	2004	26	1 (8 años)	1 (10 años)
M54m	C.P. San Juan	Marruecos	2005	35	4 (6, 11 y 13 años)	
M61m	C.S. Fuente Álamo	Marruecos	2005	30	1 (11 años)	2 (7 y 5 años)
M62m	C.S. Fuente Álamo	Marruecos	2006	34	1 (11 años)	2 (2 y 6 años)
M63m	C.S. Fuente Álamo	Marruecos	2008	32	1 (1 año)	1 (7 años)
M64m	C.S. Fuente Álamo	Marruecos	2005	28	1 (2 años)	2 (4 y 7 años)
M65m	C.S. Fuente Álamo	Marruecos	2011	33		2 (0 y 7 años)
M66h	C.S. Fuente Álamo	Marruecos	2003	29	2 (6 y 8 años)	
M67m	C.S. Fuente Álamo	Marruecos	2007	30	2 (0 y 3 años)	1 (10 años)
M68m	C.S. Fuente Álamo	Marruecos	2007	24		1 (7 meses)
A11m	C.Ntra.Sra. Arrixaca	España		43	3 (9, 12, y 14 años)	
A12m	C.Ntra.Sra. Arrixaca	España		34	1 (6 años)	
A13m	C.Ntra.Sra. Arrixaca	España		42	1 (10 años)	2 (7 y 12 años)
A14m	C.Ntra.Sra. Arrixaca	España		42		1 (6 años)
A15m	C.Ntra.Sra. Arrixaca	España		44	1 (7 años)	1 (8 años)
A16m	C.Ntra.Sra. Arrixaca	España		24	1 (6 años)	
A21a	Torrepacheco	España		67	1 (8 años)	1 (10 años)
A22a	Torrepacheco	España		74	1 (11 años)	1 (3 años)
A23m	Torrepacheco	España		46	1 (11 años)	
A24m	Torrepacheco	España		40		2 (10 y 17)
A25a	Torrepacheco	España		77		2 (7 y 11)
A26m	Torrepacheco	España		45	1 (8 años)	1 (10 años)
A27m	Torrepacheco	España		46	1 (11 años)	
A28	Torrepacheco	España		48	3 (14, 20 y 24 años)	

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 12. Características de la muestra de estudio: perfil socio-demográfico de los participantes (III)

código	Medio captación	Lugar de origen	Año llegada	Edad	Número hijos y edad	Número hijas y edad
A31m	C.P. Cierva Peñafiel	España		39		2 (7 y 9 años)
A32m	C.P. Cierva Peñafiel	España		42	2 (3 y 9 años)	
A33m	C.P. Cierva Peñafiel	España		52	1 (27 años)	1 (9 años)
A34m	C.P. Cierva Peñafiel	España		44	2 (6 y 8 años)	
A35a	C.P. Cierva Peñafiel	España		68	1 (7 años)	1 (3 años)
A36m	C.P. Cierva Peñafiel	España		46	3 (9, 23 y 25 años)	
A37m	C.P. Cierva Peñafiel	España		36	2 (7 y 9 años)	
A41m	C.S. El Carmen	España		44	1 (15 años)	1 (10 años)
A42m	C.S. El Carmen	España		42	2 (11 y 17 años)	
A43m	C.S. El Carmen	España		38		2 (10 y 13 años)
A44m	C.S. El Carmen	España		41	1 (3 años)	1 (9 años)
A45m	C.S. El Carmen	España		43		2 (8 y 10 años)
A46m	C.S. El Carmen	España		56	1 (7 años)	2 (5 y 9 años)
A47m	C.S. El Carmen	España		37		2 (9 años)
A48m	C.S. El Carmen	España		45	2 (9 y 12 años)	
A49m	C.S. El Carmen	España		37	1 (17 años)	1 (10 años)
A51m	C.P. Sangonera	España		36		3 (5, 9 y 12 años)
A52m	C.P. Antonio D.D.	España		41	1 (14 años)	1 (11 años)
A53m	C.P. Antonio D.D.	España		33	1 (1 año)	2 (4 y 9 años)
A54m	C.P. Antonio D.D.	España		47	2 (16 y 22 años)	1 (10 años)
A55m	C.P. Antonio D.D.	España		41	2 (14 y 21 años)	2 (9 y 11 años)
A61m	C.S. Flota	España		43	1 (3 años)	1 (8 años)
A62m	C.S. Flota	España		50	1 (9 años)	
A63m	C.S. Flota	España		37		2 (6 y 8 años)
A64m	C.S. Flota	España		45		3 (8, 12 y 14 años)
A65m	C.S. Flota	España		46	1 (13 años)	2 (9 y 15 años)
A66m	C.S. Flota	España		40	1 (2 años)	2 (9 y 11 años)
E11m	Torrepacheco	Ecuador	2000	39	1 (9 años)	2 (11 y 15 años)
E12m	Torrepacheco	Ecuador	1999	33	1 (14 años)	1 (11 años)
E13m	Torrepacheco	Ecuador	2000	34	1 (7 años)	
E14m	Torrepacheco	Ecuador	2003	35	2 (9 y 21 años)	

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 12. Características de la muestra de estudio: perfil socio-demográfico de los participantes (IV)

código	Medio captación	Lugar de origen	Año llegada	Edad	Número hijos y edad	Número hijas y edad
E21m	C.P. San Juan	Ecuador	2002	37	2 (9 y 11 años)	
E22m	C.P. San Juan	Ecuador	2002	35	1 (13 años)	1 (11 años)
E23m	C.P. San Juan	Ecuador	2003	42	1 (13 años)	1 (7 años)
E24m	C.P. San Juan	Ecuador	2002	35		3 (9 años)
E31h	C.S. Fuente Álamo	Ecuador	2009	32	1 (6 años)	
E32m	C.S. Fuente Álamo	Ecuador	2003	27	1 (7 años)	1 (9 años)
E33m	C.S. Fuente Álamo	Ecuador	2003	25	1 (7 años)	
E34m	C.S. Fuente Álamo	Ecuador	2000	32		1 (9 años)
E35m	C.S. Fuente Álamo	Ecuador	2001	45		1 (7 años)
E36m	C.S. Fuente Álamo	Ecuador	2001	40	1 (0 años)	1 (8 y 16 años)
E37m	C.S. Fuente Álamo	Ecuador	2002	20	1 (6 años)	
E41m	Cáritas Murcia	Ecuador	2010	28		3 (3, 5 y 6 años)
E42m	Cáritas Murcia	Ecuador	2002	40	2 (16 y 17 años)	2 (11 y 19 años)
E43m	Cáritas Murcia	Ecuador	2002	38	2 (6 años)	
E44m	Cáritas Murcia	Ecuador	2001	29	1 (11 años)	
E45m	Cáritas Murcia	Ecuador	2002	43	4 (11, 14, 16 y 20)	1 (19 años)
E46m	Cáritas Murcia	Ecuador	2001	36		1 (11 años)
E47m	Cáritas Murcia	Ecuador	2005	40	1 (11 años)	1 (17 años)
E51m	C.S. El Carmen.	Ecuador	1998	44	1 (8 años)	3 (18, 21, y 23 años)
E52m	C.S. El Carmen.	Ecuador	2000	34	1 (9 años)	
E53m	C.S. El Carmen.	Ecuador	2008	35	2 (9 y 10 años)	1 (16 años)
E54m	C.S. El Carmen.	Ecuador	2008	31	2 (10 y 13 años)	1 (6 años)
E55m	C.S. El Carmen.	Ecuador	2006	25		2 (4 y 6 años)
E56m	C.S. El Carmen.	Bolivia	2006	30	1 (7 años)	
E57m	C.S. El Carmen.	Bolivia	2002	35	1 (0 años)	1 (6 años)

Fuente: Elaboración propia.

2. Categorías y códigos.

A lo largo de los subcapítulos de resultados seguiremos una estructura similar, en la cual iremos realizando una descripción de las entrevistas intercalándolas con la transcripción de las intervenciones. De esta forma los resultados se describirán siguiendo unos epígrafes que corresponden a las c códigos establecidos en la fase de análisis. Estos códigos se han ido agrupando en subcategorías, y éstas en categorías, para facilitar la misma codificación y su posterior análisis anexo (III).

Como ya se expuso en el capítulo de metodología, estas categorías fueron establecidas siguiendo un proceso inductivo, en el que los códigos se fueron extrayendo en base a los temas más recurrentes, contrastes en los hábitos, y relación con el marco teórico de los discursos de los participantes.

3. Alimentación escolar e influencia en la obesidad infantil.

3.1. Percepción materna sobre la necesidad de una alimentación saludable en la infancia.

De acuerdo con los participantes en los grupos focales, el mantenimiento de una dieta equilibrada es uno de los hábitos de salud indispensables en la educación de los escolares y uno de los principales factores a tener en cuenta en la prevención de la obesidad infantil. Además, una alimentación sana va a contribuir a un buen desarrollo en la infancia y a la prevención de una gran diversidad de enfermedades. Es esencial por tanto la adquisición de unos conocimientos apropiados acerca de qué es una dieta equilibrada en la infancia y cómo llevarla a cabo. El correcto manejo de una dieta sana, con las proporciones y combinación de alimentos adecuada, se convierte por tanto en una de las principales preocupaciones de madres y madres de cara a la educación de hábitos saludables.

"Yo creo que en cuanto más te alimentes en esta etapa más infantil ya que evitas enfermedades de los huesos en la edad adulta, como la osteoporosis"

E11m

"Yo a veces pienso que a la mayoría de mi gente nos preocupan muchas cosas, no conocemos muchos aspectos, por ejemplo no sabemos [...] qué debería comer un niño, entonces decimos come bien pero, ¿qué es lo que come?"

E53m

"La obesidad está influenciada no sólo por la alimentación, pero la alimentación tiene un peso importante. También por el estilo de vida."

"Yo estoy muy pendiente de la alimentación porque [...] tengo miedo de que pueda enfermar, porque apenas come nada. Sólo le gustan la leche, los danones y el huevo duro".

3.2. Hábitos alimentarios en la infancia: el desayuno.

Las madres de los escolares señalan el desayuno como una comida absolutamente necesaria para un rendimiento académico adecuado en la escuela. Empezar el día con los nutrientes adecuados es fundamental para que los niños puedan concentrarse en las horas lectivas previas al almuerzo. Además, a estas edades las clases requieren también un esfuerzo a nivel físico, para lo cual los niños deben contar con una reserva energética que debe suplirse a través de los nutrientes aportados en el desayuno.

"Para el estudio es mejor, y además cuando tienen horas de gimnasia antes del almuerzo se cansan mucho."

"Que vayan bien alimentados, claro su desayuno normal...alimentarse muy bien para que así puedan rendir en el colegio"

" Me he dado cuenta que se cambia el chip y es que se rinde al final muchísimo mejor. Y es que aguantan perfectamente hasta las doce si desayunan bien."

A62m

Independientemente de su lugar de origen, las poblaciones de escolares objeto de estudio presentan un régimen de comidas similar. Las diferencias más sustanciales en cuanto a hábitos de alimentación tienen lugar precisamente en el desayuno, bien en relación a sus cantidades o a su composición. Así, dependiendo de las familias se suele preparar un desayuno abundante, escaso, o incluso prescindir de él.

Esta variabilidad está relacionada con las apreciaciones que las madres hacen acerca de los beneficios del desayuno; por un lado consideran el desayuno como prioritario para la salud y el desarrollo en la infancia, mientras que otras justifican su ausencia por la escasez de tiempo, o incluso llegan a suprimirlo voluntariamente por pensar que es un factor predisponente a la obesidad infantil. De esta manera encontramos testimonios que enfatizan la importancia del desayuno, principalmente de cara al rendimiento escolar y el estudio.

La composición del desayuno es similar en las tres poblaciones de estudio, combinando para ello varios ingredientes recurrentes, como la leche, el cacao en polvo, galletas, madalenas o tostadas. El zumo de naranja por lo general se reserva al fin de semana, aunque hay bastantes familias que lo consumen a diario. En general, no se plantea la idoneidad de las galletas, la leche, el cacao en polvo, o las tostadas en el desayuno, dando a entender que son elementos saludables al no tratarse de repostería ni bollería industrial. Con las madalenas son menos benévolos, pero aún así hay madres que presumen de su consumo.

En ocasiones se recurre a productos industriales con la justificación de la falta de tiempo, aunque para evitarlos surge la alternativa de madrugar y preparar alimentos más saludables. A pesar de que los anteriores elementos son comunes a

las tres poblaciones de estudio, los desayunos de la población ecuatoriana contienen otros ingredientes que incrementan su variabilidad, consumiendo con frecuencia zumos, fruta, batidos, o incluso comidas bastante consistentes como tortillas, huevo tibioⁱ, o pasta de diferentes clases.

"El mío desayuna cada día una cosa como leche con galletas o algo así."

M42m

"Alguna "oreo" o alguna tostada con aceite y sal, o madalenas, galletas. A27m

"Por ejemplo hoy le di zumo de naranja, una galletita y un quesito de esos que viene como el de Burgos." E13m

"Yo les hago leche, y a veces les hago hacer la tostadita con quesito burgos y miel de abeja, un vasito de leche, tomate rallado con aceite de oliva." E14m

"El mío por la mañana se toma un huevo tibio o tortilla y zumo de naranja o batido de frutas." E25m

"En la mañana antes yo le daba un pan, un vaso de leche, pero ahora ya no quieren eso, ahora quieren que les haga unos espagueti, un arroz con una chuleta frita." E35m

"Tienen un vaso de Nesquikⁱⁱ preparado y tres tostadas con mantequilla, ese es el desayuno, y se van al colegio." A37m

"Sólo toma un vaso de leche, y luego ya en el colegio." M68m

La elección de los menús que componen el desayuno suele tener más relación con la premura, la tradición cultural y los gustos de los niños que con las

ⁱ Comida típica de Ecuador en la que se cuece un huevo de manera que su yema quede parcialmente líquida.

ⁱⁱ Preparado industrial compuesto de cacao en polvo.

propiedades nutritivas de los alimentos. En este sentido, la leche resulta una excepción, de manera que es identificada como esencial y necesaria en la dieta de los escolares por sus características nutritivas.

"Las mías son lentas comiendo. Entonces en el desayuno voy siempre metiendo prisa, y entonces bueno... El vaso de leche con Cola-caó y cereales, bizcocho, o lo que haya." A66m

"Cuando tiene prisa se toma el Cola-caó nada más." E23m

"Sí, la leche es lo mejor, para los huesos. Yo mi hija sólo toma leche, y la otra no la quiere, toma té." M62m

"Por la mañana prefieren dulces, no quieren tomar pan, ¿no? Por la mañana quieren tomar dulces." M15m

"Por ejemplo hoy me ha cogido con prisas, he hecho un batido de frutilla con leche y se ha tomado un buen vaso de batido." E24m

Los desayunos de los fines de semana son diferentes en las tres poblaciones, en especial en la marroquí, en la que es tradición que el hombre elabore un pan especial, el M'semen, para demostrar que "está feliz y descansado" después de la semana de trabajo. Estos productos son considerados saludables para las marroquíes por el hecho de haber sido elaborados en el hogar.

"Y el sábado y domingo se toma el vaso de leche con Cola-caó y le preparo yo nuestro desayuno, que son tostadas con té, u otra cosa... El pan lo hago yo en casa." M34m

"Sí, el pan es diferente, por ejemplo por la mañana no es pan normal, es otro. El marido como no trabaja sábado y domingo, tiene que preparar algo para demostrar que está feliz, que está sentado y descansado." M36m

"En mi caso los tres desayunan en casa leche con galletas. El crío a veces toma algo de madalenas y pan tostado, que le gusta; aunque como vamos casi siempre con prisa, eso es más para el fin de semana." A65m

Hay algunos escolares que por el contrario no desayunan y esperan hasta la hora del almuerzo, en el colegio, para realizar la primera comida del día. Las razones son normalmente la premura por llegar a clase, la sensación de nauseas matutinas, o simplemente que las familias no le dan la importancia suficiente al desayuno como para insistir en la implantación del hábito. Como caso extremo, se estima el desayuno como un factor predisponente para la obesidad infantil, y por tanto perjudicial, lo que conlleva a la supresión de esta comida en la dieta diaria.

"No desayuna nada, sólo coge el almuerzo." M68m

"Es muy difícil que se tome algo antes de venir. Muchas veces se toma un poco de zumo de esos que llevan mezclado un poco de leche, pero no tiene gana, dice que tiene angustia, y muchas veces se viene sin desayunar." A26m

"Desayunar no porque entonces se me engordan más, en la escuela sí, su bocadillo, su yogurt su zumo y ya está." E53m

"Porque no da tiempo, o porque voy muy acelerada, mis nietas vienen al colegio por la mañana sin desayunar." A25a

Otra de las causas de la omisión del desayuno en las comidas diarias, es la ausencia de este hábito en sus padres, de manera que ellos mismos reconocen que no desayunan, o si lo hacen es de manera ligera y con rapidez.

"Y yo el tema del desayuno obligando toman leche y un trozo de pan, pero es que yo me paro a pensar y debe ser costumbre familiar, porque yo en la vida he desayunado más de eso. [...] Es que a mí no me entra por la mañana más comida." A62m

" Y yo no digo nada porque no comemos nada por la mañana, antes de ir al cole." M16m

3.3. Hábitos alimentarios en la escuela: almuerzo y comedor escolar.

A pesar de que la conciencia de que ciertos alimentos son claramente perjudiciales para la salud en la infancia, la premura vuelve a ser una excusa válida a la hora de justificar la utilización de "comida chatarra" en los almuerzos del colegio. Así, aunque la repostería y la bollería industrial son identificados como almuerzos no saludables, se permite su ingestión ocasionalmente. De este modo, a excepción de los centros en los que la bollería industrial está expresamente prohibida, se recurre en los almuerzos a alimentos como galletas, batidos de chocolate, crema de cacao, pasteles de con cremas o zumos industriales.

En otros casos la prohibición se da por parte de las familias aunque en el centro educativo no esté establecido así. Por el contrario, la fruta y el bocadillo son las elecciones saludables por excelencia, sin ninguna objeción al respecto; por tanto, no se plantea si la elección del bocadillo es o no saludable. A la hora de preparar un bocadillo el ingrediente predilecto es el embutido, y en concreto, tanto para la población de origen ecuatoriano como marroquí, la mortadela.

"Un batido de chocolate, leche de chocolate, porque mi hijo siempre que le gusta batido, nada más." M12m

"Mandar el bocadillo crujiente, de pan con el queso o el embutido normal en vez de tirarte, hay veces que por falta de tiempo o por falta de previsión te vas al pastelito éste, o a las cinco galletas ahí puestas con el papel de aluminio." A14m

"En el colegio toman un dulce, un zumo, o un bocadillo de mortadela, fruta." M61m

"Pero luego tanto al colegio la pequeña, como al instituto la pequeña, se llevan bocadillos, de pan. Y normalmente, el día que les pongo Nocilla es el día de la fiesta." A65m

"Toman un bocadillo muy pequeño, de esos chicos, ¿es pepito cómo se llama?, y eso llevan, unas veces con una rodaja de salchichón, con cualquier cosa pero llevan algo; y un zumo. " A31h

"Y luego se traen su bocadillo para las once." E31h

"El resto del día bocadillo. Los miércoles es el día de la fruta en el colegio." E24m

"Pan. Nada de Bollycao, eso está prohibido. Viernes la fruta, y el resto bocadillos." A27m

"Mi hija no come mucho más que la fruta que le dan el colegio. Cuando coge las vacaciones sí que come más, pero durante el curso no." M63m

El aporte de fruta en el almuerzo, a pesar de que su preparación parezca "a priori" la más sencilla, es relegado a las exigencias o consejos que se dan en los programas de salud de los colegios, y no se suministra por parte de las familias de forma proactiva. Estos programas juegan por tanto un papel fundamental a la hora de inculcar hábitos a los escolares, a través de distintas estrategias.

Así, según el centro, se les exige a los niños que lleven un determinado alimento, o bien se les proporciona en la propia escuela, o simplemente se les aconseja aquello que deben comer para que lleven una dieta sana. De esta forma se promueve el consumo de diversos alimentos básicos, como la fruta y las verduras, provocando una gran satisfacción por parte de las madres. Esto provoca en los niños reacciones muy positivas, de manera que en algunos casos prefieren este tipo de almuerzo al tradicional compuesto por bocadillos o bollería.

A pesar de esto, algunas madres sugieren mejoras de estos programas, como una difusión entre las familias de la planificación de los almuerzos para evitar duplicidades y que sus hijos no desperdicien lo que llevan desde casa. En cuanto a la preparación de los almuerzos que se distribuyen en los colegios, se hace alusión a la incursión de empresas de preparados de frutas en los centros escolares, que consideran como un elemento facilitador.

"Este año en el mío están haciendo una campaña de esas de fruta y verdura y de una empresa la llevan cada tres o cuatro días, y les está viniendo fenomenal. La llevan al colegio. Lo único malo es que nunca sabes qué día es, no pueden avisar para que no lleven bocadillo. Pero les están llevando hasta tarros con ensalada." A66m

"Últimamente lo mandan en el colegio, no dejan comer bollería nada de pastelitos de esos, ni chocolate, ni nada de eso." M13m

"Luego al colegio tiene que llevar almuerzo, le dan un cartel con lo que tienen que llevar. Por ejemplo, el lunes un bocadillo de pan con queso, el martes leche, yogur o queso, el miércoles un bocadillo de mortadela (porque jamón no comemos), el jueves tiene que llevar fruta, y el viernes lo tiene libre." M43m

"Pero hay días que en el cole les están dando fruta y mi hija regresa con el bocadillo. Y dice "mami, no me comí el bocadillo". El otro día les han dado tomate cherry y dice "mami, estaban buenísimos y me comí dos bolsas". Se las comió doble porque estaban buenísimas." E25m

"Hay un día de fruta en el colegio y traen unas tarrinas de "Hero" que les encantan, y el resto lo decidimos nosotros. Aunque me dan un papel con lo que debe tener, yo le doy lo que tengo en casa." M628m

Por otro lado, hay escolares que no consumen ningún alimento a la hora del almuerzo. Esto sucede porque los padres, en lugar de preparar el almuerzo en casa, prefieren que los niños compren algo de camino a la escuela, y éstos en cambio, optan por ahorrar el dinero. En otras ocasiones, aunque los escolares lleven el almuerzo desde casa, lo dejan en la mochila o lo tiran a la basura porque no les apetece lo suficiente, les da vergüenza, o simplemente prefieren invertir todo el tiempo de recreo en jugar.

"A veces les mando dinero para los bocadillos y así...pero casi ni compran. Comprarán una vez a la semana." A27m

"Porque no quieren traer el bocadillo, porque dice que salen a jugar. No sé, si es por eso, o si es que como dice que anda por ahí enamorado le da vergüenza que lo vean comer, o no sé." E32m

"Y mira, lo que yo he visto cuando he venido a veces a ver a mi hija, es que los niños de acá lanzan el zumo al contenedor de basura. Y le digo, no, si no lo quieres no lo lleses y no me lo tiren, porque tú aquí a media tarde o cuando te dé la gana coges y te lo bebes." E37m

"La mía como desayuna en la casa, igual se trae el bocadillo, pero cuando quiere lo come y cuando no lo regresa, y por medio camino, mientras va caminando lo va sacando y va bebiendo." E34m

La otra cara de la educación relacionada con la alimentación que se lleva a cabo en los colegios, la ocupa la comida que tiene lugar en el "comedor" escolar. Los menús que se elaboran allí son una referencia en la planificación de los menús de los hogares, incluso para las familias de niños que no acuden al comedor. Las madres entrevistadas se interesan por estas dietas programadas para el "comedor" para reproducirlas en casa, asumiendo que al pertenecer al entorno escolar serán saludables. Por otra parte, las madres de los niños que comen en el comedor,

destacan otros aspectos que resultan facilitadores para que los niños ingieran fruta, verdura o pescado.

Por otra parte, aunque las familias se muestran satisfechas por recibir del colegio unas hojas informativas sobre el menú del "comedor" escolar, no hay un mecanismo que les permita saber con certeza si sus hijos comen o no la totalidad de las raciones. En cuanto a la afluencia de los escolares a los comedores escolares, la mayoría de los discursos acerca de las percepciones y experiencias relacionadas son expresadas por madres españolas, dado que sólo hay una persona de origen ecuatoriano que lleva sus hijos al comedor y no hay ningún caso entre las marroquíes.

El aprovechamiento desigual del comedor escolar se puede entender teniendo en cuenta que hay familias más vulnerables al desempleo, y al haber en casa adultos sin trabajar hay también una mayor disposición de tiempo para los preparativos de la comida. El comedor escolar se transforma por tanto en un complemento innecesario en estos casos.

"Hombre la dieta sana yo creo que cumple, porque en el comedor le dan todo equilibrado." E57m

" Hay una persona que como les pela la fruta, se la comen." A65m

" En mi casa, que los niños comen en el colegio, sí que procuro equilibrar en función de los menús que me dan del colegio." A14m

" Sí, claro que tienes un papel donde te pone qué hay en el plato, pero no ves si se lo comen." A35a

" No, yo los míos si comen. Uno está en los Capuchinos en Murcia, y otro en Espinardo, y las de Santa Ana igual, comen en el comedor. Y se han acostumbrado a comer fruta, que en la casa no comían, no querían." A32m

"La niña no comía en casa fruta y ahora cuando las tengo yo me piden fruta "abuelita pérame una pera, abuelita dame un plátano" y digo madre mía estas crías, que había que ponérselo todo para meterle la fruta y la verdura, y en cambio..." A33m

" Es que ya desde la guardería las han dejado en el colegio, y allí las han ido... Un día me decía la mayor "yaya, yo no quería verdura, y no comí, y le dije a la chica de la cocina, a mi me das pan con aceite" y dice "aquí no hay aceite" [...]Pero a partir de allí ella dice "yaya, yo la verdura"." A35a

" Yo no trabajo, así que por qué le voy a llevar al comedor." M12m

3.4. Hábitos alimentarios en la infancia: la comida del mediodía.

De las narraciones se desprende que la comida del mediodía juega un papel crucial en la alimentación de los escolares, ya que acostumbra a contener el grueso de nutrientes que se ingieren a lo largo del día. Además, conforma muchas veces el escenario de socialización entre los componentes de la familia. En este sentido, debido a las diferencias encontradas respecto a la utilización del comedor escolar, es más usual que los niños de familias inmigrantes coman en casa, mientras que la localización de los escolares autóctonos para realizar esta comida difiere en función de los horarios de trabajo de los padres.

En cuanto a los horarios de comida que se realizan, existe una gran variabilidad estructural; hay muchas familias que comen juntas, niños que comen antes o después que los adultos, con alguno de sus padres o hermanos, o con sus abuelas. Los turnos de comida suelen ir en función de distintas condiciones familiares, como los horarios de trabajo o que se trate de familias desestructuradas. Dentro de esta diversidad hay casos más extremos en que los niños comen solos y por tanto la comida suele ser de peor calidad, normalmente precocinada o poco elaborada.

Por el contrario, comer en familia se considera una costumbre que disminuye el riesgo de padecer obesidad infantil, ya que así los progenitores pueden controlar las cantidades y preparar ellos mismos la comida, evitando por tanto la necesidad de recurrir a la comida rápida. Comer en familia permite también otros beneficios a nivel social, promoviendo la interacción entre los miembros de la familia, transformándose en un momento de descanso de los ritmos diarios. La televisión por el contrario es considerada un elemento perturbador, de manera si se come con ella o con urgencia, se tiende a comer más comida y de peor calidad.

"Yo no, yo a veces como a la una con mi marido y luego ya a las dos les doy de comer a ellos, porque nosotros trabajamos. Pero cuando estamos en la casa esperamos a mis hijos para comer." E36m

" Yo creo que sería importante aunque a veces no lo hacemos comer en lo posible todos juntos y sin televisión, que te distrae de lo que tienes que comer; creo que debe ser una comida relajada y sana, porque si comemos separados o con prisas se tiende a consumir más comida rápida." E53m

" La comida es el único momento que tienen como para reunirse y preguntar qué tal el día." E52m

" En mi casa se come conmigo. Los cuatro nietos que tengo, no tengo más, comer a las dos." A35a

" Aquí no es que cada uno viene y come por su parte, casi siempre comemos en familia, entonces eso también contribuye a que no haya obesidad." M14m.

" Yo estoy separada de mi marido, así que comemos mis hijos y yo." M63m

"Las mías no. Las mías comen en mi casa por turnos, las dos solas, y los fines de semana comemos la familia." A63m

Para el mantenimiento de una dieta saludable, las madres de los escolares tienen en cuenta también las cantidades y la distribución de las comidas diarias. La comida del mediodía es la más abundante, y consta de uno o varios platos. En la mayoría de las familias se prepara un plato único en la comida, debido al escaso tiempo del que se dispone para cocinar. Este plato suele acompañarse con una ensalada y finalizar con un postre, que consiste en algún lácteo o fruta.

Una práctica común en algunas familias marroquíes consiste en colocar un único plato al centro con el objeto de que todos los miembros de la familia coman del mismo. Esta práctica se reserva en muchas familias a los adultos o a determinados menús, ya que dificulta el control de las cantidades que cada uno de los comensales ingiere.

"Yo solamente hago un plato y una ensalada y ya está. A31m

"Yo también hago plato único, como mucho ensalada. Plato principal y luego la fruta, que la fruta es obligatoria. El que no come fruta no se levanta de la mesa." A63m

"Ponemos uno al centro, y de ahí comemos todos, y comen bien... aunque tampoco controlamos exactamente porque es el mismo plato." M65m

"Yo mi hija cada una tiene un plato, pero nosotros depende qué comemos. En general comemos de un mismo plato, pero si por ejemplo hay macarrones, cada uno el suyo." M68m

"Yogurt suele tomar él, después de tomarse su plato de sopa le pongo yogurt, de ahí más tarde ya le doy una tostada con queso que le gusta a él y un zumo, un vaso de zumo." E25m

"Después de comer por ejemplo prefieren un danone, o les doy una fruta." M61m

Los menús preparados al mediodía son bastante similares entre las poblaciones de estudio, variando a lo largo de la semana. En general, estas comidas tienden a ser preparadas en los propios hogares, enfatizando en las entrevistas esta condición al identificar "casero" con "saludable".

En particular, en la población de estudio de origen ecuatoriano los platos se acompañan normalmente de arroz, mientras que las familias españolas prefieren el pan. Los fines de semana suelen ser celebrados por la población de marroquí con la elaboración de cuscúsⁱⁱⁱ, mientras que las poblaciones ecuatoriana y española los aprovechan para introducir en la dieta menús más elaborados.

"Bueno, en mi casa variado, un día sopa^{iv} de verduras, otro día arroz, otro día lentejas... las lentejas me gusta que coma, me cuesta pero bueno." E21m

"Un caldo de pescado, un poco de arroz, una sopa de queso con un poco de arroz." E37m

"Yo hago sólo un plato, a veces hago una sopa o arroz. Y siempre hemos comido así. El arroz va con seco^v, o con patatas fritas, una ensalada, y así..." E34m

"Le hago una sopa o un arroz, y como a veces no avanza a comer, pues entonces igual se le pone poquito para que coma; come un poco de arroz y un poco de sopa, y luego un zumo." E35m

"Y sábado y domingo se toma cuscús. El resto de días se come variado, cada día una cosa. Un día pescado, un día carne con verduras, otro día pollo con patatas fritas..." M35h

ⁱⁱⁱ Plato tradicional bereber hecho a base de sémola de trigo.

^{iv} La "sopa" en Ecuador es equivalente a lo que en España llamamos "guiso".

^v Plato típico de Ecuador y el norte de Perú, que contiene una variedad de especias y carne, normalmente de pollo.

3.5. Hábitos alimentarios en la infancia, comidas de segunda: merienda y cena.

Dependiendo de los horarios de la comida del mediodía y de la cena, los escolares de la muestra de estudio meriendan o no, con un horario que por lo general es poco estricto. El tipo de alimentos elegidos en la merienda son similares a los del desayuno y el almuerzo; de este modo priman los lácteos, los cereales, el pan, la fruta y los bocadillos.

En cierta medida, disminuye la percepción negativa respecto a la "comida chatarra" en la merienda, y por tanto su restricción. Aparecen en escena por tanto una serie de elementos que previamente han considerado perjudiciales, como golosinas, galletas, madalenas, e incluso crema de cacao^{vi}. No hay en este sentido ninguna valoración acerca de "merienda saludable" como se realizaba acerca del desayuno, dando la impresión de tratarse de una comida del día exenta de reglas o valoraciones en relación a una dieta equilibrada.

"Meriendan a las cinco, una fruta o un vaso de leche con galletas , un yogurt, o un bocadillo..." E21m

"Cuando le apetece en la merienda un vaso de leche con tostadas, queso, con Cola-cao o un yogurt, digo yo "cómalo", pero tengo que exigirles, porque si fuera por ellos no quieren la merienda." E53m

"Por la tarde siempre toman pan con Nocilla que les encanta y un zumo." A27m

"Mi hijo merienda siempre un vaso de leche con Cola-cao^{vii}, y luego madalenas o galletas." M42m

^{vi} Preparado industrial con sabor a chocolate y a avellanas que usualmente se conoce por el nombre comercial de "Nocilla".

^{vii} Preparado industrial a base de cacao en polvo que se utiliza para añadir a la leche.

De igual modo que son poco estrictos para controlar los ingredientes adecuados para una merienda saludable, los horarios de los participantes de nuestro estudio son también más dispares que en el resto de comidas del día, oscilando entre las 16 y las 18 horas. A este respecto hay una salvedad en la población ecuatoriana, de modo que es relativamente corriente merendar tarde y suprimir la cena; en la población española ocurre también pero de manera más ocasional y se denomina "merienda-cena".

"Los míos igual, comen y a las cuatro o cinco se están tomando algo." E32m

"Yo como la mía termina de comer a las tres, a las cinco no le puedo dar nada; a veces se me hace tarde y termina merendando tarde, así que le digo que se ha convertido en una "merienda-cena" y ya hasta el día siguiente." A48m

"Los míos no quieren merienda, ya directamente cenan sobre las diez." M44m

La cena, consiste en una combinación de alimentos que pretende ser más suave o ligera que la comida del mediodía. Sin embargo, la interpretación del concepto de ligereza es bastante dispar entre las madres, teniendo en cuenta que el arroz, las patatas fritas o los macarrones son platos recurrentes en las cenas de los inmigrantes ecuatorianos. Los marroquíes prefieren la harira^{viii} y otros menús que se dan también en las otras poblaciones, abundando también en ensaladas, verduras y tortilla. Por último, hay madres que justifican la ingestión de alimentos perjudiciales en la cena si se compensan con otros saludables, como por ejemplo tomar chocolate por la noche y subsanarlo con verduras.

"La mía un vaso de leche, un trozo de tortilla de patatas... pero poca cosa también; como está gordita también." E24m

^{viii} Sopa marroquí a base de especias y legumbres.

"A las siete de la tarde un plato de arroz otra vez, pero de sopa nada, solamente el plato de arroz con lo que sea que vaya acompañado." E37m

"Entonces para el trato de cenar dice, "no mami, ya comí, ya no me des nada", pero a veces le digo "no, come algo", por ejemplo le hago una sopa, o unas patatas así con jugo de carne." E36m

"Un poco más suave que la comida. Una tortilla francesa, un poco de carne." A25a

"Yo a mi hijo siempre procuro ponerle verdura, un plato de verdura, y luego o pongo carne, o huevos, o pescado. Verdura y proteínas. La verduras a veces compensan un poco lo del chocolate." A27m

"De cena suele ser a lo mejor, un día patatas fritas y huevo, otro día a lo mejor un filete... variado. Cosas más ligeras, en la cena más ligera. A37m

"Harira, sopa, espaguetis... Cosas suaves, no como al mediodía. Tortilla francesa para el crío, que a mi hijo le gusta mucho." M33m

"Lo que prepara mi mujer. Algún día harira, macarrones, cuscús..." M32h

En cuanto a los horarios de la cena, en los escolares varía de las 20.00 a las 21.30 horas, fluctuando con base a diversos factores. Así, su hora de dormir variará dependiendo de si han tomado merienda, si han practicado algún deporte, la estación del año, si es fin de semana o vacaciones, la hora de retorno del trabajo de los padres, y la hora a la que se van a dormir. El horario de descanso influye bastante, ya que algunas madres manifiestan que es necesario que sus hijos "hagan la digestión" antes de ir a la cama.

"Yo a las nueve, nueve y media. Como llego tarde a veces del trabajo y entonces mi hija mientras yo no llego no come." M35m

"Yo hago la cena sobre las nueve o nueve y media, según llegamos del trabajo; hay días que le hago una tostada, o un vaso de leche, o una agüita aromática. Y si sobra algo del almuerzo, de la comida, nos la comemos tarde, y no más."
E22m

"Cenamos a las diez, y en invierno antes, sobre las ocho o así. [...] Mi hija cena espaguetis que le gustan mucho, o lo que toque comer ese día." E23m

"La mía sale con hambre, se come el bocadillo, pero cuando llego a mi casa dice "tengo hambre", y le digo "espérate que hagas un poco la digestión" y ahora a las ocho y media o las nueve te hago la cena." A45m

"La mía cena a las nueve y cuando se acuesta ya hizo la digestión, ya lo que se ha tomado lo tiene en los pies, porque en media hora, con el movimiento que lleva..." A41m

La mayoría de las madres suelen optar por preparar una dieta ligera en las cenas. La menor carga calórica en las últimas horas del día se fundamenta porque en las horas posteriores a la cena se procede a efectuar el descanso nocturno, por lo que la actividad física cesará hasta la mañana siguiente. En el comedor de algunos colegios también transmiten sugerencias de menús para la cena, que facilitan la planificación de las familias. Después de la cena, hay niños que acostumbran a beber un vaso de leche o infusión porque se piensa que facilita e induce a tener un sueño reparador. Este vaso de leche puede ser sustitutivo de la cena en los casos de las poblaciones ecuatorianas y marroquíes.

"En la cena pues alguna pechuguita, pero ligero, yo creo que...no sé, yo siempre les doy ligero a los críos porque me dicen que cuando se llenan mucho no pueden dormir." E53m

"Entonces claro, se toman un vaso de leche sólo antes de la cena, pero porque comen y se acuestan. No es lo mismo que para aquellos que no paran. A veces

pienso si será malo, porque comen y con el último bocado se van a la cama."

A63m

"Pues yo tengo uno en el comedor de ella que pone "sugerencias", y abajo viene la cena; un hervido de verdura, o de coliflor. Y eso le hago." E41m

"Y de las ocho a las diez siempre su vaso de leche para acostarse." E22m

"Bueno, y por la noche se termina con un vaso de leche o un yogur, después de la fruta. aunque cene nada más que una triste tortilla francesa con una loncha de jamón york, pero luego fruta y leche. " A62m

Por otra parte hay que tener en cuenta que la cena no es una comida tan regulada por las familias como el desayuno y la comida del mediodía, de manera que incluso puede llegar a suprimirse. También hay niños que cenan de un modo más informal, en forma de comida desestructurada o como un pequeño refrigerio que se ingiere antes de ir a dormir.

"En mi casa cena cada quien lo que quiere y cuando le da la gana, lo que haya, ellos mismos se preparan, yo cena no hago." E54m

"Pero por la noche no come, tal será que sea alguna carne o algo que le apetezca mismo." E14m

"La merienda a las 19, 19.30 y de ahí nada más. Se cepilla los dientes y dice "no quiero comer nada". E12m

"No, algo ligero ya, un vaso de leche, o algún cuaque." E35m

"No, meriendan y ya está." M14m

"Yo por la noche no le doy mucha comida, pero al mediodía sí. Por la noche si tiene gana come y si no, no." M43m

3.6. Dieta equilibrada: comer de todo lo sano como imperativo.

A lo largo de las entrevistas, conforme las madres van describiendo los menús y los alimentos que consumen, se puede observar la aceptación del discurso médico en el que "comer de todo" se establece como base para mantener una dieta equilibrada. A pesar de esta necesidad de variabilidad, no todos los tipos de alimentos pueden entrar en la "dieta sana": se deben excluir aquellos que se consideren perjudiciales. Se estiman saludables algunos grupos de alimentos concretos, como la verdura, la fruta, la carne, los frutos secos, el pescado, y las legumbres.

Se destaca también la necesidad de consumir una proporción mayor de hidratos de carbono que del resto de los nutrientes, especialmente si se sucede de alguna actividad deportiva. Las madres también se refieren a ciertos alimentos insanos y actúan como "buenas madres" al excluirlos de la dieta o compensar cuando de manera casi inevitable introducen alguno de ellos en el menú diario. Esta exclusión no se reduce a los alimentos en sí, sino que atañe también a su preparación; las frituras se reservan por tanto a eventos puntuales o se prohíben de forma absoluta.

"Hay que evitar cosas fritas todos los días; hay cocinar con poco aceite, a la plancha, al vapor..." E14m

"Yo creo que a parte de la comida y la fruta debe ser la comida variada, un poco de todo, tampoco debe ser muy importante comer en cantidad, si no, en poca cantidad y después poner una fruta, luego su ensaladita." E23m

"Que lleve menos grasas, frituras, menos bollería...Hay que comer verdura, fruta, carne, pescado, lentejas para el hierro..." E52m

"Yo creo que los hidratos de carbono, en mi casa es lo que más se come, los buenos, me refiero... No las harinas refinadas y eso, pero un buen bocadillo necesitan comer, o un buen plato de pasta." A63m

"Pero yo creo que el tomar frutos secos de vez en cuando, a mi me parece que están como, que es de los alimentos que los tenemos así para las excepciones, para los cumpleaños, las cervezas, y yo sin embargo tengo. Yo suelo tener nueces, que les gustan, almendras, pistachos." A62m

"Sí, cuando combinan dicen que las proteínas se concentran más, y se cocina con muchas verduras, todos los días olla de verduras. Tienen un frito y más verduras." M14m

"El pescado está bien. Cada día, un día pescado, un día cuscús... variado." M12m

"Yo creo que sobre todo tienen que tomar lácteos, carne, legumbres, fruta... Por igual de todo." M43m

A pesar de los conocimientos u opiniones acerca de lo que debe ser una dieta equilibrada, surgen muchas dudas en relación a los alimentos que se deben comer con más frecuencia en la infancia, cuáles son más sanos, cuál es la combinación de alimentos correcta y cuántas comidas se deben realizar al día. Aparece por tanto la necesidad de recibir una formación específica con el objeto de conocer tanto la teoría acerca de una dieta adecuada, como las técnicas para poder llevarla a cabo. En este sentido, las dietas que se elaboran en el comedor escolar funcionan como referencia y gozan de la confianza de las familias.

"Hay que tener formación en lo que es una dieta equilibrada, realmente, porque hay gente que a lo mejor se sabe o se tiene la típica pirámide nutricional en el frigorífico, ahí puesta, todo el mundo, pero luego efectivamente hay que llevarlo a cabo. Y muchas veces por las prisas, pues sí, al final acabas comprando comida, no sé, cualquier empanada." A15m

"A ver, comemos la comida sana pero no sabemos cómo repartirla." E41m

"No sabemos qué es lo que debería comer un niño, entonces decimos come bien, pero, ¿qué es lo que come?" E53m

"A mí me preocupa la alimentación, no sabemos combinar la comida, y eso es una amenaza para la salud de nosotros." E47m

"Yo sé que mis hijos están delgados, pero no sé si la alimentación que les doy será buena o no por el colesterol." A26m

"Hombre la dieta sana yo creo que cumple, porque en el comedor le dan una dieta controlada y equilibrada, y a partir de ahí entra el control de los padres sobre los hijos para el tema de la obesidad y tal." E57m

3.7. Problemas alimentación: hábitos y alimentos que rechazan.

Hay ciertos hábitos que las madres identifican como factores predisponentes a la obesidad. Éstos tienen relación con el consumo reiterado de alimentos perjudiciales, la exclusión de la dieta de aquellos considerados saludables, la ingestión de comida en exceso o la desorganización de los horarios de comida.

En referencia a la desorganización horaria, las madres de los escolares encuentran el máximo exponente en lo que se denomina ordinariamente "picar entre comidas". Este "picoteo" consiste en consumir alimentos, con frecuencia ricos en grasas y azúcares y de escaso valor nutritivo, en los espacios de tiempo que se sitúan entre las comidas que están temporalmente estructuradas. Como podemos apreciar, los participantes no le dan gran relevancia a este hábito, ya que los niños compensan el desorden alimentario con una actividad continuada y normalmente no les va a acarrear consecuencias graves.

A pesar de esta generalidad, encontramos también algunos participantes que identifican un problema potencial en este picoteo, manifestando que incluso los propios niños opinan que es una práctica perjudicial de cara a la obesidad infantil.

"Y luego hay que controlarles la comida. Yo tengo una que si no le controlas se comería el doble de lo que debe de comer, pero le dices "no, que te pones gordo", y ya se frena. De hecho preparo la comida pensando en que no coja sobrepeso." A27m

"Acaba de comer, y ha comido bien, y ella sigue con lo otro, y con lo otro... sin parar. No sé si eso será bueno, estar todo el tiempo prácticamente haciendo digestión." A28h

"Ella dice que no quiere engordar...tiene miedo de picar, está picando algo y lo deja ahí. Dice:"mamá es que no quiero engordar"." E56m

"Mi hijo de vez en cuando pipas, porque me gustan a mí y las compro." A36m

" Por la tarde se pasan toda la tarde comiendo." A13m

"Los míos pican helados y yogures, yo creo que es bueno que cuando tengan ganas lo cojan, porque ellos se mueven y gastan mucha energía." M32m

"Al mío le encantan las patatas fritas y come a todas horas, y yo creo que por eso está gordo." M42m

3.8. Alimentos perjudiciales: la comida "chatarra".

Las participantes identificaron una serie de alimentos perjudiciales que a su juicio están relacionados con la obesidad infantil, figurando entre ellos los rebozados, frituras, bollería industrial, alimentos precocinados, mantequilla, embutidos, hamburguesas y algunos tipos de comida extranjera. Se considera que estos alimentos sacian, pero no son nutritivos, y además influyen en la incidencia de la obesidad infantil y otras enfermedades relacionadas. Una alternativa para el consumo de estos productos, es la elaboración casera, y por tanto más saludable,

de comidas similares, como por ejemplo M`semen y harsha^{ix}, frituras caseras o bizcochos.

"Yo lo que he visto mucho son los rebozados, las pechugas, todo eso es muy malo, aparte de coger kilicos, llevan muchas grasas." E14m

"Empanado casero [...], y se lo hago ni más ni menos por una cuestión, porque lo mastica mejor. Porque si no prefiero dárselo a la plancha, sé que es más sano. Lo dejas un ratito ahí con leche, con huevo y luego lo empanas. " A13m

"Lo que pasa es que hay muchos alimentos preparados, y además bollería industrial. Y ahora se fomenta mucho también la comida extranjera. Entonces eso es difícil porque llama mucho la atención del crío." A16m

"Hombre la hamburguesa también es perjudicial, todo lo que es la bollería, chucherías, mucha grasa, no sé... cosas con mucha harina." E41m

"Yo creo que las frituras no son buenas para los niños, y para los grandes tampoco." E57m

"Los embutidos para los nenes yo creo que está muy mal también, tiene mucha grasa." E51m

"La carne, las mantequillas... La bollería y todo eso. Eso es lo que yo, vamos, quitaría del mercado, del mundo. Porque hinchan mucho pero no alimentan nada. " A36m"

"La bollería industrial también aquí influye mucho, y nosotras, por las tardes... unas preparan harsha, la otra M'semen^x... la otra bizcocho; cosas sanas, preparadas en casa." M14m

^{ix} Tipo de pan que se elabora en Marruecos.

^x Torta hecha a base de harina, agua y sal, que se toma en Marruecos como sustitutivo del pan.

Hay algunas madres que manifiestan la prohibición del consumo de estos alimentos nocivos a sus hijos, aunque esa prohibición puede estar condicionada y confiesan que se les permite comer "chucherías" en ocasiones especiales. Al dialogar sobre estos eventos de mayor permisividad, se muestra un amplio abanico de "ocasiones excepcionales", de manera que el acceso a esta comida chatarra puede llegar a ser bastante frecuente. Los eventos en los que se permite comer todo tipo de golosinas son normalmente bautizos, comuniones, cumpleaños, excursiones del cole, fines de semana, e incluso días concretos de la semana.

"Yo algunas veces para cuando se van a ir de excursión, [...] les compro algo así especial tipo patatas fritas, madalenas... Algo que ellas no coman en casa. Pero yo así para tener habitualmente en la casa no compro bollería." M14m

"Consumo cero. Cero, las tonterías cero. Bodas, bautizos y comuniones, y con suerte los viernes por la tarde una chuche. Pero es que si no, vamos, es que yo pienso que es un hábito que empiezas, ¿y cómo paras?" A63m

"Sí que le limito ciertas cosas, pero prohibido no, porque además en mi caso las dos están muy delgadas, y entonces, bueno. La bollería con control, sin desmadrarse, pero pueden comerla." A65m

Se asume por tanto un consumo de comida basura que va a ser relativamente moderado según la aplicación de más o menos barreras. Una de estas barreras consiste en vetar la accesibilidad al alimento en sí, restringiendo su adquisición de manera preventiva en el momento de hacer la compra. Por otra parte, al haber una variedad considerable de estos productos, hay algunos que por tradición cultural están permitidos y presentan menos restricciones, como las madalenas y las galletas. La crema de cacao también se beneficia del beneplácito de los padres de origen español, fundamentalmente en la hora de la merienda.

"Que nosotras, por lo menos yo siempre intento inculcarles lo que deben de comer, no suelo tener comprar en casa cosas de bollería, solamente madalenas." A55m

"No les he negado nunca las galletas, ni los bocadillos, porque creo que forma parte de la alimentación". A64m

"Mi hija no sabe lo que es eso. Ni Foskitos ni nada de eso. Galletas sí, pero no compro ni Bollicao, nada, nada. Pam Bimbo con un poquito de Nocilla, y natillas o yogurt sí que comen." A12m

Una vez que se poseen unos conocimientos acerca de los alimentos perjudiciales en la infancia, surge un mecanismo de defensa de las participantes para justificar su el consumo de estos productos. Esta reacción sirve para proteger la imagen que, desde un punto de vista ético, debe tener una "buena madre". Así, se pueden dar a los niños alimentos perjudiciales, como salchichas o frituras, como alternativa si éstos no tienen apetito, aludiendo a su agradable sabor y rápida elaboración.

Debido a las dinámicas de vida actuales, resulta difícil tener tiempo para las tareas domésticas, y la comida rápida se convierte en un recurso. La tradición contribuye también a la confusión de lo saludable, como en el caso de las frituras, en el que el valor cultural enmascara el perjuicio de estos alimentos. El agravio comparativo se utiliza como última herramienta justificativa, de manera que ciertos alimentos como el zumo industrial, el salchichón o las galletas, se catalogan como sanos ante la posibilidad de consumir alimentos más perjudiciales, como chucherías, refrescos, otros embutidos, o bollería industrial.

"Uno no es comedor escolar, uno básicamente organiza cuántas veces tiene que hacer esto o lo otro, pero es cierto que alguna vez cae la comida rápida porque ya no puedes más" A13m

"Nosotros muchas veces compramos bollería que es lo más fácil". E55m

"A ver, no les he negado nunca las galletas, ni los bocadillos, porque creo que forma parte de la alimentación". A65m

"Por la mañana prefieren dulces, no quieren tomar pan, ¿no? Por la mañana quieren tomar dulces." M14m

"Dicen que los fritos son malísimos, nosotros nos hemos criado toda la vida con fritos, y yo sigo haciendo fritos... en mi casa para mi marido y para mi ya no, pero cuando van mis hijos yo sigo haciendo fritos." A35a

"Se toman su zumo y ya se van y se llevan su bocadillo, unas galletas o algo... Pero así repostería que digo yo mala, no." A34m

"Salchichones y todas esas cosas, embutidos, no." M16m

Por otra parte, las bebidas con las que se acompaña la comida juegan también un papel importante en la nutrición de los escolares. En general entre los participantes hay una conciencia acerca del carácter perjudicial de algunas bebidas, pero ese conocimiento no siempre se aplica a la dieta diaria. Por el contrario, se puede apreciar que una de las bebidas más frecuentes en las comidas de los escolares es el refresco de cola, especialmente en el grupo de participantes procedentes de Ecuador. Otras bebidas utilizadas y alternadas con el agua y los refrescos de cola son los zumos de fruta envasados, cuya conveniencia en la dieta se considera apropiada por las informantes de nuestro estudio.

"Normalmente acompañan las comidas con Coca-cola o gaseosa." E28h

"Tengo familia que es diabética entonces les digo a ellos que tomar mucha Coca-cola es malo pero ellos no me hacen caso." E51m

"Cuando les cuento a mis hijos que yo de pequeña la Fanta^{xi} la probábamos cuando había un cumpleaños, en ocasiones especiales, y ahora pretenden comer con Fanta todos los días A13m."

"Luego para comer Fanta de naranja." A34m

"Por la mañana en el almuerzo se toma el zumo, y en la comida solamente toma agua. Le gusta mucho la Coca-cola también pero yo no le doy." M34m

"Los míos toman Coca-cola y zumo. Coca-cola suelen tomar cada día, según les apetece. Pero tampoco sé bien porque entre semana yo llego por la noche." M32h

3.9. Las dietas en la infancia.

Establecer una dieta específica para bajar peso es un asunto controvertido para las madres, ya que si es difícil encontrar una dieta sana cuándo no hay ningún objetivo específico, cuando se pretende que los escolares adelgacen los obstáculos son aún mayores. En primer lugar, es bastante difícil conseguir que un niño obedezca en cuanto a hábitos de alimentación, y esta dificultad se acusa si la restricción es severa. En general se considera que un niño no debe seguir una dieta hipocalórica, y que si aún así se lleva a cabo hay que combinarla con ejercicio físico y consensuarla con un especialista.

Según las madres entrevistadas, el concepto de dieta en la edad escolar está más relacionado con la restricción de comida perjudicial, cantidades, e instauración de unos horarios de comida, que con la imposición de la dieta hipocalórica usual en los adultos. Además, todas estas medidas surgen normalmente como parte del tratamiento por un problema de sobrepeso ya existente, que como medidas preventivas ante un problema potencial.

^{xi} Marca comercial de refrescos de sabores con gas.

"Bueno, he cambiado de leche, que me parece ya un poco maruja, he cambiado de leche entera a leche semidesnatada. [...] Y es que no come cosas que sean para engordar, y es por el cambio de rutina y de vida. " A62m

"Yo me preocupo de que la mía no engorde más. Ahora me voy con ella a andar una hora cada día, haciendo un poco de régimen, aunque la gente me dice que es todavía muy pequeña." M67m

"En la clase de Maria Ángeles hay un niño que está un poquito gordito y entonces lleva un régimen, o sea le han quitado muchas cosas, y los bizcochos que se los hagan con harina integral, y eso, que haga mucho ejercicio. Le han quitado lo que es la bollería y, que eso es lo que engorda" E47m

"Porque mi hijo comía buenísimo, si yo le sirvo un plato come igual que el padre. Me subió de peso mucho, jugaba al fútbol y estaba cansado, [...] lo llevé a la doctora [...] Me dio la dieta que es simplemente una dieta sana, y me bajó diez kilos." E31h

"Yo al mío lo he llevado a un nutriólogo, le han detectado obesidad infantil y me han dado una serie de cosas qué podía consumir y que no, cosas lógicas que todos sabemos .Al principio le ha sido duro pero [...] ha bajado de 34 kilos a 29, 30." E56m

"Como yo veo que se me está poniendo más gordo, entonces yo estoy tratando, porque es muy difícil en un crío decirle "de eso no comas porque te hace daño". E44m

3.10. La alimentación no es la culpable: problema social.

Los cambios sociales en las últimas décadas han afectado de manera desigual a las familias de la muestra de estudio y, tanto por motivos culturales como por condiciones más singulares, han dado lugar a una transformación de los hábitos

alimentarios tradicionales que en ocasiones se consideran inapropiados. Uno de los principales factores de cambio ha sido la introducción de la mujer en el mercado laboral.

Cuando en una familia trabajan ambos progenitores surgen dificultades para gestionar el tiempo dedicado a las tareas domésticas y la educación de los hijos. Al no poder recurrir a familiares ni a personas de confianza para el cuidado de los hijos, muchas veces se delega la responsabilidad de la elaboración de la comida a los propios niños. Esta condición se da de forma más frecuente en las familias inmigrantes al disponer de menos redes familiares de apoyo. Una de las consecuencias de esta situación es un deterioro de la calidad de la dieta al tener que recurrir a menús rápidos, fáciles de elaborar y a métodos culinarios peor afamados, como el microondas.

En los discursos del estudio se tiende a responsabilizar a las madres de la alimentación de la familia, por lo cual el hecho de que ellas trabajen se considera el detonante de este cambio de hábitos. No se vincula en ninguna entrevista la figura paterna con la responsabilidad en la planificación y elaboración de los menús de los escolares.

"Antes sí era el hecho de decir "mira, pues te dejo el desayuno preparado" [...]en plan "esto para ti, esto para ti..." y ya por sí solos. Y ya a lo mejor haciéndose un poco más mayores es donde hemos dejado de darles su responsabilidad." E114m

"Yo creo que falta más control por parte quizá de las familias por las circunstancias laborales, [...]hay muchos niños con cuidadores, con todos los respetos, [...] pero creo que [...]que hay demasiado descontrol en cuanto a la educación básica." A22a

"Menos mal que existe esta generación de abuelas, porque yo sé que cuando yo sea abuela no voy a poder hacer lo que está haciendo mi madre por mí, porque yo voy a tener que seguir trabajando." A36m

"Mi hijo se va solo al cole por la mañana, cuando vuelve al mediodía, si tiene ganas de comer come, luego se ducha y está ahí en casa." M42m

"Pero yo creo que de dieta mediterránea aquí queda poco, porque las madres se supone que ahora que trabajan van más a lo fácil. Es más fácil meterle a un niño un producto preparado que hacerle un bocadillo." A11m

"Yo tuve un gabinete de belleza y [...] dejaban la cartera debajo de la mesa y se iban, ni merendaban ni nada de nada. ¿Qué dije? "el gabinete se ha terminado" A34m

"En el colegio a lo largo de los años ha habido muchas campañas de lo que se tiene que comer. [...] Lo único que pasa es que son bastante incompatibles todas las sugerencias que se hacen con las realidades de las mujeres que están trabajando todo el santo día." A17m

"Cuando llego a casa tengo ganas de todo menos de poner la sartén, entonces pongo una pizza en el horno, cuando tengo ganas, que cuando no la meto en el microondas[...]. Yo no pongo la sartén, pero ni viva ni muerta." A36m

Esta situación no es homogénea en las poblaciones de estudio, ya que en concreto en la población marroquí es excepcional que la mujer trabaje. Por este motivo, las madres marroquíes presumen de tener más tiempo para el cuidado de sus hijos y poder dedicarse a elaborar comidas caseras, y por tanto, más sanas desde su perspectiva cultural.

"Y... no sé, como también la mayoría de las mujeres como has visto no trabajan y todo eso, ellas son las que preparan las comidas y suele ser una

comida sana. No es como aquí que la madre trabaja, el padre trabaja, después viene el crío y come lo que quiere." M51h

"Yo hago lo que puedo por dinero y por todo, no sé si está bien, porque tengo a mi cuidado también la hija de mi hermana, y la verdad es que no sé si está bien, si están sanos, pero no puedo hacer más." M34m

4. La actividad física y el ocio en la edad escolar.

4.1. Importancia de la actividad física en relación con la obesidad infantil.

Además de una dieta equilibrada, las madres y padres de los escolares identifican la actividad física como un pilar fundamental de cara a prevenir la obesidad infantil. Esta actividad física da lugar a beneficios que incluyen aspectos tan dispares y básicos como respirar aire puro, reforzar la autoestima o reducir la ansiedad, induciendo con ello a un bienestar general.

"Yo creo que para la edad tienen que hacer algo de fútbol, baloncesto, la natación, ir en bicicleta, recibir el aire libre." E11m

"En el bienestar de la persona, y en general." E14m

"Creo que para todo, hasta para la autoestima, para todo, para sentirte bien con uno mismo." E43m

"Porque descargan mucha adrenalina." A35a

"Que juegue, digo, porque un niño necesita jugar, necesita su aire, necesita estar con niños, es un niño, necesita vivir su infancia..." E13m

Además, centrándonos en los efectos que provoca el ejercicio físico para prevenir la obesidad infantil hay madres que consideran este factor más relevante que la alimentación. El gasto energético que tiene lugar con la realización de

actividad física, se convierte para las participantes en la principal receta para prevenir y combatir la obesidad infantil.

"Pero es mal hábito, no es la alimentación en sí, es a parte el no hacer nada... que no, no lo queman y engordan." A31m

"Mi hijo come como un mulo pero está en los huesos porque no para." A36m

"En verano sí, mas a mi me preocupa la primera que es la que esta gordita, que se mueva, corra, juegue que haga algo para que este en movimiento y pueda quemar un poquito de calorías." E55m

Existe también una percepción opuesta, en la que incidir en la actividad física no se considera necesario en esta etapa de la vida, ya que los niños realizan actividad física de manera continua, y además, su constitución física se estima que está más relacionada con la genética. La actividad física es por tanto un factor a tener en cuenta para la obesidad, pero en la edad adulta.

"Porque ya el niño por ejemplo ya se ponen a jugar, entonces ya hacen ejercicio. En cambio una persona mayor sí, ahí si es importante." E37m

"Mi hijo sin embargo era un crío que tenía tres años, era no parar, un crío súper activo[...] y "gordico", porque yo creo que era una cuestión más de constitución o de genética." A62m

Dentro del grupo de participantes ecuatorianos podemos identificar opiniones en las que se prioriza el estudio frente al ejercicio físico, considerando este último como un elemento perturbador del rendimiento académico. La actividad física se transforma en estos casos en un incentivo para que los escolares estudien más. En otros discursos los participantes manifiestan claramente que no les agrada que sus

hijos salgan a la calle, bien por miedo o porque perciben la actividad física como un factor predisponente a la enfermedad.

"Claro, yo también lo tenía en la escuela de fútbol, pero ahí como vino con las notas un poco bajas. [...] Y bueno, no ha habido otra que retirarlo del fútbol."E37m

"Me dicen que se atonta, se deja adormilar, la estás criando así, tiene que ser más abierta... Pero a mí me gusta que sea así, no que esté corriendo por ahí." E43m

Yo igual, la calle con nosotros igual [...] la tiene prohibida, luego están sus estudios y luego ya los fines de semana el fútbol o una cosa así." E52m

"No sé por qué dicen que los niños cuando están así son más sanos y todo eso, mi hijo se enferma más, el que no hace nada es que nunca se me enferma, rara vez...yo creo que ya depende del organismo de cada persona." E52m

4.2. Actividad física espontánea: ocio y desplazamientos.

La actividad física en la infancia está en gran medida definida por el ocio, y esto es conocido por muchas madres y padres que relatan cómo sus hijos hacen una gran cantidad de actividades en la calle. La práctica de ejercicio físico, se ve por tanto condicionada por el espacio y el tiempo, de modo que tener patio, casa en la huerta o acceso a plazas, amplía las posibilidades de tener un ocio activo. Estas actividades de ocio las intercalan también con deportes, con las tareas académicas o con las obligaciones del hogar.

Durante las entrevistas se hace referencia a actividades lúdicas que implican un ejercicio físico y resultan atractivas para los escolares, como ir en bicicleta, jugar a la pelota, jugar al baloncesto o al fútbol, saltar a la comba, o jugar al "pilla pilla". Sin embargo, emplear el tiempo de ocio en la calle no es atractivo para todos los

niños y a veces hay que motivarlos o forzarlos a que realicen este tipo de actividades.

"Luego yo tengo una casa en la huerta y mi Rubén coge muchísima bicicleta, le gusta mucho. Todos los días por lo menos una hora se tira dándole a los pedales." A16m

"Al mío lo que más le gusta es moverse, el movimiento." E14m

"El mío juega, va a la piscina, juega a la pelota, con la bicicleta..." E13m

"La pequeña, [...] a las cuatro tiene que irse a jugar al baloncesto, allí ya regresa, hace los deberes, termina y sale un ratito, porque dice que tiene que salir a tomar el aire porque en la casa se agobia. Son callejeras." E14m

"Bueno, cómo lo digo, el mío, de momento para mí está bien, él juega a fútbol por ahí un rato, se cansa y se pone a la comba." E33m

"Nosotros vamos por la tarde y ya está. Lo que le apetezca, jugar al pilla pilla, jugar al fútbol, lo que pueda o le apetezca. Pero con tal de que él se mueva, que haga ejercicio." E44m

"Mi hija se queda toda la tarde jugando en la calle o en casa, pero todos los días baja un poco a la calle. La televisión le interesa poco." M43m

Los fines de semana el tiempo de ocio es mayor y las actividades se distribuyen de distinta forma, de manera que hay escolares que disminuyen su actividad física respecto a los días lectivos y otros que, por el contrario, la incrementan.

Esto sucede debido a que los escolares que no disponen del tiempo durante los días lectivos o carecen del permiso paterno para bajar al jardín, aprovechan el fin de semana para realizar actividades al aire libre. En cambio, los niños que ejercen una actividad física intensa los días de clase, como puede ser la realización

de algún deporte, aprovechan para descansar el fin de semana. En cualquier caso, este descanso siempre es relativo, ya que realizar una actividad de manera continuada inculca un hábito en los niños. Así, un niño que esté acostumbrado a hacer deporte puede sentirse alterado al disminuir la actividad y optará por un ocio menos activo, pero aún así tendrá un carácter poco sedentario.

Otros factores que influyen en el tipo de ocio en la infancia son las condiciones climatológicas, de manera que las temperaturas agradables favorecerán el ocio fuera de casa, y por lo tanto tendrá un carácter más activo.

"El tiempo de vacaciones, que por ejemplo en semana santa se tira sin ir a entrenar, porque como son vacaciones tampoco hacen partidos, y yo se lo noto que él está como más alterado." A36m

"En sábado y domingo juegan al fútbol, entre semana no les da tiempo a hacer nada" M14m

"Mis hijos entre semana tienen él fútbol y ella gimnasia rítmica. Los fines de semana y vacaciones descansan, pero como están acostumbrados a moverse en seguida piden salir a la calle" A26m

"Ahora en verano, que estoy en la casa, termina de hacer los deberes y ya está jugando un rato ahí." E13m

"Tiene actividades todas las tardes. Come, pone un rato la tele, vamos a la piscina, y luego salimos, y ahora sí apetece quedarse en el jardín que hace buen tiempo. A12m

En opinión de los participantes, el desplazamiento al colegio puede ser una oportunidad para que los escolares realicen ejercicio físico. La elección de los vehículos de transporte va en función de diferentes factores. El coche es la opción más rápida y cómoda, pero hay familias que no disponen de él o que por la cercanía que hay de su casa al colegio no lo estiman necesario.

Por otro lado hay madres que prefieren que sus hijos vayan andando a la escuela de forma deliberada, para promover así que sean más activos. En algunos casos se elige el medio de transporte dependiendo de la estación del año, alternando el coche o el transporte público con el desplazamiento a pie. La bicicleta se considera una opción idónea por parte de muchas madres, por considerarlo un medio de transporte más peligroso.

"En el autobús, que está bastante lejos." E11m

"Yo creo que hay bastantes momentos del día que pasamos por alto en los que se podrían mover más, como ir al colegio. A mí me gustaría que fuera en bici, pero le puede pasar algo, así que de momento me he atrevido a que vaya andando." A46m

"Como mi vecina tiene coche, y cuando está en el coche porque es más rápido y así tarda menos. Y cuando no está caminando." E22m

"En coche, pero ahora como ya ha cambiado el tiempo van caminando, y vuelven caminando." E25m

"Los nuestros van cuatro veces andando, mañana, medio día, media tarde y por la tarde." E54m

"Alguna vez andando, pero por lo general en coche, que les gusta más porque la verdad es que está lejos." M35h

4.3. Actividades extraescolares y deporte en la escuela.

Cuando se habla de actividad física pautada, es decir, de realizar un deporte concreto con horarios y normas determinadas, muchos participantes aluden a la educación física que se imparte en los colegios. Así, consideran suficiente el tiempo y tipos de ejercicio que se lleva a cabo allí para cumplimentar las necesidades de

actividad de los escolares, delegando por tanto la instauración de este hábito en la educación en la escuela.

" Mi hija hace dos veces por semana ejercicio en el colegio, y allí les enseñan muchos tipos de gimnasia que están muy bien." E56m

"Los nuestros hacen ya gimnasia en el cole durante la semana." M62m

Otros en cambio consideran que es esencial dedicar un tiempo a la semana a practicar algún deporte concreto, e inscriben a sus hijos en actividades extraescolares de carácter físico. Los niños, según la información de sus madres, realizan dichos deportes por distintos motivos: porque les gusta la actividad y se sienten motivados, porque sus padres son deportistas y se lo han inculcado, o porque tienen amigos que acuden a dicha actividad. Además, se tienen en cuenta otros beneficios, como la prevención de enfermedades y una serie de aprendizajes que no aporta la actividad física informal y que son importantes para su desarrollo, como la mejora de la capacidad de concentración. Sin embargo, las madres también manifiestan que el deporte se practica en ciertos casos de manera forzada y con desgana, llegando incluso al abandono de la actividad.

"Mi niña estuvo en baile también. Lo que pasa que cuesta habituarse y pienso que el año que viene lo intentaremos de nuevo[...] Pero por lo menos salir al parque, correr, saltar... que todo eso también es importante.." A11m

" A mí es que siempre me ha gustado hacer deporte, pero siempre me ha gustado desde pequeña, y mi hija sí va tres veces por semana a hacer natación y ahora también patinaje. No quiere, lleva un tiempo que no quiere y se aburre, pero lo sigue manteniendo." A16m

"Mi hijo va a la piscina con su mejor amigo, los miércoles y viernes. Es bueno para la espalda y para el peso." M13m

"Ella dice que lo mismo, en vez de hacer gimnasia, están todo el día moviéndose [...]. Yo digo que no, que la gimnasia, aprendes cosas, te educa."

M12m

"En mi caso no tengo problemas, al contrario, [...]ahora mismo quiere el fútbol, y le he dicho que el fútbol no hasta septiembre, porque está en la piscina y en el tenis los sábados." E13m

"Que estudie mucho y que evolucione mucho en sus carreras, que hace atletismo. El deporte además de mantenerla estilizada, previene enfermedades y le ayuda a concentrarse" M43m

Las participantes estiman que las tareas académicas que deben hacer los escolares en casa, son más abundantes conforme avanzan los cursos escolares. Además, perciben que en general hay una sobresaturación de actividades extraescolares, tanto de carácter deportivo como intelectual. El exceso de horas de obligaciones extraescolares, reduce en general el tiempo de ocio y la posibilidad de invertirlo en la calle, por lo que se convierte en un ocio más sedentario. Esta transformación del ocio acarrea consecuencias en varios sentidos, ya no sólo a nivel de sobrecarga ponderal, sino que influye también en las relaciones sociales entre los escolares y pueden llegar a producir estrés en el niño.

"Yo creo que influye mucho, que yo estoy de acuerdo con ella, los hábitos que tienen los niños, que llevan una vida mucho más sedentaria que antes, que todos los niños hacen muchas actividades pero [...] sedentarias. Yo que sé, inglés, informática o lo que sea." A65m

"A mí me tiene muy preocupada el estrés que sufren para ser tan pequeños, tienen muchos deberes y quehaceres y no tienen tiempo de salir al parque, y el no salir también nos vuelve más nerviosos." M64m

"Al cambiar de curso yo lo he notado mucho y se pasa las tardes haciendo cosas del colegio. Y claro, es que nosotras éramos carne de jardín. Todos los días al jardín." A64m

"En general aquí en España [...] mandan excesivos deberes, [...] ¿qué tiempo va a tener un niño responsable de ir y hacer un deporte?" E14m

4.4. El reposo en los escolares: la siesta y el descanso nocturno.

Los participantes establecen que es necesario mantener un equilibrio adecuado entre el descanso y la actividad, fundamentalmente en estas etapas de la vida. Si el sueño reparador, los escolares rendirán mejor académica y físicamente, se levantarán con más ánimo y se favorecerá su desarrollo. Por el contrario, un exceso en las horas de sueño puede ser contraproducente y contribuir a una sobrecarga ponderal, fundamentalmente si el espacio de tiempo entre la ingestión de alimentos y el descanso es breve, o esta ingestión es copiosa. En este sentido hay una percepción más o menos clara en cuanto a las horas de descanso que son apropiadas para los escolares, oscilando así entre las ocho y las diez horas a lo largo del día.

"Hombre yo creo que los niños deben dormir al menos diez horas, para el crecimiento." A27m

"Para la mente. Es importante por lo menos ocho horas, porque al día siguiente así pueden trabajar bien." M65m

"Es que necesitan sus horas de actividad, sus horas de descanso, o sea va un poco en el equilibrio del día a día. Si duermen poco es malo para todo, y yo creo que engordan más." A33m

"Para que rindan más en el colegio porque a veces están cansados y no ponen atención. [...] Tengo problemas con la cría que a veces no duerme las horas

necesarias.[...]Es necesario que duerman para que también descansen la mente." E55m

Las opiniones en cuanto a los beneficios de la siesta son diversas, y su práctica suele depender de la coordinación con las actividades diarias, tanto de los escolares como de sus padres. La duración del tiempo de descanso en la siesta es bastante oscilante, llegando incluso a relatar que hay niños que duermen prácticamente toda la tarde, contribuyendo de esta forma al sedentarismo. Las opiniones al respecto son a veces contradictorias, de modo que también se expresa que la siesta es perjudicial porque dificulta el concilio del sueño por la noche; en estos casos se opta por omitir la siesta y dormir más cantidad de horas por la noche, contribuyendo así a un sueño reparador.

Dentro del grupo de participantes marroquíes surge una particularidad en relación con el descanso vespertino, de manera que la dimensión religiosa justifica los beneficios de la siesta por la práctica habitual que Mahoma, profeta de la religión islámica, hacía de ella.

"Bueno él llega del cole y no para de dormir hasta que se acuesta y otras veces cuando llega del cole, la siesta; yo creo que en parte por eso está gordito"
E56m

"La mía come, se ducha y se duerme al mediodía, hasta las siete, y después juega, mira la televisión y hace los deberes." M15m

"Es bueno dormir la siesta, nuestro profeta la hacía, por eso es buena. Él no sólo la dormía para descansar y levantarse, y nosotros debemos hacer eso. "
M32h

"Es que si pones siesta, olvídate. En mi caso no hay siesta y a las nueve está durmiendo, y se nota mucho cómo se levanta por la mañana, activa, más lúcida para ir al cole a aprender, y es muy importante." A16m

Por último, centrándonos ya en el descanso nocturno, y a pesar de que había un consenso entre las horas de sueño que se consideran saludables, los horarios para el descanso nocturno son muy variables. Esta diferencia depende fundamentalmente de las edades de los niños, aunque independientemente de ese factor, los participantes de origen marroquí llevan horarios más tardíos.

Por otra parte, y a pesar de considerar las horas de sueño importantes para la salud en la infancia, si se observa un rendimiento normal y los niños presentan buen aspecto, se puede permitir una disminución de las horas de sueño. Estos horarios varían también en los fines de semana y en la época estival, donde se suele retrasar una hora para ir a dormir y para despertar por la mañana. Otro motivo de demora en los horarios de descanso estriba en las horas de retorno laboral de los padres, ya que muchos tienen un horario extenso y sus hijos esperan para despedirse de ellos de cara al nuevo día. También hay familias en las que la hora de dormir es general, y padres e hijos se acuestan se coordinan para descansar a la misma hora.

"El horario varía un poco los fines de semana y en fiestas, una hora más a la hora de levantarse y acostarse." A15m

"En mi caso ellos intentan esperarme a que llegue para verme, si no pueden se acuestan. M31h

"El mío muy tarde, sobre las dos." M42m

"Lo que duerman por la noche no tiene mucho que ver con la obesidad, a no ser que cenén mucho. Por eso que las cenas se dan ligeras y se espera un poco después" E52m

"A veces a las once, diez y media, a veces se queda ahí sentada y digo "Diana, acuéstate" y no se acuesta hasta las doce y no tiene problemas para levantarse ni nada." E34m

"Yo a las diez y media u once estamos todos en la cama." E37m

"Depende de la edad. Yo tengo uno que tiene catorce y se acuesta a las 22.45h. Los otros pues a las 22h, que son más pequeños, si son más chicos a las 21h están acostados." A13m

4.5. El ocio sedentario como causa de la obesidad infantil.

De igual manera que ciertos participantes focalizaban la causa de la obesidad infantil en la alimentación, otros huyen de la dimensión multifactorial centrándose en el sedentarismo como causa. En este sentido, en los casos en los que los escolares ya padecen un problema de peso, las madres encuentran la solución en un aumento de la actividad física, ya sea a través de ocio o de una actividad reglada.

"Yo creo que lo de la obesidad es más por la vida sedentaria [...]. En mi caso, ahora que veo que a los ocho años le ha cambiado el cuerpo, [...] me preocupo más" A61m

"El pequeño [...] este año he conseguido que se metiera a algo que le gustara, y parece ser que con el kung-fú tenemos algo de suerte [...] porque antes estaba todo el día en mi casa con la consola, con el ordenador, y [...] desde que está haciendo ejercicio parece que ha crecido, lo veo un poquito más estilizado." A42m

"Yo veo muchos amiguitos de mi hijo que hablan sólo de la Play, y claro, tienen su barriguita. Si no hacen otra cosa". M52m

En general, las participantes piensan que en la actualidad es bastante fácil que el ocio sedentario se instaure como un hábito en los escolares. Esto ocurre debido a una sobreestimulación a través de internet y las pantallas que está prácticamente al alcance de cualquiera y en diversos formatos, como el teléfono móvil, el ordenador o la consola. Es por tanto esencial que en la educación en hábitos se establezcan unos límites de uso de estas tecnologías, de manera que algunos participantes

establecen horarios concretos para el uso de tecnologías, o utilizan estrategias como puede ser llevarse el módem, o terminan por adaptarse a los horarios de televisión de sus hijos, por agotamiento.

En otro sentido, se detecta uno de los focos del problema en el propio ámbito escolar, ya que son los propios maestros los que mandan las tareas académicas a través de internet.

"Los sábados y los domingos, en el internet tienen un juego allí, no sé qué juego que se conectan con otro y a través de ese están ahí." E11m

"Lo que más llama la atención a los muchachos es el internet; yo me llevo el modem." E12m

"Sale del comedor escolar, descansamos un poquito en el sofá con un poquito de tele, ahí es bastante importante porque es la forma de que pare. A17m

"No, lo que sí hacen es con el ordenador, porque ya en el instituto les ponen muchos deberes que los cuelgan en internet. " A33m

"Cuando voy a Marruecos mi hijo nunca ve la tele. No ve la tele ni hace la siesta, no sé por qué. Ahí en nuestros países me parece que tenemos más opciones de salir, ver la familia, ir a jugar fuera del jardín..." M13m

"A mí me tiene loca con los dibujos y Bob Esponja, toda la ropa la quiere de Bob, y es muy cara, y yo no puedo ni ver el telediario porque está siempre con los dibujos. Por la mañana incluso para ir al cole quiere que se acabe antes de salir, y luego vamos muy deprisa." M31h

La mayoría de las participantes estima un tiempo aproximado de dos horas para que los escolares utilicen tecnologías de pantalla sin que suponga un perjuicio. En este sentido, surgen diferencias entre las poblaciones, y se percibe que en

ciertos países, en concreto en Marruecos, hay más facilidades para salir a la calle y prácticamente no se hace uso de la televisión.

Ya de forma general, en las actividades vespertinas se realiza un ocio sedentario en el que normalmente se alterna la realización de tareas académicas, con la utilización de tecnologías de pantalla, e incluso hay participantes que admiten la utilización de la televisión como distracción antes de ir a descansar por la noche.

"Ya les sirvo su platito, comen e igual, va por ahí a ver qué les ha hecho falta revisar, y después a la tele. Y de ahí a las diez de la noche todo el mundo a dormir." E32m

"Mi hija sí, mi hija sí la ve. Come y se sienta en la televisión, y cuando ya está mi hermana después ella le manda hacer los deberes, y en cuando acaba de hacer los deberes igual se sienta a ver la televisión." E37m

"El mío si no duerme la siesta, se queda toda la tarde con la tele" M33m

"El mío pasa toda la tarde en casa con internet, le gustan mucho los puzzles que hay en internet." M42m

"El mío ve mucho la televisión, durante todo el día. Yo pienso que lo bueno sería que viese dos horas, pero ve prácticamente el doble." M41m

"Luego ya se va y se sienta en la televisión, luego se pone a hacer los deberes. Cuando acaba los deberes se sienta otra vez en la tele." E36m

"Lo que pasa es que hay canales que dan dibujos animados todo el día, y a las hora que sea ellos ven dibujos..." E57m

Por otro lado, esta percepción de ocio sedentario relacionada con la televisión está sufriendo una transformación en la que los ordenadores tienen cada día más fuerza. Hay muchos niños que prefieren ver películas o series en el ordenador

porque les ofrece más variabilidad. Además pueden estar en cualquier estancia por su movilidad y, con la utilización de las nuevas tecnologías en los colegios es difícil limitar su utilización.

"Mi hija [...] tras que llega prefiere el ordenador que la tele, se pone a jugar en el ordenador, termina de jugar y mira películas en el ordenador." E51m

"Yo lo que no puedo es con el ordenador. Me engañan porque les mandan deberes por internet y ya se pasan la tarde viendo lo que sea". A13m

Además de las tecnologías hay otros tipos de ocio sedentario a los que no se les presta tanta atención por considerar que aportan beneficios en otros sentidos, como puede ser el hábito de la lectura o, en el caso de los marroquíes, acudir a la mezquita para formarse religiosamente.

"Porque están en la casa, si uno se aburre, y es un niño y hay que motivarlo. Sobre todo nosotras que somos inmigrantes, no tenemos tiempo, porque salimos del trabajo, volvemos corriendo... Yo al menos a ella no la llevo mucho al jardín ella me dice "mamá bajo". Lo que si le digo a veces es "vamos Brigitte, apaga la tele y vamos a leer", y nos acostamos a leer ahí las dos. E43m

"Pues mi hija mayor va los miércoles y viernes por la tarde a la mezquita. Como son todavía pequeños tienes que ir siempre con ellos, que tienen siete y ocho años, así que por ejemplo que hagan deporte todavía es difícil; más adelante." M35h

4.6. Diferencias de género relacionadas con el ocio infantil.

Algunas participantes detectan una diferencia de género en relación al ocio que ejercen los escolares. Las niñas muchas veces realizan actividades y juegos que

se consideran típicos de niños, pero es extraño que un niño juegue con muñecas o a actividades relacionadas con las labores de casa. Asimismo, estos juegos masculinos suelen ser de carácter más activo, lo que puede guardar relación con la mayor permisividad de la que gozan los niños varones para el ocio en la calle.

"Los míos sí. Como son varones están jugando todo el tiempo a la pelota."

E32m

"Pues mis hijas siempre se han dedicado más a las muñecas, y los niños al fútbol." E43m

"Los niños son más activos." E57m

"A los hombres les gusta más la calle. A las niñas también les gusta, depende yo no la dejo que salga todavía, no tiene edad para que esté en a la calle."

E54m

"Yo como lo que tengo son niños, ellos juegan juegos de los hombres, las muñecas y esas cosas, no." E55m

"Mi hija quiere jugar con muñecas, el crío grande al fútbol, playstation, PSP, u ordenador." M12m

"Yo veo una diferencia en que los niños quieren coches, pelotas, otras cosas... pero con muñecos no juegan." M68m

"Mi hija tiene amigas y se quedan en la puerta a jugar. Juegan con las muñecas, saltan con el saltador... También se pone la ropa de su madre en la casa, coge de los cajones y sacan joyas y se pintan con el maquillaje. " M62m

La percepción es opuesta en otras participantes, que consideran que el ocio en la infancia es bastante igualitario. No perciben ninguna diferencia por tanto en los juguetes o las actividades que realizan los niños y las niñas.

"Yo creo que no, porque mi sobrina lo mismo le da jugar fútbol, tontear con la pelota por ahí con mi hijo, que una muñeca a lo mejor le llama menos la atención." E13m

"La mía si hay una pelota está pateando, si hay una bici, pues con la bici; lo que pille." E22m

4.7. Obstáculos sociales para la realización de actividad física.

Dentro de los posibles obstáculos que los participantes identifican para que sus hijos realicen actividad física, bien sea pautada o espontánea, destacan las dificultades de carácter social. En primer lugar, conforme los niños crecen disminuye la frecuencia con la que las madres los llevan al jardín, y esto se convierte en un círculo vicioso: dejan de llevar a sus hijos por diversos motivos, pero también porque otras madres no los llevan y si van se encuentran solas.

Otro de los obstáculos para la promoción de la actividad física como hábito, surge con el cambio de horario escolar que se ha instaurado tras la reforma educativa. Al suprimirse las clases en horario vespertino, los escolares que no tienen ninguna obligación después de la comida del mediodía muchas veces se quedan en casa. Las participantes hacen comparan esta situación con la que se daba con el antiguo horario, en la que los niños iban al jardín a jugar directamente al salir del colegio.

Por otra parte, desde la perspectiva de los participantes ecuatorianos, la actividad física que realizan los niños en los parques españoles es más liviana y menos creativa que en su país. Para la realización de deporte, surge una dificultad económica que imposibilita a algunas familias la inscripción en actividades extraescolares de sus hijos.

"O deporte o jardín, lo que pasa que al jardín ya no va nadie, entonces no es lo mismo. Te vas una tarde y allí de nueve años ya no hay nadie." A64m.

A613: Yo, mis dos hijas tenían el horario de por la tarde, de tres y cuarto a cinco. Y, al salir del colegio era todos los días, en Murcia hace buen tiempo, y [...]a la salida del colegio [...] iban al jardín, un rato." A63m

"Mientras que aquí a lo mejor tienen que hacer cola para subir a un tobogán, y tampoco es ningún esfuerzo físico lo que estén ellos haciendo, ¿no? Y pierden el tiempo, y no juegan de verdad con la tontería de la cola". E15m

"Había más creatividad en los juegos, no sé, se distraían más y tenían más actividad física. [...] Eso de los niños pequeños que es donde más frecuentan ahora, hay dos o tres toboganes pequeñajos y no hay más, y para la cantidad de niños es poco. E14m

"Pero eso también es importante y a uno le gustaría también ponerle un curso de tenis, pero económicamente no se está para eso." E36m

Dentro de los grupos de población en los que participaron inmigrantes se muestra cierto miedo y sobreprotección a los hijos ante la idea de que salgan a la calle solos. La población de madres autóctonas no hace referencia a este temor, al que se añade el hecho de que la población inmigrante no suele gozar de personas de confianza para el cuidado de sus hijos. Además, es bastante común que ambos padres tengan un horario laboral extenso y no puedan acompañar a sus hijos a la calle, por lo que los éstos se quedarán en casa practicando un ocio más sedentario. Este miedo se agudiza muchas veces hacia las niñas, generando en consecuencia una desigualdad ante sus posibilidades de ocio.

"Llega su crío del colegio y dice "¿dónde lo mando? no lo quiero mandar a éste con desconocidos, no quiero que vaya a la calle", entonces creo que falta mucho conocimiento de dónde pueden los niños ir a hacer deportes." E24m

"Sí, porque en mi país está la familia, si lo dejas con la abuela pues salen a correr y con los vecinos; aquí es distinto, no lo puedes dejar con cualquier

persona, no los puedes dejar en la calle porque cogen malas costumbres y todo eso. Entonces ellos se acostumbran a estar solos en casa, viendo la tele y [...] cogen peso." E35m

"Mi hija baja a la calle cuando yo puedo acompañarla porque no quiero que le pase nada, así que no podemos ir todos los días." M42m

"A lo mejor antes había menos peligros sociales y a lo mejor salías a la calle y decías "mamá, me voy a la calle del vecino" y quedabas con los críos y jugabas. Ahora, y si además eres niña, es mucho más peligroso"E34m

Al igual que ocurría con la alimentación, es difícil inculcar unos hábitos saludables cuando ni los padres ni los hijos disponen del tiempo suficiente. Como se ha mencionado anteriormente, los escolares se sienten sobrepasados de tareas académicas y en ocasiones no disponen de tiempo para poder realizar actividades físicas. Sus padres, por su parte, sufren horarios cada vez más extensos, lo que se traduce en que los niños pasen más tiempo solos gestionando su ocio. Si a esto le sumamos la inseguridad que algunos padres sienten para que salgan los niños a la calle, el recurso de acudir a un ocio de pantallas es más que probable.

"Pues yo creo que es porque los padres tienen tantas obligaciones, que realmente no nos preocupamos de ellos en exceso, les dejamos mucho tiempo libre, incluso cuando están en casa. Los niños dominan su televisión. [...] Yo soy abuela y veo una diferencia de la generación anterior a ésta muy grande." A25a

"Bueno a mi hijo pues como él está solo en las tardes, si le digo que no tiene que estar en la tele." E52m

"Sí, como los padres trabajamos, no podemos dejar que los críos vayan solos al parque." E53m

"Luego el mío se ducha, se pone a hacer sus deberes, desde las tres y media o cuatro, hasta las siete u ocho de la tarde está haciendo los deberes. Y va a merendar, se cepilla los dientes, un rato ve la televisión hasta la hora que ya se... Y eso si no tiene exámenes." E13m

"Desde las tres y media hasta las cuatro y media casi las cinco. Y de ahí se pone a hacer los deberes, se tira haciendo los deberes, que suele estar hasta las 11, 12 de la noche duchándose recién. Pero que va ella a su aire, no hay más paz en la vida de ella que nadie." E12m

5. Percepción materna del significado de obesidad infantil

5.1. Aspectos generales de la salud en la infancia

La interpretación del concepto de salud por parte de las participantes de las entrevistas es bastante compleja, tanto por los múltiples significados que se le atribuyen como por las diferentes perspectivas culturales desde las que parte cada una de las poblaciones de estudio. A la hora de manifestar su preocupación por la salud de los hijos destacan por tanto aspectos distintos, como la nutrición, el peso, la fiebre, o cualquier enfermedad atípica o grave. A pesar de esta diversidad, hay una recurrencia a la hora de expresar problemas relativos al peso y al estado nutricional de los escolares, ya sea por exceso o por defecto.

"Para mí lo más importante es la nutrición, [...]la forma en cómo nosotras estamos nutriendo a nuestros niños". E34m

"Hombre, lo principal es que sean niños sanos, que estén fuertes... lo del peso y todo eso ya no le hacemos mucho caso... Hay que insistir en que coman fruta y verdura, que es lo que más trabajo cuesta". A52m

"Mi niño que es "mocosito", me lo ha hecho pasar fatal todo el invierno." E14m

"A mí me asusta que tengan fiebre". M22m

"Pues que no se ponga mala lógicamente, algo que no sea lo típico, ni resfriado ni nada de eso". A43m

"Pues lo que más me preocupa es que cojan los hábitos de la alimentación ahora desde pequeños, buenos hábitos". A26m

"Bueno, yo mi hijo pequeño no come y no engorda. El problema es que hay niños que no quieren comer, todo lo que les preocupa es jugar y mirar la televisión". M66h

"Tengo miedo de que pueda enfermar, porque apenas come nada. Sólo le gusta la leche, los "danones", y el huevo duro". M11m

Otros aspectos a destacar son los que guardan relación con el aseo personal, la higiene, el deporte y el descanso.

"Luego que adquieran hábitos de higiene, sobre todo, lo del tema de los dientes, luego también que hagan deporte... " A41m

"Hacer deporte y dormir las horas que corresponde, que algunas veces es difícil coordinar horarios y van tirando, pero... hay que dormir." A53m

"Yo lavarse los dientes." A34m

"Y el aseo, tanto personal como...cuatro o cinco veces al día. Son épocas. Pero bueno, también es bueno el aseo personal, ¿eh?." A25a

En la población de origen marroquí hay una inquietud particular por la alimentación y el peso por defecto, aunque en realidad en este aspecto suelen hacer referencia a edades más tempranas de sus hijos, en períodos neonatales o de lactancia, y no a la franja edad objeto de nuestro estudio. Esta recurrencia se

justifica haciendo alusión a los peligros que puede entrañar un percentil bajo de peso, identificándolo con enfermedades en la infancia o en la edad adulta.

"Cuando era bebé y la abrazaba era mi brazo así y sólo le topaba los huesitos, y decía "Dios mío, y ahora qué". Y me preocupaba porque como dicen que a veces va de familia y como tuve un sobrinito que era así delgadito y se le pegó leucemia, entonces me venía eso a la mente y me preocupaba". E56m

"Yo también igual en la alimentación, de mi hijo el pequeño más, porque el mayor como vino de allá de Ecuador... El pequeño es flaquito, no come, a veces la merienda no quiere comer. Y eso, la alimentación. Igual el crecimiento. Yo digo, a lo mejor con el tiempo se va a un trabajo y por no haber alimentado de pequeño muy bien empiezan las enfermedades". E33M

Este desasosiego en las madres tiene cabida cuando los hijos padecen alguna enfermedad, o bien aún no la sufren pero poseen factores predisponentes o antecedentes familiares. Es por ello que si no se encuentran en una de estas situaciones, es probable que no acudan a las revisiones pediátricas, eludiendo con ello gran parte del carácter preventivo de la atención pediátrica que se realiza a través de Atención Primaria.

En este sentido podemos observar que las visitas se reducen en muchas ocasiones a las primeras etapas de la vida de sus hijos, cuando aún son bebés, o por cumplimiento del calendario de vacunación. El porqué de este comportamiento nos viene dado por un argumento sencillo, cuando son bebés necesitan orientación y obtienen tanto de la enfermera como del pediatra consejos útiles; en la edad escolar no reciben o no precisan esa información.

"A mí me interesa mucho su salud cuando está enfermo. Yo normalmente si no hay vacuna no voy a las revisiones, si hay pregunto por la salud del niño y ya está". M52m

"Normalmente si no hay vacuna no voy a las revisiones, si hay pregunto por la salud del niño y ya está". M64m

"Cuando eran más pequeños siempre les daban consejos". M53m

"Pero lo que es del pediatra y del enfermero es más cuando son bebés, que estás "perdidísima", ahora ya se da por hecho. Hacen su revisión, está mejor o peor según el percentil, pero vamos, es que ya se da por hecho que hay que comer fruta, verdura... ". A42m

También hay madres que manifiestan interés por estas revisiones más allá del período neonatal o las vacunas. En este sentido su mayor preocupación se centra en un desarrollo normal de las criaturas. Prestan atención por tanto a todos los aspectos relacionados con el crecimiento del niño, como el peso, la talla, los dientes, oídos, o el desarrollo psicomotor.

"Que en las revisiones te aseguren que no hay por ahí cosas raras, que si la vista, [...] la boca... [...] estoy siempre con la boca [...],lavado de dientes..." A31h

"Yo sí pregunto más por el peso [...]. Me interesa saber si sube o baja, y si no tengo ninguna revisión voy a la farmacia y los peso". M34m

"Cuando voy que tiene algo de calentura me gusta que me lo pese, y que le mire los oídos, y además a él le sangra mucho la nariz. También me preocupa el corazón porque está gordito, pero el doctor siempre dice que está muy bien". E13m

"A determinadas edades los llevas y les ponen en unos espejos para ver los pies, si pisan bien, si no pisan bien, les tocan la columna para ver que no esté desviada, y eso. Que te confirmen un poco lo que tú estás viendo en tu casa". A48m

Por otro lado, se percibe una diferencia de género en de la mayoría de las asistentes de la población marroquí en cuanto a la preocupación de la salud por parte de las madres y los padres de los escolares, asegurando que las madres les prestan más atención. A la hora de justificar esta percepción se alude al vínculo materno establecido en el período prenatal y a la ausencia frecuente de los padres por motivos de trabajo.

"Yo creo que las madres se preocupan más de sus hijos que sus padres".

M65M

"Es por lógica, en mi caso el padre llega siempre por la noche y no suele saber de la salud de nuestros hijos". M25m

"Será porque los queremos más, los hemos llevado dentro". M33m

5.2. La obesidad infantil como amenaza para la salud en la infancia.

Dentro de las consideraciones sobre la salud infantil cabe destacar un aspecto en concreto: la percepción que tienen las madres acerca de la obesidad infantil. Se divaga entre las participantes sobre si se trata de un problema potencial o real, desembocando así en su dimensión epidemiológica.

A la hora de valorar estas percepciones resulta difícil discernir entre los significados de sobrepeso y salud, y con frecuencia se confunden los conceptos. Esta dificultad conceptual nace de un sesgo cultural que paradójicamente es común independientemente del lugar de origen, y es la identificación del "niño rellenito" con "niño saludable". Esa falta de rigor conceptual se traduce en una despreocupación manifiesta, de manera que una sobrecarga ponderal en la infancia se traduce con un signo de salud favorable. En otras ocasiones estos significados no son confusos, pero se piensa que a edades tempranas el sobrepeso no es un problema y que los niños con sobrepeso adelgazan con la edad. La preocupación

por el peso de los hijos en estos casos se centra por tanto en la posible desnutrición manifestada por la delgadez.

"También cuando están de niños, rellenitos, para el desarrollo les favorece; eso he escuchado yo, pero bueno, no sé si será algo cierto". E41m

"De todas formas en cuanto a los lactantes, no se puede hablar de obesidad, porque lo normal es que los críos lactantes se críen así, "molludos", como "gordinflones". Luego ya cuando empiezan a caminar y todo eso es cuando se van afinando. Lo que no es normal en un niño bebé es que esté "escuchimizaílo"". A41m

"En mi caso los dos mayores han tenido un cierto problema, una tendencia al sobrepeso. Sin embargo ahora la mayor tiene quince años camino de dieciséis y [...] está delgada. Y mi hijo que era un crío redondo [...] ahora está estirado. No han tenido necesidad ni de dieta, ni control médico exhaustivo, ni nada." A11m

"Yo veo que conforme van creciendo ya van teniendo más ganas de comer lo que les gusta, y ya se arreglará todo con la edad". M64m

Como contrapunto, podemos encontrar participantes que manifiestan su preocupación ante la obesidad infantil, y corroboran una alta prevalencia de sobrecarga ponderal en los escolares españoles, y en concreto en la Región de Murcia, en relación con otros lugares. En otros casos se hace referencia a la dimensión universal del problema, así como su tendencia ir aumentando.

"Sí hay la obesidad en niños, aquí en Murcia si hay". E42m

"Sí, yo creo que es donde más hay. " M62m

"Yo pienso que aquí en Murcia hay más de lo normal, ¿no? Yo he oído también, por las encuestas." A54m

"Desde hace unos años para acá [...] cada vez se ven más niños más pequeños que a lo mejor no son obesos, pero con sobrepeso, niños "gorditos", si estás por la calle o vas por el parque, cada vez ves más niños gorditos." A61m

" En España yo creo que hay más, según tengo entendido". E41m

"Bueno yo pienso que es un problema a nivel mundial". E57m

En este sentido hay madres que, a pesar de que dicen conocer los datos que alarman sobre el problema de obesidad en España, muestran cierto escepticismo ante estos datos en contraste con la realidad de los escolares que observan en su entorno.

"Pues porque lo dicen los estudios en Murcia hay más, pero yo no veo a tantos críos obesos." A37m

"Hemos visto pocos niños gorditos, pero sí hay". E45m

"No, yo por lo que he leído, porque la verdad es que no veo muchos niños con sobrepeso." A25a

Dentro de un marco más particular, en relación a la percepción de obesidad en los propios hijos de las participantes, hay un sector que considera la obesidad infantil un problema ajeno o inocuo. En este punto se ve una clara diferencia en las poblaciones de estudio, de manera que los marroquíes dicen no estar afectados por esta problemática y vuelcan su interés en la delgadez y en cambio ecuatorianos y españoles detectan la obesidad como un problema que les atañe en la actualidad. De manera más concreta, determinadas madres ecuatorianas cuyos hijos padecen sobrepeso u obesidad manifiestan su preocupación en las entrevistas.

"Te preocupas más cuando te toca con tus hijos y tal, eso sí, pero ya cuando lo ves fuera de ti, cuando ves que [...] no es tuyo, la preocupación es menos. Ese es el peligro." E35m

"Yo pienso que, en general los niños marroquíes no suelen ser obesos. De hecho yo creo que de las que hay aquí no hay ningún obeso." M22m

"Yo creo que los marroquíes en general están delgados [...], les cuesta mucho comer". M51h

"Mis hijos están bien, de momento no me preocupo por eso, y si engordan tampoco pasa nada." M14m

"A los siete años que tiene yo la veo que tiene como sobrepeso". E56m

"Sí, ella dice: "mamá estoy gorda", y sí... tiene como diez kilos pasados..." E24m

" La mía se come demasiado bien, está gordita, es lo que al momento más me preocupa, que está pasadita de peso..." E12m

La percepción de las madres respecto a los peligros que están ligados a la obesidad de sus hijos, crece cuando ellas sufren o han sufrido una sobrecarga ponderal en algún momento de su vida. De este modo tienden a valorar como posibles causas los factores genéticos y muestran una actitud empática ante los problemas potenciales en los que puede derivar un estado prolongado con sobrepeso u obesidad.

"Niños ven como aumentan más y más el peso. Y no sé, en parte será que puede ser también hereditario eso." E13m

"Pero también me preocupa la alimentación por mi experiencia propia, entonces no me gustaría que a mi hijo le pasara lo que a mí, entonces estoy sobre ello. Que a lo mejor muchas veces exagero ¿no? Muchas veces digo... si es un crío, tiene 11 años, pero... como tengo mi experiencia, pues no me gustaría." A27m

Para describir situaciones en las que los hijos presentan sobrepeso u obesidad infantil, las madres utilizan eufemismos, expresiones o comparaciones con otros compañeros de sus hijos, suavizando con ello la relevancia de esa sobrecarga ponderal y evitando por tanto crear cualquier tipo de alarma. Estos eufemismos pueden denotar también cierta volubilidad acerca de las consideraciones entre los conceptos de "sobrepeso" y "obesidad", de manera que el límite difuso entre ambos llega a fundamentar su uso, restando la importancia a la que aludían al comienzo de las entrevistas.

"No es que esté gordo, pero está un poco "rechonchete"" A26m

"Ella no está gorda, está finita". E23m

"Como son pequeños todavía, no están feos así gordos [...], a lo mejor se pasan con un kilo o dos kilos, pero no, exagerado no." E41m

"Bueno, yo no, pero en comparación con otras amiguitas que ella tiene que están mejor, pues sí." E14m

"Tampoco está obeso obeso, está gordito pero no está obeso." A47m

"Un niño obeso es un niño que no puede jugar, que no puede correr, que no puede hacer muchas cosas. Pero un niño que tenga por ejemplo un sobrepeso de dos, cuatro kilos, eso no es obesidad". A35a

5.3. Creencias sobre las causas de la obesidad infantil.

En cuanto a la etiología de la obesidad, las madres identifican diversas causas, como una alimentación inadecuada o un estilo de vida sedentario, relacionando de este modo el sobrepeso o la obesidad infantil con los hábitos de salud. Cuando se refieren a la alimentación consideran varios aspectos relevantes, como la necesidad de evitar ciertos alimentos perjudiciales, incidir en otros más saludables, o llevar unos horarios de comida adecuados.

Según las madres entrevistadas, el estilo de vida sedentario en los escolares viene dado fundamentalmente por la transformación del tipo de ocio, basado cada vez más en el uso de tecnologías. Además, entretenimientos como la televisión, los videojuegos o internet, se asocian a la ingestión de comida basura, ya que al estar relajado y con poca actividad se tiende a "picotear" con este tipo de productos.

"Al mío le encantan las patatas fritas y come a todas horas, y yo creo que por eso está gordo." M17m

"La obesidad depende de la comida que le das. Lo más importante es desayunar a su hora, en el almuerzo tomar zumo, o fruta..." M42m

"Yo creo que lo de la obesidad es más por la vida sedentaria, y sobre todo ahora que veo que a los ocho años le ha cambiado el cuerpo, ahora sí que noto yo que me preocupo más". A63m

"Pues... porque come. Es que si usted se descuida ya está en el frigorífico comiendo, preparándose un bocadillo ella sola. El chorizo le gusta mucho, y tengo que controlarla porque si no..." E35m

"Porque comerán más lo que dicen la comida basura y todo eso." E41m

"Pocos videojuegos, los míos están ahí siempre con los videojuegos... eso también tanto le quema el cerebro como los engordan, porque estar ahí y además suele comer chucherías y patatas fritas mientras juegan." E53m

Por último, se atribuye al sobrepeso infantil un factor predisponente de tipo intrínseco: el metabolismo. Los participantes afirman en este sentido que la obesidad o la delgadez son independientes de la alimentación que lleven a cabo.

"En mi caso, mi niño pues se me está engordando, uno es flaquito y otro es gordo y comen igual, yo no sé por qué el uno es gordo y otro es flaco... no sé porque ellos se alimentan de la misma manera, es decir, si tiene algo en el

organismo que a uno le da más...a que uno coja más, se engorde, será el organismo, no sé que será..." E21m

5.4. Consecuencias de la obesidad infantil. Enfermedades y rechazo social.

Aquellas madres que manifiestan su preocupación por la obesidad infantil se centran en las consecuencias que de ésta se pueden derivar, ya sea a nivel físico, social, a corto o largo plazo. En general, se hace hincapié en las consecuencias que tienen lugar a largo plazo, en la edad adulta, como ocurre con diversas patologías cardíacas y endocrinas.

"Porque la gente gorda no puede andar bien, y para la salud y el corazón no es bueno." M16m

"Si están gordos tienen grasa y eso no es bueno para el corazón." M56m

"Si son muy gorditos afecta a la salud, este, el ser, tener mucho peso afecta. Ser muy delgado también. Tiene que ser normal, digo yo. A parte de eso que cada persona tiene que pesar de acuerdo con la estatura." E42m

"Me doy cuenta en agilidad, para hacer las cosas, le cuesta mucho, no sé si porque tiene mucho peso..." E35m

"Colesterol, a veces el sobrepeso ya viene demasiado severo, no sé, yo misma he visto noticias, gente que da pena, que no se pueden ni mover por sí solas, que necesitan ayuda." E37m

"Es un tema que es preocupante ahora mismo, y sobre todo en los niños que se están dando bastantes casos, pero no ya por el hecho de que estén estéticamente mejor o peor, sino por la salud en sí, de colesterol y de muchas cosas que desencadena" A15m

Hay sin embargo una serie de efectos de la obesidad infantil que se pueden dar a corto plazo, durante la infancia: son aquellos relacionados con las dificultades de movilidad, la imagen corporal, y los problemas sociales que se derivan de los anteriores, como las burlas y el rechazo por parte de los compañeros.

"Pues yo, en eso de la obesidad infantil yo creo que sí es preocupante. Porque se sienten un poquito así como rechazados de los otros compañeritos." E51m

"Pues a mí me preocupa la obesidad, no por la mía, sino también por los demás niños. Porque después llegarán a una edad en que se van a sentir mal, porque yo tengo unas amigas que tienen dos hijas que están gorditas, tienen quince años y están con la vergüenza, que no hay ningún chico que le mire... dice ella. Y yo le digo "si no pasa nada, si eres muy guapa", pero se da unos bajones..." E46m

"Hombre, él está más feliz ahora en el colegio porque cuando él estaba más relleno se meten con los gorditos: que tú estás gordo que tú no corres muy rápido, que tu no vas a mi equipo." A13m

"Tiene seis años y yo la veo que está para sus años gordita [...], y eso a mí me preocupa porque para el colegio ya hay algunas niñas que se meten con ella y ella es muy sensible." E41m

5.5. Diferencia de género en la percepción de la imagen corporal.

En las intervenciones se puede identificar que el rechazo social de los niños guarda muchas veces relación con la estética, siendo la imagen corporal la protagonista de burlas y desvalorizaciones entre compañeros de clase. Esto se traduce con frecuencia en un cuidado excesivo del aspecto físico, fundamentalmente por parte de las niñas que tienden a sentir un mayor grado de insatisfacción por su cuerpo. Sin embargo, las madres, salvo alguna excepción, no muestran demasiada preocupación acerca de esta situación.

"Mi hija no..., bueno, también dice "no quiero comer que estoy gorda", pero come. Pero no es que esté gorda, yo no la veo..." E12m

"Yo tengo una que si no le controlas se comería el doble de lo que debe de comer, pero le dices "no, que te pones gorda", y ya se frena." A21a

"Porque yo tengo mi niña que ella a los once años ya no quiere comer. Alguien por ahí le dice que está un poquito gorda y ya no quiere comer; en cambio los niños no tienen esos pensamientos." E46m

"Yo también tengo una hija que está siempre pensando que quiere estar delgada, y tener la ropa buena... etc. Así que ni si quiera quiere desayunar. Su maestra me ha dicho que tengo que llevarla al psiquiatra, porque tiene diez años y ya está pensando que tiene que estar delgada." A65m

"Los niños en cambio comen de todo, pero las niñas en esta edad están pensando que no tienen qué comer." M27m

"Son cosas de niñas." E42m

Las madres de los escolares encuentran también una diferencia de género en el enfoque del cuidado físico de los propios niños, de manera que cuando el esfuerzo por conseguir un cuerpo bonito es por parte de un hijo varón, el culto al cuerpo está más dirigido a la tonificación que a la delgadez.

"Los niños quieren tener un cuerpo de deportista." E21m

"Pero yo ahora me he fijado más en mi hijo que ya está en eso de que quiere estar bien, que la tableta, que dice qué, que los músculos... Están en esa época, ya digo me ha extrañado, porque es mi hijo, el único, pero en los hombres yo no me había dado cuenta ni me había fijado." E43m

5.6. Educación en casa: establecimiento de normas y creación de hábitos saludables.

Teniendo en cuenta lo expuesto sobre la alimentación y la actividad física, y ante la evidencia de que los hábitos relacionados con ambos aspectos conforman un factor significativo con el fin de prevenir la obesidad infantil, resulta obligatorio abordar la educación en hábitos saludables. En un primer discurso, establecer la obligación a mantener unos horarios, comer sano y hacer deporte, parece una condición sine qua non para ser una "buena madre". De este modo, se puede percibir cierto orgullo al abordar de manera autoritaria la educación en hábitos de salud en la infancia.

"Yo le exijo para que coma, pero es así, obligada." E57m

"Sí, tengo horarios, y le digo que no me pique. Un amigo me decía que yo era la señorita Rotenmeyer, me llamaban así". E42m

"Nosotros sí los obligamos a que desayunen." E21m

"Algo deben tomar porque no pueden empezar con el estómago vacío. Si no es por las buenas, por las malas." A26m

En cuanto a la actividad física ocurre algo similar. Algunas familias imponen a sus hijos la realización de actividades que normalmente son regladas, como deportes, música o inglés. También se interpela a los escolares en relación a su descanso o a su ocio, pero más bien en sentido contrario: se les prohíbe que dediquen un tiempo excesivo jugando a videojuegos, que vean la televisión o que utilicen internet en cualquiera de sus formatos, pero no se les fuerza a que ejerzan un tipo de ocio más activo, se procura que lo lleven a cabo pero sin demasiadas exigencias.

"Se les obliga, aunque lo hagan con gusto, a hacer algo de deporte." A64m

"Eso influye, porque empiezan a tener un hábito y ese hábito ya se va a convertir en una costumbre...yo creo que sí influye." E52m

"Horas de tele un poco tasadas, ratos de tuenti y de ordenador también tasados o limitados a fines de semana, procurar que hagan vida social de jardín o de juegos de equipo o de deporte. [...] El estar mucho rato sentando también fomenta la obesidad, claro." A14m

"Ahora que no tienen colegio yo le obligo a hacer la siesta después de la comida, para salir a las siete al parque. E45m

Otra de las herramientas utilizada por las participantes con el objeto de educar en hábitos es la motivación. En cuanto a la comida parece funcionar presentarla de forma divertida, con colores y formas distintas, o proyectando las ventajas que puede acarrear en el futuro el comer de una manera sana. La motivación para que hagan ejercicio físico suele requerir otras estrategias. Así, el promover el encuentro con amigos suyos, ir a lugares que les resulten atractivos, o participar con ellos en actividades, puede resultar efectivo.

"Yo a la mía le digo; mira es que si comes ensalada te vas a poner más bonita, vas a crecer y todo así, cosas bonitas para que ella se entusiasme, y ella come, incluso me dice "mamá, parece que he crecido un centímetro más, ¡mídemme!" y ella se juega así, pero come." E23m

Motivarlos, no sé, con cambiar.[...]Y me parece que darle por ejemplo la fruta en forma así divertida, pelarla así, decorarla." M15m

"Yo le digo, aunque a veces no resulta, que en el parque va a estar tal amigo, que me lo ha dicho su mamá. Cuando vamos al monte no hace falta, le gusta muchísimo" A31m

"A mi hija le pasa igual. Le pongo los platos, por ejemplo... un arroz cualquiera no lo come. Pero así un arroz blanco, con tomate así como ojos sí se lo come. Y rallarle la zanahoria por ejemplo y la verdura influye muchísimo." M14m

"Me pongo a jugar con ella en el tiempo que tengo, porque si no vuelve a la tele." E54m

Cuando la motivación no es suficiente, se recurre al condicionamiento operante, es decir, premiar o castigar. Ver la televisión, recibir pegatinas o tomar un helado se convierten en armas parentales. Otros participantes utilizan estrategias más drásticas que van desde una ducha fría a amenazar de manera simbólica para que piensen que pueden recibir algún tipo de agresión física.

"Que le voy a dar un helado o algo que le guste luego." E33m

"Dice "sí, me comeré la mitad pero todo no" pero hasta que no se come eso no pongo la tele." A35a

" Cada cosa que hace bien, una pegatina, y eso es en desayuno, comida, y cena. Luego recoger sus juguetes son más pegatinas y obedecer a papá y mamá otra pegatina." A12m

"Yo al mío le digo, si no comes no llevo al parque, y ya está." E25m

"Yo he visto que aquí tampoco les obligan a los niños a comer. Hay niños que son bien rebeldes, "no lo quiero", y se va, pero nosotros decimos, te comes y te sientan, y se sientan y comen. [...] Le cuelgo la correa al lado de la silla y ya está, no le pego pero ella ve y se lo termina." E24m

"Yo cuando no come le castigo a veces duchándolo en agua fría." E37m

"Yo lo castigo, yo le digo que se coma el plato y que si no no se puede levantar, o no le compro lo que le guste." M62m

Por el contrario hay padres que piensan que es más apropiado adaptarse, de manera parcial o absoluta, a las exigencias que reclama el niño en ciertas situaciones. Esto ocurre también como alternativa ocasional cuando otros métodos no resultan eficaces, y ceden a los requerimientos de los escolares por falta de tiempo o agotamiento.

"Yo ya le tengo miedo y no les doy pescado, porque supone una pelea."A34m

"Va en función, porque yo al mío cuando le toca verdura, pescado... "es que no me gusta" digo "tampoco me gustan a mi otras cosas y tengo que hacerlas, a comértelo". Y no hay discusión posible, lo que pasa es que claro, si sé que de una cosa le gusta menos se la hago menos de continuo."A33m

"Comen lo mismo que nosotros, aunque a veces la comida que no les gusta la dejan. Por ejemplo a mi hijo le gusta la pizza, y el otro día preparé una y no le gustaba, así que le preparé otra. Si tengo tiempo le preparo otra cosa, si no, no." M23m

"A veces si no le gusta la comida que le he preparado, se come un huevo, u otra cosa. Porque a veces no le gusta la comida y quiere algo frito." M64m

"Luego ya te peleas con la realidad, y dices... Es que a mi hijo no le gustan las legumbres pero yo las hago y le pongo una cucharada de legumbres y tres de patatas" A13m

Por último, hay un grupo de participantes afortunados que manifiestan no tener problemas a la hora de inculcar hábitos, porque sus hijos acceden sin grandes problemas a lo que ellos les indican. Hay niños que incluso llegan más lejos, observan en sus padres comportamientos saludables, los aprenden por modelado, y posteriormente son capaces de motivar a sus padres para que los realicen.

"Yo es que ahora mismo... el tema de la alimentación, con las tres yo no tengo ningún problema. O sea, si hay pescado hay pescado, si es carne es carne, tostadas, fruta, verdura, da igual. Tengo esa suerte, porque se han acostumbrado de pequeñas." A64m

"En mi casa mis hijos comen de todo, de todo, o sea ellos no están diciendo ni yo les digo tampoco que no coman, no hace falta." E54m

"Tiene mucho que ver con las costumbres familiares, [...]a la mayoría, hablo de los tres, nos gusta hacer deporte, fútbol y todo eso... entonces, quieras que no le llevas o incluso te llevan y animan ellos." E14m

"Yo creo que para motivar a los niños que hagan deporte, sería tener padres también deportistas." M15

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

"Remember the advice: eat food. If some highly processed item is not something your grandmother would have recognized as food, don't touch it."

"Recuerda este consejo: come comida. Si hay algo tan procesado que tu abuela no hubiera reconocido como comida, no lo tomes."

Margaret Chan

1. Hallazgos relacionados con objetivos/introducción

1.1. Percepción materna sobre la obesidad infantil.

De acuerdo con nuestro trabajo, la importancia que las participantes dan a la obesidad infantil es muy diferente en función de las poblaciones de estudio, aunque como punto en común se manifiesta la preocupación por cuestiones relacionadas con el peso, la obesidad o la alimentación. Poniendo énfasis en estos aspectos, se hace referencia, tal y como se puede observar también en otros estudios, a un enfoque de salud preventivo⁷⁷. Sin embargo las actitudes que se perciben no van siempre en ese sentido, por lo que en ocasiones, los afrontamientos son diferentes.

En general, las madres ecuatorianas y españolas admiten un problema real de obesidad infantil en nuestro país, mientras que las marroquíes tienden a preocuparse más si sus hijos están por debajo de los percentiles de peso establecidos. En estos casos, la preocupación viene dada únicamente cuando los niños están delgados y, de manera similar a lo que se desarrolla en otras investigaciones, se puede llegar a confundir la sobrecarga ponderal con un estado saludable⁷⁸.

Además, hay una creencia generalizada de que no hay que preocuparse por la obesidad en la infancia porque se tiene la oportunidad de adelgazar con el crecimiento. Como se explica en un estudio sobre obesidad infantil, "creen que no representa un peligro real para su salud; que las posibles enfermedades causadas

por la obesidad aparecen cuando son adultos y que siempre se pueden evitar si sus hijos adelgazan más adelante"⁷⁹.

En relación con la importancia que tiene la obesidad infantil, observamos en nuestro estudio una contradicción entre la información teórica que afirma el aumento de prevalencia de la obesidad infantil, como desarrolla el estudio Enkid¹⁴, y la situación real de la vida cotidiana de las madres, que no perciben el sobrepeso o la obesidad en niños o niñas en edad escolar.

En este sentido, la prevalencia de la obesidad infantil en España, Ecuador y Marruecos, es bastante más alta en España, seguida de Ecuador, y a mucha distancia de Marruecos⁸⁰. Esto es así también para la población adulta⁸¹, por lo que la obesidad, en general, no supone en Marruecos un problema de Salud Pública, tal y como sucede en España y Ecuador. Esta realidad se traslada a las poblaciones de nuestro estudio, de manera que las madres marroquíes aseguran no preocuparse por el sobrepeso o la obesidad infantil porque los escolares marroquíes están generalmente delgados.

Esta preocupación desigual por el peso podría influir en la afluencia a las consultas de enfermería y pediatría de atención primaria. Así, cuando el ganar o perder peso no es un problema, ni sufren ninguna enfermedad o trastorno del desarrollo, algunas familias restringen sus visitas a las revisiones que dicta el calendario vacunal.

Por otro lado, la percepción de las madres sobre la obesidad de sus hijos es mayor cuando ellas mismas se consideran con sobrecarga ponderal. Esta circunstancia se ve reforzada por diversos estudios en los que se ha observado que las madres empatizan y temen que sus hijos puedan sufrir consecuencias negativas que ellas ya han experimentado⁸².

Otra de las particularidades de las participantes cuando sus hijos padecen sobrepeso u obesidad, es que tienden a restarle gravedad al problema, utilizando para ello ciertos eufemismos como "rechonchete" o "gordito". Esta actitud surge

también de un conflicto teórico a la hora de definir los diagnósticos de sobrepeso u obesidad, que según las escalas de referencia utilizadas, pueden variar en función de la combinación de diversos criterios diagnósticos. Estos criterios se basan fundamentalmente en el índice de masa corporal (IMC), los pliegues cutáneos, y los percentiles de talla y peso.¹⁴.

En cuanto a las causas que las participantes atribuyen a la obesidad infantil, destacan principalmente el consumo de alimentos perjudiciales o un estilo de vida sedentario. Estudios recientes ponen el énfasis precisamente en el estilo de vida, que a su vez depende de diversos factores, como la educación en la escuela y en casa, la alimentación, la actividad física, el ocio o el sedentarismo^{21,35}. También se atribuyen las causas a la genética, concretamente a nivel metabólico, cuya influencia excusa a los escolares y a sus familias de cualquier responsabilidad. Esta teoría ha sido avalada por recientes estudios que encuentran en la genética un factor predisponente importante hacia la obesidad infantil¹³.

En cuanto a las consecuencias que más preocupan a la población en relación con la obesidad, destacan aquellas que se dan a largo plazo, en la vida adulta, junto con las de carácter social, que tienen que lugar en la infancia. La aparición cada vez más frecuente de estas consecuencias a corto plazo, en la infancia, contrasta con el carácter despreocupado de aquellas madres que piensan que la obesidad no afecta en la infancia porque los niños adelgazan con el crecimiento. Por otro lado, hay enfermedades que se consideraban raras en la infancia y cuya incidencia va en aumento en esta última década, como la Diabetes Mellitus tipo II²⁷, y que alertan por tanto de un perjuicio importante en la salud de los escolares.

1.2. La alimentación durante la infancia.

En general, la percepción de dieta equilibrada que tienen las participantes se asemeja a las recomendaciones establecidas por la estrategia NAOS, de manera que las madres insisten en que la clave está en una dieta variada con la exclusión de

alimentos que puedan considerarse perjudiciales^{43,83}. Esta dieta variada, para contribuir a la prevención de la obesidad infantil, debe ir acompañada de otros hábitos saludables como la actividad física⁵⁶. Por el contrario, hay muchas madres que consideran que no gozan de los conocimientos necesarios sobre hábitos saludables, y se quejan de la falta de información que se les facilita, tanto en atención primaria como en los centros escolares. En este sentido, manifiestan una preocupación especial por el desconocimiento de las proporciones adecuadas de los alimentos que se deben consumir durante la infancia.

Respecto a los comportamientos y percepciones relacionadas con esta alimentación variada, los mayores contrastes observados en los resultados se dan en el desayuno. En ocasiones se considera indispensable, mientras que en otras se trivializa e incluso, llega a omitirse. Esta omisión también se produce en relación con el almuerzo y se atribuye a la identificación del desayuno como factor predisponente a la obesidad infantil. Esta consideración se opone a lo establecido por el estudio Enkid que fundamenta la necesidad de un desayuno consistente por su carácter preventivo frente a la obesidad¹⁴. No obstante, en general en nuestro estudio se enfatiza la importancia de realizar el desayuno en casa, aunque no se hace demasiado hincapié en la calidad de su composición.

En este sentido, los desayunos realizados por las poblaciones ecuatoriana, marroquí, y española, son similares. Las mayores diferencias se dan en los desayunos ecuatorianos que elaboran platos más contundentes; su gastronomía de origen, a diferencia de la marroquí, es bastante distinta a la española. Por este motivo, la población ecuatoriana ha debido realizar un esfuerzo de adaptación mayor en relación a la alimentación³⁴.

En cuanto a los ingredientes que se suelen utilizar en el desayuno, su elección está más relacionada con el sabor y apetencias de los escolares que con sus características nutritivas. Hay estudios recientes que establecen que en la infancia, desde el momento del nacimiento, son preferibles los sabores dulces y salados⁸⁴. Estos alimentos, según hemos podido comprobar en los resultados, son los

favoritos a la hora de realizar el almuerzo o picotear entre comidas. Además, en la comida que se realiza al mediodía, los escolares consumen muchas veces bebidas azucaradas, a pesar de que diversas investigaciones establecen que los edulcorantes añadidos, además de suponer un aporte elevado de carbohidratos, se consideran inductores precarios de saciedad, y ayudan por tanto a un sobreconsumo de calorías⁸⁵.

En diversos países, entre los que se encuentra España, la elección de la comida chatarra por parte de las familias para el almuerzo de sus hijos en el colegio ha generado la necesidad del desarrollo de programas para promover desayunos más saludables en los centros escolares.³² Estos programas contribuyen a generar hábitos saludables desde distintos enfoques, según los colegios; en nuestro estudio se describen tres estrategias distintas llevadas a cabo por programas de este tipo: tratar de educar a los padres y madres sugiriendo un tipo de alimento para que lleven en el almuerzo, prohibirles que lleven alimentos perjudiciales, u ofrecerles los alimentos “in situ”, en el propio colegio. La última opción, la de ofrecer alimentos a los escolares, se lleva a cabo a veces con el concierto de alguna empresa que suministra los alimentos saludables, y que las familias en nuestro estudio identifican como un elemento facilitador. En EEUU, en cambio, se ha identificado esta incursión de las empresas de la industria alimentaria en los colegios, como un factor que favorece la obesidad, ya que suelen ser empresas promotoras de comida chatarra⁸⁶.

En relación al comedor escolar, es conveniente destacar que la afluencia es muy desigual en las tres poblaciones de estudio, bien porque no es asequible para algunas familias o por no necesitar el servicio. Normalmente la razón por la que ciertas familias no precisan utilizar el comedor escolar suele ser el desempleo, fundamentalmente por parte de las madres marroquíes⁸⁷, que les permite dedicar su tiempo al cuidado de los hijos en todos sus ámbitos.

En sentido contrario, la situación de las madres que trabajan fuera de casa es difícil frente al esquema popular de la buena madre, en el que es preciso contar con un tiempo dilatado para elaborar comidas sanas y sabrosas. **Error! Marcador no**

definido.. En nuestra investigación se percibe un empeoramiento cualitativo de la dieta a consecuencia del estrés y la falta de apoyo. En este sentido no se hace referencia en ningún discurso a la figura paterna en cuanto a la planificación o elaboración de la dieta semanal.

Es conocido que la comida, fundamentalmente la que se realiza en casa a mediodía, se aprovecha en las familias para socializar entre sus propios miembros¹⁷. En este sentido se puede observar en nuestro estudio que hay familias que se reúnen para comer, otras que establecen horarios distintos para adultos y niños, e incluso niños que comen solos en su casa. Se ha demostrado que la comida en familia es un factor de prevención hacia la obesidad infantil, por el ambiente relajado y el mayor control y tiempo de los adultos¹¹.

Los escolares que comen sin supervisión de adultos suelen recurrir a comida precocinada o de fácil elaboración, y por tanto consumen con mayor frecuencia comida chatarra. No se da ningún caso de niños que coman solos en la población ecuatoriana, quizá porque su perspectiva gastronómica es más familiar⁴² y sus redes de apoyo más amplias que en los inmigrantes marroquíes⁷.

En cuanto a la merienda y la cena, hay bastantes niños que las omiten. En la población ecuatoriana hay cierta tendencia a hacer sólo una de estas dos comidas, con una merienda tardía, y un vaso de leche antes de dormir. En la población autóctona pasa una cosa parecida, pero de manera excepcional. Los escolares marroquíes suelen realizar las cinco comidas diarias aunque, al igual que en las demás, la merienda y la cena sean menos estructuradas, y esta última, más ligera. En este sentido, ciertas madres ecuatorianas consideran ligeras algunas cenas que son ricas en carbohidratos, al contrario de lo que se recomienda en un estudio sobre los hábitos en la infancia³³, aunque hay que tener en cuenta que las familias con este comportamiento suelen cenar bastante temprano.

Según diversos estudios, la realización de cinco comidas diarias es un factor de prevención ante la obesidad infantil⁵³. Además, de manera similar al discurso de las

participantes, la mayoría de programas de salud en torno a la alimentación, focaliza las actuaciones en el desayuno, almuerzo y comida, poniendo menos atención en llevar una merienda y cena saludables¹⁰. El “picoteo”, por el contrario, contribuye a generar sobrepeso, aunque en nuestro estudio identifican como factor más que ese picoteo se componga de alimentos hipercalóricos.¹⁶

La cantidad y el tamaño de las raciones son otros elementos a tener en cuenta, fundamentalmente en la cena, que debe ser ligera. Para ello, una de las medidas más factibles puede ser la utilización de recipientes de menor tamaño⁸⁸. En el caso de la población marroquí, la costumbre de comer de un plato común impide la controlar las cantidades, aunque la mayor parte de los participantes de nuestro estudio puntualiza que a los niños, normalmente, se les aparta la comida en un plato individual.

En general, además de la variabilidad de los tipos de alimentos, consumir comidas elaboradas en casa es un factor que los participantes consideran saludable. Esta consideración tiene su fundamento teórico en el control del origen y del proceso de producción del alimento⁸³. En este sentido, se pueden ver contradicciones, como la concepción de las frituras caseras como un alimento saludable, en comparación con preparados industriales para freír. En la población marroquí hay además una perspectiva religiosa que potencia el consumo de ciertos alimentos, como es el caso del pan casero⁸⁹.

A la hora de educar en hábitos, los mayores problemas surgen a la hora de evitar alimentos perjudiciales o motivar para que consuman aquellos saludables. Algunas madres presumen de su autoritarismo a la hora de prohibir ciertos productos, pero en general hacen bastantes excepciones a esas prohibiciones. Otras veces reconocen desistir por tiempo o reducir enfrentamientos.

A pesar de la dificultad de definir unas pautas para la educación de hábitos, parece haber consenso en ciertas actitudes, que irían en sentido contrario de prohibiciones y exigencias; en ellas se pone de manifiesto que las neofobias a

alimentos nuevos son normales, y los sabores de la comida chatarra muy atractivos, por lo que la resistencia a llevar una dieta saludable es muy normal. Las claves irían más o menos en la dirección de crear entornos agradables, ser constantes, no exigir ni prohibir, no utilizar premios ni castigos dentro de los propios alimentos, e intentar llevar unos comportamientos personales acordes a lo que se les exige a ellos⁹⁰.

En cuanto a la percepción de las madres respecto a la comida chatarra, se ven algunas contradicciones. Mientras que la bollería industrial se penaliza de manera general, las galletas, los bizcochos, o el refresco de cola, se consumen en muchos hogares a diario. Este tipo de productos está en la actualidad siendo motivo de conflicto entre organismos como la Organización Mundial de la Salud y la industria alimentaria⁴⁴, fundamentalmente por su elevado contenido en azúcares. Las razones por las que se consumen este tipo de productos son diversas, como la comparación con otros alimentos más nocivos, la tradición, las prisas o la cesión ante caprichos para agradar a los hijos. Habría que analizar por qué los escolares reclaman estos alimentos, encontrando posibles soluciones en los sabores agradables que ya hemos comentado, en la influencia de la publicidad, o en el bajo coste de los productos. Parfraseando a Marvin Harris, "en grado cada vez mayor, lo bueno para comer es lo que es bueno para vender"⁹¹

En este sentido, la publicidad de alimentos se beneficia de la vulnerabilidad de los escolares hacia los alimentos que consideran más sabrosos; así inciden en productos dulces y salados que además suelen ser poco nutritivos e hipercalóricos^{92,52}.

Cuando el problema de la obesidad ya está instaurado en los escolares, y la prevención primaria no ha funcionado, las madres que perciben la sobrecarga ponderal de sus hijos, tratan de solucionarlo. Según las participantes su estrategia suele ser una combinación de restricción de alimentos hipercalóricos y actividad física, en consonancia con las investigaciones recientes que contraindican la imposición de una dieta en la infancia¹⁶.

1.3. Actividad física

Desde una perspectiva holística, la actividad física aporta a los escolares mucho más beneficios que los derivados del gasto calórico. De este modo podríamos hablar de la adquisición de conocimientos prácticos, teóricos, de actitudes y valores (como la autoestima, la autonomía, cooperación o la conciencia crítica), que van a contribuir a una salud física y mental⁹³. Otra de las ventajas de realizar actividad física es la propia inculcación del hábito y la mejora de la socialización⁹⁴. En el estudio hay muchas participantes que van en esta línea, pero también otras que piensan que hacer ejercicio no es necesario en la infancia, o que detectan riesgos en la práctica de actividades al aire libre que la hacen desaconsejable.

Gran parte de la actividad física en la infancia está relacionada con el ocio³⁰, y las participantes en el estudio identifican ciertas limitaciones para que sus hijos realicen un ocio activo, fundamentalmente en relación al entorno. De este modo los escolares que dispongan de patios o jardines cercanos tendrán mayor facilidad para hacer actividades lúdicas activas. Muchas madres se quejan también de otros condicionamientos, como la climatología, los horarios escolares o la poca afluencia de las amistades de sus hijos.

Además, se detecta una insatisfacción hacia la educación en la escuela que se traduce en otra dificultad para la realización de actividad física: la sobresaturación de tareas académicas. Las madres se quejan de que los escolares invierten demasiado tiempo en actividades intelectuales, imposibilitando un espacio de tiempo para un ocio activo, y facilitando por tanto el sedentarismo. Este hecho ha sido objeto de diversos estudios que pretenden encontrar la solución para conciliar el ocio con otros factores del entorno y las tareas de los escolares⁹⁵.

A la hora de realizar un deporte se reproducen todas las limitaciones anteriores, a la que se le añade en el caso de algunas familias una imposibilidad

económica para acceder o inscribirse en dichas actividades⁹⁶. En este sentido, por la condición de inmigrantes económicos de las poblaciones ecuatoriana y marroquí, las madres manifiestan una menor afluencia a actividades extraescolares pautadas.

Además del ocio y el deporte, hay otras formas en las que se puede realizar actividad física, fundamentalmente en la infancia. A este tipo de actividad se le denomina "actividad física espontánea" (AFE) y es la que tiene lugar en actividades en la vida ordinaria²¹. Uno de los momentos propicios para ejercer este tipo de actividad es el desplazamiento al centro escolar²³. En este sentido hay muchos escolares que lo realizan andando, en función de la cercanía y las condiciones climatológicas, aunque también hay muchos niños que acuden al colegio en coche o transporte público. Ningún niño del estudio opta por utilizar la bicicleta como medio de transporte para tal fin, a pesar de que hay madres que sugieren su conveniencia.

Los objetivos de la educación física en la escuela son en general: la promoción de la condición física, la mejora de la autoestima, la adquisición de conocimientos y el desarrollo social⁹⁷. En ciertas familias, sin embargo, se concibe la educación física como una materia que implementa las necesidades físicas de los escolares, por lo que no es preciso que se incida más en este sentido en su tiempo de ocio.

La actividad, como explican las participantes, requiere un equilibrio con el descanso⁵⁸. Es difícil ponderar las horas de descanso necesarias en la infancia, ya que cada niño, como cada adulto, tiene necesidades de sueño individuales y no existen datos absolutos. De manera relativa se puede considerar que en edad escolar necesitan unas dos horas y media más de sueño que en la edad adulta⁹⁸. En nuestro estudio se observa una percepción generalizada de que un descanso adecuado y reparador favorece el rendimiento académico y físico, mejora el estado de ánimo y estimula el desarrollo. Los horarios del descanso nocturno son similares, aunque los escolares marroquíes son los que más tarde se acuestan debido, en parte, a la hora del retorno de los padres del trabajo.

La siesta es una práctica bastante arbitraria en la muestra de estudio. Está supeditada a la hora y lugar donde comen, las tareas académicas, los horarios extraescolares, o la conveniencia de las madres si ellas también la duermen. En cuanto a sus necesidades, a edades menores la siesta promueve el desarrollo del niño, pero en la edad escolar no hay evidencias⁹⁸. En este sentido hay una perspectiva religiosa en las madres marroquíes, ya que algunas ponderan sus beneficios en base a lo narrado en el Corán, ya que Mahoma, su profeta, dormía la siesta⁹⁹. En relación con la siesta, hay escolares ecuatorianos que duermen demasiadas horas, favoreciendo con ello su inactividad durante la tarde.

Por otra parte, las madres consideran el sedentarismo de los escolares como una de las principales causas de la obesidad infantil. Como hemos podido ver en un estudio realizado por la Fundación Alimentum, el sedentarismo infantil tiene una incidencia mayor en Murcia que en el resto de Comunidades Autónomas⁵⁹.

Además de que las limitaciones comentadas anteriormente para realizar actividad física favorecen el sedentarismo, hay otros factores que conducen a los escolares a prácticas sedentarias vinculadas a la tecnología. Las participantes tratan de limitar este uso excesivo, en especial de la televisión y el ordenador y admiten que sus hijos, en general, superan un tiempo de más de dos horas en el uso de pantallas, tiempo que según el estudio ALADINO²³ favorece el sobrepeso en los escolares. Este problema es difícil de atajar por las participantes porque en los centros escolares últimamente fomentan el uso de nuevas tecnologías y es complicado saber cuándo hacen un uso académico o no. Además los ordenadores portátiles y teléfonos móviles dificultan el seguimiento y control del acceso a internet de los niños. En la población de origen marroquí se observa un menor interés hacia el ocio tecnológico y por tanto menos conflictos normativos a este respecto.

Según un estudio reciente, es necesario que las familias sean conscientes de los efectos negativos de la televisión sobre el sueño, la lectura, la actividad física y el rendimiento académico de los escolares¹⁰⁰. Además se recomienda que los niños no

tengan la televisión en su habitación ni la vean solos. Además, respecto a la obesidad, se ha demostrado que el estar viendo la televisión induce a las personas a consumir más comida entre horas, y además ésta es de baja calidad nutritiva. A este hecho se le suma la influencia de la publicidad sobre productos perjudiciales, sobre la que ya se habló en el punto anterior.

Por último, hay una serie de actividades sedentarias que no se penalizan por considerarse beneficiosas desde otras perspectivas, como la lectura o acudir a la mezquita por parte de la población marroquí. La enseñanza religiosa musulmana ha de impartirse forzosamente en horario extraescolar, ya que aunque la Ley 26/1992 garantiza el derecho de recibir enseñanza en los centros docentes públicos, ésta no se cumple^{101,102}. Además, el número de alumnos musulmanes, según observatorio Andalús, es mayor en Barcelona, Madrid, y en tercer lugar en Murcia, hay un sector importante de la población que acude a estas clases religiosas¹⁰³.

1.4. Diferencia de género

La primera diferencia de género que detectamos en las entrevistas, tiene relación con la participación en el estudio de madres y padres. Como ya comentamos anteriormente, se enviaron cartas informativas para captar participantes sin hacer distinción por sexos, pero con la intención de hacer una selección posterior y utilizar el sexo como variable de segmentación. Debido a que prácticamente la totalidad de las participantes que accedieron al estudio fueron mujeres, la mayoría madres y algunas abuelas, finalmente hubo que asumir la participación mayoritaria de mujeres. Este hecho fue comentado en los grupos de discusión, de manera que algunas lo atribuían simplemente a una incompatibilidad de la jornada laboral, y otras en cambio, hacían referencia a una despreocupación por parte de los padres. Esta supuesta despreocupación se justifica en el grupo haciendo alusión al vínculo materno y a la ausencia en casa de los padres a causa de su trabajo. Si hacemos un acercamiento a investigaciones a la implicación de los hombres en la educación y la salud de sus hijos, encontramos aspectos de confusión

como la relevancia de la actitud de las madres ante estos roles o la invisibilidad por parte de los servicios sanitarios respecto a los padres¹⁰⁴.

Otros estudios van en otra línea, y fundamentan el supuesto desentendimiento porque históricamente, en general, la transmisión de conocimientos relativos a la alimentación se realiza por "vía femenina", es decir, "abuela-madre-niño"¹⁰⁵. En cualquier caso, ya sea por trabajo o por desinterés, las participantes, fundamentalmente las marroquíes, perciben una diferencia clara de género en cuanto a la implicación en la educación de los hijos.

Un estudio reciente realizado con adolescentes corrobora que " los chicos están más satisfechos que las mujeres con su imagen corporal, incluso algunos de ellos, estarían más satisfechos si engordaran algo más"¹⁰⁶.

En la actividad física las madres tienen miedo de que las niñas salgan, y en consecuencia sus actividades de ocio son distintas.

2. Limitaciones del estudio

Podemos estructurar las dificultades y limitaciones de esta tesis en función del momento del estudio en que tienen lugar.

2.1. Limitaciones en el reclutamiento de los participantes.

A la hora de elegir la muestra y ante la posibilidad de que surgieran tensiones derivadas de la homogeneidad y/o heterogeneidad de los participantes, se decidió establecer un punto intermedio, asegurando con ello un clima de confianza en el grupo y enriqueciendo la información obtenida. Ante el problema de la barrera idiomática de la población marroquí, se decidió agrupar la muestra de estudio en tres poblaciones de estudio, y definir los grupos de discusión a partir de estas poblaciones. Además, se comprobó que esta estrategia favorecía el clima de

confianza entre los miembros del grupo que, a pesar de no conocerse con anterioridad, tenían algo en común.

Otro de los problemas que hubo que solventar fue la resistencia a participar de las personas contactadas. A pesar de confirmar su asistencia hubo padres y madres que se replantearon su colaboración y no acudieron a las sesiones. Para evitarlo se pidió a los facilitadores que insistieran en que los datos no trascenderán al estudio y por tanto sus intervenciones sólo podrán tener aplicación a nivel de la investigación. La hoja informativa (anexo I) les informaba detalladamente sobre cualquier duda. También se les brindó la posibilidad de acceso a los resultados del estudio a través de la recogida de sus correos (preferiblemente electrónicos pero también domiciliarios), de manera que se les hará llegar a todos las madres que lo solicitaron un resumen de los resultados.

Por otra parte, contábamos con el riesgo de que la dinámica de grupo influenciara las respuestas individuales. Para evitarlo formamos grupos de personas que no se conocían entre sí, y explicamos detalladamente, al inicio de cada sesión, los objetivos del estudio y la importancia de la autenticidad de los datos, respaldándonos en la confidencialidad y anonimato de éstos.

En los resultados se puede apreciar que las madres atribuyen más importancia al peso, la alimentación y actividad física de sus hijos, que a otros problemas relacionados con salud. Para valorar debidamente estas percepciones, hay que tener en cuenta que en la hoja entregada previamente se mencionaba la temática del estudio. Es posible por tanto que la focalización de las asistentes hacia los problemas derivados del peso, alimentación y la actividad física, pudiera verse influenciada por la lectura de la hoja informativa, pudiendo generarse por tanto a un sesgo importante.

2.2. Limitaciones durante las entrevistas grupales.

Para conseguir que todos los integrantes del grupo aportaran su opinión hacia los temas objeto de estudio, se recurrió a técnicas de estimulación y motivación y se redundó de manera recurrente en la confidencialidad y anonimato de la información.

Hay que tener en cuenta también un posible sesgo de cortesía ante el moderador, dando las respuestas que se consideraban más apropiadas. Para minimizar este sesgo se instó a los integrantes a que se expresaran con total libertad, insistiendo en que “todas las respuestas son igual de válidas”.

Uno de los mayores problemas fue la comprensión y expresión a hora de realizar las discusiones grupales de la población magrebí, debido a la barrera idiomática. En principio utilizamos el castellano como criterio de exclusión, pero debido a que la mayoría de madres marroquíes no hablaban bien castellano, hubo que formar los grupos y buscar un traductor. Finalmente se dispuso de un traductor, pero únicamente para dos entrevistas, así que se trató de que al menos la mitad de cada grupo de discusión dominara el castellano para poder funcionar de traductor informales.

Por último, se pretendió realizar en todo momento preguntas abiertas, evitando juicios de valor, para que las opiniones o creencias de la moderadora no influenciaran las de los participantes.

2.3. Limitaciones durante la transcripción y análisis de resultados.

En muchos casos hay pérdida de información no verbal o por superposición de conversaciones. Nos ayudamos de una cámara de vídeo, grabadora y un diario de seguimiento de las sesiones en el que una segunda persona describía las observaciones pertinentes. Pero a pesar de contar con todos estos recursos hubo tres grupos en los que los participantes no accedieron a ser grabados en vídeo. Las transcripciones de estas entrevistas fueron, por tanto, bastante costosas.

También se realizaron fichas de participación (anexo II). Estas fichas fueron de utilidad para revisar algunos datos particulares y orientar algunas transcripciones, sobre todo las que carecían de imagen.

3. Aplicabilidad y utilidad práctica de los resultados

Este estudio tiene su aplicación más directa en el campo de la Atención Primaria y, concretamente, en las revisiones pediátricas que se realizan dentro del Plan de Atención al Niño y al Adolescente (PANA) por parte de los profesionales de enfermería y de medicina.¹⁰⁷

El análisis de los datos obtenidos a través de los grupos de discusión nos ha permitido un acercamiento para poder comprender y conocer las actitudes y los patrones culturales asociados a la obesidad en las distintas poblaciones de estudio. Además la captación de los diferentes hábitos y patrones culturales vislumbrados a través del análisis de las tres poblaciones permite un abordaje integral en los diversos sectores de actuación de los niños y niñas inmigrantes.

Tanto en el sector salud como en el educativo es absolutamente necesario tomar conciencia de que nuestra sociedad tiende a ser cada vez más multiétnica y por tanto multicultural. La revisión de estudios y la propia experiencia, nos muestran que no debemos exigir a los emigrantes la asimilación de nuestros valores culturales con la consiguiente pérdida de los suyos, sino que habrá que elaborar estrategias para llegar a un intercambio mutuo a través del conocimiento de hábitos y patrones culturales relacionados con la alimentación y la actividad física en la infancia.

Hay campañas de Educación para la Salud para inmigrantes que acostumbran a llevar mensajes unidireccionales que resultan de la mera traducción del mensaje original en español, sin tener en cuenta sus características sociales, culturales y económicas¹⁰⁸. Este tipo de campañas deberían renovarse y ofrecer una nueva perspectiva.

El conocimiento y la comprensión de los hábitos de inmigrantes y autóctonos, permite el abordaje de otras perspectivas y por tanto, un enfoque intersectorial y multidisciplinario que pone su acento en la globalidad de la salud a través de diferentes vías, como pueden ser:

Promoción de hábitos saludables en la escuela desde una perspectiva intercultural, aportando nuevos patrones alimentarios y de actividad física en la infancia. Facilitar en las escuelas de madres y padres, la comprensión ante la importancia de estos hábitos para prevenir enfermedades como la obesidad infantil.

Esta promoción se debe realizar también a otros niveles, a través de planes, programas y proyectos educativos en los que se pretenderá adoptar esta nueva perspectiva. Además permite promover nuevas propuestas de educación a padres y madres en el ámbito escolar, e incluir en las programaciones educativas de los centros contenidos innovadores que permitan respetar “otros hábitos saludables” enriquecidos con lo que otras culturas nos ofrecen. Se promueve por tanto la motivación a escolares y tutores, incorporando aspectos preventivos en relación a determinados comportamientos saludables independientemente de su origen cultural.

Creación de talleres en relación a las carencias que la población pueda presentar. En relación a la alimentación se puede ayudar a las familias a realizar dietas individualizadas, leer correctamente las etiquetas de los alimentos y saber qué alimentos comer con más frecuencia y cuáles evitar. En la realización de actividad física se les puede ayudar a encontrar recursos y estrategias para utilizar el espacio y el tiempo del que disponen, y conciliar así el ocio con el resto de obligaciones. En relación a la obesidad se podrían combinar ambos conocimientos, e intercambiar con familias de otras culturas aquello que consideren.

*Atención integral en el ámbito sanitario*¹⁰⁹. Conocer y comprender las distintas actitudes y comportamientos tanto alimentarios como de ocio y actividad física en la infancia es de gran interés en pediatría, tanto en la consulta médica como en la de enfermería. Esta línea debe alcanzar no sólo la Atención Primaria, sino incluir una adaptación para urgencias y niños hospitalizados. En la actualidad se utilizan guías para la educación para la salud en los centros que no incluyen todos estos aspectos.¹¹⁰

Junto con la escuela el centro de salud es el lugar idóneo para introducir una “pediatría social” que puede dar respuesta a los problemas de la infancia sin aislarlos de su contexto familiar, comunitario, económico y social. De esta manera estaremos más cerca de que “la opción saludable sea la más fácil de elegir” por los padres y madres de los escolares.

Refuerzo de los instrumentos de comunicación social, a partir de los cuales se pueden establecer niveles de información, comunicación y divulgación tanto en el ámbito escolar como en el sanitario, dando lugar con ello a un modelo de participación comunitaria. A través de la participación y la capacidad de discusión, este modelo puede servir de base también para el desarrollo de acciones dirigidas a conocer la salud, necesidades y problemas de las poblaciones de estudio.

Facilitación de recursos que permitan conciliar la vida laboral y familiar de la población extranjera con el aprendizaje del castellano. La barrera idiomática supuso una limitación para realizar las entrevistas de las participantes marroquíes. Además, hicieron alusión a su dificultad de adaptación debido a la escasez de recursos de los que disponen para el aprendizaje del castellano.

Inclusión de un enfoque multicultural en el almuerzo del colegio, la cocina de los comedores escolares y en la oferta lúdica de las actividades al aire

libre llevadas a cabo en la escuela, a través de un abanico de opciones basado en la diversidad y la interculturalidad de nuestra región.

Regulación de la publicidad dirigida a menores en la que se promocionan alimentos perjudiciales.

Todas estas acciones podrán llevarse a cabo en mayor o menor grado dependiendo del apoyo de las instituciones políticas correspondientes, ya sea a nivel municipal, regional, estatal, o comunitario.

Estudios como éste sirven de base para otros estudios que profundicen sobre la influencia de los determinantes ambientales y culturales en la salud y calidad de vida de la infancia. La atención a la infancia debe contemplar las particularidades de la población inmigrante y en especial de escolares que viven en condiciones irregulares o pasan durante el día algún tiempo sin adultos responsables de ellos.

En resumen, este estudio nos permite comprender los comportamientos de los escolares inmigrantes en comparación con la población autóctona, conformando así el primer paso para conseguir que la atención a la infancia en diferentes ámbitos se centre siempre en el interés de los niños, tal y como establece la Convención de Derechos del Niño de Naciones Unidas¹¹¹.

CAPÍTULO VI
CONCLUSIONES

Finalmente, podemos extraer una serie de conclusiones finales que se resumen en los siguientes puntos:

1. El conocimiento sobre la obesidad infantil es bastante desigual en la población de madres de escolares de la Región de Murcia. En general, se percibe una prevalencia alta de esta enfermedad, aunque sus consecuencias a corto plazo apenas se visibilizan. En cuanto al impacto que pueda provocar la obesidad en la edad adulta, se considera, por lejano, de escasa importancia. En este sentido, la población marroquí presenta, incluso, una implicación menor, al considerar la obesidad infantil como un problema ajeno.

2. En general la preocupación de las madres por la obesidad infantil depende, en gran medida, de los antecedentes de obesidad en el entorno familiar. En la prevención de este problema se enfatiza especialmente el seguimiento de una dieta equilibrada, en detrimento de la actividad física, que se posterga a un segundo plano.

3. Los comportamientos relacionados con la obesidad son diferentes según el perfil socioeconómico y cultural de la población. La opción de inscribir a los escolares en el comedor o en actividades extraescolares, como por ejemplo un deporte, supone un esfuerzo económico que algunas familias no pueden asumir. Hay diferencias poblacionales en este sentido, de manera que los escolares autóctonos participan con mayor asiduidad en estas actividades. Por otra parte, los escolares musulmanes ocupan parte de su tiempo de ocio en su educación religiosa, lo cual les resta tiempo para poder dedicarlo a estas actividades extraescolares.

4. En cuanto a la actividad física informal, los escolares marroquíes frecuentan más la calle y juegan más al aire libre; en parte, como consecuencia del desempleo materno en esta población, que les permite a las madres tener mayor disponibilidad para acompañar a sus hijos al parque. Sucede lo contrario con la población

ecuatoriana, que por temor a que les suceda algo, especialmente a sus hijas, restringen a la calle.

5. La condición laboral de las madres influye también en la adquisición de hábitos en el hogar. En este sentido hay una diferencia sustancial en las poblaciones de estudio: las madres autóctonas y ecuatorianas, por lo general, trabajan fuera de casa, lo cual se traduce en una escasez de tiempo para elaborar alimentos. Esto da lugar a la utilización de la comida rápida como recurso, a pesar que existe una consideración general en la que se identifica lo casero y lo tradicional como saludable. Por otra parte, cuando los progenitores son laboralmente activos, el agrupamiento familiar en las comidas es menos habitual. Además, en algunas familias marroquíes con jornadas laborales intensivas, se produce un retraso horario en el descanso nocturno de los escolares.

6. En relación a los hábitos diarios, hay un contraste importante en relación al desayuno. En general, la primera comida del día se considera importante, porque permite a los escolares rendir mejor tanto física como académicamente. Las familias ecuatorianas habitan a hacer desayunos más abundantes, mientras que las familias marroquíes, por su parte, identifican el desayuno con los productos de sabor dulce, normalmente elaborados en casa. Por otro lado, en relación a la cena hay una consideración común en las poblaciones ecuatoriana, marroquí y autóctona; se debe elaborar con suficiente antelación y poco contenido calórico, para favorecer una mejor digestión y prevenir la obesidad infantil.

7. De nuestro estudio se pueden entrever actitudes que contribuyen a la prevención de la obesidad infantil y que tienen que ver con la motivación, como comer en familia, salir a hacer ejercicio juntos, motivar a los niños para que consuman alimentos saludables o animarlos para que vayan al colegio a pie o en bicicleta, puede contribuir también.

8. Según la perspectiva de las madres de los escolares, uno de los problemas fundamentales en relación con la obesidad infantil es el consumo de comida chatarra. Es más, opinan que habría que restringir o incluso prohibir estos alimentos. Sin embargo hay eventos muy dispares en los que se permite su consumo, y productos con los que son más benevolentes, incluso a diario, como las galletas o las madalenas.

9. En relación a la educación en la escuela es compleja, se identifican el almuerzo que allí se proporciona y la dieta de los comedores escolares como saludables, pero a su vez considera que las tareas académicas que deben realizar en el hogar son excesivas: compiten con el tiempo reservado para el ocio y la realización de ejercicio físico. Además, estas tareas están cada vez más ligadas a las nuevas tecnologías y podrían contribuir a la instauración de hábitos sedentarios por parte de los escolares.

10. La televisión y el ocio tecnológico en cambio resultan actividades bastante comunes en las tres poblaciones de estudio y, salvo excepciones, su uso resulta independiente de los factores socioeconómicos y culturales de las familias. En general se considera que los escolares pasan demasiado tiempo dedicados al ocio tecnológico en general, ya que el ordenador cada vez cobra más protagonismo frente a la televisión. Además este tipo de ocio les conduce a comer entre horas, y con frecuencia productos considerados comida chatarra. Uno de los problemas asociados al uso de ocio tecnológico es que la utilización de dispositivos portátiles dificulta el control por parte de los progenitores.

11. El descanso nocturno es similar en las poblaciones de estudio, con alguna salvedad en los escolares marroquíes: su descanso suele comenzar más tarde e incluyen de manera habitual la siesta, dado que esta costumbre podría estar asociada a sus patrones culturales y su religión.

13. El cuidado de los escolares, depende generalmente de las madres. Este hallazgo se puede extraer, tanto de la afluencia a las entrevistas como del propio

discurso, en el que se fundamenta haciendo referencia al vínculo materno y la desigualdad en la empleabilidad de hombres y mujeres, fundamentalmente en la población marroquí.

14. En definitiva, y retomando la pregunta de investigación que se planteó al comienzo de esta tesis, podemos concluir que resulta imprescindible una adaptación de los programas de salud de prevención de la obesidad infantil dirigidos a la población escolar, individualizando las estrategias en función de los diferentes patrones culturales. Estos programas deberían tener un respaldo en las políticas relacionadas con la alimentación y la actividad física, haciendo énfasis en el veto de determinados productos perjudiciales, regulación y transparencia en su etiquetado, abaratamiento de alimentos básicos, y ayudas económicas que favorezcan una igualdad de acceso a entornos para la práctica de actividades saludables.

ANEXOS

ANEXO I



17 de mayo de 2011

Estimado/a Sr/Sra.

El Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Murcia está desarrollando un estudio sobre los hábitos saludables de los escolares de educación primaria de la Región de Murcia.

En este estudio se van recoger, mediante una entrevista en grupo, las opiniones y puntos de vista que tienen los padres y madres de estos niños en relación con la alimentación, la actividad física y las actividades dedicadas al ocio en escolares de entre 6 y 12 años.

Las entrevistas se realizarán, en pequeños grupos (7-9 personas) y es previsible que no duren más de 60 minutos. La información que usted comparta con el equipo investigador y el material grabado en vídeo y audio no podrán ser manipulados ni utilizados con otro fin que el expuesto en este documento siendo sus datos debidamente protegidos (Ley orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, artículo 5).

Por ello, nos ponemos en contacto con usted con el fin de invitarle a participar y recoger sus experiencias y puntos de vista sobre este tema.

Su opinión es muy importante, por ello agradecemos su participación,

Juan José Gascón Cánovas
Profesor Titular de Medicina Preventiva
Universidad de Murcia

María Nicolás Hernández
Doctoranda de Salud Pública
Universidad Murcia

ANEXO II



Dpto. de Medicina Preventiva
Y Salud Pública

DATOS PERSONALES

Nombre: _____
Edad: _____ Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
Número de teléfono: _____
Domicilio: _____
País de origen: _____
Año de llegada a España: _____
Número de hijos: _____ Edad: _____
Número de hijas: _____ Edad: _____
Observaciones: _____

ANEXO III

Categoría	Subcategoría	Códigos
Actividad física/ocio	Sedentarismo	Frecuencia tv/internet/videojuegos
	Descanso	Siesta
		Descanso nocturno
	Importancia actividad física	Diferencias culturales
		Relación con enfermedades /obesidad infantil
	Hábitos	Educación casa
		Educación física colegio
		Normas de establecimiento
	Hábitos saludables	Actividad física espontánea
		Deporte
		Desplazamientos activos
	Hábitos no saludables	Ocio tecnológico
		Otros tipos de ocio sedentarios
		Sobrecarga academia
	Cultura actividad física	Independencia jugar en la calle
		Percepción importancia
Percepción salud/obesidad infantil	Aspectos generales a destacar de la salud	Obesidad infantil/sobrepeso
		Otras preocupaciones/salud
		Revisiones enfermería/pediatría
	Creencias sobre las causas de la obesidad infantil	Genética
		Estilo de vida
	Consecuencias de la obesidad infantil.	Enfermedades infancia
		Enfermedades adulto
		Rechazo social

Alimentación	Hábitos	Desayuno
		Almuerzo colegio
		Comida
		Merienda
		Cena
		Bebidas
		Cantidades comida
	Hábitos no saludables	Alimentos predisponentes a la obesidad
		Hábitos recurrentes: "picar entre comidas".
		Comida chatarra
	Hábitos saludables	Comer fruta y verdura
		Dieta equilibrada
	Aspectos culturales	Consideración sano/insano
		Cultura gastronómica
	Importancia alimentación	Causa enfermedades /obesidad
		Rendimiento escolar
		Percepción cultural
	Educación casa	Motivación
		Modelado
		Premios/castigo
	Colegio	Almuerzo colegio
Comedor escolar		
Otras	Diferencia de género	Autopercepción imagen
		Ocio
		Cuidado maternal/paternal
	Influencia nivel socio-económico	Trabajo padres
		Inscripción actividades/comedor
		Dificultades entorno
	Contradicciones	

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹Plan para la integración social de personas inmigrantes en la Región de Murcia 2006-09. Dirección general de inmigración y voluntariado. Disponible en: [www.carm.es /psocial/planinmigrantes](http://www.carm.es/psocial/planinmigrantes). Acceso: 22 de febrero de 2011.

²Instituto Nacional de Estadística. Padrón de Habitantes. Disponible en: www.ine.es INE. Padrón de habitantes. Acceso el 7 de julio de 2010.

³ Pallás CR, De la Cruz J. Inmigración y salud infantil. Una perspectiva diferente. *Revista Pediatría de Atención Primaria*. Junio de 2003; V(18):9-16.

⁴ Ramos M, García R, Prieto MA, March JC. Problemas y propuestas de mejora en la atención sanitaria a los inmigrantes económicos. *Gac Sanit*. 2001; 4(15):320-6.

⁵ CREM. Centro Regional de Estadística de Murcia. Datos Básicos. Disponible en: http://www.carm.es/econet/sicrem/PU_datosBasicos. Acceso 23 de febrero de 2015.

⁶Masvidal RM. Protocolo de atención al niño inmigrante y a los hijos de inmigrantes. *Revista Pediatría de Atención Primaria*. 2006; VIII(Suplemento 2).

⁷Magdaleno I. Estudio de las necesidades formativas de la población inmigrante de la Región de Murcia. Murcia: Servicio Regional de Empleo y Formación Comunidad Autónoma de la Región de Murcia; 2008.

⁸Palomero P. Inmigración y educación en la ciudad de Zaragoza: análisis de la realidad y propuestas para una escuela intercultural. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*. 2006;20(1):91-111.

⁹Gómez LF, Ibarra ML, Lucumí DI, Arango CM, Parra A, Cadena Y, et al. Alimentación no saludable, inactividad física y obesidad en la población infantil colombiana: un llamado urgente al estado y la sociedad civil para emprender acciones efectivas.

Global Health Promotion. 2012; 19(3) 87-92.

¹⁰Martínez Rubio A. La obesidad infantil en la sociedad del siglo XXI. Sociedad de Pediatría Social; 2007.

¹¹Casado J, Díaz JA, Martínez MC. El niño que vive en una institución. Niños maltratados. Madrid: Díaz de Santos. 1997.

¹²Aranceta J. Obesidad infantil: nuevos hábitos alimentarios y nuevos riesgos para la salud. Alimentación Consumo y Salud. Fundación La Caixa. 2008; p. 216-46.

¹³ Shungin D, Winkler TW, Croteau-Chonk DC, Ferreira T, Locke AE, Mägi R., Medina-Gomez C. New genetic loci link adipose and insulin biology to body fat distribution. Nature. 2015; 518(7538), 187-196.

¹⁴Majem LS. Obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del estudio Enkid (1998-2000). Medicina Clínica. 2003; 121(19):725-32.

¹⁵ Dipietro L. Physical activity, body weight, and adiposity: an epidemiologic perspective. Exercise and sport sciences reviews, enero de 1995; 23: 275-304.

¹⁶Comisión de expertos para la prevención y control del sobrepeso y obesidad en la infancia y adolescencia. Situación actual de la obesidad en la infancia y en la adolescencia y estrategias de prevención. Plan de Salud de la Comunidad Valenciana 2005-2009.

¹⁷Bueno M. Estudio epidemiológico sobre nutrición y obesidad infantil. Madrid: Grupo PAIDOS 84; 1985.

¹⁸Calzada-León R. Obesidad en niños y adolescentes. Academia Americana de Pediatría. México, D.F. : ETM; 2003.

¹⁹Arzenz S, Ruckerl R, Koletzko B, von Kries R. Breast-feeding and childhood obesity--

a systematic review. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2010; 28(10):1247-56.

²⁰Steinbeck KS. The importance of physical activity in the prevention of overweight and obesity in childhood: a review and an opinion. *Obes Rev.* 2001; 2:117-30.

²¹Colomer, J. Previnfad (AEPap)/PAPPS infancia y adolescencia. Prevención de la obesidad infantil. Disponible en: http://www.aepap.org/previnfad/rec_obesidad.htm. Acceso el 14 de julio de 2010.

²² Martínez L, Beltrán B, Ávila JM, Pozo SD, Cuadrado C. Programa Thao-Salud Infantil en Villanueva de la Cañada (Madrid). Prevalencia de sobrepeso y obesidad en los escolares de 3 a 12 años. *Rev. esp. nutr. comunitaria.* Madrid. 2009; 191-199.

²³Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España. Estudio Aladino. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2011.

²⁴Ebbeling CB, Pawlak DB, Ludwig DS. Childhood obesity: Public-health crisis, common sense cure. *Lancet.* 2002;(360):473-82.

²⁵Rodríguez LE. Obesidad: fisiología, etiopatogenia y fisiopatología. *Revista Cubana de Endocrinología.* 2003; 14(2).

²⁶Plan de Salud 2010-2015 de la Región de Murcia. Murcia: Consejería de Sanidad. Comunidad Autónoma de la Región de Murcia; 2010. Disponible en: http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/185877-Plan_salud_2010-2015.pdf

²⁷Licea M E, Bustamante M, Lemane M. Diabetes tipo 2 en niños y adolescentes: aspectos clínico-epidemiológicos, patogénicos y terapéuticos. *Revista Cubana Endocrinología.* 2008; 19(1).

²⁸Villar F. La prevención cardiovascular en España. Promoviendo el uso de las recomendaciones. *Revista Española de Salud Pública.* 2004; 78(4):421-34.

²⁹ García-Fuentes M, Redondo C, González-Lamuño D, Noriega MJ, De Rufino P, González-Gross M, et al. Obesidad infantil en España. Epidemiología, comorbilidades y prevención con especial referencia a la población adolescente. Ministerio de Sanidad y Consumo y Sociedad de Pediatría Social.2007; p 211-226. Disponible en: <http://www.pediatriasocial.es/Documentos/SIAS/sias6.pdf#page=212>. Acceso el 1 de junio de 2011.

³⁰Programa de atención al niño y al adolescente (PANA) 2009. Disponible en www.murciasalud.es Acceso el 20 de julio de 2010.

³¹Proyecto APREBA. Aprender para una buena alimentación. La Obesidad. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Disponible en www.murciasalud.com. Acceso el 15 de julio de 2010.

³²Gutiérrez García, JJ, López Alegría C, Pérez Riquelme F, López Rojo C. Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia. Murcia: Consejería de Sanidad. Comunidad Autónoma de la Región de Murcia; 2005.

³³Confederación de Consumidores y Usuarios (CECU). Estudio sobre hábitos alimentarios racionales de los niños y jóvenes, con especial incidencia en la población inmigrante. 2005.

³⁴Cruz J. Antropología de los hábitos alimentarios. Tratado de nutrición. Madrid; 1999.

³⁵ Programa Perseo. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2006. Disponible en: <http://www.perseo.aesan.msssi.gob.es/>. Acceso el 14 de junio de 2013.

³⁶Gutiérrez Landeira D, Bartolomé Cuevas R, Hernán Peñalva LM. Educación infantil 2: [ciclos formativos : grado superior]. Madrid: McGraw-Hill, Iberoamericana de España; 2005.

³⁷De Garine I. Antropología de la alimentación: entre Naturaleza y Cultura. Actas del Congreso Internacional. Madrid. 1999;13-34.

³⁸ Las Heras J, Otero A, Gallardo C. La alimentación como metáfora. La influencia de la alimentación en la salud del colectivo ecuatoriano en Madrid. Originales. Noviembre de 2007;(101):748-52.

³⁹ Kaplan, A, Carrasco, S. Cambios y continuidades en torno a la cultura alimentaria en el proceso migratorio de Gambia a Cataluña. Somos lo que comemos Estudios de alimentación y cultura en España. Madrid: Ariel Antropológica; 2002. p. 123-34.

⁴⁰Langreo Navarro A. Inmigración y "glocalización" de la alimentación. Distribución y Consumo. abril de 2005;(42).

⁴¹Rebato E M. Las "nuevas" culturas alimentarias: globalización vs. etnicidad. Osasunaz. 2009;(10):135-47.

⁴² Merino MJ. Inmigración y consumo. Estilos de vida de los inmigrantes en España. Madrid: ESIC Editorial; 2009.

⁴³Estrategia NAOS, 2008. Disponible en: www.naos.aesan.msc.es. Acceso el 28 de julio de 2010.

⁴⁴ Organización Mundial de la Salud. Declaración Viena+20 OSC. 2013. Disponible en: http://www.cesr.org/downloads/DECLARACION_VIENA+20_SCO.pdf. Acceso el 20 de agosto de 2015.

⁴⁵Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Decreto n^o97/2010, de 14 de mayo, por el que se establecen las características nutricionales de los menús y el fomento de hábitos alimentarios saludables en los Centros Docentes no Universitarios en la Región de Murcia. Boletín Oficial de la Región de Murcia mayo 20, 2010.

⁴⁶ Proposed Changes to the Nutrition Facts Label. Food and Drug Administration. Disponible en: <http://www.fda.gov/Food/GuidanceRegulation/GuidanceDocumentsRegulatoryInformation/LabelingNutrition/ucm385663.htm>. Acceso el 2 de octubre de 2015.

⁴⁷ Reglamento (UE) Núm. 1169/2011 del Parlamento Europeo y del Consejo de 25 de octubre de 2011 sobre la información alimentaria facilitada al consumidor. Disponible en: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:304:0018:0063:ES:PDF>. Acceso el 6 de octubre de 2015.

⁴⁸ Jackson P, Romo M M, Castillo A M, Castillo-Durán C. Las golosinas en la alimentación infantil: Análisis antropológico nutricional. Revista médica de Chile. octubre de 2004;132(10):1235-42.

⁴⁹ Díaz G, Souto-Gallardo MC, Bacardí M, Jiménez-Cruz A. Efecto de la publicidad de alimentos anunciados en la televisión sobre la preferencia y el consumo de alimentos: revisión sistemática. Nutrición Hospitalaria. 2011;(26):1250-1255.

⁵⁰ Kelly B, Halford J, Boyland EJ. Television Food Advertising to Children A Global Perspective. American Journal of Public Health. 2011;100(9):1730-6.

⁵¹ Código de corregulación de la Publicidad de Alimentos y Bebidas Dirigida a Menores, Prevención de la Obesidad y Salud (Código PAOS). Disponible en: http://www.naos.aesan.msssi.gob.es/naos/ficheros/empresas/Nuevo_Codigo_PAO_S_2012_espanol.pdf. Acceso el 3 de septiembre de 2015.

⁵² Menéndez RA, Franco FJ. Publicidad y alimentación: influencia de los anuncios gráficos en las pautas alimentarias de infancia y adolescencia. Nutr Hosp. 2009; 24(3):318-25.

⁵³ Lama Ra, et al. Obesidad Infantil. Recomendaciones del Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría. Parte I. Prevención. Detección precoz. Papel del

pediatra. An Pediatr. 2006; 65(6):607-15.

⁵⁴Mur le Frenne L, Fleta J, Garragorri Otero JM. Actividad física y ocio en Jóvenes I. Influencia del nivel socioeconómico. An Esp Pediatr. 1997;46.

⁵⁵World Health Organization. Inequalities in young people's health. Edinburgh; 2008. Report No.: 5.

⁵⁶Owen S, Gutin B, Allison J. Effect of physical training on total and visceral fat in obese children. Med Sci Sports Exerc. 1999;(41):143-8.

⁵⁷Hernández M. Prevención y tratamiento de la obesidad. Alimentación infantil. Madrid: Díaz de Santos; 1993.

⁵⁸Cruz E, Pino J. Estudios sobre la actividad física en la infancia. Universidad de Murcia. San Javier, Murcia: Facultad de Ciencias del Deporte. Universidad de Murcia; 2009. Disponible en: <http://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/6617/1/ESTUDIOS%20SOBRE%20LA%20ACTIVIDAD%20F%C3%8DSICA%20EN%20LA%20INFANCIA.pdf>. Acceso el 2 de julio de 2010.

⁵⁹Encuesta sobre Hábitos de Vida Saludable. Fundación Alimentum. Madrid: 2009.

⁶⁰Martín FA. Perspectiva cualitativa-perspectiva cuantitativa en la metodología sociológica. Reis. 1983; p. 53-75.

⁶¹Lahire, B. El hombre plural: los resortes de la acción. Barcelona: Bellaterra. 2004.

⁶²Castillo E, Vásquez ML. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Revista Colombia Médica. 2003; 34(3).

⁶³Dora M, Rada C. El rigor en la investigación cualitativa: Técnicas de análisis, credibilidad, transferibilidad y confirmabilidad. Subdirección de Investigación y Postgrado UPEL-IMPM. 2006.

⁶⁴ Guba EG, Lincoln YS. Effective evaluation: Improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches. Jossey-Bass. 1981.

⁶⁵ Leininger M. Criterios de evaluación y crítica de los estudios de investigación cualitativa. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. 2003; p.114-137.

⁶⁶ Delgado JM, Gutiérrez J, Coordinadores. Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Madrid: Síntesis, 1994; p. 287-316.

⁶⁷ Serbia JM. Diseño, muestreo y análisis en la investigación cualitativa. Hologramática. 2007; 4(7), 3.

⁶⁸ Morgan DL, Krueger RA, King JA, editores. Focus group kit. Thousand Oaks, Calif: SAGE Publications. 1998; 6 p.

⁶⁹ Hernández JC, Hevia LC, de Dios Maeso P, Hernández MF, Muñoz CL. Grupos de Discusión. Universidad Autónoma de Madrid. 2010.

⁷⁰ Kitzinger J. The methodology of focus groups: the importance of interaction between research participants. Sociology of Health and Illness. 1994;(16):103-19.

⁷¹ Amezcua M. La entrevista en grupo. Características, tipos y utilidades en investigación cualitativa. Enfermería Clínica. 2003;13(2):112-7.

⁷² Prieto M, March J.C. Diseño de Grupos de discusión. Paso a paso en el diseño de un estudio mediante grupos de discusión. Aten Primaria. 2002; (29):366-73.

⁷³ Varguillas C. El uso de Atlas.ti y la creatividad del investigador en el análisis cualitativo del contenido Upel. Universidad Pedagógica Experimental Libertador. Insitituto pedagógico rural El Mácaro. Revista de educación. (Año 12, Número Extraordinario 2006).

⁷⁴ Martín E. Mentiras, inconsistencias y ambivalencias. Teoría de la acción y análisis de discurso. Revista Internacional de Sociología. 2014; 72(1), 115-138.

⁷⁵ Coffey A, Atkinson P. Encontrar el sentido a los datos cualitativos estrategias complementarias de investigación. San Vicente del Raspeig: Departamento de Enfermería, Universidad de Alicante; 2005.

⁷⁶ Kelle, U. Theories as heuristic tools in qualitative research. En: Openness in research: the tension between self and other. Assen, the Netherlands: Van Gorcum; 1995. p. 33-50.

⁷⁷ Herzlich, C, Pierret, J. Malades d'hier, malades d'aujourd'hui. Paris: Payot; 1984.

⁷⁸ Rodríguez A, Novalbos J.P, Villagran S, Martínez JM, Lechuga JL. La percepción del sobrepeso y la obesidad infantil por parte de los progenitores. Rev Esp Salud Pública. 2012; (86):483-94.

⁷⁹ González C, Alcañiz L. Gordito no significa saludable. Barcelona: Grijalbo, 2007.

⁸⁰ World Map of Obesity. World Obesity Federation. Disponible en: <http://www.worldobesity.org/resources/world-map-obesity/?map=overview-girls>. Acceso el 24 de septiembre de 2015.

⁸¹ Index Mundi. Disponible en: <http://www.indexmundi.com/map/?t=0&v=2228&r=xx&l=es>. Acceso el 3 de octubre de 2015.

⁸² Hodges E. A primer on early childhood obesity and parental influence. Pediatr Nurs. 2000;26(1):23-30.

⁸³ Martín E, Moreno JL. Conflictos sobre lo sano: un estudio sociológico de la alimentación en las clases populares en Andalucía. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2005.

⁸⁴Mennella JA, Beauchamp GK. Early flavor experiences: Research update. *Nutrition Reviews*. 1998 ;56(7):205-11.

⁸⁵ Berkey CS, Rockett HR, Field AE, Gillman MW, Colditz GA. Sugar-added beverages and adolescent weight change. *Obesity Research*. 2004;12(5):778-788.

⁸⁶Stallings VA, Yaktine AL. Committee on Nutrition Standards for Foods in Schools. *Nutrition Standards for Food in Schools: Steps toward Healthier Youth in America*. 2007.

⁸⁷ Colectivo IOÉ. El impacto de la crisis económica en la situación laboral de los inmigrantes marroquíes en España. *Notas Socioeconómicas de Casa Árabe*. 2010;(11).

⁸⁸ Hollands G, Shemilt I, Marteau T, Jebb S, Lewis H, Wei Y, et al. Tamaño de la porción, el envase o la vajilla para el cambio en la selección y el consumo de alimentos, bebidas alcohólicas y tabaco. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015;(9).

⁸⁹ Abu-Shams, L. La alimentación como signo de identidad cultural entre los inmigrantes marroquíes. *Zainak*. 2008; (30): 177-93.

⁹⁰ Grupo de Revisión, Estudio y Posicionamiento de la Asociación Española de Dietistas-Nutricionistas. Si tú comes frutas y hortalizas, ellos también lo harán. 2010; Disponible en: http://www.5aldia.org/datos/60/estudiogrep_consumofruta_273.pdf. Acceso el 5 de septiembre de 2014.

⁹¹ Harris M. Bueno para comer: enigmas de alimentación y cultura. Madrid: Alianza Editorial; 1989.

⁹²Recuerda MA. La regulación de la publicidad de alimentos dirigida a menores en el

derecho comparado como estrategia contra la obesidad. Revista de derecho agrario y alimentario. 2009; (55):77-101.

⁹³ Devís J, Peiró C. La actividad física y la promoción de la salud en niños/as y jóvenes: la escuela y la educación física. Revista de psicología del deporte. 1993;(4):71-86.

⁹⁴ Varela-Moreiras G, Alguacil LF, Alonso E, Aranceta J, Ávila JM, Aznar S, et al. Obesidad y sedentarismo en el siglo XXI: ¿qué se puede y se debe hacer? Nutr Hosp. septiembre de 2013; 28:1-12.

⁹⁵ Vale, RF, Castiñeiras, JL, Garrote, LV. familias y ocio en la conciliación de los tiempos cotidianos de la infancia. Revista de Investigación Educativa. 2011; 29(2):429-46.

⁹⁶ Bartrina, JA, Rodrigo, CP, Barba, LR, Majem, LS. Epidemiología y factores determinantes de la obesidad infantil y juvenil en España. Revista Pediatría de Atención Primaria. 2005;(7).

⁹⁷ Siedentop D. Aprender a enseñar la educación física. Barcelona: INDE; 1998.

⁹⁸ Arboledas, GP. Bases fisiológicas y anatómicas del sueño. Evolución del sueño en la infancia y adolescencia. Clasificación internacional de los trastornos del sueño. Hábitos de sueño de la población española. Pediatría Integral. 2010; (691).

⁹⁹ Klein, F. La Representación de Mahoma: lo prohibido y lo permitido. 2009;(9):49-62.

¹⁰⁰ Prieto J, Tirado F, Santos J, Moreno A, Hernández LM, Barbancho FJ. Efectos de la televisión sobre la actividad física y el rendimiento escolar en niñas escolares. Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades. 2005; (17), 88-93.

¹⁰¹ Montes A, Martínez Martínez MJ. Diversidad cultural y religión: minorías religiosas en la región de Murcia. Primera edición. Murcia : Barcelona: Universidad de Murcia, Instituto Universitario de Cooperación al Desarrollo ; Icaria Editorial; 2011. 293 p.

¹⁰²Ley 26/1992, de 10 de noviembre, por la que se aprueba el Acuerdo de Cooperación del Estado con la Comisión Islámica de España. BOE 272 nov 12, 1992.

¹⁰³ Estudio demográfico de la población musulmana. Unión de Comunidades Islámicas de España; 2010. Disponible en: <http://ucide.org/es/observatorio-andalusi>. Acceso el 5 de octubre de 2015.

¹⁰⁴Maroto G, Castaño E, García MM, Hidalgo N, Mateo I. Paternidad y servicios de salud: Estudio cualitativo de las experiencias y expectativas de los hombres hacia la atención sanitaria del embarazo, parto y posparto de sus parejas. Revista española de salud pública. 2009; 83(2), 267-278

¹⁰⁵ Sánchez, M. J. Los trastornos del comportamiento alimentario y los procesos de transmisión-adquisición de la cultura alimentaria. Gazeta de Antropología. 2004; (20).

¹⁰⁶ Maganto C, Cruz S. La imagen corporal y los trastornos alimenticios: una cuestión de género. Revista de la Sociedad Española del Psicoterapia y Psicología del niño y del adolescente. 2000; (30).

¹⁰⁷Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos del Niño. Oficina de Alto comisionado para los Derechos Humanos. 1990. Disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>. Acceso el 1 de octubre de 2015.

¹⁰⁸ Gentil I. Educación para la salud a inmigrantes marroquíes. Cultura de los cuidados, año IX, nº 17, 1. semestre 2005; pp. 54-58. 2005.

¹⁰⁹ Navarrete ML, Núñez RT, Lorenzo IV, Alcazo TL. Necesidades de los profesionales de salud en la atención a la población inmigrante. Gaceta Sanitaria. 2009; 23(5):396-402.

¹¹⁰ De torres ML, Francés M. La dieta equilibrada. Guía para Enfermeras de Atención Primaria. Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación; 2007. Disponible en: <http://www.nutricion.org/publicaciones/pdf/gu%C3%ADa%20ap-diet%C3%A9tica%20web.pdf>. Acceso 4 septiembre de 2015.

¹¹¹ Convención sobre los Derechos del Niño. Oficina de Alto comisionado para los Derechos Humanos. Naciones Unidas. 1990. Disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>. Acceso el 1 de octubre de 2015.