



FAMILIA Y EDUCACIÓN EN UN MUNDO EN CAMBIO

**¿ATENDEMOS A LA SALUD INTEGRAL DE LOS HIJOS?
ANÁLISIS DE HÁBITOS BÁSICOS DE SALUD EN MENORES DE 9 AÑOS**

Rafael Ballester Arnal

Profesor Titular de Universitat. Universitat Jaume I. Facultad de Ciencias de la Salud
Avda. Sos Baynat, s/n. 12071 Castellón. Tel. 964729726. rballest@psb.uji.es

María Dolores Gil Llarío

Profesora Titular de Universidad
Dpto de Psicología Evolutiva y de la Educación. Universitat de València Estudi General.
Avda. Blasco Ibáñez, 21. 46010-Valencia. dolores.gil@uv.es

Roberta Ceccato

Becaria de Investigación.
Dpto de Psicología Evolutiva y de la Educación. Universitat de València Estudi General.
Avda. Blasco Ibáñez, 21. 46010-Valencia. rocec@alumni.uv.es

Cristina Giménez García

Personal Investigador Contratado Doctor. Universitat Jaume I. Facultad de Ciencias de la Salud
Avda. Sos Baynat, s/n. 12071 Castellón. Tel. 964729719. gimenezc@psb.uji.es

Estefanía Ruiz Palomino

Becaria FPI. Universitat Jaume I. Facultad de Ciencias de la Salud
Avda. Vicent Sos Baynat, s/n. 12071 Castellón. Tel. 964729719. eruiz@psb.uji.es

Beatriz Gil Julia

Becaria FPI. Universitat Jaume I. Facultad de Ciencias de la Salud
Avda. Vicent Sos Baynat, s/n. 12071 Castellón. Tel. 964729719. bgil@psb.uji.es

Fecha de recepción: 29 de enero de 2012

Fecha de admisión: 15 de marzo de 2012

RESUMEN

El entorno familiar es uno de los contextos de socialización más relevantes en el ámbito de la salud durante la primera infancia. Si bien han variado los patrones de morbimortalidad infantil y los factores de influencia, la influencia de los padres continúa siendo fundamental para la adquisición y mantenimiento de hábitos saludables. De esta forma, ante el aumento de los estilos de vida y las conductas poco saludables, resulta necesario profundizar en el análisis de la salud dentro del contexto familiar. Por ello, esta investigación analiza la realización de conductas de salud básicas en población infantil entre 4 y 8 años, a partir de la valoración de los padres. Para ello, 350 responsables familiares cumplimentaron el Cuestionario de Información, Actitudes y Comportamientos relacionados con la Salud-versión 1 (Ballester y Gil, 1999). Los resultados indican una prevalencia considerable de comportamientos poco saludables, como los trastornos de la conducta alimentaria, los trastornos del sueño o la salud psicológica (autoestima) que parece empeorar con la edad. Así, se



¿ATENDEMOS A LA SALUD INTEGRAL DE LOS HIJOS? ANÁLISIS DE HÁBITOS BÁSICOS...

revela la necesidad de profundizar en el estudio de los hábitos de salud de la primera infancia y de promover programas preventivos de atención temprana.

Palabras clave: salud infantil, estilos de vida, conducta alimentaria, sueño, salud mental, promoción de salud.

ABSTRACT

Family environment is one of the most important socialization contexts related to health in childhood. Even though the morbidity and mortality trends among children and their influencing factors are different, the influence of parents is still essential to acquire and maintain healthy habits. In this way, if we consider the increase of unhealthy lifestyles and behaviors, dealing with health in family environment is required. Hence, this research analyzes some healthy behaviors among children ranging from 4 to 8 years old, reported by fathers and mothers. For this purpose, 350 parents fulfilled the Questionnaire of Information, Attitudes and Behaviors of health-1st version (Ballester & Gil, 1999). Our results reveal a considerable prevalence of unhealthy activities, such as eating behaviors, sleep disorders or problems in mental health (self-esteem) which seems to be worse in older children. Therefore, the need to improve the study of healthy habits among childhood is revealed, but also to promote earliest preventive programs.

Key words: child health, lifestyles, eating behaviors, sleep, mental health, health promotion.

INTRODUCCIÓN

El contexto familiar es el primer entorno en el que los niños y niñas se desarrollan, cumpliendo una función de socialización fundamental para un óptimo desarrollo físico, psicológico y social (Ortigosa, Quiles y Méndez, 2003). De esta forma y siguiendo una concepción global de salud, como la promovida por la Organización Mundial de la Salud, la responsabilidad de cubrir las necesidades básicas de los menores dentro de la familia, no se circunscribe únicamente a atender las demandas materiales relacionadas con la alimentación o los cuidados de higiene adecuados. Además, se requiere facilitar el aprendizaje de aquellas destrezas y estrategias que permitan a los niños ser autónomos para poder cubrirlos, por sí mismos, a medio y largo plazo.

Los responsables familiares podrían ejercer un modelado que posibilitara el aprendizaje de los hábitos de salud de sus hijos, así como la facilitación de un repertorio de refuerzos y contingencias que adecuara la realización de conductas de salud (Bandura, 1977). En este sentido, son varios los estudios que señalan la influencia del propio comportamiento de salud de padres y madres en la consecución del bienestar infantil o, por el contrario, en la experiencia del malestar subjetivo y el desarrollo de los procesos de enfermedad. Por ejemplo, en un estudio europeo se comprobó cómo a medida que los hijos percibían que personas de su entorno cercano como sus padres eran deportistas, tenían más probabilidad de realizar algún tipo de actividad física. Además, se ha observado cómo la mejora de conocimientos y actitudes de los responsables familiares en torno a hábitos de salud, como la higiene bucodental, facilita la práctica de un mejor cuidado en el entorno familiar (Mofidi, Zeldin y Rozier, 2009). En cuanto a la salud mental que es una de las prioridades dentro de las estrategias nacionales de promoción salud infantil (Díaz, Vall y Ruiz, 2004), se ha revelado cómo la presencia de una dimensión afectiva en el estilo de crianza familiar, basada en el interés y el apoyo emocional a los hijos, facilita la existencia de la empatía y la conducta prosocial en los hijos (Mestre, Samper, Tur y Díez, 2001). Por el contrario, otro estudio llevado a cabo con población infantil en el



FAMILIA Y EDUCACIÓN EN UN MUNDO EN CAMBIO

País Vasco (España), identificó un estilo de crianza basado en el castigo y el maltrato como un factor de riesgo ante la prevalencia de problemas de autoconcepto en niños (De Cádiz, Rivero, Balluerka, Herce, y Achúcarro, 2006). Y en población adolescente china, se comprobó cómo el estilo de crianza podía influir en el desarrollo de un ajuste emocional adaptativo (Haiyang y Fang, 2004). De igual manera, un estudio basado en población adolescente que refería problemas de conducta alimentaria, mostró su relación con la existencia de reglas familiares estrictas sobre la alimentación durante la infancia o la calidad de la relación materno-filial (Bäck, 2011), repercutiendo los estilos de crianza incluso en los trastornos de conducta alimentaria (Ochoa de Alda, 2009). Siguiendo con otras pautas de salud, se ha observado cómo la prevalencia del consumo de tabaco adolescente, se relaciona con una historia tabáquica parental (Melchior, Chastang, Mackinnon, Galéra y Fombonne, 2010) o la influencia que los patrones parentales de sueño tendrían en los problemas de insomnio de sus hijos (Benhamou, 2000).

De esta forma, si bien la composición y prevalencia de enfermedades ha variado entre la población infantil, el rol del contexto familiar para su prevención y tratamiento sigue siendo relevante (Díaz, Vall y Ruiz, 2004). Más todavía, su relevancia podría aumentar en la medida en que los nuevos patrones de morbilidad infantil y adolescente se han relacionado con estilos de vida poco saludables (Gómez y Buerba, 2006). Dichos comportamientos podrían prevenir, en primer término, dolencias propias de la etapa infantil como la obesidad o el insomnio, así como el impacto que algunas sustancias como el tabaco pueden tener en el sistema respiratorio de los menores. Además, paralelamente, el contexto familiar saludable supondría un factor protector ante el posible desarrollo de enfermedades en la etapa adulta, como serían los problemas cardiovasculares o la diabetes (Amigo, Fernández y Pérez, 2009). En este contexto, muchos autores han puesto el énfasis en concentrar los esfuerzos de trabajo durante la etapa de la primera infancia puesto que patrones tan diversos como el de la alimentación (Rudolf, Hunt, George, Hajibagheri y Blair, 2010) o ciertas valoraciones relacionadas con la configuración de la autoestima (Alonso y Román, 2005) van estableciéndose desde un primer momento.

A partir de lo anterior, se pone de manifiesto la influencia del entorno familiar, así como de los estilos de vida parentales que se revelan como un eje transversal en la consecución del bienestar infantil (Steadman, 2007). En este sentido, resultará fundamental analizar la percepción y control que tanto padres como madres, tienen en la configuración de los hábitos de salud de sus hijos durante la primera infancia, así como su incidencia. Por este motivo, el presente trabajo busca analizar la prevalencia de algunos hábitos de salud en población infantil (entre 4 y 8 años) de la Comunidad Valenciana, relacionados con enfermedades relevantes para la Salud Pública.

MÉTODO

Participantes

350 responsables familiares (51 padres y 243 madres) de alumnos de educación infantil y primaria de distintos centros educativos de la Comunidad Valenciana, participaron en el estudio. La edad promedio de los hijos fue de 5,86 años (DT=1,3) con un rango que oscilaba entre 4 y 8 años. Según el género, el 61% estaba constituido por chicos y el 39% por chicas. Respecto a la procedencia, la muestra está distribuida de manera proporcionada entre las tres provincias (Alicante, Castellón y Valencia) y el área geográfica (zona rural y urbana tanto del interior de la Comunidad como de la costa).

Instrumento

El Cuestionario de Información, Actitudes y Comportamientos relacionados con la Salud-versión 1 (CIACS-1) de Ballester y Gil (1999) explora el nivel de información, las actitudes y los comportamientos.



¿ATENDEMOS A LA SALUD INTEGRAL DE LOS HIJOS? ANÁLISIS DE HÁBITOS BÁSICOS...

tamientos relacionados con conductas de salud relevantes. Dicho instrumento, forma parte de una batería que explora distintas áreas de salud en diferentes etapas evolutivas de la infancia y la adolescencia. En concreto, se distribuye en tres niveles: CIACS-1, dirigido a padres de familia, aborda los hábitos de niños menores de 9 años, CIACS-2 encaminado a valorar las conductas de pre-adolescentes (entre 9 y 14 años) y CIACS-3 destinado a adolescentes mayores de 15 años y jóvenes. Los hábitos de salud evaluados se refieren a: higiene corporal, higiene bucodental, hábitos de sueño, consumo de alcohol y tabaco, conductas alimentarias, automedicación, ejercicio físico, seguridad vial, comunicación familiar y estilo educativo, sexismo y comportamiento prosocial.

Concretamente, el CIACS-1 explora los hábitos de salud infantil a través de las conductas desarrolladas por los propios niños, pero también considerando los hábitos mantenidos por los propios responsables familiares. En su mayoría, las respuestas se recogen a partir de escalas likert cuyo rango de frecuencia oscila de 1 (nunca) a 4 (siempre/habitualmente), además de incluir un valor 5 para la opción "no procede". Desde un punto de vista psicométrico ha mostrado tanto una fiabilidad alta (consistencia interna de 0.890) como una estabilidad temporal adecuada (test-retest de 0.776) (Ballester y Gil, 2007). En este estudio, se detalla el análisis de 13 ítems relacionados con la higiene del sueño, la conducta alimentaria, el bienestar emocional y social, a partir de la valoración de los responsables familiares.

Procedimiento

La presente investigación forma parte de un proyecto más amplio que tiene por objetivo recabar información sobre los hábitos de salud familiar de la Comunidad Valenciana en población infantil, preadolescente y adolescente. Para asegurar la máxima representatividad de dicha muestra, se han considerado factores la composición por edad y género, el nivel socioeconómico y la distribución geográfica (zona rural o urbana; distancia al litoral costero).

En concreto, para recabar la información relativa a la población infantil de entre 4 y 8 años, se contó con la participación de los padres y madres de familia que, tras la aprobación de las instituciones educativas pertinentes y el propio centro, fueron conocedores de las características del estudio y dieron su consentimiento informado. Seguidamente, un psicólogo formado y con experiencia en los ámbitos educativo y de la salud, administró el instrumento de evaluación. Los padres y madres cumplimentaron el cuestionario de manera voluntaria, individual y anónima.

Con el interés de analizar los resultados se llevaron a cabo análisis diferenciados. Por un lado, con el objetivo de examinar con detalle la prevalencia de cada una de las conductas, se llevaron a cabo análisis de frecuencia de los distintos ítems. Además, para comprobar en qué medida existían comportamientos diferenciales en función del género o la edad, se analizaron Pruebas t y Anovas respectivamente, así como el análisis correlacional entre la edad y los diversos ítems. Los análisis se realizaron con el paquete estadístico SPSS.

RESULTADOS

1.-Prevalencia de hábitos de salud.

Respecto a los hábitos de sueño (ver Tabla 1), aproximadamente un 36% de los padres manifiesta que su hijo/a tiene problemas para dormirse por la noche. Además, un 34% dice que sus hijos se despiertan una o más veces y un 26% que, como mínimo en alguna ocasión, se queja de que tiene sueño a lo largo del día. No obstante, aunque la mayoría de los padres se asegura siempre de que su hijo duerma al menos 8 horas, existe casi un 30% de ellos que no realiza dicho control de manera sistemática.

En cuanto a los hábitos de alimentación, casi la mitad de la muestra afirma que en casa se habla de temas relacionados con la figura corporal con frecuencia y un 60% que tiene, como mínimo algu-



FAMILIA Y EDUCACIÓN EN UN MUNDO EN CAMBIO

nas veces, productos bajos en calorías. No obstante, el 93,1% de la muestra reconoce que, al menos algunas veces, salen de casa sin haber desayunado bien. Además, la mayor parte de los padres reportan problemas en la conducta alimentaria de sus hijos, bien porque tienen que estar encima de ellos para que coman (al 35,4% les ocurre siempre o casi siempre) o porque deben controlar su impulso de comer (al 5,7% les ocurre siempre o casi siempre).

Tabla 1. Distribución de porcentajes en la frecuencia de los hábitos de salud.

Ítem	NUNCA (%)	ALGUNAS VECES (%)	BASTANTES VECES (%)	SIEMPRE (%)
5. Se queja varias veces a lo largo del día de que tiene sueño.	74,3	18,6	1,4	0,9
6. Se despierta una o más veces por la noche y le cuesta volverse a dormir.	66	25,4	4,3	95,7
7. Le cuesta mucho dormirse por la noche.	64,3	23,7	4	2,6
28. Me aseguro de que mi hijo duerme al menos 8 horas mandándolo a dormir pronto (a las 22 horas máximo)	1,1	4,9	14,3	77,4
12. En casa suele haber productos bajos en calorías	40	41,4	9,1	5,1
13. En casa se habla mucho de aspectos relacionados con la figura corporal (se ven programas "magazine" con modelos delgados, etc.)	54,3	36	2,6	0,3
14. Tenemos que estar encima de él/ella para que coma.	26	36,6	17,4	18
15. Siempre tiene hambre así que tengo que controlarle lo que puede o no comer.	61,7	20,9	2,6	3,1
31. Nadie sale de casa por las mañanas sin haber desayunado bien (leche, zumo, cereales, bollería, etc.)	6,9	5,7	11,1	73,7
22. Mi hijo/a tiene facilidad para enredarse en peleas	70	19,1	3	1,1
34. Mi hijo/a hace amigos con mucha facilidad.	2	11,1	21,7	61,1
35. Mi hijo/a hace comentarios que me hacen pensar que no se gusta a sí mismo.	74	8	2	1,4
37. Creo poder decir que mi hijo es un niño feliz.	1,1	2,3	9,7	82,6

En lo que concierne al bienestar socioemocional, se observa cómo si bien la mayoría de los padres informan de que sus hijos tienen facilidad para hacer amigos y no para involucrarse en peleas, existe casi un 40% que manifiesta algún tipo de dificultad para tener amigos y un 30% para no pelearse con otros. Por otro lado, el 26% de los responsables familiares afirma que, en alguna medida, sus hijos hacen comentarios negativos sobre sí mismos y un 16% tiene alguna duda de que sean felices.

2.-Diferencias en la prevalencia de conductas de salud en función del género de sus hijos.

En un primer término, se aprecia cómo los hábitos de salud de los hijos e hijas no presentan diferencias significativas en función del género (ver Tabla 2). De esta forma, algunos hábitos como que les cueste mucho dormirse, el que se despierte algunas veces por la noche o el hablar de temas relacionados con la figura corporal en casa, son prácticamente iguales.



¿ATENDEMOS A LA SALUD INTEGRAL DE LOS HIJOS? ANÁLISIS DE HÁBITOS BÁSICOS...

Tabla 2. Análisis diferenciales de los hábitos de salud según género de los hijos.

Ítem	Niña Media (DT)	Niño Media (DT)	t	gl	Sig.
5.	1,30 (0,47)	1,24(0,56)	0,98	314	,323
6.	1,36(0,54)	1,35(0,58)	0,12	317	,902
7.	1,41(0,67)	1,41(0,68)	-0,02	312	,981
28.	3,77(0,50)	3,72(0,62)	0,07	323	,438
12.	1,71(0,81)	1,84(0,81)	-1,41	316	,157
13.	1,46(0,54)	1,45(0,58)	0,17	310	,864
14.	2,31(1,04)	2,24(1,04)	0,58	324	,560
15.	1,45(0,74)	1,39(0,71)	0,67	293	,500
31.	3,47(0,95)	3,60(0,85)	-1,29	321	,198
22.	1,27(0,56)	1,34(0,62)	-0,97	309	,331
34.	3,46(0,75)	3,52(0,76)	-0,63	316	,527
35..	1,23(0,59)	1,17(0,51)	0,97	286	,332
37..	3,77(0,58)	3,85(0,45)	-1,42	318	,156

3.- Diferencias en la prevalencia de conductas de salud, de padres y madres, en función de la edad de sus hijos.

Al tener en cuenta la edad de los hijos, sí que se observan algunas diferencias entre las prevalencias informadas por parte de los padres/madres (ver Tabla 3). En este sentido, los hábitos de sueño son los que presentan más diferencias significativas, en cuanto a que los hijos se despierten una o más veces o se quejen de tener sueño durante el día. Ambas conductas resultan más frecuentes entre los niños de 4 años, disminuyendo en los niños con más edad.

Por otro lado, se observan diferencias significativas en cuanto al bienestar socioemocional. Por una parte, los niños de 6 años presentan la mayor prevalencia para enredarse en peleas fácilmente, mientras los padres de 4 años reportan la más alta en pensar que sus hijos son felices.



FAMILIA Y EDUCACIÓN EN UN MUNDO EN CAMBIO

Tabla 3. Media y Desviación típica de los hábitos de salud según la edad de los hijos.

Ítem	Edad					F _{gl} (p)
	4	5	6	7	8	
5.	1,44	1,26	1,22	1,12	1,23	3,59 ₍₄₎
	(0,69)	(0,50)	(0,49)	(0,36)	(0,42)	(,007)
6.	1,56	1,31	1,31	1,34	1,22	3,09 ₍₄₎
	(0,58)	(0,52)	(0,60)	(0,55)	(0,47)	(,016)
7.	1,36	1,36	1,49	1,51	1,27	1,22 ₍₄₎
	(0,66)	(0,61)	(0,79)	(0,76)	(0,55)	(,299)
28.	3,80	3,77	3,74	3,65	3,57	1,28 ₍₄₎
	(0,44)	(0,54)	(0,53)	(0,76)	(0,77)	(,276)
12.	1,77	1,86	1,81	1,77	1,65	0,42 ₍₄₎
	(0,74)	(0,82)	(0,83)	(0,90)	(0,83)	(,792)
13.	1,42	1,47	1,45	1,46	1,47	0,10 ₍₄₎
	(0,61)	(0,56)	(0,54)	(0,58)	(0,55)	(,982)
14.	2,29	2,30	2,31	2,29	2,12	0,26 ₍₄₎
	(1,09)	(0,89)	(1,08)	(1,12)	(1,05)	(,900)
15.	1,42	1,26	1,34	1,52	1,50	1,38 ₍₄₎
	(0,63)	(0,57)	(0,67)	(0,91)	(0,70)	(,240)
31.	3,72	3,40	3,52	3,53	3,67	1,37 ₍₄₎
	(0,66)	(1,08)	(0,93)	(0,92)	(0,64)	(,244)
22.	1,28	1,16	1,46	1,31	1,29	2,41 ₍₄₎
	(0,57)	(0,37)	(0,65)	(0,68)	(0,61)	(,049)
34.	3,60	3,33	3,53	3,51	3,40	1,27 ₍₄₎
	(0,67)	(0,81)	(0,75)	(0,83)	(0,82)	(,280)
35.	1,12	1,14	1,24	1,17	1,32	1,03 ₍₄₎
	(0,49)	(0,57)	(0,64)	(0,45)	(0,52)	(,387)
37.	3,97	3,63	3,89	3,82	3,71	4,72 ₍₄₎
	(0,17)	(0,79)	(0,31)	(0,45)	(0,64)	(,001)

No obstante, el cálculo de correlaciones, solamente arroja significación estadística en el caso de los hábitos de sueño indicando una relación negativa entre la edad y las quejas de sueño a lo largo del día ($\rho = -.159$, $p = .004$), los despertares nocturnos ($\rho = -.165$, $p = .003$) pero positiva con la frecuencia de comentarios que los hijos hacen sobre ellos mismos y hacen pensar a los padres que no se gustan ($\rho = .167$, $p = .004$).

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

En un primer término, los resultados del presente estudio confirman algunos hallazgos ya encontrados previamente y que afirman la existencia de ciertos patrones poco saludables entre la población infantil que podrían repercutir en su calidad de vida actual pero también en la aparición de problemáticas de salud a medio y largo plazo (Díaz et al., 2004, Gómez y Bueno, 2006).

Entre otros, por ejemplo, destacan los hábitos relacionados con la alimentación y nutrición que, en un porcentaje considerable de la muestra, podrían favorecer modelos de aprendizaje basados en el culto al cuerpo y la dieta. Este hecho, podría contribuir al aumento de problemas de conducta alimentaria relacionados con la realización de dietas para adelgazar o el control calórico (Gómez y Bueno, 2006). De esta forma, llama la atención la prevalencia de alguna sintomatología relacionada con el control de los impulsos ante la ingesta alimentaria o, por el contrario, la negación ante la misma. Si bien no sucede en la mayor parte de la muestra, teniendo en cuenta las edades de la



¿ATENDEMOS A LA SALUD INTEGRAL DE LOS HIJOS? ANÁLISIS DE HÁBITOS BÁSICOS...

población de estudio, sería un elemento a tener muy en cuenta en la prevención y tratamiento de trastornos de conducta alimentaria como la anorexia, que reclama cada vez más atención en edades más tempranas (Pileño y Morillo, 2007). Por el contrario, prácticas saludables como la realización del desayuno diario en casa, son realizadas sistemáticamente sólo por una minoría de la muestra. Esto podría favorecer el empeoramiento que se está produciendo en nuestro contexto respecto a los adecuados hábitos alimentarios en el desayuno de niños y adolescentes (Huerta et al., 2006).

En cuanto a la higiene del sueño, también se observan síntomas relacionados con la prevalencia del insomnio y el cansancio diurno en la población infantil. De esta forma, aunque los datos sean similares a la prevalencia de otros estudios, repercutirá de igual manera en la salud de los menores a corto y medio plazo (Caballo, Navarro y Sierra, 2001). Si bien las quejas infantiles y los despertares parecen disminuir con la edad, no llegan a desaparecer y son relevantes teniendo en cuenta la importancia que los hábitos de sueño tienen para el desarrollo de los niños a estas edades.

Por otra parte, cabe señalar la incidencia de sintomatología social y emocional relacionada con problemáticas de salud mental en la población de estudio. En este sentido, llama la atención que niños y niñas menores de 8 años ya manifiesten síntomas relacionados con problemáticas del estado de ánimo o la autoestima como hacer comentarios peyorativos sobre ellos mismos, que además parecen aumentar con la edad, o dejen entrever su estado de infelicidad (Rodríguez, 2000). Algo similar ocurre con problemas de conducta social, como la facilidad para enredarse en peleas que también presenta relativa incidencia. En este sentido, sería necesario adelantar el foco de atención en el estudio de ciertas conductas, por ejemplo los comportamientos antisociales, en la medida en que están representado una problemática de salud en la adolescencia y juventud que podría estar incidiendo con mayor precocidad y que, en ese caso, debería intervenir para que no llegue a alcanzar niveles de cierta gravedad.

No se han encontrado diferencias en el comportamiento de niños y niñas quizá por tratarse de la primera infancia en la que el desarrollo diferencial basado en el género todavía está en sus inicios. En este sentido, teniendo en cuenta la incidencia de ciertas problemáticas como el insomnio o los modelos de alimentación, cabría poner el mismo énfasis en la observación y análisis de las conductas de salud de niños y niñas. Sobre todo, teniendo en cuenta que algunos como los comentarios negativos sobre ellos mismos aumentan con la edad.

Los resultados obtenidos coinciden con la literatura en afirmar que existe cierta prevalencia de conductas poco saludables durante la primera infancia que, si bien no se dan en todos los participantes, suponen una prevalencia significativa teniendo en cuenta la edad de la que se trata. Así pues, resulta necesario apoyar aquellas propuestas que buscan anticipar el diseño y práctica de los programas de prevención de riesgos y promoción de salud entre etapas infantiles tempranas.

BIBLIOGRAFÍA

- Alonso, J. y Roman, J.M. (2005). Prácticas educativas familiares y autoestima. *Psicothema*, 17 (1), 76-82.
- Amigo, I. Fernández, C, y Pérez, M. (2009). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Bäck, E. (2011). Effects of parental relations and upbringing in troubled adolescent eating behaviors, *Eating disorders*, 19(5), 403-424.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Ballester, R. y Gil, M.D. (2007). Cuestionario de Información, Actitudes y Comportamientos relacionados con la Salud (CIACS-I, II y III): Estudio psicométrico. *V World Congress of Behavioral & Cognitive Therapies*, Barcelona 12, 13 y 14 de Julio de 2007.
- Benhamou, I. (2000). Sleep disorders of early childhood: A review. *The Israel Journal of Psychiatry and related sciences*, 37(3), 190-196.



FAMILIA Y EDUCACIÓN EN UN MUNDO EN CAMBIO

- Caballo, V., Navarro, J.F. y Sierra, J.C. (2001). Características clínicas y tratamiento de los trastornos del sueño en la infancia. En: VE Caballo y MA Simón (directores). *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente* (pp.239-260). Madrid: Pirámide.
- De Cádiz, B., Rivero, AM, Balluerka, N., Herce, C. y Achúcarro, C. (2006). Autoconcepto de los menores en acogimiento familiar: Diferencias en función del tipo de acogimiento, historia de crianza y problemática de la familia biológica. *Infancia y Aprendizaje*, 9(2), 147-166.
- Díaz, J., Vall, O. y Ruiz, M. (2004). *Informe técnico sobre problemas de salud y sociales de la infancia en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: www.agapap.org/datos/problemas%20saludysociales%20informetecnico.pdf (05/03/2012).
- Gómez, C. y Buerba, N (coord.) (2006). *La infancia en cifras*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Haiyan, J. y Fang, P. (2004). The Relationship Between the Strategies of Adolescent Emotional Adjustment and Upbringing Styles of Their Parents. *Psychological Science (China)*, 27(5), 1095-1099.
- Huerta, M.A., Anuncibay, V., Soto, J., Alonso, N., Villamanzo, A. y Lopera, S. (2006). Estudio descriptivo sobre hábitos alimentarios en el desayuno y almuerzo de los preadolescentes en Viladecans (Barcelona). *Nure Investigación*, 23. Disponible en http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/Original_Nure_23.pdf (02/03/2012)
- Melchior, M., Chastang, JF, Mackinnon, D, Galéra, C. y Fombonne, E. (2010). The intergenerational transmission of tobacco smoking—The role of parents' long-term smoking trajectories. *Drug and Alcohol Dependence*, 107(2-3), 257–260.
- Mestre, M.V., Samper, P., Tur, A. y Díez, I. (2001). Estilos de Crianza y Desarrollo Prosocial de los hijos. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 54(4), 691-703.
- Mofidi, M., Zeldin, L. y Rozier, G. (2009). Oral Health of Early Head Start Children: A Qualitative Study of Staff, Parents, and Pregnant Women. *American Journal of Public Health*, 99 (2), 245-251.
- Ochoa de Alda, I. (2009). La importancia de la imagen corporal, la alexitimia, la autoestima y los estilos de crianza en jóvenes con Trastorno de Conducta Alimentaria. *Revista de Estudios de Juventud*, 89, 106-124.
- Ortigosa, J.M., Quiles, M.J. y Méndez, F.J. (2003). *Manual de Psicología de la Salud con niños, adolescentes y familia*. Madrid: Pirámide.
- Pileño, M.E. y Morillo, F.J. (2007). La anorexia nerviosa: atención en una unidad de salud mental. *Metas de Enfermería*, 10(8), 22-26.
- Rodríguez, J. (2000). Las depresiones infantiles. En: J. Rodríguez (director). *Psicopatología Infantil Básica* (pp. 211-224). Madrid: Pirámide
- Rudolf, M., Hunt, C., George, J., Hajibagheri, K. y Blair, M. (2010). HENRY: development, pilot and long-term evaluation of a programme to help practitioners work more effectively with parents of babies and pre-school children to prevent childhood obesity. *Child: care, health and development*, 36 (6), 850–857.
- Steadman, P. (2007). An examination of the relationship between perceived parental involvement and adolescent eating and exercise habits. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 67(7-B), 4119.
- Wold, B., & Anderssen, N. (1992). Health promotion aspects of family and peer influences on sport participation. *International Journal of Sport Psychology*, 23(4), 343–359.

