

Hábitos saludables en la primera infancia y en sus familias. Una invitación a la reflexión

Healthy habits in preschoolers and their families. An invitation to reflection

Natalia Solano-Pinto¹
Irene Solbes-Canales²
Raquel Fernández-Cézar³
Sonsoles Calderón-López¹
Cristina Pozo-Bardera¹

¹ Universidad Castilla La Mancha, Departamento de Psicología. España.

² Universidad Complutense de Madrid, Departamento de Psicología. España.

³ Universidad Castilla La Mancha, Departamento de Matemáticas. España.

Financiación: Ayuda GI20174033 de la Universidad de Castilla La Mancha al Grupo de Investigación Mirada Crítica (Imagen corporal, trastornos alimentarios y sociedad).

Correspondencia / Correspondence
Grupo de Investigación Mirada Crítica
Natalia Solano-Pinto
E-mail: natalia.solano@uclm.es

Resumen

Introducción: En este trabajo se analizan algunos hábitos de vida en relación con la salud de una muestra de familias con hijos de edades entre 3-5 años. *Objetivos:* Conocer los hábitos de vida de escolares de entre 3-5 años y sus progenitores, el grado de insatisfacción corporal de los progenitores, así como sus posibles relaciones. *Metodología:* Se empleó una encuesta para determinar los hábitos de vida y el cuestionario IMAGEN para valorar la insatisfacción corporal. La muestra la componen 52 familias (51 madres y 40 padres, 25 niños y 21 niñas). *Resultados:* Se presentan los resultados de madres, padres e hijos por separado. Las relaciones se analizan mediante correlación de Pearson respecto al consumo de frutas, verduras, dulces-bollería, horas de sueño e insatisfacción corporal. Se encuentra relación significativa entre consumo de verduras de padres e hijos; y entre consumo de dulces, horas de sueño e insatisfacción corporal de padres y madres. *Discusión:* Los datos indican la existencia de hábitos de vida poco saludables en una parte importante de los adultos: bajo consumo de frutas y verduras, alto consumo de carne roja, poca actividad física y escasas horas de sueño, junto con índices altos de visión negativa de su cuerpo. *Conclusiones:* Se insta a las administraciones a desarrollar políticas públicas que faciliten a las familias los hábitos de vida saludables y relaciones con la alimentación y el cuerpo más positivas.

Palabras Clave: Hábitos Saludables, Familias. Primera infancia. Imagen corporal.

Abstract

Introduction: This study analyzes some life habits connected with health in a sample of families with children aged 3-5 years. *Objectives:* To study the life habits of preschoolers aged between 3-5 years and their progenitors, the degree of body dissatisfaction of the progenitors, and the possible relations among these factors. *Methodology:* A survey was used to determine the life habits, and the IMAGE questionnaire to evaluate the progenitors' body dissatisfaction. The sample was composed of 52 families (51 mothers and 40 parents, 25 boys and 21 girls). *Results:* The results for mothers, fathers and children are depicted separately. Relations among them are analyzed by means of Pearson's correlation with regard to the consumption of fruits, vegetables, sweets-pastry, hours of sleep and body dissatisfaction. It was found: a significant relation between consumption of vegetables among parents and children; and between consumption of sweets, hours of sleep and body dissatisfaction among parents and mothers. *Discussion:* The findings indicate the existence of slightly healthy life habits in a considerable proportion of the adults: low consumption of fruits and vegetables, high consumption of red meat, scarce physical activity and few hours of sleep, together with high indexes of negative perceptions of their own bodies. *Conclusions:* A claim is made to the administrations to develop public policies which promote the development of healthy life habits among families.

Keywords: Healthy Habits. Families. Preschoolers. Body image.

Introducción

Tradicionalmente se ha concebido la salud desde un enfoque médico, y se ha responsabilizado a la ciudadanía de su cuidado. La misma Organización Mundial de la Salud (OMS) así lo reflejaba claramente en su definición de educación para la salud en 1983:¹

conjunto de actividades de información y educación que estimulan a las personas a querer disfrutar de buena salud, saber cómo alcanzar dicho objetivo, hacer todo lo posible, individual y colectivamente para conservar la salud y recurrir a una ayuda en caso necesario.

Si analizamos esta definición, algunas de sus afirmaciones (p.e. “a las personas a querer disfrutar de buena salud, ...” “hacer todo lo posible...para conservar la salud”) aluden a la persona

como responsable directa del cuidado de su salud. Las consecuencias de esta atribución han sido en parte asumidas por la ciudadanía e interiorizadas y reflejadas por estereotipos atribuidos a determinadas problemáticas. Desde disciplinas como la psicología, la medicina, la antropología y la filosofía, se ha resaltado la estigmatización que han sufrido las personas enfermas afirmándose que la enfermedad suele ir acompañada de vergüenza y estigmatización.^{2,3} Incluso los procesos de patologización y medicalización han favorecido la inclusión de fenómenos normales en la categoría de enfermedad y por tanto, han sido también estigmatizados.^{3,4}

Por ejemplo, si se afirma que determinada persona ha fallecido a los 50 años por un trastorno cardiovascular, la pregunta inmediata del receptor de la información suele ser: “pero, ¿era gordo?, ¿fumaba?, ¿no se cuidaba?”. De la misma forma ocurre con otro tipo de enfermedades como el cáncer o la diabetes. Así, pareciera que si una persona ha sufrido un determinado tipo de enfermedad esto se debe a que ha tenido una serie de comportamientos cuya consecuencia inevitable es padecer dicha enfermedad. De esta forma, la persona no solo sufre una enfermedad sino que, además, es culpable de sufrirla. Es decir, tiene que elaborar el duelo sobre una vida sin enfermedad, asumir y aceptar las limitaciones de su enfermedad y cargar con su culpa. La infancia y adolescencia no queda libre de esta culpa que, en ocasiones, cae como una losa sobre la familia.⁵

De esta conceptualización sobre la salud, y la descarga de responsabilidades exclusivamente en la ciudadanía, también se han nutrido las compañías y sistemas de salud de determinados países, entre ellos España. Esto se refleja en acciones como, por ejemplo, instaurar el copago sanitario bajo el argumento, sin sentido, de fomentar la responsabilidad en la adopción de hábitos saludables del asegurado.⁶ Es decir, que se considera a la persona responsable de la necesidad de consumo de medicamentos, y por lo tanto, responsable también de su estado de salud.

Afortunadamente, la OMS cambió esta concepción de la salud, y en la actualidad sostiene que el conjunto de comportamientos saludables debe constituir un estilo de vida que implique una forma de vivir en un entorno determinado, remarcando la importancia de la prevención mediante la educación para la salud. Así se recoge en la 45ª Edición de 2006 de la Constitución de la OMS:⁷ “los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual solo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas”. Por tanto, las acciones preventivas deben dirigirse también a los contextos donde se desarrollan los comportamientos, ya que resulta imposible que exista un estilo de vida saludable si no se propician los cambios ambientales adecuados. También queda reflejado en la Carta de Ottawa para la promoción de la salud⁸ que constituyó uno de los objetivos de la Estrategia Salud para Todos en el año 2000:⁹

La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente a las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual.

Así, el programa de acción en el ámbito de la salud de la Unión Europea (2014-2020)¹⁰ contempla como uno de sus objetivos prioritarios propiciar la asunción de estilos de vida saludables en su ciudadanía.

En esta nueva concepción, las responsabilidades se encuentran repartidas y es la administración pública o el gobierno de cada país quien debe fomentar un entorno donde se pueda tener un estilo de vida saludable. Así, debe proporcionar pautas concretas sobre dicho estilo de vida, dotar de parques y entornos deportivos a las ciudades, para que los ciudadanos puedan adquirir, practicar y consolidar los hábitos saludables, así como favorecer la posibilidad real de conciliar la vida profesional y la familiar. Por su parte, a la ciudadanía le corresponde interiorizar los estilos de vida saludables; y a la sociedad, en su conjunto, romper estereotipos.

En la base de estos hábitos saludables se encuentra la práctica de actividad física y deportiva y la adquisición de comportamientos alimentarios equilibrados y saludables,¹¹ aunque se echan de menos pautas que favorezcan la disminución del estrés, la conciliación entre la vida familiar y profesional y los espacios de participación para la realización de actividades de ocio en familia donde se erradiquen las diferencias de género.¹² Los estudios señalan que los conflictos y el estrés se producen, de forma significativa, por la sobrecarga, la ambigüedad y el conflicto de rol que surgen al intentar conciliar la vida familiar con la profesional. En relación al estrés, Sanz¹³ menciona que “la prevención e intervención deben realizarse en un marco más amplio en el que la propia sociedad sea consciente de que el bienestar de las personas no es algo que deba solucionarse de forma exclusivamente privada” (p. 117).

Los mencionados hábitos saludables se deben adquirir desde la infancia. Como otros aprendizajes, éste puede ser directo o modelado. Desde un aprendizaje directo, por medio de la oferta en la alimentación y el consejo sobre la misma por ejemplo, y desde el aprendizaje por modelado favorecido fundamentalmente por el comportamiento y actitudes de los adultos cercanos, que serán los modelos a seguir para el niño y la niña; es decir, el entorno de la familia y el ámbito educativo, sin olvidar los medios de comunicación y los modelos que se promocionan en dibujos, películas, anuncios, etc. De esta forma, se puede favorecer (o no) la asunción de una vida saludable y además, entre otros aspectos, el desarrollo de una imagen corporal basada en aspectos positivos, en la salud y en el respeto a las diferencias.¹⁴ Cuando la vivencia hacia el propio cuerpo entraña malestar, la persona siente insatisfacción corporal.¹⁵ Debido al fenómeno de la globalización, en muchas sociedades se produce la asociación entre el éxito social y personal y el canon de belleza caracterizado por una delgadez rectilínea para la mujer y un cuerpo delgado y musculado para el hombre,¹⁶ con una presión más evidente para las mujeres.^{17,18} En determinadas etapas vitales, debido a los rápidos cambios corporales y biopsicosociales que se producen, las personas son más sensibles a la presión sociocultural hacia el cuerpo ideal. Así, la adolescencia, las mujeres durante y después del embarazo, entre otras, son etapas especialmente vulnerables en este sentido.^{14,18,19}

Además, algunos estudios han encontrado relaciones entre la imagen corporal y el cuidado de la salud: la insatisfacción corporal como predictor de la disminución en la práctica de actividad física y consumo de fruta y verdura;²⁰ la imagen corporal positiva aumenta la probabilidad de desarrollar autocuidados de la salud, como la práctica de actividad física.²¹ Así, en los últimos años se considera que la insatisfacción corporal debe ser una variable a tener en cuenta en las agendas de salud pública,²² en concreto en las acciones preventivas en relación a la prevención de los trastornos alimentarios, del sobrepeso y de la obesidad.^{15,23}

Fundamentalmente, se han priorizado acciones con la finalidad de prevenir el sobrepeso y la obesidad. En la Guía de Práctica Clínica sobre la prevención y el tratamiento de la obesidad infanto-juvenil²⁴ se priorizan acciones preventivas sobre la población joven, y se aconseja la elaboración de mensajes enfocados en el aspecto lúdico de los hábitos saludables:

[...] en los mensajes a los menores se deben enfatizar los aspectos lúdicos y enriquecedores de la actividad física y de una alimentación variada (diversión, placer, nuevos sabores, bienestar, disfrute...) prestando atención a sus preferencias, dejando en un segundo término los mensajes relacionados con la salud y la enfermedad (p. 17).

En la mencionada Guía de Práctica Clínica²⁴ se enfatiza la importancia de fomentar una positiva imagen corporal y la autoestima de los jóvenes:

[...] las intervenciones para promover una alimentación saludable y fomentar la actividad física deben favorecer una imagen positiva del propio cuerpo y ayudar a construir y reforzar la autoestima de los menores. Se recomienda prestar especial cuidado para evitar la estigmatización y la culpabilización de los menores con sobrepeso o de sus familiares (p. 16).

Desde el ámbito de la nutrición y seguridad alimentaria, también se han realizado acciones para paliar el incremento de obesidad detectado entre la población en general, y la infanto-juvenil en particular. Con este fin, en España en 2005 el Ministerio de Sanidad y Consumo elaboró y publicó la Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad²⁵ (NAOS) que actualmente se gestiona a través de la Agencia española de consumo, seguridad alimentaria y nutrición (AECOSAN).

Esta agencia lleva a cabo programas para prevenir la obesidad y el sobrepeso en la sociedad en general, y en la infancia en particular. En 2011 se otorgó rango de ley a estas recomendaciones y estrategias de salud pública al elaborar la Ley de seguridad alimentaria y nutrición.²⁶ Actualmente la AECOSAN contempla acciones en cuatro ejes según el ámbito de aplicación (familiar, comunitario o escolar), y según el foco de la acción (fomentar la práctica de actividad física o la alimentación saludable).

Las acciones dirigidas a población infanto-juvenil se desarrollan en el ámbito educativo y se apoyan en los centros escolares. Dentro de estos tienen especial relieve los comedores escolares. En España la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, inició a finales de 2009 el proceso para la elaboración del documento de Consenso sobre la alimentación en los centros educativos, enmarcado dentro de la NAOS. Este documento aportaba conocimientos teóricos y prácticos sobre salud y nutrición a través de propuestas en la organización de los comedores, el establecimiento de criterios para la oferta alimentaria en las máquinas expendedoras, cantinas y quioscos de los centros educativos. Aunque fueron inicialmente recomendaciones, actualmente pertenece al marco legal de aplicación en los centros educativos en los que se impartan enseñanzas de régimen general o de régimen especial a nivel nacional.

Entre las indicaciones en relación a los hábitos alimentarios se recomienda seguir la dieta mediterránea, con un consumo diario de dos raciones diarias de verdura y tres de fruta, un consumo semanal de dos o más raciones de pescado y dos de carne magra y no roja, menos de dos en el caso de la carne roja y una ración semanal si se trata de carne procesada.²⁷ Sin embargo, un estudio de la Fundación Española de la Nutrición²⁸ en población adulta, señala un consumo de pescados, carnes magras, huevos, grasas, dulces, embutidos, etc. por encima de lo recomendado; y un consumo de verduras, hortalizas y legumbres, entre otros, por debajo de las recomendaciones. Respecto a población infantil, también se ha sugerido un bajo consumo de fruta y verdura y un consumo excesivo de carne en comedores escolares.²⁹

Entre los hábitos saludables relacionados con los comportamientos alimentarios destacan: las comidas familiares sentados en la mesa,³⁰⁻³² no realizar las comidas frente a la televisión; no realizarlas en el sillón.³³ Las variables asociadas al incremento de peso en la infancia han sido, entre otras: la disminución de la actividad física, la falta de sueño, las formas de ocio sedentarias, los hábitos alimentarios inadecuados³⁴ y no tener correctos hábitos de sueño acordes a la edad.³⁵

Aunque la mayoría de las acciones llevadas a cabo no contemplan las variables psicológicas, la obesidad se ha asociado a variables de este tipo, como por ejemplo la insatisfacción corporal.³⁶ Además, a pesar de las recomendaciones y del gasto económico realizado en las campañas de promoción, los datos revelan que las cifras en relación a la obesidad y al sobrepeso tanto en la infancia como en la edad adulta están aumentando. En este sentido, la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición³⁷ estima que, según criterios de la OMS, en torno al 41% de niños y niñas entre 6-9 años tiene exceso de peso. En relación a la población adulta, el estudio ENRICA³⁸ (Epidemiología de la obesidad en España, 2009-2011) constató que el 39,4% de la población adulta española presenta sobrepeso, y el 22,9% obesidad. Como anteriormente se ha comentado, asociado al exceso de peso se ha señalado, entre otras variables, los hábitos de sueño. En este sentido, las horas diarias de sueño recomendadas para población infantil entre 3-5 años

son unas 10-12 y se consideran normales las siestas hasta los 3-4 años. En población adulta, las horas de sueño suelen oscilar entre 7-8, aunque se considera normal que cada persona desarrolle un patrón propio de sueño adaptado a su edad, estado emocional, estado de salud, etc.³⁸

Por todo lo expuesto, en este trabajo nos planteamos los siguientes objetivos: conocer los hábitos de vida de los escolares entre 3-5 años y de sus familias, así como el grado de insatisfacción corporal autoinformado en los padres y madres. Además, analizar la posible relación entre los hábitos informados de las madres, padres e hijos.

Método

Participantes

Este estudio se llevó a cabo en un centro educativo de la ciudad de Toledo (España). Los participantes fueron 52 familias que informaron sobre los hábitos de sus hijos de entre 3-5 años, todos alumnos de Educación Infantil. Hubo seis encuestas consideradas nulas por faltar datos y/o estar completados de forma incorrecta. Además, se entregaron 104 encuestas a los adultos para evaluar sus propios hábitos y su grado de insatisfacción corporal. De ellos fueron devueltos 90 cuestionarios, 50 completados por madres y 40 por padres. Por tanto, se trabajó con los datos de 137 participantes o 52 familias, distribuidos en 46 niños (21 niñas y 25 niños) y 97 adultos (51 madres y 40 padres).

Instrumentos

Encuesta sobre hábitos alimentarios de los niños y niñas informado por sus padres. Este instrumento fue creado para el presente estudio. Consta de 20 preguntas con varias opciones de respuesta. El contenido de las preguntas versa sobre la frecuencia de consumo de alimentos, hábitos alimentarios, percepción del peso del niño y horas de sueño del niño. Está basada en la encuesta de Díez-Gañán.³⁹

Encuesta sobre hábitos alimentarios y actividad física de padres y madres. Este instrumento fue creado para el presente estudio. Consta de 18 preguntas con varias opciones de respuesta. El contenido de las preguntas hace referencia a la realización de la lista de la compra, elaboración de menús, la frecuencia del consumo de alimentos; los deportes practicados; frecuencia de actividad física; tiempo empleado en actividades sedentarias, número de horas dedicadas al sueño; percepción del propio cuerpo, realización de dieta y burlas recibidas en relación al cuerpo. Este instrumento se encuentra basado en la encuesta de Díez-Gañán.³⁹

Cuestionario para evaluar la insatisfacción corporal IMAGEN.⁴⁰ Consta de 38 ítems y tres factores: cognitivo-emocional (21 ítems); perceptivo (10 ítems); y comportamental (7 ítems). Para responder los ítems se emplea una escala de frecuencia de cinco alternativas de 0 a 4 (0 nunca o casi nunca; 1 algunas veces; 2 a menudo; 3 muchas veces; 4 casi siempre o siempre). La consistencia interna del cuestionario oscila entre .87 y .96 en los valores del alfa de Cronbach. Otros datos psicométricos se pueden encontrar en el manual del cuestionario. Además, siguiendo las recomendaciones de los autores respecto a los valores de especificidad y sensibilidad, se ha seleccionado el punto de corte de 45 para la puntuación total directa para mujeres y 30 para hombres.

Procedimiento

Los instrumentos fueron completados por las familias de forma anónima, voluntaria e individual. El centro educativo se encargó del reparto y posterior recogida de los cuestionarios.

Aspectos éticos

Tanto el centro educativo como las familias firmaron el consentimiento informado sobre la participación voluntaria y anónima en la presente investigación. Además, los instrumentos fueron debidamente codificados para garantizar el anonimato, cumpliendo así con la actual Ley de Protección de datos.

Análisis de datos

Con la finalidad de conocer los hábitos de los participantes se realizó un análisis de frecuencia y también se analizaron las posibles relaciones entre las respuestas de los hábitos de padres, madres e hijos mediante el cálculo de correlaciones de Pearson. Para establecer el porcentaje de la muestra que presentaba una insatisfacción corporal alta, se seleccionó un punto de corte según los baremos y las recomendaciones de los autores del cuestionario. Para las mujeres, se utilizó la puntuación total directa mayor a 45, y para los hombres, superior a 30.

Resultados

Se muestran en la tabla 1 los resultados totales del estudio, que se analizan y discuten por separado.

Tabla 1. Frecuencia de hábitos relacionados con la salud de niños, madres y padres. Toledo, 2016.

Hábito (indicador)	Niños	Hábito (indicador)	Madres	Padres
Consumo de fruta (3 piezas al día)	7.7%	Consumo de fruta (3 piezas al día)	8%	20%
Consumo de verdura (1 toma al día)	19.2%	Consumo de verdura (1-2 veces al día)	2.5%	17.5%
Consumo de bollería (todos los días)	5.8%	Consumo de bollería (todos los días)	17.3%	13%
Horas de sueño diarias (< 9 horas)	51%	Horas de sueño diarias (< 5 horas madres; < 6 horas padres)	49%	40%
		Práctica de deporte (ninguno o nunca)	78%	46%
		Pasear (Nunca o casi nunca)	29%	40%
		Horas sentado/a al día (>5 horas)	48.9%	42.5%
		Insatisfacción corporal (superan punto de corte)	28.8%	19.2%

Hábitos saludables e imagen corporal de las madres

La mayoría de las madres participantes en la investigación completaron el cuestionario correspondiente a sus hábitos y a su imagen corporal. Solamente una no participó, por lo tanto, se presentan los datos de 51 madres. De ellas, el 82,4% afirma realizar una lista de la compra, siendo la mitad las que informan de la elaboración de menús en su casa (51%). Cuando esto ocurre, lo realiza el 56% de las veces la madre, el 4% el padre y el 16% ambos progenitores. Además, la madre es también la que más suele cocinar (62% de los casos), aunque la cuarta parte afirma que comparten equitativamente esta tarea con sus parejas (26%) y sólo el 6% afirman que son los padres los que suelen cocinar.

Analizando los hábitos alimentarios de las madres, podemos constatar que la mitad de ellas consume fruta dos veces al día (52%), seguidas de un 24% que lo hace una vez al día y un 16% que no consume este alimento. Respecto a las verduras, casi la mitad dicen consumirlas 3-4 veces a la semana (49%), el 27,5% lo hace 1-2 veces por semana, y el 19,6% una vez al día, frente al 3,9% que lo hace dos veces al día. Por otro lado, la mitad de ellas consume dulces 1-2 veces por semana (51%), el 19,2% 3-4 veces a la semana y el 17,3% todos los días.

En cuanto a los desayunos, todas menos una realizan esta comida, consumiendo en ella mayoritariamente lácteos (94,1%) y pan (70,62%), frente a una pequeña proporción que consume fruta o zumo (27,5%). En el resto de las comidas, los alimentos más frecuentes, consumidos cuatro veces a la semana, son el pan (78,4%) y los lácteos (92,2%). Por otro lado, consumen tres veces a la semana carne blanca (72,5%), pescado (45,1%), carne roja (39,2%) y fiambre (31,4%).

Considerando la actividad física que realizan, sólo el 21,6% de las madres afirma practicar algún tipo de deporte, siendo el más frecuente pilates (5,8%) y correr (3,8%). Respecto a otros tipos de actividad física, el 29,4% de las madres no van nunca o casi nunca a pasear, el 80,4% nunca monta en bici, y el 48,9% están cinco horas o más al día sentadas. Por otro lado, la información proporcionada sobre los hábitos de sueño indica que el 54,9% duerme entre 7-8 horas, y que el 49% duermen 5 horas al día o menos.

En las preguntas correspondientes a la percepción de su peso, observamos que una parte importante de ellas se consideran con un peso adecuado (49%), mientras que el 39,2% se percibe con sobrepeso, el 9,8% se perciben “gordas”, y hay una mujer que se considera demasiado delgada. Además, casi la mitad han realizado alguna vez una dieta (45,1%), encontrándose siguiendo alguna en el momento de la aplicación el 7,8%. En otro plano, casi una cuarta parte de ellas han sufrido burlas relacionadas con su cuerpo (23,5%).

Finalmente, partiendo de las respuestas proporcionadas por las madres al cuestionario IMAGEN, 15 de ellas superaban el punto de corte, es decir, el 28.5% de la muestra, según las respuestas dadas, presentan una insatisfacción corporal significativamente alta.

Hábitos saludables e imagen corporal de los padres

El 76,9% de los padres de niños/as participantes completó los instrumentos de evaluación entregados. En función de estos datos, se presentan las respuestas de 40 padres (ver tabla 1). Según los resultados, podemos observar que todos los hombres menos uno toman desayuno, siendo pocos los que toman fruta o zumo en esta comida (17,5%) comparados con los que toman pan (62,5%). Además, según la información que han proporcionado, el 37,5% consume dos piezas de fruta al día, frente al 30% que consume una pieza y el 20% que consume tres piezas. Las verduras son

consumidas con las siguientes frecuencias: 45% las consumen 3-4 veces a la semana, el 30% 1-2 veces a la semana y sólo el 17,5% todos los días.

Los alimentos más populares entre los padres son la carne blanca (64,1%), el pescado (51,3%), la carne roja (41%) y el fiambre (30,8%), consumidos tres veces a la semana. El pan, por su parte, es consumido por los padres cuatro veces a la semana de forma mayoritaria (82,1%), mientras que los lácteos son consumidos con esta frecuencia por el 84,6% de los encuestados. Por otro lado, los padres consumen dulces de forma mayoritaria 1-2 veces a la semana (55%), siendo sólo un 17,5% los que consumen 3-4 veces a la semana estos productos, y la misma proporción los que lo hacen todos los días.

Respecto a la práctica de algún deporte, el 40% afirma hacerlo habitualmente, principalmente correr y fútbol (7,7% de los sujetos en ambos casos). Casi la mitad de ellos no pasean nunca o casi nunca (47,5%), siendo una cantidad similar los que pasan cinco horas o más sentados al día (42,5%). Respecto a sus hábitos de sueño, el 55% afirma dormir 7-8 horas, mientras que el 42,5% de ellos duerme 6 horas o menos.

Atendiendo a las preguntas que tienen que ver con la percepción del propio cuerpo, observamos que la mitad piensa que tiene un peso adecuado, frente al 35% que piensa que tiene sobrepeso, y el 7,5% que se ve gordo, y la misma proporción de varones se consideran delgados. A su vez, el 35% de los sujetos dice haber estado a dieta alguna vez, y sólo el 10% reconoce haber sufrido burlas relacionadas con su cuerpo en algún momento.

Finalmente, partiendo de las respuestas proporcionadas por los padres al cuestionario IMAGEN, 10 de ellos superaban el punto de corte, es decir, el 19,2% de la muestra, según las respuestas dadas, presenta una insatisfacción corporal significativamente alta.

Hábitos saludables de los niños y niñas

En este caso, contamos con la información proporcionada por 52 padres y/o madres sobre los hábitos de sus hijos/as, siendo mayoritariamente las madres las que han respondido a la encuesta (86,3%).

De modo general, los resultados indican que todos los niños realizan todas las comidas del día, menos uno de los niños que no realiza el desayuno, y dos que no realizan almuerzo. Además, el 25% de los niños comen en el comedor, mientras que un 9,6% de ellos se queda esporádicamente a comer en el colegio. La mitad de los niños/as realiza la comida en familia, mientras que en el caso de la cena este porcentaje alcanza un valor del 86,5%.

Respecto a los productos consumidos por los niños a la hora del desayuno, los perfiles de consumo son muy variados, pero destaca por su interés de cara a una alimentación equilibrada la siguiente información: el 75% de los niños no consume fruta o zumo en esta comida, el 19,2% consume bollería y el 67% galletas.

Por otro lado, cuando se les pregunta a los padres/madres cuáles son los tres tipos de alimentos preferidos por los niños, destacan la pasta (53,8%), la carne (46%) y el huevo (38%). Los tres alimentos menos populares son, por su parte, las verduras (7,7%), las hamburguesas (13,5%) y los dulces (11,5%). Además, considerando la frecuencia con la que se consumen los distintos tipos de alimentos, destacan por su alta frecuencia la carne blanca y roja (76,9% y 63% respectivamente las consumen 2-3 veces por semana), frente a la pasta o las legumbres (consumidas en ambos casos por el 44,2% 2-3 veces por semana). Las golosinas, por su parte, son consumidas “a veces” por el 88,5% de los niños, siendo sólo un 5,8% los que las comen todos los días. La fruta, a su vez, es consumida por el 55,8% de los participantes una vez al día, mientras que el 28,8% come dos piezas al día y sólo el 7,7% tres o más. Respecto a la verdura, la consumen 2-3 días a la semana el 51,9% de los niños, mientras que una cuarta parte lo hace una vez a la semana y sólo el 19,2% la consume una vez al día.

Respecto al peso de los niños/as, parece que la mayoría de los participantes considera que es adecuado (65,4%), frente a una minoría que considera que debería ganar peso (26,9%) o perderlo (7,7%). Finalmente, según la información proporcionada por los progenitores, casi la mitad de los niños duerme entre 10 y 13 horas (49%), seguidos de los que duermen entre 7-9 horas (47,1%), y por último, los que lo hacen menos de siete horas (3,9%).

Relación entre los hábitos saludables e imagen corporal de los progenitores y los hábitos de los niños y niñas

Además de conocer las características de los hábitos en estos colectivos de forma aislada, nos propusimos en este trabajo analizar la posible relación entre variables similares en los tres grupos de personas. Para ello, se han realizado sendos análisis de correlación (R de Pearson) entre las distintas variables seleccionadas, recodificando para este propósito las categorías de frecuencia de consumo de los alimentos en forma de variables continuas. Las relaciones analizadas en esta línea han sido las siguientes:

- *Frecuencia de consumo de fruta padres-madres-hijos/as*: los resultados indican que no existe ninguna relación entre la frecuencia de consumo de este tipo de alimentos por parte de los tres miembros de la familia. Sin embargo, tal y como se observa en la tabla 1, el porcentaje que consume tres piezas de fruta es similar en madres e hijos (en torno al 8%).

- *Frecuencia de consumo de verdura padres-madres-hijos/as*: existe una relación moderada pero significativa entre el consumo de este producto por parte del niño/a y la frecuencia de consumo de su madre y su padre ($r= 0,359$, $p<0,01$ y $r= 0,357$, $p<0,05$, respectivamente). Es decir, cuanta más verdura consumen los padres y las madres, más lo hace el niño/a. En esta ocasión, el porcentaje es similar en los tres grupos (en torno al 20%).
- *Frecuencia de consumo de dulces (padres y madres) – bollería en el desayuno y chucherías niños/as*: En primer lugar, observamos una relación media y significativa en la cantidad de dulces que consumen el padre y la madre ($0,461$, $p < 0,01$). No obstante, no está relacionado este consumo con el consumo de bollería en el desayuno ni de chucherías por parte de niño/a.
- *Horas de sueño padres-madres-hijos/as*: las horas de sueño del niño/a no parecen estar relacionadas con las de sus padres, pero sí hay una correlación media significativa entre la cantidad de sueño que realizan los dos progenitores ($r=0,488$, $p<0,01$). Además, según los datos informados por los progenitores, el 40% de los niños entre 3-5 años duermen menos de nueve horas, tal y como se aprecia en la tabla 1.
- *Percepción sobre el peso de la madre-padre-hijo/a*: no parece existir ninguna relación entre la percepción que los padres tienen de sus cuerpos entre sí, ni respecto a sus hijos.
- *Insatisfacción corporal de padre-madre*: el análisis de correlación correspondiente indica que existe una relación alta y significativa entre la insatisfacción corporal de ambos progenitores, medida mediante la puntuación total en el cuestionario IMAGEN ($r=0,612$, $p<0,01$).

Discusión

De modo global, los datos recogidos indican que las madres, padres y los propios niños/as presentan algunos hábitos de vida que podrían ser contraproducentes para su salud, siendo muchos de ellos variables que la literatura científica ha identificado como factores de riesgo para desarrollar sobrepeso y obesidad en la infancia y edad adulta, así como trastornos de la alimentación.^{20,21,31,32}

Según estos datos, parece que el papel relevante lo siguen desempeñando las madres en cuanto a la alimentación de los hijos, pues son ellas mayoritariamente las que realizan la lista de la compra, elaboran los menús y cocinan, aunque también algunos padres se implican en estas tareas. Estos resultados deben tenerse en cuenta en las acciones para promover estilos de vida saludable, ya que la dificultad para conciliar la vida familiar y profesional continúa sobrecargando a la mujer¹² y llevándola a mayores niveles de estrés.¹³

En relación a los hábitos alimentarios, tanto madres como padres parecen consumir menos fruta y verdura de la recomendada por la OMS y otras instituciones sanitarias.^{27,28} Además, tienen un consumo proteico mayor del recomendado, especialmente en lo que hace referencia a la carne

roja, y consumen porcentajes no desdeñables de dulces de forma relativamente frecuente. Estos resultados son coincidentes con los informados por la Fundación Española de Nutrición.²⁸

Analizando los datos que hacen referencia a la actividad física, madres y padres tampoco parecen encontrar tiempo para realizar deporte de forma constante. Esta vida sedentaria se observa también en la falta de participación en otras actividades físicas de baja intensidad como es el paseo. A esta falta de actividad se une desafortunadamente también el gran número de horas que pasan sentados a lo largo del día, y una tasa de horas de sueño diarias especialmente bajas y totalmente alejadas en la mayoría de los casos de las adecuadas para su salud.²⁸ En concreto, cerca del 80% de las mujeres no realizan deporte frente al 46% de los hombres; además, casi la mitad de las mujeres encuestadas afirman dormir menos de cinco horas y el 40% de los padres menos de seis horas. Nuevamente, son las mujeres las que parece que disponen de menos tiempo para realizar cuidados respecto a su salud.

A este panorama general respecto a los hábitos de vida, debemos añadir, desgraciadamente, una concepción negativa del propio cuerpo con porcentajes de insatisfacción corporal elevadas en mujeres y hombres, siendo mayor en las primeras.^{17,18} Todo esto configura un panorama de salud en el que la población consultada parece encontrarse en riesgo significativo de padecer enfermedades relacionadas con el sobrepeso y la obesidad, los trastornos de la alimentación, así como otras asociadas al consumo de alimentos no equilibrados y el sedentarismo como modo de vida.^{15,20,21,23}

Si centramos el análisis en los datos proporcionados por los progenitores respecto a sus hijos escolarizados en la etapa de educación infantil, los datos no son mucho más alentadores, pues como era de esperar observamos cierto paralelismo entre unos y otros en cuanto a sus hábitos saludables. Pocos consumen tres piezas de fruta diarias, tal y como ocurre en el caso de los padres y madres. Sin embargo, observamos un alto consumo de carnes, y un bajo consumo de legumbres y verduras. Como ocurría en el caso de los padres, la frecuencia de consumo para la fruta y la verdura^{27,28} no alcanza los niveles recomendados por la OMS en la mayoría de los casos. Por ejemplo, sólo el 19,2% de los niños consume verdura todos los días, algo que hacen con la fruta poco más de la mitad de los participantes.

En relación a los hábitos de sueño, aproximadamente la mitad de los niños entre 3-5 años duermen menos de nueve horas siendo insuficiente esa cantidad de horas de descanso.³⁸

Cabe destacar en este caso, finalmente, que la mayoría de los padres y madres consideran que su hijo tiene un peso adecuado, siendo una proporción muy pequeña los que creen que debería perder peso.

Considerando las relaciones que hemos analizado entre los hábitos saludables de los tres subgrupos de la familia analizados (padres, madres, hijos), constatamos algunas relaciones interesantes y esperadas, como la encontrada entre el consumo de verdura de hijos/as y sus

progenitores. Esta relación estará sin duda conectada con las comidas en familia, así como seguramente con un efecto del aprendizaje social que implicaría cierta imitación de las conductas de los padres en el niño/a. Parece evidente que si los niños/as no ven a sus progenitores comer verdura, no van a mostrar mucho interés en hacerlo, aunque se la pongan en el plato.³⁰⁻³³

Por otro lado, aunque cuantitativamente no aparezca una correlación significativa entre las horas dedicadas al sueño de progenitores e hijos, sí aparecen como insuficientes tanto en adultos como en niños. Además, de nuevo afortunadamente, aunque padres y madres muestran altos niveles de insatisfacción corporal, esta no se proyecta en cómo ven el cuerpo de sus hijos, aunque sí hay una relación, respecto a los altos valores alcanzados, entre la imagen corporal de padre y madre.

En definitiva, todos estos datos parecen estar indicando la presencia de algunos hábitos de vida poco saludables en una parte importante de los adultos encuestados que deben ser tenidos en cuenta en posteriores investigaciones que intenten verificar las consecuencias en la calidad de vida de las familias y sus hijos.

Conclusiones

Tal y como plantean las iniciativas comentadas en la primera parte del artículo, respecto a las estrategias de promoción de la salud que se llevan a cabo desde las diferentes instituciones públicas, las mismas deben incluir conductas dirigidas a los individuos, pero también medidas más amplias de tipo social, político, comunitario e incluso económico, que permitan a las familias tener hábitos de vida más saludables y relaciones con la alimentación y el cuerpo más positivas.^{9,24}

Por ejemplo, el hecho de que gran parte de la muestra encuestada afirme tener tan pocas horas de sueño, no hacer prácticamente nada de ejercicio y pasar tantas horas al día sentados, está seguramente indicando un modo de vida que poco tiene que ver con sus deseos o gustos y más con la situación familiar de gran parte de la sociedad actual, que se ve sobrecargada de horas laborales, tareas familiares y tiene poco tiempo para realizar otras prácticas más saludables y placenteras. Así, parece claro que, tal y como propone la Unión Europea,¹⁰ las medidas que se implementen deben hacer algo más que informar a los sujetos de su responsabilidad individual, e incluir medidas en los ámbitos propuestos por esta institución (individual, familiar, comunitario y escolar) que aboguen por ejemplo por otras medidas como una política de conciliación de la vida familiar, personal y laboral; ampliación de los espacios de deporte y actividad física en las ciudades e incluso en entornos laborales; medidas de reducción de estrés y mejora de la calidad de vida en general, etc. En este sentido, se debe poner especial hincapié en el reparto equitativo de las tareas domésticas entre mujeres y hombres que permitan disponer de mayor calidad de vida.¹²

La promoción de una vida saludable debe también, por supuesto, incluir el desarrollo en todas las personas de una imagen corporal sana y equilibrada,^{15,22,23} que no suponga una fuente de estrés más sino que les permita relacionarse con su cuerpo, con la alimentación y con la actividad física de una forma positiva y sana. Aunque no hemos podido valorar en este estudio la imagen corporal de los niños participantes, cabe esperar que también parte de ellos hayan empezado ya a interiorizar en estas primeras etapas las opiniones negativas que puedan observar en sus padres y sus madres sobre su propio cuerpo, quienes como hemos visto muestran en algunos casos altas tasas de insatisfacción corporal. Por tanto, es absolutamente necesario que las acciones preventivas dirigidas a la población infantil y sus familias deben tener en cuenta el desarrollo positivo de la imagen corporal. Quizás en las edades estudiadas, el ámbito educativo pudiera ser un lugar idóneo para poner en marcha dichas acciones que rompan estereotipos asociados al cuerpo y al género permitiendo a los niños y las niñas crecer en armonía y equilibrio.^{15,22-24}

Teniendo en cuenta todos estos datos, las estrategias actuales de prevención que se llevan a cabo en varios países deben ampliar el foco de intervención y, si las autoridades competentes dotan de fondos y tienen un auténtico interés en reducir las tasas de sobrepeso en la población, ir encaminadas a una visión más amplia y cercana a las distintas realidades sociales. No se debe pedir a una población adulta, que duerme menos de cinco o seis horas, que realicen deporte y tengan tiempo para cuidar su alimentación. No se debe, porque, en lugar de desarrollar hábitos saludables, se genera culpa en una sociedad que, insistimos, no es que no quiera, es que, en muchas ocasiones, no puede tener hábitos que les acerquen a un estilo de vida saludable. Por tanto, se debe ofrecer un cambio más global que permita a las personas conciliar los diferentes ámbitos. De esta forma, se hace más probable que padres y madres puedan educar, disfrutar y acompañar a sus hijos e hijas en el camino de la vida.

Colaboradores

Las autoras Solano- Pinto N, Solbes- Canales I, Fernández- Cézar R, Calderón- López S, Pozo- Bardera C participó en todas las etapas, desde la concepción del estudio hasta la revisión de la versión final del artículo.

Las autoras pertenecer al Grupo de Investigación Mirada Crítica (Imagen corporal, trastornos alimentarios y sociedad).

Conflicto de intereses: los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Nuevos métodos de educación sanitaria en atención primaria de salud. Ginebra: OMS; 1983. Serie Informes Técnicos, n° 690.
2. Orueta Sánchez R, Santos Rodríguez C, González Hidalgo E, Fagundo Becerra EM, Alejandro Lázaro G, Carmona de la Morena J, et al. Medicalización de la vida (I). *Rev Clín Med Fam.* 2011; 4(2):150-161.
3. Díaz Berenguer A. Medicalización de la sociedad y desmedicalización del arte médico. *Arch Med Intern.* 2014; 36(3):123-126.
4. Foucault M. Historia de la medicalización. *Educación Médica y Salud* 1977; 11(1):3-25.
5. Arce A. Diario de una mama pediatra. Consejos profesionales y anécdotas personales para disfrutar de la maternidad. Madrid: Grijalbo; 2016.
6. Benack J, Tarafa G, Muntaner C. El copago sanitario y la desigualdad: ciencia y política. *Gac Sanit.* 2012; 26(1):80-82.
7. Organización Mundial de la Salud. Constitución adoptada por la Conferencia sanitaria Internacional celebrada en Nueva York del 19 de Junio al 22 de Julio de 1946. Documentos Básicos [Internet] Oct. 2006; Suplemento de la 45ª edición. [acceso em: 05 feb. 2017]. Disponible em: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
8. Organização Mundial da Saúde. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud; 21 nov. 1986; Ottawa. [acceso em: 15 mar. 2017]. Disponible em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
9. Organisation Mondiale de la Santé. Estrategia de salud para todos en el año 2000. 35ª Asamblea Mundial de la Salud. [acceso em: 20 mar. 2017]. Disponible em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/197241/1/WHA35_3_spa.pdf
10. Unión Europea. Reglamento N° 282/2014 del Parlamento Europeo y del consejo de 11 de marzo de 2014 relativo a la creación de un tercer programa de acción de la Unión en el ámbito de la salud para el período 2014-2020. *Diario Oficial de la Unión Europea* 21 mar. 2014. [acceso em: 01 abr. 2017]. Disponible em: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:32014R0282&from=ES>
11. Aguilar Ibáñez IA, López Aguilar X, Mancilla Díaz JM. Factores psicosociales de la obesidad infantil: una revisión teórica. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace* 2014; 111:34-61.
12. Artazcoz L, Escribà-Agüir V, Cortès I. El estrés en una sociedad instalada en el cambio. *Gac Sanit.* 2006; 20(Supl. 1):71-80.
13. Sanz AI. Conciliación y salud laboral: ¿una relación posible? Actualidad en el estudio del conflicto trabajo-familia y la recuperación del estrés. *Med Segur Trab.* 2011; 57(1):115-126.
14. Toro J. El adolescente ante su cuerpo. Cuerpo, vestido y sexo. Madrid: Pirámide; 2013.
15. Wilksch SM, Paxton SJ, Byrne SM, Austin SB, McLean SA, Thompson RM, et al. Prevention across the spectrum: a randomized controlled trial of three programs to reduce risk factors for both eating disorders and obesity. *Psychol Med.* 2015; 45(9):1811-1823.

16. Ferguson CJ, Muñoz ME, Garza A, Galindo M. Concurrent and prospective analyses of peer, television and social media influences on body dissatisfaction, eating disorder symptoms and life satisfaction in adolescent girls. *J Youth Adolesc.* 2014; 43(1):1-14.
17. Zueck MC, Solano-Pinto N, Benavides EV, Guedea JC. Imagen corporal en universitarios mexicanos: diferencias entre hombres y mujeres. *Retos* 2016; (30):177-179.
18. Solano-Pinto N, Solbes I. Imagen corporal en personas con trastorno alimentario. In: Prado SD, Amparo-Santos L, Silva LF, Gracia Arnaiz M, Bosi MLM. *Estudos socioculturais em alimentação e saúde: saberes em rede.* Rio de Janeiro: Editora da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2016.
19. Ramos P, Rivera F, Pérez RS, Lara L, Moreno C. Diferencias de género en la imagen corporal y su importancia en el control de peso. *Escritos de Psicología* 2016; 9(1):42-50.
20. Neumark-Sztainer D, Paxton SJ, Hannan PJ, Haines J, Story M. Does body dissatisfaction matter? Five-year longitudinal associations between body satisfaction and health behaviour in adolescent females and males. *J Adoles Health* 2006; 39(2):244-251.
21. Samperio J, Jiménez-Castuera R, Lobato S, Leyton M, Claver F. Variables motivacionales predictoras de las barreras para la práctica de ejercicio físico en adolescentes. *Cuaderno de Psicología del Deporte* 2016; 16(2):65-76.
22. Bucchianeri MM y Neumark-Sztainer D. Body dissatisfaction: an overlooked public health concern. *J Public Ment Health* 2014; 13(2):64-69.
23. Castillo I, Solano S, Sepúlveda AR. Programa de prevención de alteraciones alimentarias y obesidad en estudiantes universitarios mexicanos. *Psicología Conductual* 2016; 24(1):5-28.
24. Espana. Ministerio de Ciencia e Innovación. *Guía de práctica clínica sobre la prevención y el tratamiento de la obesidad infantojuvenil.* Barcelona: Ministerio de Ciencia e Innovación; 2009.
25. Espana. Ministerio de Sanidad y Consumo. *La estrategia NAOS. Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad.* Madrid: Agencia Española de Seguridad Alimentaria; 2005.
26. Espana. Ley 17/2011, de 5 de Julio 2011. Seguridad alimentaria y nutrición. *Boletín Oficial del Estado* 6 jul. 2011; (160):1-35. [acceso em: 01 abr. 2017. Disponible em: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2011-11604
27. Espana. Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente. *Guía aprendemos a comer.* Madrid: Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente; 2016.
28. Del Pozo S, García Iglesias V, Cuadrado Vives C, Ruiz Moreno E, Valero Gaspar T, Ávila Torres JM, et al. *Valoración nutricional de la dieta Española de acuerdo al panel de consumo alimentario.* Madrid: Fundación Española de la Nutrición; 2012.
29. Vergara D, Ríos-Reina R, Úbeda C, Escudero-Guilete ML, Callejón MR. Menús ofertados en centros de educación infantil de Sevilla: adecuación a criterios nutricionales y a las recomendaciones dietéticas. *Nutrición Hospitalaria* 2016; 33:671-677.
30. Moreno Villares JM, Galiano Segovia MJ. La comida en familia: algo más que comer juntos. *Acta Pediatr Esp.* 2006; 64(11):554-558.

31. Neumark-Sztainer D, Larson NI, Fulkerson JA, Eisenberg ME, Story M. Family meals and adolescents: what have we learned from Project EAT (Eating Among Teens). *Public Health Nutr.* 2010; 13(07):1113-1121.
32. Chan JC, Sobal J. Family meals and body weight. Analysis of multiple family members in family units. *Appetite* 2011; 57(2):517-524.
33. Barrios González E, Santana Vega C. Recomendaciones nutricionales. *Canarias Pediátrica* 2009; 33(2):139-140.
34. Busto R, Amigo I, Fernández C, Herrero J. Actividades extraescolares, ocio sedentario y horas de sueño como determinantes del sobrepeso infantil. *Intern J Psych Psychol Ther.* 2009; 9(1):59-66.
35. España. Ministerio de Ciencia e Innovación. Guía de práctica clínica sobre trastornos del Sueño en la Infancia y adolescencia en atención Primaria. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación; 2011.
36. Carrillo E; Riera J. Aproximación a la situación actual de la obesidad infantil y su prevención desde una perspectiva sociosanitaria. Estado del arte y recomendaciones. *Revista de Intervención Socioeducativa* 2013; 52:33-66.
37. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Aladino. Estudio de vigilancia del crecimiento, alimentación, actividad física, desarrollo infantil y obesidad en España 2015. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016.
38. Rodríguez-Artalejo F, Graciani A, Guallar-Castillón P, León Muñoz LM, Zuluaga-Zuluaga C, López García E, et al. Justificación y métodos del estudio sobre nutrición y riesgo cardiovascular en España (ENRICA). *Rev Esp Cardiol.* 2011; 64(10):876-882.
39. Díez-Gañán L. Encuesta de nutrición infantil de la comunidad de Madrid. Madrid: Consejería de Sanidad de la Comunidad y Madrid; 2008.
40. Solano-Pinto N, Cano-Vindel A. IMAGEN, Cuestionario para la evaluación de la insatisfacción corporal. Madrid: TEA Ediciones; 2010.

Recibido: 07.5.2017

Revisado: 14.6.2017

Aceptado: 27.6.2017

