

¿SON LOS PADRES UNOS BUENOS MODELOS DE CONDUCTAS DE SALUD PARA SUS HIJOS PEQUEÑOS? UN ESTUDIO CON PADRES DE NIÑOS ENTRE 3 Y 8 AÑOS

CRISTINA GIMÉNEZ GARCÍA

Personal Investigador Contratado Doctor de la Universitat Jaume I.
Universitat Jaume I. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales.

MARÍA DOLORES GIL LLARIO

Profesora Titular de Universidad Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación.
Facultad de Psicología. Universitat de València Estudi General.

RAFAEL BALLESTER ARNAL

Profesor Titular de la Universitat Jaume I de Castellón.
Universitat Jaume I. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales.

ESTEFANÍA RUIZ PALOMINO

becaria FPI de la Universitat Jaume I.
Universitat Jaume I. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales.

BEATRIZ GIL JULIA

becaria FPI de Generalitat Valenciana.
Universitat Jaume I. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales.

Fecha de recepción: 23 de febrero de 2011

Fecha de admisión: 10 de marzo de 2011

RESUMEN

El modelado parental ha mostrado su influencia en el desarrollo y bienestar de los hijos desde fases tempranas. De hecho, muchos estudios epidemiológicos se han centrado en determinadas conductas de riesgo como la sexualidad desprotegida y, sobre todo, en población adolescente. Por ello, este estudio pretende explorar la realización de diversas conductas de salud por parte de 350 padres y madres de menores 8 años de la Comunidad Valenciana, a los que se les administró el CIACS (Ballester y Gil, 1999). Los resultados, arrojan una prevalencia considerable de conductas de riesgo tales como el no uso del cinturón, el sedentarismo, el consumo de alcohol o tabaco, la higiene bucodental o la participación en conversaciones familiares. Perjudicando, de igual modo, tanto a hijos como a hijas, y en la mayoría de las edades analizadas. Solamente aparecen diferencias significativas, según edad, en el consumo de tabaco por parte de otros responsables familiares con los que conviven. Dicha realidad tendrá que ser tenida en cuenta en la elaboración de programas de educación para la salud en los que deberían ser incluidos los responsables familiares.

Palabras clave: modelado de comportamiento, influencia parental, salud infantil, promoción de salud, epidemiología.

ABSTRACT

Parental behaviors have shown their influence on the development and wellbeing of their children since early stages. In fact, several epidemiological studies have focused on certain risk behaviors such as unprotected sex, especially among adolescents. Therefore, this study aims to explore the existence of different health behaviors among parents of 350 children under 8 years from Valencia, who were administered the CIACS (Ballester and Gil, 1999). The results show a relevant prevalence of risk behaviors related to the no use of seat-belt, physical inactivity, alcohol or tobacco consumption, oral hygiene or participation in family communication. In this senses, boys and daughters suffer the damage along the most of the ages. Only some statistical differences are revealed in the tobacco consumption by other family members who live together. This situation should be taken into account to design the programs of health education in which parents have to participate.

Keywords: model behavior, parental influence, children's health, health promotion, epidemiology.

INTRODUCCIÓN

El desarrollo infantil se nutre de multitud de influencias que, en los distintos contextos de socialización, interaccionan para contribuir en la configuración de elementos tan fundamentales como la identidad, los valores o los estilos de vida. Elementos que, a lo largo de la existencia, van a influir en el disfrute de la calidad de vida. Así, aun considerando los cambios sociales de las últimas décadas, la familia sigue suponiendo un agente fundamental, tanto en la socialización primaria como en los procesos de construcción personal e interpersonal que se derivan de ella (López, 2008).

En este sentido parece clara la existencia de multitud de dinámicas que en la interacción familiar pueden influenciar en la creación y mantenimiento de los hábitos saludables fundamentales para el bienestar psicosocial en la infancia (Sarason, 1999). De esta forma, la aceptación, la comprensión o el apego, pueden facilitar el desarrollo de la autonomía así como la realización de aquellas conductas adaptativas que permitan el disfrute del bienestar del niño y supongan un mecanismo protector ante posibles riesgos psicosociales lo que, al igual que ocurre con la población adulta, parece estar influyendo en los nuevos patrones de morbi-mortalidad infantil (Gómez y Buerba, 2006). Así frente al descenso de algunas problemáticas de origen infeccioso, como resultado por ejemplo de una mayor cobertura vacunal, se producen otras patologías sanitarias derivadas de factores relacionales y conductuales; como los patrones de consumo de sustancias, el ejercicio físico, la exposición a la contaminación o el aislamiento familiar. Factores de riesgo que, además de dañar la salud durante la infancia aumentarían, en etapas posteriores, la incidencia de otras problemáticas tan diversas como la hipercolesterolemia o los trastornos de salud mental (Díaz, Vall y Ruiz, 2004).

En este sentido la educación para la salud en el entorno familiar, así como en otros como el educativo o el comunitario, supone una alternativa que podría mejorar la salud infantil; así como suponer un canal de transmisión de valores, actitudes y conocimientos relacionados con la resiliencia y la convivencia social (Molina y Cabra, 2005). Es decir, situaciones de enseñanza/aprendizaje que promovidas por los padres, de manera no siempre consciente, pueden influir en el nivel de conocimientos, actitudes y conductas saludables de los hijos (Gil, 1997). Por ejemplo, en algunas familias, las conductas de modelado exhibidas por los padres han favorecido el aumento de realización de ejercicio físico (Loprinzi y Trost, 2010). Así mismo, se ha comprobado cómo el mantenimiento de hábitos alimentarios adecuados por parte de los padres favorece un consumo de alimentos responsable y equilibrado de sus hijos (Pearson, Biddle y Gorely, 2009).

En general, se muestra cómo los estilos parentales que incluyen la educación para la salud repercuten de manera positiva en una adquisición de actitudes y conductas de los propios niños que, a medio o largo plazo, pueden seguir manteniendo en su estilo de vida (Rudolf, Hunt, George, Hajibagheri, y Blair, 2010). De hecho, se ha evidenciado que más allá de diferencias de género, procedencia o nivel cultural, la realización de los hábitos saludables por parte de la población infantil, ha venido influida sobre todo por el acompañamiento e implicación de los padres en el proceso de la educación para la salud (Steadman, 2007). En este sentido, los estilos de comunicación democráticos y basados en la confianza y el respeto han mostrado favorecer los estilos de vida saludables en los hijos (Torío, Peña y Rodríguez, 2008).

Teniendo en cuenta lo anterior, de los responsables familiares cabría esperar que contribuyeran al crecimiento saludable de sus hijos desde la formación y guía en normas, valores y creencias adaptativas, además de unos estilos de vida saludables que permitieran, desde la primera infancia, su desarrollo. Sin embargo, existen numerosas muestras de cómo la conducta de riesgo realizada por padres y madres puede repercutir de manera negativa en la salud de sus hijos (Michael, Torres y Seemann, 2007; Marí-Klose, Mari-Klose, Vaquera y Conningham, 2010). Por un parte, suponiendo un daño directo a su salud, por ejemplo, por las consecuencias que puede implicar un accidente cuando no se emplean las medidas de seguridad vial correspondientes, el impacto que algunas sustancias como el tabaco pueden tener en el sistema respiratorio de los menores expuestos a un ambiente contaminado o, en otro caso, las repercusiones físicas que implican los hábitos alimentarios poco equilibrados (Brannon y Feist, 2000). Por otra parte, cabe tener en cuenta cómo los responsables familiares suponen modelos de aprendizaje y, por extensión, sus conductas de riesgo pueden favorecer que los hijos asuman esos modelos como favorables, en perjuicio de su salud (De Genna, Stack, Serbin, Ledingham y Schwartzman, 2007). Por ejemplo, se ha mostrado dicha influencia en hábitos relacionados con el consumo de tabaco (Melchior, Chastang, Mackinnon, Galéra y Fombonne, 2010), de alcohol (Pons y Berjano, 1997), en la realización de la actividad física (Zach y Netz, 2007) o en las conductas alimentarias (Al-Kloub, Al-Hassan y Froelicher, 2010).

Así pues, resulta necesario profundizar en los estilos de vida que padres y madres mantienen en los contextos familiares, teniendo en cuenta que los estilos de vida y crianza parentales parecen influir en la configuración de dichos hábitos (Pearson et al., 2009; Pons y Berjano, 1997) y que si bien dichos hábitos pueden prolongarse en etapas posteriores y facilitar la aparición de enfermedades graves, también pueden ser transformados en la medida en que sean abordados de manera temprana.

En este sentido, el objetivo del presente estudio es explorar la realización de conductas de salud por parte de padres y madres de niños menores de 8 años relacionadas con la higiene bucodental, el consumo de alcohol y tabaco, el uso de cinturón de seguridad, la realización de ejercicio físico y la participación en la comunicación familiar.

MÉTODO

Participantes

En el estudio participaron 350 familiares. En concreto, 51 padres y 243 madres de alumnos de educación infantil y primaria con un rango de edad que osciló entre los 4 y los 8 años ($M=5,86$, $DT=1,31$), siendo un 61% chicos y un 39% chicas. La población participante estaba adscrita a distintos centros educativos de la Comunidad Valenciana, distribuidos en sus tres provincias (Alicante, Castellón y Valencia) y en igual proporción según la distribución geográfica (zona rural y urbana).

¿SON LOS PADRES UNOS BUENOS MODELOS DE CONDUCTAS DE SALUD PARA SUS HIJOS PEQUEÑOS? UN ESTUDIO CON PADRES DE NIÑOS ENTRE 3 Y 8 AÑOS

Instrumento

El Cuestionario de Información, Actitudes y Comportamientos relacionados con la Salud-versión 1 (CIACS-1) desarrollado por Ballester & Gil (1999), forma parte de una serie de instrumentos que, adaptados a distintas etapas evolutivas de la población, exploran el nivel de información, las actitudes y los comportamientos relacionados con diferentes conductas de salud. El instrumento se distribuye en tres niveles. El CIACS-1, dirigido a padres de familia, aborda los hábitos de niños menores de 8 años, el CIACS-2 a pre-adolescentes de entre 9y 14 años) y el CIACS-3 a jóvenes de edades superiores a los 15 años. Las áreas de salud que se exploran son: 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.

El CIACS-1, empleado para este estudio, indaga la salud infantil desde una doble perspectiva. Por un lado, abordando las conductas desarrolladas por los propios menores y, por otro, los hábitos mantenidos por los responsables familiares. En su mayoría, las respuestas se recogen a partir de escalas likert que han mostrado su rigurosidad desde un punto de vista psicométrico: tanto la fiabilidad, a partir de una consistencia interna de 0.890, como la estabilidad temporal, mediante el test-retest de 0.776 (Ballester y Gil, 2007).

En concreto, este estudio analizó la información de 6 ítems relacionados con el contexto familiar: conductas de salud de padres y madres (higiene bucodental, consumo de alcohol y tabaco, realización de ejercicio físico, uso del cinturón de seguridad), así como el estilo parental de comunicación familiar (ver tabla 1).

Tabla 1. Ítems del Cuestionario de Información, Actitudes y Comportamientos relacionados con la Salud-versión 1
 Marque con una cruz (x) la alternativa que considere ajustada a su caso, teniendo en cuenta el significado de las siguientes opciones de respuesta:

	1 NUNCA	2 ALGUNAS VECES	3 BASTANTES VECES	4 SIEMPRE / HABITUALMENTE	5 NO PROCEDE			
N	Enunciado				Nada de acuerdo	Totalmente de acuerdo		
3	Después de cenar uno de nosotros se lava los dientes con el niño/a(o lo hicimos hasta que empezó a hacerlo por hábito)				1	2	3	4
9	En casa tomamos: (puede señalar varias)							
	-Vino en las comidas				1	2	3	4
	-Cerveza				1	2	3	4
	-Whisky o cubata				1	2	3	4
	-Carajillo después de comer				1	2	3	4
	-Otras bebidas (señalar).....				1	2	3	4
16	Mi pareja o yo practicamos algún deporte				1	2	3	4
19	Mi pareja y yo nos ponemos el cinturón de seguridad al subir al coche				1	2	3	4
20	En casa fuma: (puede señalar varias)				1	2	3	4
	-Papá				1	2	3	4
	-Mamá				1	2	3	4
	-Algún hermano				1	2	3	4
	-Otro miembro familiar (abuelos o tíos que convivan)				1	2	3	4
21	En casa los problemas se resuelven hablando y contando con la opinión incluso de los más pequeños.				1	2	3	4

Procedimiento

La presente investigación forma parte de un estudio epidemiológico más amplio en el que, en distintos centros educativos de la Comunidad Valenciana, se recabó información sobre hábitos de salud familiar en población infantil, preadolescente y adolescente. Con el fin de que dicha población fuera lo más representativa posible, se tuvieron en cuenta factores como la distribución de género, la composición por edad, la ubicación geográfica (zona rural o urbana; distancia al litoral costero) y el nivel socioeconómico de los grupos familiares de los escolares.

Con el interés de poder recopilar la información de la manera más rigurosa y fiable posible y teniendo en cuenta la naturaleza de los ítems, dirigidos a evaluar los hábitos parentales de salud, los datos aquí presentados fueron recabados con la colaboración de padres y madres de familia. Una vez difundida la naturaleza de la investigación y obtenido el consentimiento de las instituciones educativas y del propio centro, un psicólogo con formación y experiencia administró el instrumento de evaluación, que fue cumplimentado por parte de los padres y madres de manera voluntaria, individual y anónima, en un tiempo promedio de 40 minutos.

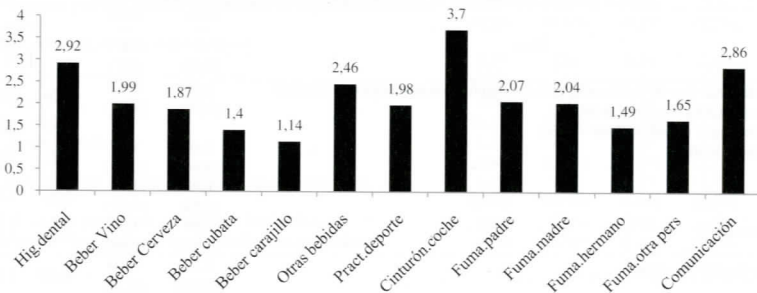
Una vez recogida la información, con el fin de profundizar en la importancia y prevalencia del modelado de los padres, se analizaron estadísticos descriptivos y de frecuencia, así como estadísticos diferenciales en función del género de los hijos (prueba t) y de la edad de los mismos (ANOVA).

RESULTADOS

Realización de conductas de salud por parte de padres y madres.

En un primer término, tal y como muestra la figura 1, se expone la prevalencia promedio con la que la muestra en general ha manifestado realizar las conductas exploradas y que muestran cómo, la conducta saludable más realizada es la del empleo del uso del cinturón como medida de protección vial (•=3,7, DT=0,66), seguida de la promoción de los hábitos de higiene dental (•=2,92, DT=1,04) y del fomento de la participación de los hijos en las conversaciones familiares (•=2,86, DT=0,97), ubicándose en último lugar la práctica de deporte (•=1,98, DT=0,96). Por el contrario, entre los hábitos de riesgo más realizados por los responsables familiares se encuentra el consumo de tabaco, sobre todo por parte del padre (•=2,07, DT=1,22) y la madre (•=2,04, DT=1,18), seguido del consumo de bebidas alcohólicas como el vino (•=1,99, DT=0,94) o la cerveza y no tanto del cubata (•=1,87, DT=0,68) o el carajillo (•=1,14, DT=0,52).

Figura 1. Puntuación promedio de los hábitos parentales.



¿SON LOS PADRES UNOS BUENOS MODELOS DE CONDUCTAS DE SALUD PARA SUS HIJOS PEQUEÑOS? UN ESTUDIO CON PADRES DE NIÑOS ENTRE 3 Y 8 AÑOS

Si dichos datos se analizan con más detalle, tal y como muestra la tabla 2, se puede apreciar cómo alrededor del 60% no promociona sistemáticamente los hábitos de salud bucodental de sus hijos y el 19% de los responsables familiares no usa siempre el cinturón de seguridad. Además, el 89% de ellos informa no practicar deporte habitualmente, mientras un 30% de los padres y madres dice fumar bastantes veces o habitualmente. Por otro lado, si bien la mayoría refiere no consumir nunca un carajillo (91%), solamente un 33% dice no hacerlo en el caso del vino y un 27% en el de la cerveza.

Tabla 2. Distribución de porcentajes en la frecuencia de los hábitos parentales.

Ítem	NUNCA (%)	ALGUNAS VECES (%)	BASTANTES VECES (%)	SIEMPRE / HABITUAL MENTE (%)
Después de cenar uno de nosotros se lava los dientes con el niño/a(o) lo hicimos hasta que empezó a hacerlo por hábito)	11	26	23	40
En casa tomamos: (puede señalar varias)				
-Vino en las comidas	33	47	9	12
-Cerveza	27	62	7	4
-Whisky o cubata	65	31	2	1
-Carajillo después de comer	91	6	0	2
-Otras bebidas (señalar).....	29	29	6	35
Mi pareja o yo practicamos algún deporte	36	42	11	11
Mi pareja y yo nos ponemos el cinturón de seguridad al subir al coche	1	8	10	81
En casa fuma: (puede señalar varias)				
-Papá	47	23	6	24
-Mamá	46	25	8	21
-Algún hermano	78	7	3	12
-Otro miembro familiar (abuelos o tíos que convivan)	70	10	5	15
En casa los problemas se resuelven hablando y contando con la opinión incluso de los más pequeños.	7	33	26	33

Diferencias en la realización de conductas de salud por parte de padres y madres, en función del género de sus hijos.

A nivel general, tal y como muestra la tabla 3, se observa cómo no existen diferencias significativas entre las conductas realizadas por los padres en función del género de sus hijos e hijas. Si bien las más cercanas son la supervisión de la higiene dental ($t(322)=1,79, p\bullet,073$) y el hecho de que fume un hermano ($t(91)=-1,74, p\bullet,085$), siendo ambas más frecuentes en las hijas. En ese sentido, mediante el análisis de los promedios, no se observan diferencias notables en función de que los padres tengan hijos o hijas.

Tabla 3. Análisis diferenciales de los hábitos parentales según género de los hijos.

Ítem	Niña \bar{x} (DT)	Niño \bar{x} (DT)	t	gl	Sig.
Después de cenar uno de nosotros se lava los dientes con el niño/a(o) lo hicimos hasta que empezó a hacerlo por hábito).	3,05 (1,08)	2,83 (1,02)	1,79	322	,073
En casa tomamos: (puede señalar varias)					
-Vino en las comidas	2,10 (0,94)	1,89 (0,95)	1,58	207	,115
-Cerveza	1,92 (0,59)	1,79 (0,71)	1,35	207	,176
-Whisky o cubata	1,39 (0,55)	1,37 (0,59)	0,23	128	,816
-Carajillo después de comer	1,13 (0,59)	1,10 (0,30)	0,34	110	,729
-Otras bebidas (señalar).....	2,46 (1,24)	2,49 (1,25)	-0,13	179	,894
Mi pareja o yo practicamos algún deporte	1,98 (0,99)	2,02 (1,47)	-0,30	310	,764
			0,48	314	,626

Mi pareja y yo nos ponemos el cinturón de seguridad al subir al coche	3,7 (0,60)	3,7 (0,66)	-0,22	243	.819
En casa fuma: (puede señalar varias)					
-Papá	2,06 (1,22)	2,10 (1,23)	-0,46	226	.642
-Mamá	2,01 (1,16)	2,09 (1,20)	0,65	93	.516
-Algún hermano	1,59 (1,08)	1,45 (1,00)	-1,74	91	.085
-Otro miembro familiar (abuelos o tíos que convivan)	1,41 (0,92)	1,81 (1,18)	-0,58	307	.562
En casa los problemas se resuelven hablando y contando con la opinión incluso de los más pequeños.	2,81 (0,90)	2,88 (1,01)	-0,46	226	.642

Diferencias en la realización de conductas de salud por parte de padres y madres, en función de la edad de sus hijos.

Al analizar los datos en función de la edad de los hijos, se observa que la única diferencia significativa entre los hábitos familiares (ver tabla 4) se relaciona con la existencia de la conducta tabáquica en un familiar con el que conviven ($F_4=2,74$, $p=.033$), si bien los estadísticos descriptivos no muestran ninguna tendencia clara (ver tabla 5) y arrojan el mayor promedio en los 6 años ($\bar{x}=2,23$, $DT=1,34$) y el mínimo en los 5 ($\bar{x}=1,27$, $DT=0,70$).

Tabla 5. Prevalencia promedio de los hábitos parentales según edad de los hijos.

Ítem	\bar{x} edad (DT)				
	4	5	6	7	8
Después de cenar uno de nosotros se lava los dientes con el niño/a(o lo hicimos hasta que empezó a hacerlo por hábito).	2,84 (1,11)	2,94 (1,03)	2,90 (1,04)	2,96 (0,99)	2,98 (1,06)
En casa tomamos: (puede señalar varias)					
-Vino en las comidas	2 (0,90)	2,13 (0,95)	1,96 (0,96)	1,96 (0,98)	1,81 (0,87)
-Cerveza	1,82 (0,69)	1,96 (0,72)	1,80 (0,67)	1,89 (0,63)	1,88 (0,74)
-Whisky o cubata	1,3 (0,54)	1,42 (0,56)	1,29 (0,46)	1,53 (0,71)	1,50 (0,85)
-Carajillo después de comer	1,12 (0,60)	1,08 (0,27)	1,10 (0,30)	1,15 (0,60)	1,40 (0,96)
-Otras bebidas (señalar).....	2,76 (1,24)	2,08 (1,20)	2,52 (1,35)	2,50 (1,19)	2,30 (1,03)
Mi pareja o yo practicamos algún deporte	1,96 (0,96)	1,97 (0,93)	1,91 (0,88)	2,01 (1,07)	2,07 (0,98)
Mi pareja y yo nos ponemos el cinturón de seguridad al subir al coche	3,7 (0,58)	3,7 (0,67)	3,7 (0,57)	3,6 (0,74)	3,6 (0,78)
En casa fuma: (puede señalar varias)					
-Papá	2,15 (1,31)	1,94 (1,18)	2,13 (1,26)	2,03 (1,13)	2,09 (1,27)
-Mamá	2,06 (1,17)	1,72 (1,10)	2,30 (1,24)	2 (1,11)	2,03 (1,22)
-Algún hermano	1,23 (0,68)	1,24 (0,76)	1,65 (1,19)	1,56 (1,14)	1,82 (1,18)
-Otro miembro familiar (abuelos o tíos que convivan)	1,48 (0,91)	1,27 (0,70)	2,23 (1,34)	1,83 (1,38)	1,38 (0,87)
En casa los problemas se resuelven hablando y contando con la opinión incluso de los más pequeños.	2,82 (0,90)	2,75 (0,91)	2,98 (1,00)	2,85 (0,89)	2,85 (0,97)

En este sentido, se encuentran la mayoría de los análisis descriptivos al no arrojar diferencias evidentes que pudiera comparar el progreso de la edad con una mayor o menor realización de conductas saludables. Mostrando así conductas de riesgo en todas las edades, por ejemplo, en cuanto al bajo uso del cinturón de seguridad o de la práctica deportiva y al consumo de tabaco por parte de los padres. Siendo igualmente baja la participación de los hijos en las conversaciones desde los 4 a los 8 años de edad.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

La influencia de los hábitos de salud parentales en la construcción de los conocimientos, actitudes y conductas de salud de los hijos ha sido revelada por diversos estudios (Al-Kloub et al., 2010; Pearson et al., 2009). Y por extensión, tal y como ha sido expuesto en este trabajo, también la necesidad de profundizar en el conocimiento de las conductas y estilos de vida desarrollados por padres y madres en los contextos familiares.

En este sentido los resultados del estudio apoyan aquellas investigaciones que demuestran la existencia de ciertos hábitos nocivos para la salud en el modelado ejercido por parte de los padres y madres (Oliva, 2003; O'Neill, McBride, Alford y Kaphingst, 2010). Por ejemplo, en cuanto al empleo de sustancias dañinas como el alcohol (Pons y Berjano, 1997), sobre todo, en el caso del vino y la cerveza. Consumo que podría estar mediado, a su vez, por la permisividad del contexto que legitima el empleo de ciertas bebidas alcohólicas que aun siendo nocivas, como las anteriores, parecen estar más normalizadas dentro del entorno sociocultural. Por otra parte, doblemente grave podría resultar la prevalencia encontrada en el hábito tabáquico observado por otros autores (Melchior et al., 2010). Pues tanto padres como madres exponen al menor a un modelo negativo, así como a los graves perjuicios para su salud que conlleva la exposición directa al tabaco (Amigo, Fernández y Pérez, 2009). De igual modo, como ha ocurrido en el pasado, se observa una baja frecuencia de la realización de ejercicio físico por parte de algunos responsables familiares (Zach y Netz, 2007) o del empleo de los cinturones de seguridad (Harrell, 2003) y aunque, se ha comprobado la importancia de mantener un estilo de crianza democrático y participativo (Torío et al., 2008), la frecuencia en la que los hijos son tenidos en cuenta habitualmente en la comunicación familiar también resulta menor de lo que sería deseable.

Por otra parte, si bien en la literatura se han observado ciertas diferencias en algunas pautas educativas relacionadas con la realización de conductas propias de sus hijos según el género (Barberá y Martínez, 2004), tal y como cabría esperar (Steadman, 2007), los resultados de este estudio no han mostrado un patrón diferenciado en lo que respecta a las conductas de salud que padres y madres realizan; perjudicando a hijos e hijas por igual.

En esta misma línea se encuentra el análisis en función de la edad que, a nivel general, tampoco manifiesta diferencias significativas a nivel estadístico. Únicamente se han encontrado diferencias significativas según la edad, en el hábito tabáquico que mantienen familiares con los que conviven. En este sentido, será necesario tener en cuenta cómo en la creación de los hábitos saludables por parte de los hijos e hijas, así como del mantenimiento de su salud, también ejercen influencia otras personas del contexto a las que se tendría que considerar en el abordaje (Quiles y Méndez, 2003). Asimismo, cabría cuestionarse qué otro tipo de variables de hijos e hijas podrían estar mediando en el mantenimiento de las conductas de riesgo por parte de los padres.

Con todo, nuestros datos vienen a confirmar los hallazgos encontrados por otros autores en los que se expone la preocupación ante la elevada frecuencia con que los padres, madres y otros familiares cercanos, llevan a cabo conductas nocivas para la salud de los niños de manera directa (por las repercusiones psicosociales) e indirecta (ofreciendo un modelo perjudicial) (Brannon y Feist,

2000). Sobre todo, teniendo en cuenta la vulnerabilidad de la población infantil y las consecuencias que pueden derivarse de ellas tanto a corto, como a medio y largo plazo. En este sentido, será necesario seguir profundizando en el conocimiento de dichos hábitos para así, poder desarrollar programas de intervención eficaces que permitan mejorar esta situación, garantizando el cumplimiento de los derechos de la infancia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Al-Kloub, M., Al-Hassan, M. y Froelicher, E. (2010). Predictors of obesity in school-aged Jordanian adolescents. *International Journal of Nursing Practice*, 16 (4), 397–405.
- Amigo, I., Fernández, C. y Pérez, M. (2009). Tabaco. En I. Amigo, C. Fernández y M. Pérez: *Manual de psicología de la salud* (pp.99-114). Madrid: Pirámide.
- 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- 14 de Julio de 2007.
- Barberá, E. y Martínez, I. (coord.) (2004). *Psicología y género*. Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Brannon, L. y Feist, J. (2000). Prevención de daños. En L. Brannon y J. Feist: *Psicología de la salud* (pp.397-438). Madrid: Thomson.
- De Genna, N., Stack, D.M., Serbin, L.A., Ledingham, J. y Schwartzman, A.E. (2007). Maternal and child health problems: The inter-generational consequences of early maternal aggression and withdrawal. *Social Science & Medicine*, 64 (12), 2417–2426.
- Díaz, J., Vall, O. y Ruiz, M.A. (2004). Informe técnico sobre problemas de salud y sociales de la infancia en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en <http://www.agapap.org/datos/problemas%20saludysociales%20informetecnico.pdf> (consultado 01/03/2011)
- Gil, M.D. (1997). Educación para la salud. En L.M. Pascual y R. Ballester: *La práctica de la Psicología de la Salud: Programas de intervención* (pp.3-33). Valencia: Promolibro.
- Gómez, C. y Buerba, N (coord.) (2006). *La infancia en cifras*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Harrell, W. (2003). Safety of children in grocery carts: Adults' personal health and safety habits. *Psychological Reports*, 92(3), 908-914.
- López, F.(2008). *Necesidades en la infancia y en la adolescencia. Respuesta familiar, escolar y social*. Madrid: Pirámide.
- Loprinzi, P.D. y Trost, S. (2010). Parental influences on physical activity behavior in preschool children. *Preventive Medicine*, 50(3), 129–133.
- Marí-Klose, P., Marí-Klose, M., Vaquera, E. y Conningham, S.A. (2010). *Infancia y Futuro. Nuevas Realidades, Nuevos Retos*. Barcelona: La Obra Social Fundación La Caixa.
- Melchior, M., Chastang, J.F., 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.
- Michael, K.C., Torres, A. y Seemann, E.A. (2007). Adolescents' health habits, coping styles, and self-concept are predicted by exposure to interparental conflict. *Journal of Divorce & Remarriage*, 48(1-2), 155-174.
- Molina, M. y Cabra, Q. (2005). Nuevos retos de Educación para la Salud: las sociedades multiculturales y las nuevas prioridades. *Pedagogía social: revista interuniversitaria*, 12-13, 71-85.
- Oliva, G. (2003). Untreated dental caries is common among 6 to 12-year-old physically abused/neglected children in Spain. *European Journal of Public Health*, 13(1), 91-92.

¿SON LOS PADRES UNOS BUENOS MODELOS DE CONDUCTAS DE SALUD PARA SUS HIJOS PEQUEÑOS? UN ESTUDIO CON PADRES DE NIÑOS ENTRE 3 Y 8 AÑOS

- O'Neill, S.C., McBride, C.M., Alford, S.H. y Kaphingst, K.A. (2010). Preferences for genetic and behavioral health information: The impact of risk factors and disease attributions. *Annals of Behavioral Medicine*, 40(2), 127-137.
- Pearson, N., Biddle, S.J. y Gorely, T. (2009). Family correlates of breakfast consumption among children and adolescents. A systematic review. *Appetite* 52(1), 1-7.
- Pons, J. y Berjano, E. (1997). Análisis de los estilos parentales de socialización asociados al abuso de alcohol en adolescentes. *Psicothema*, 9(3), 609-617.
- Ortigosa, J.M., Quiles, M.J. y Méndez, F.X. (coord.)(2003). *Manual de psicología de la salud con niños, adolescentes y familia*. 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.
- Sarason, B. (1999). Familia, apoyo social y salud. En: J.Buendía (coord.). *Familia y Psicología de la Salud* (pp.19-48). Madrid: Pirámide.
- 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.
- Torío, S., Peña, J. y Rodríguez, M.C. (2008). Estilos educativos parentales. Revisión bibliográfica y reformulación teórica. *Teoría de la educación: revista interuniversitaria*, 20, 151-178.
- Zach, S. y Netz, Y. (2007). Like Mother Like Child: Three Generations' Patterns of Exercise Behavior. *Families, Systems, & Health*, 25(4), 419-434.