



Trabajo Original

Epidemiología y dietética

Valoración del hábito de alimentación en el estilo de vida saludable adquirido en adultos españoles de 22 a 72 años de edad

Assessment of the eating habit in the health-related lifestyle among Spanish adults from 22 to 72 years of age

Pedro Luis Rodríguez García^{1,2}, Elena María Puerta Rodríguez³, Juan José Pérez Soto^{1,2}, Eliseo García Cantó², Marcos Meseguer Zafra², Raúl Salmerón Ríos⁴, Pedro Juan Tárraga López⁵

¹Facultad de Educación y ²Grupo de investigación AFYDOS. Universidad Pública de Murcia. Murcia. ³Hospital Txagorritxu. Vitoria. ⁴Equipo de Atención Primaria (EAP). Centro de Salud Ossa de Montiel. Ossa de Montiel, Albacete. ⁵Facultad de Medicina de Albacete. Universidad de Castilla-La Mancha. Albacete

Resumen

Introducción: los hábitos de alimentación constituyen uno de los factores predictores de salud principales dentro de los estilos de vida adquiridos. La evaluación de dichos hábitos va a ser fundamental para poder reafirmar las conductas saludables y reorientar aquellos hábitos que supongan un riesgo.

Objetivos: evaluar el hábito de alimentación dentro del estilo de vida saludable adquirido en adultos españoles de 22 a 72 años de edad.

Métodos: a una muestra de 788 sujetos de edades comprendidas entre los 22 y los 72 años de edad se aplicó la Escala de Valoración del Estilo de Vida Saludable Adquirido (E-VEVSA), formada por 52 ítems y estructurada en siete dimensiones, entre las cuales se evaluó el hábito de alimentación saludable, que explicó una varianza de 8,67 % sobre el total de la escala (66,87 %) y un alfa de Cronbach de 0,794 para un alfa total de 0,894.

Resultados: el 16 % de los adultos encuestados posee hábitos de alimentación saludables; el 68,3 %, tendente hacia la salud; y el 15,7 %, poco saludables. Las pruebas de χ^2 de Pearson muestran una asociación positiva y significativa de las mujeres con hábitos saludables de alimentación y una mejora significativa con el transcurso de la edad. Los datos inferenciales (pruebas t de Student y ANOVA de un factor) confirman estas diferencias en función del sexo y la edad.

Conclusiones: es necesario promover programas preventivos para la mejora de los hábitos de alimentación en la población adulta, sobre todo, en el 15,7 % que posee un nivel poco saludable de la alimentación en su estilo de vida.

Palabras clave:

Hábito de alimentación.
Salud. Estilo de vida.
Escala. Valoración. Adultos.

Recibido: 31/05/2022 • Aceptado: 25/11/2022

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflicto de interés.

Inteligencia artificial: los autores declaran no haber usado inteligencia artificial (IA) ni ninguna herramienta que use IA para la redacción del artículo.

Agradecimientos: nuestro más sincero agradecimiento a los médicos de familia de las comunidades autónomas de Murcia y Castilla-La Mancha que han colaborado desinteresadamente en la administración de los cuestionarios a los sujetos participantes en la presente investigación.

Rodríguez García PL, Puerta Rodríguez EM, Pérez Soto JJ, García Cantó E, Meseguer Zafra M, Salmerón Ríos R, Tárraga López PJ. Valoración del hábito de alimentación en el estilo de vida saludable adquirido en adultos españoles de 22 a 72 años de edad. Nutr Hosp 2024;41(1):152-162

DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.04267>

Correspondencia:

Pedro Juan Tárraga López. Facultad de Medicina de Albacete. Universidad de Castilla-La Mancha. C/ Almansa, 14. 02008 Albacete
e-mail: ptarraga@sescam.jccm.es

Abstract

Introduction: eating habits are one of the main predictors of health within a person lifestyle. The assessment of these habits will be essential to confirm health-related habits and orientate behaviors of risk for health.

Objectives: to assess the eating habits within the health-related lifestyle among Spanish adults from 22 to 72 years of age.

Methods: the Health-Related Lifestyle Assessment Scale (E-VEVSA) was applied to a sample of 788 subjects between the ages of 22 and 72. This scale is made up of 52 items and structured in seven dimensions, among which the healthy eating habit was evaluated, which explained a variance of 8.67 % of the total scale (66.87 %) and a Cronbach's alpha of 0.794 for a total alpha of 0.894.

Results: sixteen percent of the adults surveyed have healthy eating habits, 68.3 % tend towards health and 15.7 % are unhealthy. Pearson's χ^2 tests show a positive and significant association of women with healthy eating habits and a significant improvement with age. The inferential data (Student's t-tests and one-factor ANOVA) confirm these differences according to gender and age.

Conclusions: it is necessary to promote preventive programs to improve eating habits in the adult population, especially in the 15.7 % that have an unhealthy level of nutrition in their lifestyle.

Keywords:

Eating habits. Health. Lifestyle. Scale. Assessment. Adults.

INTRODUCCIÓN

En el estado de salud influyen en gran medida los hábitos de vida adquiridos, ya que son comportamientos que el sujeto realiza de manera regular y sistemática (1-4). Entre estos hábitos, la alimentación se considera uno de los factores predictores principales que definen el llamado "estilo de vida saludable adquirido" (5-9).

El hábito de alimentación que se incorpora al estilo de vida puede generar beneficios para la salud o, por el contrario, amenazas para la vida futura de un sujeto. Según sea la orientación de los hábitos de alimentación, el estilo de vida se va a convertir en uno de los principales predictores para que la salud adquiera una tendencia positiva o negativa (10-14). La alimentación y la nutrición juegan un papel destacado en el desarrollo de enfermedades crónicas asociadas con la edad, como son las enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, diabetes tipo 2, obesidad, algunos tipos de cáncer y osteoporosis (15-17).

Conocer el estilo de vida nos puede orientar a la hora de establecer modificaciones en las conductas de los sujetos que vayan encaminadas a mejorar la salud de su estilo de vida (18,19). Desde esta perspectiva, va a ser fundamental poder evaluar y determinar el nivel de salud de los hábitos de alimentación dentro del estilo de vida, ya que, de este modo, podremos reafirmar determinados hábitos positivos y/o redirigir otros hacia modelos tendentes hacia la salud. Igualmente, es importante promover el conocimiento y la formación en hábitos de alimentación, ya que existe una relación directa entre el nivel de formación y el nivel de estilo de vida saludable adquirido (20). Según sean las características de la población estudiada, el nivel del estilo de vida puede variar notablemente (21-23).

La mayoría de investigaciones nacionales e internacionales que analizan los estilos de vida incorporan los hábitos de alimentación como elemento fundamental, ya que tienen una influencia determinante sobre las diversas vertientes que definen el concepto holístico de salud (salud física, psicológica y afectivo-social). La mayoría de trabajos que cuantifican el grado de salud en la alimentación y la calidad de la dieta destacan un alto porcentaje en la población que posee malos hábitos y necesita modificar sus conductas alimentarias, siendo en los hombres y en las edades más tempranas donde se registran los peores resultados (24).

Es por ello que el objetivo de la presente investigación se ha centrado en evaluar los hábitos de alimentación dentro del estilo de vida saludable adquirido por adultos españoles de edades comprendidas entre 22 y 72 años. Para ello, se ha utilizado un cuestionario de evaluación denominado Escala de Evaluación del Estilo de Vida Saludable Adquirido (E-VEVSA), formado por 52 ítems y siete dimensiones, entre las cuales se encuentra el factor 5, denominado "Hábitos de alimentación saludable".

MATERIAL Y MÉTODOS

PARTICIPANTES

Fue seleccionada una muestra incidental y aleatoria de 788 sujetos adultos (49,5 % hombres y 50,5 % mujeres) de edades comprendidas entre 22 y 77 años. La selección de los participantes se realizó mediante muestreo no probabilístico, aleatorio e intencional (Tabla I).

INVESTIGADORES COLABORADORES

Los sujetos diana eran seleccionados por médicos de familia que atendían a sus pacientes en centros de salud pertenecientes a la Región de Murcia y a Castilla-La Mancha. En función de las necesidades muestrales de sexo y edad de los sujetos, seleccionaban de sus pacientes en consulta aquellos que cumplieren las condiciones de inclusión en nuestro estudio. Esta circunstancia facilitaba la cumplimentación del instrumento de medida y eliminaba la posibilidad de encontrarnos mortandad experimental.

REPRESENTATIVIDAD DE LA MUESTRA

Al ser un estudio de naturaleza descriptivo relacional con un diseño *ex post facto*, la muestra no es representativa de la población de las comunidades autónomas de Murcia y Castilla-La Mancha, por lo que fueron seleccionados teniendo en cuenta la obtención de unos adecuados valores de potencia en los estadísticos aplicados y la presencia de normalidad en las variables relacionadas. Para ello, seleccionamos un mínimo de diez sujetos por cada uno de los ítems que conformaron el cuestionario inicial.

Tabla I. Muestra final de sujetos distribuidos en función del sexo y la edad

		Edad			Total
		22-42	43-51	52-72	
Sexo	Varón	133	126	131	390
	Mujer	148	137	113	398
Total		281	263	244	788

INSTRUMENTO

Se utilizó la escala E-VEVSA (Anexo 1), que fue administrada por médicos de familia en centros de Atención Primaria de la Comunidad de Castilla-La Mancha (España) y la Región de Murcia (España). Dicha escala está formada por 52 ítems estructurados en siete dimensiones:

1. Responsabilidad individual en el cuidado de la salud.
2. Hábito de práctica física-deportiva.
3. Hábitos de salud en las relaciones sociales.
4. Hábito de consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.
5. Hábitos de alimentación saludable.
6. Hábitos de salud psicológica.
7. Hábitos de sueño y descanso diario.

Las pruebas psicométricas exploratorias y confirmatorias realizadas arrojan una fiabilidad global de la escala en la prueba alfa (α) de Cronbach de 0,848 y explican una varianza total del 67,846 %. Siete de los ítems de la escala global se agruparon formando la dimensión o subconstructo *n.º*5 (Hábitos de alimentación saludable), que explicó una varianza parcial del 8,67 % y un α de Cronbach de 0.744.

Toda la investigación se realizó siguiendo las normas deontológicas reconocidas por la Declaración de Helsinki (revisión de 2008) y siguiendo las recomendaciones de Buena Práctica Clínica de la CEE (documento 111/3976/88 de julio de 1990) y la normativa legal vigente española que regula la investigación clínica en humanos (Real Decreto 561/1993, sobre ensayos clínicos). El estudio recibió la aprobación del Comité Ético de Investigación (CEI) de la Universidad de Murcia. Además, todos los sujetos firmaron un consentimiento informado donde se les garantizó el completo anonimato a la hora de realizar el tratamiento de los datos. Asimismo, para la selección de los participantes fueron determinados como criterios de exclusión: no tener una edad inferior a 20 años, ya que por encima de este límite nos aseguramos una mayor estabilidad de los hábitos adquiridos por los sujetos; y no sufrir graves patologías diagnosticadas, por lo que no se incluyeron sujetos con patologías orgánicas de media o severa gravedad, tanto físicas como mentales. Asimismo, fueron descartados aquellos sujetos que dejaban sin contestar más de dos ítems del cuestionario y, a su vez, determinamos de forma consensuada que los datos perdidos serían reemplazados por los valores medios de las puntuaciones de los ítems.

PUNTUACIONES

La puntuación máxima posible en la escala era de 260 y la mínima, de 52. Por otra parte, la puntuación mínima para el factor *n.º* 5 (Hábitos de alimentación saludable) fue de 7 y la máxima, de 35. Los ítems se redactaron variando las codificaciones positivas y negativas con relación al estilo de vida y, aunque la forma de respuesta siempre se ordenaba con las modalidades de 1 a 5 (1: nunca; 2: casi nunca; 3: a veces; 4: con bastante frecuencia; 5: con mucha frecuencia), unos ítems puntuaban de 1 a 5 y otros, de 5 a 1, según fuese su orientación positiva o negativa para la salud. Dichas puntuaciones serían recodificadas tras introducir los datos para su análisis mediante el programa informático SPSS versión 28.

El nivel de clasificación del hábito de alimentación (nada saludable: 7-14; poco saludable: 15-21; tendente hacia la salud: 22-28; saludable: 29-35) se calculó dividiendo en cuatro intervalos la diferencia entre la puntuación máxima, que fue de 35, y la mínima, que fue de 7.

RESULTADOS

RESULTADOS DESCRIPTIVOS Y RELACIONALES

En la tabla II observamos los datos de fiabilidad (α de Cronbach) de los ítems, la fiabilidad global y la varianza parcial explicada por el factor y los descriptivos correspondientes a las puntuaciones obtenidas en cada uno de los ítems que definen el factor de hábitos de alimentación saludable en la escala E-VEVSA. La media de todos los ítems del factor (mínimo = 1; máximo = 5) fue de $3,58 \pm 0,49$ ($3,50 \pm 0,51$ en varones y $3,65 \pm 0,45$ en mujeres). En la suma global del factor nos encontramos una media de $25,08 \pm 3,45$ ($24,56 \pm 3,17$ en varones y $25,58 \pm 3,63$ en mujeres).

En la tabla III podemos ver las correlaciones establecidas entre los ítems incluidos en el factor *n.º*5 (Hábitos de alimentación saludable). Las correlaciones más altas y significativas las encontramos agrupadas en diferentes conjuntos de ítems. Por un lado, hay altas correlaciones entre los ítems 13, 26 y 53, que hacen referencia al consumo diario en la dieta de fruta, agua abundante y pescado, descendiendo los valores de

r de Pearson entre estos ítems y los ítems 7, 20, 32 y 56 (consumo de dulces, embutidos, refrescos y carne). Asimismo, las correlaciones son más elevadas entre los propios ítems que hacen referencia a alimentos de la dieta no saludables. Todas las correlaciones fueron estadísticamente significativas ($p < 0,05$ y $p < 0,01$).

La tabla de contingencias con la prueba de Chi-cuadrado (χ^2) de Pearson y el análisis de residuos tipificados corregidos que relaciona el nivel en los hábitos de alimentación saludable y el sexo (Tabla IV) nos indica una asociación positiva y significativa ($p < 0,005$) de la mujer con el nivel saludable, indicando un residuo tipificado corregido ($rtc = 4,3$), mientras que los hombres se asocian positiva y significativamente al nivel del hábito tendente hacia la salud ($rtc = 2,7$) y negativamente a los hábitos de alimentación saludable ($rtc = -4,3$). Según el intervalo de puntuaciones asignadas para clasificar el nivel de salud en los hábitos de alimentación, podemos observar que el 68,3 % de la población presenta un nivel de hábitos de alimentación tendente hacia la salud, un 15,7 % posee hábitos poco saludables y un 16 % presenta hábitos saludables.

En la tabla V observamos una tendencia a mejorar el nivel del hábito de alimentación saludable con la edad. De esta forma, mientras que los jóvenes entre 20 y 40 años se asocian positiva y significativamente ($p < 0,005$) con un hábito poco

saludable ($rtc = 2,9$), en la franja que abarca de 49 a 55 hay una asociación positiva y significativa con un nivel saludable de los hábitos de alimentación ($rtc = 2,3$).

RESULTADOS INFERENCIALES

La prueba t de Student para muestras independientes (Tabla VI) señala diferencias significativas entre hombres y mujeres en seis de los siete ítems que conforman el factor $n.º$ 5 sobre hábitos de alimentación saludable. A excepción del ítem "Beber abundante agua en mi dieta diaria (entre dos y tres litros)", donde los hombres presentan una media significativamente más elevada ($p < 0,05$), en el resto de los ítems y en la puntuación global del factor las mujeres presentan puntuaciones significativamente más altas.

En el modelo lineal general (ANOVA), que relaciona las puntuaciones obtenidas en el global del factor de hábitos de alimentación saludable con los diferentes tramos de edad (Tabla VII), observamos que, con el transcurso de la edad, se produce un aumento significativo del nivel de hábito de alimentación saludable ($p < 0,0005$), que alcanza la media de puntuación más elevada en el tramo de 49-55 años ($25,74 \pm 3,16$).

Tabla II. Descriptivos correspondientes a los ítems del factor Hábitos de alimentación saludable

Ítems del factor	n	α de Cronbach si se elimina*	Mínimo	Máximo	Media [†]	Desv. típ.
(7) Incluir dulces o bollería industrial en mi dieta diaria	788	0,672	2	5	3,56	0,984
(13) Incluir la fruta en mi dieta diaria	788	0,645	1	5	4,03	1,078
(20) Incluir embutidos y otras grasas en mi dieta diaria	788	0,602	2	5	3,35	0,950
(26) Beber abundante agua en mi dieta diaria (entre dos y tres litros)	788	0,570	1	5	3,51	1,072
(32) Incluir refrescos gaseosos en mi dieta diaria	788	0,567	2	5	3,87	0,995
(53) Incluir el pescado en mi dieta diaria	788	0,646	1	5	3,74	0,972
(56) Incluir carne en mi dieta diaria más de tres días por semana	788	0,649	2	5	3,02	1,079
Total factor [‡] : Hábito de alimentación saludable	788	Alfa global: 0,744	17,00	34,00	25,08	3,45013

*La subescala de hábitos de alimentación saludable obtuvo un alfa de Cronbach parcial de 0,744 y una varianza parcial explicada del 8,67 %. [†]La media de las puntuaciones (1-5) fue de $3,58 \pm 0,49$ ($3,50 \pm 0,51$ en varones y $3,65 \pm 0,45$ en mujeres). En la suma global del factor nos encontramos una media de $25,08 \pm 3,45$ ($24,56 \pm 3,17$ en varones y $25,58 \pm 3,63$ en mujeres). [‡]La suma de las puntuaciones en cada ítem determina el total obtenido en la dimensión. La modalidad de puntuación oscila entre 1 y 5, por lo que el rango de puntuaciones está entre el intervalo 7-35.

Tabla III. Correlaciones establecidas entre los ítems de hábitos de alimentación saludable

		7	13	20	26	32	53	56
7	r de Pearson		0,334*	0,330 [†]	382 [†]	0,523 [†]	0,370 [†]	0,362 [†]
	p valor		0,003	0,000	0,000	0,000	0,007	0,002
13	r de Pearson	0,334*		0,376 [†]	0,539 [†]	0,320 [†]	0,580 [†]	0,345*
	p valor	0,002		0,006	0,000	0,006	0,000	0,021
20	r de Pearson	0,330 [†]	376 [†]		345 [†]	0,497 [†]	0,457*	630 [†]
	p valor	0,000	0,006		0,001	0,000	0,013	0,000
26	r de Pearson	382 [†]	0,539 [†]	345 [†]		314*	556 [†]	487 [†]
	p valor	0,000	0,000	0,001		0,049	0,000	0,000
32	r de Pearson	0,523 [†]	320 [†]	0,497 [†]	314*		0,325 [†]	643 [†]
	p valor	0,000	0,006	0,000	0,049		0,047	0,000
53	r de Pearson	0,370 [†]	0,580 [†]	0,457*	556 [†]	0,325*		472 [†]
	p valor	0,007	0,000	0,013	0,000	0,047		0,000
56	r de Pearson	362 [†]	0,345*	630 [†]	487 [†]	643 [†]	472 [†]	
	p valor	0,000	0,021	0,000	0,000	0,000	0,000	

*La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral). [†]La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla IV. Tabla de contingencias que relaciona el nivel de los hábitos de alimentación saludable con el sexo

			Niveles (nada, poco, tendente, saludable)*			Total
			Hábito poco saludable	Hábito tendente hacia la salud	Hábito saludable	
Sexo	Hombre	Recuento	66	284	40	390
		% de sexo	16,9 %	72,8 %	10,3 %	100,0 %
		% del total	8,4 %	36,0 %	5,1 %	49,50 %
		Residuos corregidos	0,9	2,7	-4,3	
	Mujer	Recuento	58	254	86	398
		% de sexo	14,6 %	63,8 %	21,6 %	100,0 %
		% del total	7,4 %	32,2 %	10,9 %	50,5 %
		Residuos corregidos	-0,9	-2,7	4,3	
Total	Recuento	124	538	126	788	
% de sexo		15,7 %	68,3 %	16,0 %	100,0 %	
% del total		15,7 %	68,3 %	16,0 %	100,0 %	

χ^2 de Pearson = 24,50; $p < 0,0005$. *Nivel de clasificación del hábito de alimentación: nada saludable (7-14), poco saludable (15-21), tendente hacia la salud (22-28), saludable (29-35).

Tabla V. Tabla de contingencias que relaciona el nivel de los hábitos de alimentación saludable con la edad

			Niveles (nada, poco, tendente, saludable)*			Total
			Hábito poco saludable	Hábito tendente hacia la salud	Hábito saludable	
Edad	20-40	Recuento	44	123	32	199
		% de edad	22,1 %	61,8 %	16,1 %	100,0 %
		% del total	5,6 %	15,6 %	4,1 %	25,3 %
		Residuos corregidos	2,9	-2,3	0,0	
	41-48	Recuento	39	148	31	218
		% de edad	17,9 %	67,9 %	14,2 %	100,0 %
		% del total	4,9 %	18,8 %	3,9 %	27,7 %
		Residuos corregidos	1,0	-0,1	-0,8	
	49-55	Recuento	15	151	44	210
		% de edad	7,1 %	71,9 %	21,0 %	100,0 %
		% del total	1,9 %	19,2 %	5,6 %	26,6 %
		Residuos corregidos	-4,0	1,3	2,3	
	56-72	Recuento	26	116	19	161
		% de edad	16,1 %	72,0 %	11,8 %	100,0 %
		% del total	3,3 %	14,7 %	2,4 %	20,4 %
		Residuos corregidos	,2	1,2	-1,6	
Total		Recuento	124	538	126	788
% de edad		15,7 %	68,3 %	16,0 %	100,0 %	
% del total		15,7 %	68,3 %	16,0 %	100,0 %	

χ^2 de Pearson = 23,04; p < 0,005. *Nivel de clasificación del hábito de alimentación: nada saludable (7-14), poco saludable (15-21), tendente hacia la salud (22-28), saludable (29-35).

Tabla VI. Prueba t de Student para muestras independientes de las diferencias de las medias en las puntuaciones de los ítems del factor Hábitos de alimentación saludable en función del sexo

Hábito de alimentación saludable (ítems)		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba t para la igualdad de medias		
		F	Sig.	t	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias
(7) Incluir dulces o bollería industrial en mi dieta diaria	Se han asumido varianzas iguales	0,399	0,528	-0,743	0,457	-0,052
	No se han asumido varianzas iguales			-0,744	0,457	-0,052
(13) Incluir la fruta en mi dieta diaria	Se han asumido varianzas iguales	3,274	0,071	-2,881	0,004	-0,220
	No se han asumido varianzas iguales			-2,882	0,004	-0,220
(20) Incluir embutidos y otras grasas en mi dieta diaria	Se han asumido varianzas iguales	1,414	0,235	-1,585	0,113	-0,107
	No se han asumido varianzas iguales			-1,584	0,114	-0,107

(Continúa en página siguiente)

Tabla VI (cont.). Prueba t de Student para muestras independientes de las diferencias de las medias en las puntuaciones de los ítems del factor Hábitos de alimentación saludable en función del sexo

Hábito de alimentación saludable (ítems)		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba t para la igualdad de medias		
		F	Sig.	t	Sig. (bilateral)	Diferencia
(26) Beber abundante agua en mi dieta diaria (entre dos y tres litros)	Se han asumido varianzas iguales	de medias	0,000	2,268	,024	0,173
	No se han asumido varianzas iguales			2,271	0,023	0,173
(32) Incluir refrescos gaseosos en mi dieta diaria	Se han asumido varianzas iguales	4,122	0,043	-3,682	0,000	-0,259
	No se han asumido varianzas iguales			-3,682	0,000	-0,259
(53) Incluir el pescado en mi dieta diaria	Se han asumido varianzas iguales	0,201	0,654	-5,525	0,000	-0,376
	No se han asumido varianzas iguales			-5,528	0,000	-0,376
(56) Incluir carne en mi dieta diaria más de tres días por semana	Se han asumido varianzas iguales	0,204	0,651	-2,411	0,016	-0,185
	No se han asumido varianzas iguales			-2,411	0,016	-0,185
Factor: hábito de alimentación saludable	Se han asumido varianzas iguales	9,690	0,002	-4,220	0,000	-1,03
	No se han asumido varianzas iguales			-4,225	0,000	-1,02640

Media de puntuaciones (hombre-mujer): (7) = 3,53-3,58; (13) = 3,92-4,14; (20) = 3,29-3,40; (26) = 3,60-3,42; (32) = 3,74-4,00; (53) = 3,55-3,93; (56) = 2,93-3,11. Total factor: 24,56-25,68.

Tabla VII. ANOVA de un factor que analiza las diferencias en las puntuaciones de los Hábitos de alimentación saludable en función de las franjas de edad

Edad (1)	Edad (2)	Diferencia entre medias (1-)	Error típ.	Significación	Intervalo de confianza al 95 %	
		Límite inferior	Límite bsuperior	Límite inferior	Límite superior	Límite inferior
22-40	41-48	-0,3280	0,33604	0,329	-0,9876	0,3317
	49-55	-1,1949*	0,33908	0,000	-1,8605	-0,5293
	56-72	-0,5777	0,36331	0,112	-1,2909	0,1355
41-48	20-40	0,3280	0,33604	0,329	-0,3317	0,9876
	49-55	-0,8669*	0,33140	0,009	-1,5174	-0,2163
	56-72	-0,2497	0,35616	0,483	-0,9488	0,4494
49-55	20-40	1,1949*	0,33908	0,000	0,5293	1,8605
	41-48	0,8669*	0,33140	0,009	0,2163	1,5174
	56-72	0,6172	0,35903	0,086	-0,0876	1,3220
56-72	20-40	0,5777	0,36331	0,112	-0,1355	1,2909
	41-48	0,2497	0,35616	0,483	-0,4494	0,9488
	49-55	-0,6172	0,35903	0,086	-1,3220	0,0876

Variable dependiente: hábito de alimentación saludable. Media de las puntuaciones en cada franja de edad: 22-40 = 24,55,40 ± 3,89; 41-48 = 24,88 ± 3,46; 49-55 = 25,74 ± 3,16; 56-72 = 25,07 ± 3,45. Potencia observada: ,881. F = 6,91; p < 0,005. a Calculado con alfa = ,05. b R cuadrado = ,037 (R cuadrado corregida = ,033).

DISCUSIÓN

Los resultados de nuestra investigación señalan que el 68,3 % de la población presenta un nivel de hábitos de alimentación tendente hacia la salud, un 15,7 % posee un hábito poco saludable y un 16 % presenta hábitos saludables.

La correlación establecida entre los siete ítems que conforman este factor del estilo de vida nos señalan la existencia de una asociación muy marcada en la adquisición de hábitos positivos y negativos de alimentación para la salud, de tal forma que los valores de correlación r de Pearson más elevados se encuentran entre las puntuaciones más altas obtenidas en los ítems 13, 26 y 53, que hacen referencia al consumo diario en la dieta de fruta, agua abundante y pescado, con las puntuaciones más bajas obtenidas en los ítems 7, 20, 32 y 56, que se refieren al consumo de dulces, embutidos, refrescos y carne. También ocurre de forma inversa, circunstancia que nos indica que los hábitos positivos de alimentación saludable tienden a agruparse y potenciarse entre sí, pero del mismo modo ocurre con los hábitos no saludables. Estos datos nos revelan que no suelen combinarse hábitos saludables con no saludables, sino que existen tendencias positivas y/o negativas en los hábitos adoptados.

Es importante conocer los hábitos de alimentación de la población, ya que poseen una gran influencia en la salud general. Como señalan Rounsefell y cols. (24), en una búsqueda sistemática de seis bases de datos de literatura observacional publicada entre 2005 y 2019, el porcentaje de adultos de 40 a 74 años con un índice de masa corporal ≥ 30 kg/m² aumentó del 28 % al 36 % ($p < 0,05$) y el hábito de comer cinco o más frutas y verduras al día ha disminuido del 42 % al 26 % ($p < 0,05$). Es, por tanto, muy importante poder conocer estos hábitos y diseñar instrumentos que puedan cuantificar y evaluar el hábito de salud en relación con la alimentación.

En el contexto de Suramérica, Barrón y cols. (25) utilizaron la escala llamada Fantástico para evaluar el estilo de vida en 187 adultos mayores chilenos con una media de edad de $71,4 \pm 6,2$ años, de los cuales el 88,5 % eran mujeres. Las autoras encuentran un estilo de vida general bueno y muy bueno en el 96 % de los sujetos, debido probablemente a la desproporción hacia el sexo femenino de la muestra ya que, tal y como destacan diversas investigaciones y corroboran nuestros resultados, las mujeres se asocian a niveles superiores de salud en el estilo de vida general y en los hábitos de alimentación en particular (26,27). Los datos relacionados con el nivel de hábitos de alimentación son similares a los obtenidos en nuestra investigación, destacando que el estado nutricional del 52 % de la muestra era normal, clasificación que en nuestros datos se correspondería con el 68,3 % tendente hacia la salud.

Por su parte, Ramírez-Vélez y Agredo (26) emplearon la misma escala anterior (Fantástico) para evaluar el estilo de vida en 550 adultos colombianos de edades comprendidas entre 20 y 64 años (el 26 % hombres y el 74 % mujeres). La media en las puntuaciones de la dimensión llamada "Nutrición" estaba por encima de la que encontramos en nuestra investigación, de tal forma que en varones fue de $4,4 \pm 1$ y en mujeres, de $4,5 \pm 1$ (en E-VEVSA encontramos $3,50 \pm 0,51$ en varones y $3,65 \pm 0,45$ en mujeres).

Insfrán Falcón y cols. (27) valoraron el estilo de vida relacionado con el sobrepeso y la obesidad en una muestra de 75 sujetos

con edades comprendidas entre 18 y 60 años utilizando una escala creada por Pardo y cols. (28), que consta de cinco dimensiones coincidentes con la mayoría de las incluidas en E-VEVSA. Los autores obtienen resultados en la valoración de los hábitos de alimentación similares a los registrados en nuestra escala, ya que manifiestan que un 68 % de los sujetos necesita cambios para mejorar en sus hábitos de alimentación, mientras que tan solo un 32 % posee un estilo de vida saludable.

Revisamos los datos aportados por Durán Agüero y cols. (29), que encuestaron a 458 adultos mayores chilenos de entre 60 y 100 años (36,9 % hombres y 63,1 % mujeres). En el estudio de los hábitos de alimentación, determinaron que el 11,2 % de los hombres y el 11,4 % de las mujeres presenta hábitos alimentarios saludables, mientras que el 54,4 % de los hombres y el 42,9 % de las mujeres presenta hábitos alimentarios no saludables. Finalmente, en la suma de ambas escalas, los resultados de estos autores señalan que tan solo el 16,6 % de los hombres y el 17,6 % de las mujeres se sitúan dentro de una buena calidad de la alimentación, coincidiendo plenamente con nuestros resultados obtenidos en la escala E-VEVSA.

Ya en España, Tur y cols. (30) evaluaron la calidad de la dieta en una población mediterránea de 1.200 sujetos (498 hombres y 702 mujeres) de 16 a 65 años de edad utilizando el llamado *Índice Internacional de Calidad de la Dieta* (DQI-I). Se llevó a cabo una encuesta nutricional transversal en las Islas Baleares (España) entre los años 1999 y 2000. Nuestros resultados son coincidentes con los observados por estos autores, ya que la puntuación total del DQI-I alcanzó el 43 % de la puntuación posible, lo cual indicó que la dieta balear era una dieta de mala calidad.

Por otro lado, nuestros resultados coinciden con los aportados por Serra-Majem y cols. (31) en población catalana. Utilizaron dos recordatorios de 24 horas, un cuestionario de frecuencia de consumo y un cuestionario general sobre actividad física, conocimientos y actitudes sobre alimentación y uso de suplementos alimentarios en una muestra de entre diez y 75 años de edad de 2.641 individuos en el periodo 1992-93 y de 2.060 en 2002-03. Los autores destacan la disminución en el consumo de patatas, carne, pescado, frutas y verduras, y el aumento en el consumo de zumos de frutas, leche y derivados y bollerías. Asimismo, observan diferencias en función del sexo y la edad. Al igual que en nuestra investigación, señalan que el 75 % de la población catalana necesita cambios en su alimentación, para adecuarse a las recomendaciones de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC).

Datos muy valiosos en población española son los aportados por Norte Navarro y Ortiz Moncada (32), al analizar en su investigación la calidad de la dieta española en una muestra de 29.478 personas (15.019 mujeres y 14.459 hombres) mediante el llamado *Índice de Alimentación Saludable* (IAS). Los resultados obtenidos revelan un gran paralelismo con nuestros datos, ya que los autores destacan que el 72 % del total de la muestra necesita cambios en su alimentación diaria. También destacan diferencias significativas en los hábitos de alimentación a favor de las mujeres y con el transcurso de la edad y, de esta forma, en la categoría saludable obtienen mayor porcentaje (38,8 %) el grupo de edad mayor de 65 años y las mujeres (28,3 %) frente a los hombres (18,4 %).

Por otro lado, en una investigación para evaluar y monitorear el estado dietético de los estadounidenses, Bowman y cols. (33) utilizaron el Health Eating Index, que fue calculado para todas las personas de dos años o más con muestras finales de aproximadamente 5.200 en 1994, 4.900 en 1995 y 4.800 en 1996. Los resultados del estudio son similares a los obtenidos en E-VEVSA, destacando que la mayoría de las personas tiene una dieta que necesita mejorar. Aproximadamente el 12 % de la población tiene una buena dieta y el 18 % tiene una dieta deficiente. Los estadounidenses necesitan especialmente mejorar su consumo de frutas y productos lácteos. Al igual que en nuestros resultados, también destacan unos hábitos menos saludables en los varones y en etapas inferiores de edad, ya que los hombres de 15 a 18 años, en particular, tienden a tener dietas de menor calidad.

Quirantes Moreno y cols. (34) afirman que los malos hábitos alimenticios están generando graves problemas de salud, sobre todo, de índole cardiovascular en Estados Unidos y los países del este europeo. Los autores destacan que, en Estados Unidos y Reino Unido, más del 20 % de la población es obesa. Incluso en algunos subgrupos de población de Estados Unidos la prevalencia de obesidad llega a alcanzar el 50 %. Países como China, Japón y algunos africanos presentan tasas de prevalencia inferiores al 5 %, pero incluso en estos, en algunas ciudades o zonas "occidentalizadas" el problema puede alcanzar hasta el 20 %.

La evaluación y el conocimiento de los hábitos de alimentación nos pueden permitir establecer programas tendentes a modificar aquellas conductas alimentarias que sean inadecuadas. En este sentido, Coelho y cols. (35) aplicaron un programa de ejercicios físicos y reeducación dietética durante dos años en una muestra de 104 sujetos (77 mujeres y 27 hombres, con una media de edad de

54,04 ± 7,7 años). Después de seis meses de aplicación y desarrollo del programa, hubo una reducción significativa en el peso y el índice de masa corporal y, notablemente, un aumento en la condición física, estableciéndose modificaciones significativas en la ingesta de alimentos al finalizar el mismo y constatándose el cambio en el estilo de vida. No obstante, coincidimos con Oliva Rodríguez y cols. (36) en que el periodo más importante y sensible para generar hábitos de alimentación saludable se sitúan en la etapa escolar. Los autores, en un estudio cuasiexperimental aleatorizado de una muestra de 107 alumnos de 9-15 años de edad, realizaron una intervención educativa breve por parte de un profesional sanitario y reevaluaron los conocimientos de alimentación y hábitos de vida saludables dos meses después en todos los alumnos. Después de la intervención educativa, los alumnos del grupo de intervención evidenciaron de forma significativa más conocimientos relativos a alimentación y hábitos de vida saludables que los alumnos del grupo control.

CONCLUSIÓN

Nuestra investigación aporta como novedad un nuevo instrumento de medida que, en manos del médico de familia, puede determinar de forma rápida y económica el nivel en el estilo de vida saludable adquirido de forma general y el nivel en los hábitos de alimentación saludable en particular. A partir de esta información, podremos planificar y desarrollar programas preventivos de salud para reorientar los hábitos de alimentación en aquellos sujetos que tienen niveles bajos de salud en las puntuaciones de su estilo de vida y reforzar las conductas y hábitos de aquellos que se encuentran en puntuaciones de estilo de vida saludable.

ANEXO 1. Escala de Valoración del Estilo de Vida Saludable Adquirido (E-VEVSA)

	Desde hace años y, hasta la actualidad, he adquirido el hábito de...	A	B	C	D	E
1	Dormir diariamente entre siete y nueve horas					
2	Tener problemas personales y/o sociales por el consumo de alcohol					
3	Ser cohibido e introvertido en el trato con la gente					
4	Preocuparme y controlar en revisiones médicas mi peso corporal					
5	Incluir dulces o bollería industrial en mi dieta diaria					
6	Hacer sentir a los demás que son muy importantes en mi vida					
7	Tener pereza y sentir agotamiento al levantarme cada mañana					
8	Realizar ejercicio físico o deporte al menos tres o cuatro días a la semana					
9	Tener problemas personales o sociales debido al consumo de tabaco					
10	Alterarme por sucesos de escasa relevancia					
11	Incluir la fruta en mi dieta diaria					
12	Preocuparme y controlar en revisiones médicas mi corazón y circulación					
13	Acostarme a dormir antes de la media noche (24:00 horas)					
14	Realizar ejercicio físico ligero o moderado entre 30 y 60 minutos por sesión					
15	Consultar con un profesional de dietética y nutrición mi dieta alimenticia					
16	Obsesionarme por el cuidado de mi salud y las enfermedades					

(Continúa en página siguiente)

ANEXO 1 (cont). Escala de Valoración del Estilo de Vida Saludable Adquirido (E-VEVSA)

	Desde hace años y, hasta la actualidad, he adquirido el hábito de...	A	B	C	D	E
17	Incluir embutidos y otras grasas en mi dieta diaria					
18	Estar ansioso y estresado					
19	Preocuparme y controlar en revisiones médicas mi tensión arterial					
20	Ver televisión o jugar a videojuegos pasada la media noche (24:00 horas)					
21	Estar con poco ánimo para realizar las tareas cotidianas o laborales					
22	Beber abundante agua en mi dieta diaria (entre dos y tres litros)					
23	Preocuparme y controlar en revisiones médicas mi estado mental y emocional					
24	Hacer con tranquilidad las tres comidas principales del día					
25	Hacer amistades con mucha facilidad					
26	Incluir refrescos gaseosos en mi dieta diaria					
27	Llevar la iniciativa para tomar decisiones dentro de mi grupo de amigos					
28	Preocuparme y controlar en revisiones médicas mis triglicéridos en sangre					
29	Tener muy baja autoestima					
30	Frecuentar lugares de fumadores					
31	Ser reconocido por los demás por mis cualidades físicas o deportivas					
32	Dormir plácidamente sin interrupciones ni desvelos					
33	Mantener y cuidar las relaciones con mis amigos más cercanos					
34	Preocuparme y controlar en revisiones médicas mi sistema inmunológico					
35	Consumir drogas ilegales (marihuana, cocaína, heroína, éxtasis, etc.)					
36	Ser o haber sido muy bueno en la práctica de ejercicio físico y en la mayoría de deportes					
37	Beber más alcohol que mis amigos más cercanos					
38	Practicar o haber practicado deporte en competiciones federadas					
39	Preocuparme y controlar en revisiones médicas la analítica sanguínea					
40	Incluir el pescado en mi dieta diaria					
41	Hacerme valorar y sentirme bien considerado por mis amigos					
42	Beber hasta embriagarme					
43	Incluir carne en mi dieta diaria más de tres días por semana					
44	Fumar más que mis amigos más cercanos					
45	Caer bien a todo el mundo					
46	Preocuparme y controlar en revisiones médicas mis niveles de azúcar en sangre					
47	Mantener un clima agradable en mi entorno de trabajo o estudios					
48	Hacer sentir a los demás que pueden contar conmigo para cualquier necesidad					
49	Estar mucho tiempo sentado frente al televisor o videojuegos					
50	Aliviar mi tensión contando mis problemas a una persona de confianza					
51	Fumar al día una media de: A: no fumo; B: menos de cinco cigarrillos; C: entre 6 y 15; D: entre 16 y 30; E: más de 30 En relación a la cantidad de cigarrillos consumidos, tuvimos en cuenta las aportaciones de Londoño Pérez y cols. (37). Las puntuaciones quedaron finalmente como: 5 = no fumador; 4 = entre 1 y 5 cigarrillos al día; 3 = entre 6 y 15 cigarrillos al día; 2 = entre 16 y 30 cigarrillos al día; 1 = más de 30 cigarrillos al día					
52	Cuántos días bebe alcohol por semana: No bebo alcohol: Sí bebo: días Qué cantidad y tipo de bebida suelo beber entre semana Qué cantidad y tipo de bebida suelo beber los fines de semana Para evaluar el nivel de consumo de alcohol, seguimos las aportaciones de Rodríguez Martos (38), que utilizan las llamadas unidades de bebida estándar (UBE) para estimar la cantidad diaria de alcohol ingerido y que, actualmente, es el método de referencia en todos los niveles asistenciales. Permite una cuantificación rápida del consumo y una conversión fácil a gramos de alcohol consumidos cada día por el sujeto. Cada unidad UBE corresponde a 10 gramos de alcohol consumidos, y si tenemos una relación de cada bebida y su correspondiente valor en UBE por cantidad consumida (un litro, un vaso, una copa, un combinado, etc.), la conversión es sencilla e inmediata La conversión se realiza de la siguiente manera: Mujeres: 1: > 28 UBE; 2: > 17 UBE; 3: > 14 UBE; 4: 7-14 UBE; 5: < 7 UBE Hombres: 1: > 42 UBE; 2: > 28 UBE; 3: > 21 UBE; 4: 14-21 UBE; 5: < 14 UBE					

A: nunca; B: casi nunca; C: a veces; D: con bastante frecuencia; E: con mucha frecuencia.

BIBLIOGRAFÍA

- Breslow L, Enstrom JE. Persistence of health habits and their relationship to mortality. *Prev Med* 1980;9:469-83. DOI: 10.1016/0091-7435(80)90042-0
- Organización Mundial de la Salud (OMS). *The World Health Report 2002: reducing risks, promoting healthy life*. Ginebra: OMS; 2002.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). *The World Health Report 2006: working together for health*. Ginebra: OMS; 2006.
- Padilla-García CI, Jaimes-Valencia ML, Fajardo-Nates S, Ramos-Franco AM. Factores de riesgo cardiovascular y estilos de vida de estudiantes universitarios. *MedUNAB* 2014;17(2):81-90. DOI: 10.29375/01237047.2171
- Ramírez-Hoffmann H. Acondicionamiento físico y estilos de vida saludable. *Colomb Med* 2002;33(1):3-5.
- Rodríguez-Martín A, Novalbos J, Martínez J, Escobar L. Life-Style factors associated with overweight and obesity among Spanish adults. *Nutr Hosp* 2009;24:144-51.
- Lo M, Wong CN. Validation of the psychometric properties of the health-promoting lifestyle profile in a sample of Taiwanese women. *Qual Life Res* 2011;20:523-8. DOI: 10.1007/s11136-010-9790-6
- Pérez-Fortis A, Díez SMU, Padilla JL. Psychometric properties of the Spanish version of the health-promoting lifestyle profile II. *Res Nurs Health* 2012;35:301-13. DOI: 10.1002/nur.21470
- Sousa P, Gaspar P, Vaz DC, Gonzaga S, Dixe MA. Measuring health-promoting behaviors: cross-cultural validation of the health-promoting lifestyle profile-II. *Int J Nurs Knowl* 2015;26(2):54-61. DOI: 10.1111/2047-3095.12065
- Alarcón M, Delgado P, Caamaño F, Osorio A, Rosas M, Cea F. Estado nutricional, niveles de actividad física y factores de riesgo cardiovascular en estudiantes de la Universidad Santo Tomás. *Rev Chil Nutr* 2015;42(1):70-6. DOI: 10.4067/S0717-75182015000100009
- DeLiens T, Deforche B, De Bourdeaudhuij I, Clarys P. Determinants of physical activity and sedentary behavior in university students: a qualitative study using focus group discussions. *BMC Public Health* 2015;15:201-4. DOI: 10.1186/s12889-015-1553-4
- Acuña Medina L, Arias Quispe Y, Chipana Collahua D, Sifuentes Gómez L, Quispe Rosales P. Exceso de peso y actividad física en estudiantes de enfermería de una universidad del Norte de Lima. *Rev Peru Salud Pública Comun* 2018;1(1):26-9.
- Arnett JJ. Emerging adulthood: a theory of development from the late teens through the twenties. *Am Psychol* 2000;55:469-80. DOI: 10.1037/0003-066X.55.5.469
- Bonita R, De Courten M, Dwyer T, Jamrozik K, Winkelmann R. Vigilancia de los factores de riesgo para enfermedades no transmisibles: el método progresivo de la OMS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS); 2001.
- Rescigno T, Micolucci L, Tecce MF, Capasso A. Bioactive nutrients and nutrigenomics in age-related diseases. *Molecules* 2017;22(1). DOI: 10.3390/molecules22010105
- Muga MA, Owili PO, Hsu CY, Rau HH, Chao JC. Association between dietary patterns and cardiovascular risk factors among middle-aged and elderly adults in Taiwan: a population-based study from 2003 to 2012. *PLoS One* 2016;11(7):e0157745. DOI: 10.1371/journal.pone.0157745
- Millen BE, Abrams S, Adams-Campbell L, Anderson CA, Brenna JT, Campbell WW, et al. The 2015 Dietary Guidelines Advisory Committee Scientific Report: Development and Major Conclusions. *Adv Nutr* 2016;7(3):438-44. DOI: 10.3945/an.116.012120
- Li Z, Xiangyang B, Zhihong D. Health lifestyles and Chinese oldest-old's subjective well-being-evidence from a latent class analysis. *BMC Geriatr* 2021;21(1):206. DOI: 10.1186/s12877-021-02121-0
- Proenza Fernández L, Núñez Ramírez L, Gallardo Sánchez Y, De la Paz Castillo KL. Modificación de conocimientos y estilos de vida en adultos mayores con enfermedad cerebrovascular. *Medisan* 2012;16(10):1540-7.
- Sanabria-Ferrand PA, González LA, Urrego M, Diana Z. Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos. Estudio exploratorio. *Revista Med* 2007;15(2):207-17.
- Carranco Madrid SDP, Flores Carrillo R, Barrera De León JC. Perfil sociodemográfico y estilos de vida saludable en trabajadores de una empresa de agua potable y alcantarillado de México. *Recimundo* 2019;344-59.
- Triviño LP, Dosman VA, Uribe YL, Agredo RA, Jerez AM, Ramírez R. Estudio del estilo de vida y su relación con factores de riesgo de síndrome metabólico en adultos de mediana edad. *Acta Med Colomb* 2009;34(4):158-63.
- Rosales Rodríguez RDC, García Díaz RDC, Quiñones Macías E. Estilo de vida y autopercepción sobre salud mental en el adulto mayor. *Medisan* 2014;18(1):61-7.
- Rounsefell K, Gibson S, McLean S, Blair M, Molenaar A, Brennan L, et al. Social media, body image and food choices in healthy young adults: a mixed methods systematic review. *Nutr Diet* 2020;77:19-40. DOI: 10.1111/1747-0080.12581
- Barrón V, Rodríguez A, Chavarría P. Hábitos alimentarios, estado nutricional y estilos de vida en adultos mayores activos de la ciudad de Chillán, Chile. *Rev Chil Nutr* 2017;44(1):57-62.
- Ramírez-Vélez R, Agredo RA. Fiabilidad y validez del instrumento "Fantástico" para medir el estilo de vida en adultos colombianos. *Rev Salud Pública* 2012;14(2):226-37. DOI: 10.1590/S0124-00642012000200004
- Insrán Falcón A, Escobar Arias P, Meza Miranda E. Valoración de estilos de vida saludable en pacientes obesos que acuden a un hospital de referencia. *Mem Inst Investig Cienc Salud* 2018;16(1):45-53. DOI: 10.18004/mem.iics/1812-9528/2018.016(01)45-053
- Pardo A, Ruiz M, Jódar E, Garrido J, De Rosendo J, Usán L. Desarrollo de un cuestionario para la valoración y cuantificación de los hábitos de vida relacionados con el sobrepeso y la obesidad. *Nutr Hosp* 2004;19(2):99-109.
- Durán Agüero S, Candia P, Pizarro Mena R. Validación de contenido de la Encuesta de Calidad de Alimentación del Adulto Mayor (ECAAM). *Nutr Hosp* 2017;34(6):1311-8.
- Tur JA, Romaguera D, Pons A. The Diet Quality Index-International (DQI-I): is it a useful tool to evaluate the quality of the Mediterranean diet? *Br J Nutr* 2005;93:369-76.
- Serra-Majem L, Ribas-Barba L, Salvador-Castell G, Román Viñas B, Castell-Abat C, Cabezas-Peña C, et al. Tendencias del estado nutricional de la población española: resultados del sistema de monitorización nutricional de Cataluña (1992-2003). *Rev Esp Salud Pública* 2007;81:559-70.
- Norte Navarro AI, Ortiz Moncada R. Calidad de la dieta española según el índice de alimentación saludable. *Nutr Hosp* 2011;26(2):330-6.
- Bowman SA, Lino M, Gerritor SA, Basiotis PP. *The Healthy Eating Index: 1994-96*. United States Department of Agriculture, Center for Nutrition Policy and Promotion; 1998.
- Quirantes Moreno AJ, López Ramírez M, Hernández Meléndez E, Pérez Sánchez A. Estilo de vida, desarrollo científico-técnico y obesidad. *Rev Cubana Salud Pública* 2009;35(3):1-9.
- Coelho CF, Pereira AF, Ravagnani FCP, Michelin E, Corrente JE, Burini RC. Impacto de um programa de intervenção para mudança do estilo de vida sobre indicadores de aptidão física, obesidade e ingestão alimentar de indivíduos adultos. *Rev Bras Ativ Fis Saúde* 2012;15(1):21-7.
- Oliva Rodríguez R, Tous Romero M, Gil Barneilla B, Longo Abril G, Pereira Cunill JL, García Luna PP. Impacto de una intervención educativa breve a escolares sobre nutrición y hábitos saludables impartida por un profesional sanitario. *Nutr Hosp* 2013;28(5):1567-73.
- Londoño Pérez C, Rodríguez Rodríguez I, Gantiva Díaz CA. Cuestionario para la clasificación de consumidores de cigarrillos (C4) para jóvenes. *Perspect Psicol* 2011;7(2):281-91. DOI: 10.15332/s1794-9998.2011.0002.06
- Rodríguez Martos A. Intervención breve en un bebedor de riesgo desde la atención primaria de salud. *Trastor Adict* 2005;7(4):197-210. DOI: 10.1016/S1575-0973(05)74527-X