

UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Departamento de Sociología



**POSICIÓN SOCIOECONÓMICA, OBESIDAD,
ALIMENTACIÓN NO SALUDABLE Y SEDENTARISMO
EN LA POBLACIÓN INFANTIL EN ESPAÑA, 1997-2007.**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR PRESENTADA POR:

Estrella Miqueleiz Autor

Dirigida por:

Lourdes Lostao Unzu

Enrique Regidor Poyatos

Pamplona, 2014

A mi madre,
por su apoyo y su sonrisa
que nunca olvidaré

Agradecimientos

Hay muchas personas a las que tengo que agradecer el tiempo dedicado para que este trabajo haya sido posible, tiempo de apoyo académico, tiempo de apoyo moral, tiempo de risas, tiempo de llantos.

El cómo he llegado hasta aquí es una historia larga y curiosa al mismo tiempo. Terminé la carrera de Farmacia hace ahora 10 años, tras hacer un Máster de Salud Internacional y Medicina Tropical en Barcelona, estuve viajando y trabajando en oficina de farmacia durante unos años. En el año 2009 hice el Máster de Salud Pública aquí en la Universidad Pública de Navarra donde tuve de profesora a Lourdes Lostao en la asignatura de Sociología de la Salud y sentí que mi futuro estaba ligado a temas relacionados con las desigualdades sociales en salud.

El comienzo de este trabajo está unido al fallecimiento de mi madre, por lo que nunca podré olvidar los primeros pasos de esta tesis. Todavía recuerdo lo contenta que se puso cuando me concedieron la beca.

En primer lugar quiero agradecer a mi directora y codirector de tesis, Lourdes Lostao Unzu y Enrique Regidor Poyatos, por sus sabios consejos y su entera disponibilidad a lo largo de este tiempo. Creo que he tenido una enorme suerte en caer en manos de estas dos personas, he aprendido mucho de su profesionalidad y dedicación.

A la Universidad Pública de Navarra, por la concesión de una beca predoctoral sin la cual este trabajo no hubiera sido posible. A la gente del departamento de Sociología y a l@s bibliotecari@s, sobre todo a las de la Facultad de Ciencias de la Salud.

A Anton Kunst y a toda la gente del departamento de Salud Pública del Academic Medical Center (AMC) en Amsterdam, por darme la oportunidad de trabajar con ellos durante tres meses.

A mi padre, mi hermano y toda mi familia que son lo más importante que tengo.

A mi abuelika, que a sus 91 años no entiende muy bien lo que hace su nieta pero está encantada de que de alguna clase en la universidad.

A mis neskas, por su apoyo incondicional en los momentos más difíciles.

A mis Jazzy Leapers, por esos ratos maravillosos que pasamos ensayando, actuando, cenando, riendo etc...

A mis chicas de Medicos del Mundo por aportar en mí tanta fuerza y tantas ganas de trabajar en un tema tan delicado como es la Mutilación Genital Femenina.

A mis amig@s y a tod@s l@s que me han apoyado durante este tiempo y han aguantado mis más y mis menos a lo largo de estos cuatro años.

A todas las personas, muchas gracias, eskerrik asko!!

ÍNDICE

ABREVIATURAS.....	13
RESUMEN	15
PARTE I. INTRODUCCIÓN.....	19
1.1. Desigualdades Sociales en Salud	21
1.1.1. Modelos explicativos	22
1.1.1.1. La selección social	23
1.1.1.2. Los factores materiales o estructurales	23
1.1.1.3. Los factores psicosociales	24
1.1.1.4. Los hábitos o conductas relacionadas con la salud	24
1.1.1.5. Los servicios sanitarios	25
1.1.1.6. El curso de vida o perspectiva vital.....	26
1.1.1.7. Modelos integrales.....	27
1.1.1.7.1. Modelo de Dahlgren y Whitehead de producción de inequidades en salud....	27
1.1.1.7.2. Modelo de Diderichsen, Evans y Whitehead sobre estratificación social y producción de enfermedades	28
1.1.1.7.3. Modelo de Brunner, Marmot y Wilkinson de producción de inequidades a lo largo de la vida.....	29
1.1.1.7.4. Marco conceptual propuesto por la OMS	30
1.2. Medidas de posición socioeconómica	33
1.2.1. Medidas a nivel individual	33
1.2.1.1. Clase ocupacional	33
1.2.1.2. Nivel educativo	35
1.2.1.3. Ingresos y posesiones materiales (coche, vivienda...)	36
1.2.2. Medidas a nivel de área geográfica.....	36
1.2.2.1. Simples.....	36
1.2.2.2. Compuestas	36
1.3. La relación de la posición socioeconómica con la obesidad infantil en los países desarrollados y en España.....	38

1.4. La relación de la posición socioeconómica con la alimentación en la infancia.....	45
1.5. La relación de la posición socioeconómica con la actividad física en la infancia.....	50
1.6. La relación de la alimentación con la obesidad infantil.....	54
1.7. La relación de la actividad física con la obesidad infantil.....	59
1.8. La importancia de la actividad física y la alimentación en la relación de la posición socioeconómica con la obesidad infantil.....	64
1.9. Justificación del estudio.....	69
1.10. Objetivos del estudio.....	70
1.10.1. Objetivo principal.....	70
1.10.2. Objetivos secundarios.....	70
PARTE II. MATERIAL Y MÉTODOS.....	67
2.1. Fuentes de Datos.....	73
2.2. Población de Estudio.....	78
2.3. Variables de Estudio.....	79
2.3.1. Variables de Posición Socioeconómica.....	79
2.3.1.1. Nivel de estudios del cabeza de familia.....	79
2.3.1.2. Clase Social basada en la ocupación del cabeza de familia.....	80
2.3.2. Variable dependiente.....	82
2.3.2.1. Sobrepeso y Obesidad.....	82
2.3.3. Variables intermedias.....	86
2.3.3.1. Alimentación.....	86
2.3.3.1.1. Frecuencia de consumo de fruta.....	86
2.3.3.1.2. Frecuencia de consumo de verdura.....	87
2.3.3.1.3. Frecuencia de consumo de dulces (galletas, bollería, caramelos..).....	87
2.3.3.2. Sedentarismo.....	87
2.3.3.2.1. Inactividad física durante el tiempo libre.....	87
2.3.3.2.2. Tiempo de televisión al día.....	88

2.3.3.3. Horas de dormir al día.....	88
2.3.4. Variables control.....	89
2.3.4.1. Sexo	89
2.3.4.2. Grupo de edad.....	89
2.3.4.3. CCAA.....	89
2.3.4.4. Tamaño de Hábitat.....	89
2.4. Análisis Estadístico	91
PARTE III. RESULTADOS.....	89
3.1. Descripción de la muestra.....	96
3.2. Prevalencias de las diferentes variables	101
3.2.1. Sobrepeso y obesidad.....	101
3.2.2. Alimentación.....	105
3.2.2.1. Consumo de fruta.....	105
3.2.2.2. Consumo de verdura	107
3.2.2.3. Consumo de dulces	110
3.2.3. Sedentarismo.....	112
3.2.3.1. Inactividad física.....	112
3.2.3.2. Horas de TV.....	115
3.2.4. Horas de dormir al día	117
3.3. Análisis multivariable	120
3.3.1. Sobrepeso y obesidad.....	120
3.3.2. Alimentación.....	125
3.3.2.1. Consumo de fruta.....	125
3.3.2.2. Consumo de verdura	127
3.3.2.3. Consumo de dulces	129
3.3.3. Sedentarismo.....	131
3.3.3.1. Inactividad física en el tiempo libre.....	131

3.3.3.2. Horas de televisión al día	134
3.3.4. Horas dormir al día	136
3.4. Análisis multivariable ajustado	139
3.5. Gráficos	145
PARTE IV. DISCUSIÓN	157
4.1. Principales hallazgos.....	163
4.1.1. Prevalencia de sobrepeso y obesidad y factores de riesgo.....	163
4.1.1.1. Sobrepeso y Obesidad.....	163
4.1.1.2. Consumo de fruta y verdura.....	163
4.1.1.3. Consumo de dulces	163
4.1.1.4. Inactividad física	164
4.1.1.5. Horas TV	164
4.1.1.6. Horas de dormir	164
4.1.2. Diferencias socioeconómicas en sobrepeso y obesidad y en los factores de riesgo	165
4.1.2.1. Sobrepeso y Obesidad.....	165
4.1.2.2. Consumo de fruta y verdura.....	165
4.1.2.3. Consumo de dulces	166
4.1.2.4. Inactividad física	166
4.1.2.5. Horas TV	166
4.1.2.6. Horas de dormir	167
4.1.3. Diferencias socioeconómicas en sobrepeso y obesidad ajustadas por variables de alimentación y sedentarismo.....	167
4.2. Comparación con otros estudios.....	168
4.2.1. Sobrepeso y Obesidad	168
4.2.2. Consumo de Fruta y Verdura	169
4.2.3. Consumo de Dulces	171
4.2.4. Inactividad física	171

4.2.5. Horas TV	174
4.2.6. Horas de dormir	175
4.3. Posibles explicaciones de la influencia de la alimentación y el sedentarismo en la relación entre la posición socioeconómica y el sobrepeso y la obesidad.....	177
4.4. Limitaciones del estudio.....	181
PARTE V. CONCLUSIONES.....	195
PARTE VI. BIBLIOGRAFÍA.....	195
PARTE VII: ANEXOS	209
Anexo 1. Listado de Figuras.....	211
Anexo 2. Listado de Cuadros	212
Anexo 3. Listado de Tablas.....	213
Anexo 4. Listado de Gráficos	216
Anexo 5. Cuestionario Infantil Encuesta Nacional de Salud 1995	218
Anexo 6: Cuestionario Infantil Encuesta Nacional de Salud 1997.....	225
Anexo 6: Cuestionario Infantil Encuesta Nacional de Salud 2001.....	232
Anexo 7. Cuestionario Infantil Encuesta Nacional de Salud 2006/07	242

ABREVIATURAS

AVENA: Alimentación y Valoración del Estado nutricional de los Adolescentes españoles

BRG: British General Register

ENSE: Encuesta Nacional de Salud de España

HBSC: Health Behaviour School Children (Estudio de conductas de los escolares relacionadas con la salud)

HELENA: Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence

IC: Intervalo de Confianza

IMC: Índice de Masa Corporal

INE: Instituto Nacional de Estadística

IOTF: International Obesity Task Force

NSE: Nivel Socioeconómico

OMS: Organización Mundial de la Salud

OR: Odds Ratio

PSE: Posición Socioeconómica

SEE: Sociedad Española de Epidemiología

SEMfyc: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria

RESUMEN

Objetivo

Numerosos estudios han puesto de manifiesto que la posición socioeconómica (PSE) es un factor determinante de la obesidad infantil. Sin embargo, muy pocos de esos estudios han abordado los posibles mecanismos que explican esa relación. El propósito de la presente investigación es desentrañar el papel que juegan la alimentación y la actividad física en la relación entre la PSE y la obesidad infantil en España.

Métodos

Los datos utilizados han sido obtenidos de las Encuestas Nacionales de Salud de España (ENSE) correspondientes a los años 1995, 1997, 2001 y 2006/07. Para compensar el menor tamaño de muestra se han combinado las encuestas del año 1995 y 1997. La población objeto de estudio han sido los sujetos de 5 a 15 años de edad registrados en el Cuestionario de Menores de las citadas encuestas.

Como variables de PSE se ha utilizado el nivel de estudios y la clase social basada en la ocupación del cabeza de familia. Las variables dependientes son el sobrepeso y obesidad, calculadas a partir del peso y la talla. Las variables investigadas como posibles mecanismos intermedios de la asociación entre PSE y sobrepeso/obesidad han sido el sedentarismo, incluyendo las variables actividad física durante el tiempo libre y tiempo de televisión al día, el patrón alimentario, incluyendo la frecuencia de consumo de verduras, frutas y dulces y, por último, una variable relacionada con el número de horas que los niños duermen al día.

El análisis estadístico ha sido realizado con el Programa SPSS versión 19.0. En primer lugar, se ha calculado la relación del nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia con el resto de variables según los grupos de edad. Y, en segundo lugar, se ha calculado la relación del nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia con el sobrepeso y la obesidad, después de ajustar por variables relacionadas con la alimentación y con la actividad física.

Resultados

En todos los grupos de edad y periodos estudiados, los niños y niñas pertenecientes a las categorías socioeconómicas inferiores presentaban más probabilidad de presentar sobrepeso u obesidad que sus homólogos de las categorías socioeconómicas superiores. La diferencia en la prevalencia de sobrepeso u obesidad entre categorías socioeconómicas fue mayor en el grupo de 10 a 15 años que en el de 5 a 9.

Por otro lado, la tendencia en la magnitud de esa diferencia a lo largo de los periodos estudiados varía. En líneas generales, en los sujetos de 5 a 9 años la magnitud de las diferencias socioeconómicas disminuyó a lo largo del tiempo en niños, pero aumentó en niñas. En cambio, en el grupo de 10 a 15 años, la diferencia socioeconómica en la prevalencia de sobrepeso u obesidad aumentó en ambos sexos.

Se ha podido comprobar, que en aquellos casos en los que la asociación entre las variables socioeconómicas y el sobrepeso o la obesidad ha sido estadísticamente significativa, su magnitud se ha reducido débilmente al ajustarlas por las variables de alimentación y sedentarismo, dándose el descenso más importante en el año 2007. En este año, tanto en niños como en niñas, el mayor descenso se dio en el grupo de 10 a 15 años, explicando la alimentación y el sedentarismo un promedio de un 20-30% del exceso de sobrepeso y obesidad en los sujetos de familias con menor nivel socioeconómico.

Conclusiones

El sobrepeso y la obesidad es más prevalente en los sujetos pertenecientes a familias de posición socioeconómica baja a lo largo de todo el periodo estudiado. A mediados de la última década del siglo XX la alimentación y la inactividad física no explicaban la relación entre la posición socioeconómica familiar y la obesidad infantil. Sin embargo, una década después, el consumo de fruta, verdura y dulces, junto con el sedentarismo, han llegado a explicar alrededor del 20% de la relación entre la posición socioeconómica familiar y sobrepeso u obesidad.

PARTE I. INTRODUCCIÓN

1.1. Desigualdades Sociales en Salud

La investigación de las desigualdades en salud es un tema de gran interés ampliamente estudiado y tratado en distintos países. Puede decirse que la publicación del Informe Black en 1982 (Townsend y Davidson 1982) promovió la investigación acerca de las desigualdades en salud en Europa a lo largo de las décadas siguientes e inició un importante debate científico acerca de la naturaleza, dimensión y causas de las desigualdades en salud en las sociedades desarrolladas (Lostao y Regidor 2001).

A pesar de los grandes cambios en esperanza de vida, en el tipo de enfermedades que afectan a las personas y en los sistemas de salud, la persistencia de la asociación entre nivel socioeconómico y salud sigue siendo un hecho con necesidad de explicación.

Diferentes estudios sobre desigualdades en salud han mostrado, para ambos sexos y para todas las edades, cómo las clases más desfavorecidas y las personas o áreas geográficas más pobres tienen peores indicadores de salud que la población de las clases sociales más privilegiadas o las personas o zonas geográficas con mayor riqueza (Navarro y Benach 1996, Regidor 2002).

Las desigualdades sociales en salud tienen repercusiones en la salud infantil siendo la pobreza - niveles de ingreso, los déficits culturales, el empleo, la educación, la vivienda, etc., condicionantes del estado de salud de la población y de sus necesidades y demandas sanitarias.

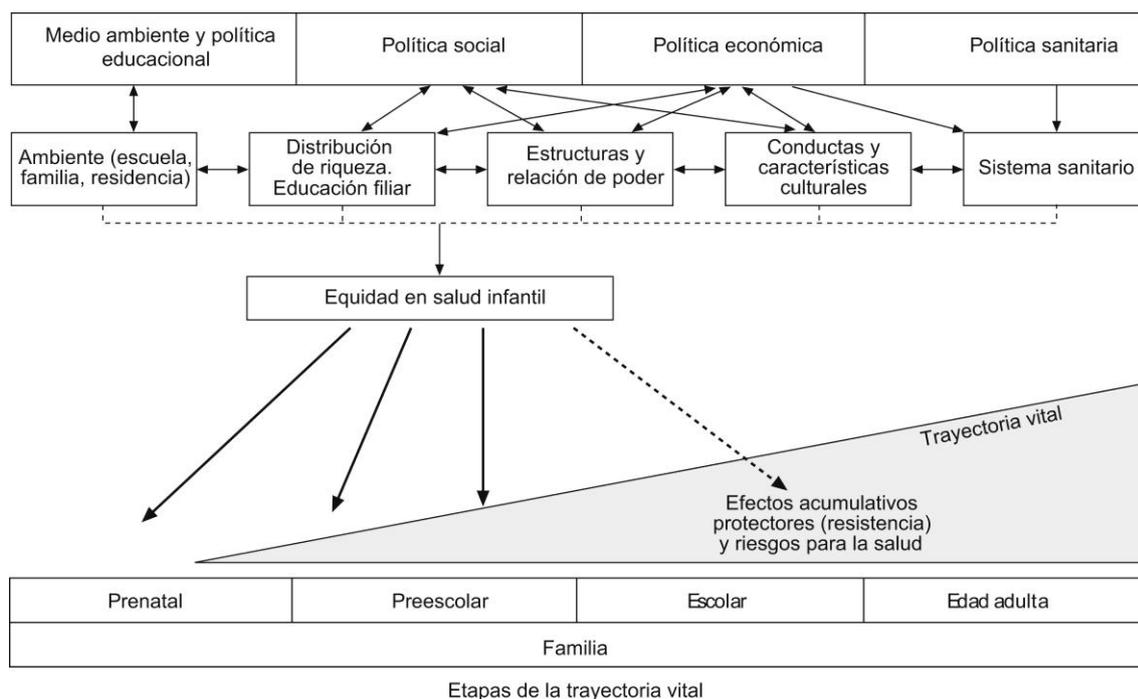
Los determinantes de las desigualdades sociales en la salud infantil son los mismos que los de la población general. No obstante, tienen un impacto diferente en algunos aspectos específicos de la infancia, como durante el crecimiento y el desarrollo que experimentan los menores y en el entorno familiar y escolar.

Las condiciones de vida en la infancia y el desarrollo físico, cognitivo, emocional y social son determinantes del rendimiento académico, de la salud y la participación laboral y social de las futuras personas adultas.

Las desigualdades sociales en las etapas iniciales de la vida están asociadas a diversos factores que a su vez interactúan entre ellos, como los gradientes sociales en el acceso a los recursos

materiales o familiares y las condiciones de vida y del entorno. La figura 1.1.1 representa los determinantes sociales de la salud infantil y su influencia a lo largo de la trayectoria vital.

Figura 1.1.1. Determinantes sociales de la salud infantil e influencias en la trayectoria vital.



Fuente: Rajmil et al. 2010.

1.1.1. Modelos explicativos

Una forma de conocer las causas primarias (determinantes) de las desigualdades sociales en salud es analizar las diferentes vías y mecanismos a través de los cuales actúan los factores o condiciones de riesgo conocidos para generar los gradientes sociales en salud que se observan en un país (Diderichsen et al. 2001). A continuación se exponen una serie de modelos explicativos relevantes sobre las desigualdades sociales en salud:

1.1.1.1. La selección social

El papel de la selección social en el nivel de salud no está totalmente claro. Este modelo sostiene el hecho de que la salud determina la posición socioeconómica de las personas. Es decir, aquellas con mala salud tenderán a desplazarse hacia las posiciones menos favorecidas de la jerarquía social, mientras que aquellas más sanas lo harán hacia las más altas. Esta movilidad social, puede ocurrir dentro de una generación (selección intrageneracional) o entre dos generaciones (selección intergeneracional). Asimismo, esta selección puede ser directa, cuando el estado de salud determina directamente la posición económica, o bien indirecta, cuando determinados factores operantes durante la infancia e influyentes en la salud (la privación material o la educación) determinan la salud y la movilidad en la vida adulta (Borrell y Benach, 2003).

Sin embargo, las desigualdades sociales en salud van más allá de la influencia de la selección social y, por ello, esta perspectiva no es capaz de explicarlas adecuadamente.

1.1.1.2. Los factores materiales o estructurales

Esta perspectiva pone de relieve el rol del ambiente social y las condiciones de vida y trabajo sobre el estado de salud de las personas. En este sentido, una mayor o menor exposición a situaciones relacionadas con bajos ingresos, desempleo y riesgos del ambiente físico de residencia o malas condiciones de la vivienda tendrán un claro impacto sobre la generación de las desigualdades sociales en salud, que vendrán dadas por el hecho de que los grupos sociales más bajos están expuestos a un ambiente social menos saludable (Borrell, 1996). En este sentido, diversos estudios han relacionado aspectos como la ocupación, el paro o la pobreza con la salud física y mental (Artazcoz et al. 2004; Virtanen et al. 2005).

En este tipo de interpretación de las desigualdades sociales en salud destaca la importancia de la extensión y calidad de los servicios del Estado de Bienestar (gasto social, sistema de salud, sistema educativo, servicios sociales y política impositiva) como determinantes de la salud de las personas ya que, en última instancia, los recursos públicos disponibles influyen en las posibilidades que los individuos tienen de cuidar de su salud (Lynch et al. 2000).

1.1.1.3. Los factores psicosociales

Ante las lagunas de conocimiento o aspectos no explicados sobre el origen de las desigualdades sociales en salud por parte de la perspectiva de los factores materiales o estructurales, algunos autores han sugerido la necesidad de considerar también la posible intervención de factores de tipo psicosocial.

De esta forma se sugiere que entre las desigualdades de renta y los efectos en la salud, existirán mecanismos intermedios que permitirían explicar cómo esas desigualdades de renta operan en las desigualdades en salud. Como mecanismos intermedios se plantean básicamente el estrés social, el apoyo social y el capital social (Leon et al.2005).

No está claro cómo opera el estrés psicosocial para inducir peor salud. Puede ser mediante un efecto indirecto, mediante comportamientos relacionados con la salud: fumar, obesidad o beber más de la cuenta pueden ser vistos como maneras de responder al estrés psicosocial. Pero también puede ser que el estrés psicosocial genere mala salud directamente, mediante mecanismos biológicos.

Existe un debate en la epidemiología social actual entre los defensores de los enfoques más materialistas frente a los psicosociales.

Según algunos/as autores/as estas posturas no deberían estar enfrentadas, ya que la mejora de la salud requiere tanto del acceso a recursos materiales como de la capacidad de beneficiarse de los mismos, hecho que habitualmente viene determinado por las relaciones sociales de las que dispongan las personas.

1.1.1.4. Los hábitos o conductas relacionadas con la salud

La mayor parte de los hábitos relacionados con la salud (el hábito tabáquico, la dieta, el consumo de alcohol o el ejercicio físico) se distribuyen según un gradiente socioeconómico, de forma que los factores de riesgo conocidos para la salud son más frecuentes a medida que se desciende en la escala social (Regidor et al. 2001). Sin embargo, tratar de explicar el origen de las desigualdades sociales en salud a partir de esta desigual distribución no es sencillo ya que, como han demostrado distintos estudios longitudinales en varios países desarrollados, la asociación

entre la clase social y el estado de salud o la mortalidad se mantiene después de controlar estos factores en el análisis (Lantz et al 2001; Regidor 2002).

Esto quiere decir que la relación de la clase social con la salud no puede ser explicada completamente por las conductas de riesgo y, por tanto, que otros factores también desempeñarán un papel importante en esa relación.

1.1.1.5. Los servicios sanitarios

La idea central de esta perspectiva es que gran parte de las desigualdades en salud se pueden explicar por el acceso a los servicios sanitarios.

La utilización de los servicios sanitarios por parte de los distintos grupos sociales ha sido y es objeto de debate e investigación en muchos países industrializados (Townsend 1974, Morris et al 2005).

Investigaciones realizadas sobre la accesibilidad y utilización del sistema sanitario reflejan que, aunque se ha logrado alcanzar una utilización similar de los servicios de atención primaria y hospitalaria por parte de distintos grupos socioeconómicos, todavía persisten diferencias en el uso de los servicios preventivos (Regidor et al 1996, Lostao et al 2007).

Estudios llevados a cabo en diferentes países han mostrado que las personas pertenecientes a niveles socioeconómicos más bajos visitan en mayor medida al médico general que las personas de niveles socioeconómicos más altos (Mackenbach 2003, Morris et al 2005), sin embargo, por lo que se refiere a la utilización de servicios preventivos, a asistencia especializada y a los servicios no cubiertos por el sistema público de salud, distintos estudios han señalado una mayor frecuencia de utilización por parte de las personas de nivel socioeconómico alto (Borrell y Benach 2003, Lostao et al 2007).

1.1.1.6. El curso de vida o perspectiva vital

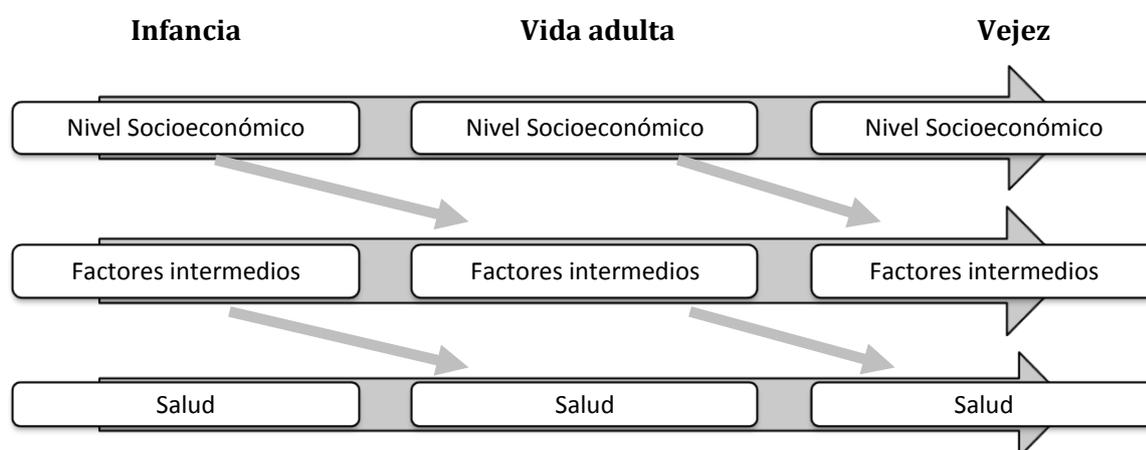
La perspectiva de la trayectoria vital es una aproximación multidisciplinaria que estudia los efectos a largo plazo de las exposiciones en las etapas iniciales de la vida (Kuh et al. 2003).

En la figura 1.1.2 se ilustra cómo se puede aplicar una perspectiva vital a las desigualdades sociales en salud. El nivel socioeconómico en la infancia suele determinar el que se tendrá en la vida adulta (pese a cierta movilidad social ascendente). Conductas muy relacionadas con la salud se forman en la adolescencia, en buena parte influidas por el nivel socioeconómico durante la infancia. Lo mismo sucede con otros factores intermedios, como la forma de afrontar el estrés y otros factores psicosociales.

El mismo nivel de salud muestra cierta continuidad a lo largo de la vida, ya que la mala salud en la edad adulta se relaciona con antecedentes de mala salud en la infancia, que a su vez se relacionan con determinantes que actúan ya en las primeras etapas de la vida. Por tanto, las desigualdades sociales en la salud pueden ser causadas por el efecto acumulado de la desventaja durante todo el ciclo vital.

La salud en una etapa del ciclo puede afectar también al nivel socioeconómico en etapas posteriores, por los procesos de selección relacionada con la salud.

Figura 1.1.2. Una perspectiva del curso de la vida para explicar las desigualdades sociales en salud.



Fuente: Adaptado de Mackenbach 2002.

Esta perspectiva permite la interpretación de las desigualdades en términos de “ventanas de susceptibilidad” (Mackenbach et al. 2002), concepto que trata de poner en evidencia el hecho de que, en determinados periodos de la vida, las personas son más susceptibles a los efectos de ciertas exposiciones a factores de riesgo que en otros.

En este sentido, el hallazgo más interesante de esta perspectiva longitudinal es que las desigualdades sociales en salud pueden originarse antes del nacimiento, ya que los condicionamientos sociales como la privación material, la pobreza y la marginación social, actúan sobre la salud en estadios muy tempranos de la vida (especialmente durante la gestación y la primera infancia), y permanecen presentes a lo largo del ciclo vital del individuo.

1.1.1.7. Modelos integrales

Varios/as autores/as interesados/as en elaborar una explicación integral sobre las desigualdades sociales en salud han propuesto modelos que integran varias de las perspectivas expuestas, incorporando incluso otras variables consideradas de interés en la explicación del fenómeno.

Estos modelos resultan especialmente importantes al hacer visible la manera en que las desigualdades sociales en salud contribuyen a generar las inequidades de salud entre distintos grupos en la sociedad.

1.1.1.7.1. Modelo de Dahlgren y Whitehead de producción de inequidades en salud

Según este modelo, las desigualdades sociales en salud surgen por el resultado de la interacción entre condiciones causales del individuo o comunidad y las políticas de salud nacionales. Las personas cuentan con sus indicadores no modificables (sexo, edad, factores genéticos) y estas cuestiones conformarían el núcleo de este modelo. La siguiente capa hace referencia a los diferentes estilos de vida (aspecto modificable). Pero bajo estas decisiones influye la siguiente capa, que es la sociedad y los aspectos comunitarios (las interacciones sociales y las presiones de los iguales influyen en las decisiones personales). En el siguiente nivel encontramos las condiciones de vida, el trabajo, alimento, acceso a los servicios esenciales de salud, etc. Sobre

todas estas condiciones anteriormente descritas se encuentra la última capa, que son las condiciones económicas, culturales y medioambientales prevalecientes en la sociedad en conjunto. Estas condiciones producen presión sobre cada una de las otras capas.

Figura 1.1.3. Determinantes Sociales de la Salud.

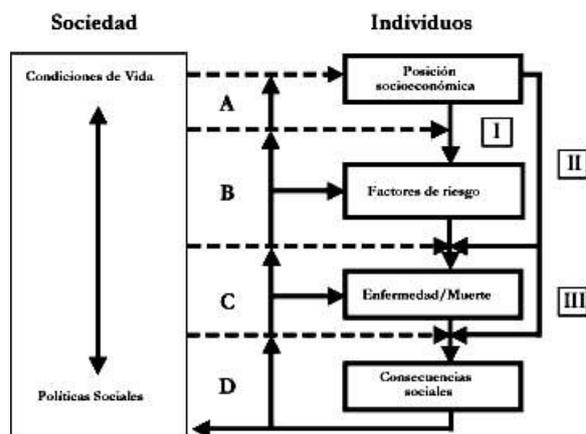


Fuente: Dahlgren y Whitehead, 1993

1.1.1.7.2. Modelo de Diderichsen, Evans y Whitehead sobre estratificación social y producción de enfermedades

Este modelo considera que la posición social de cada persona determina sus condiciones de salud. Los mecanismos de la sociedad que pueden generar influencia en este sentido son el sistema educativo, las políticas de trabajo, las normas de género y las instituciones políticas. Este modelo incluye la discusión de puntos de entrada para la acción política.

Figura 1.1.4. Modelo de Diderichsen de producción de inequidades en salud.



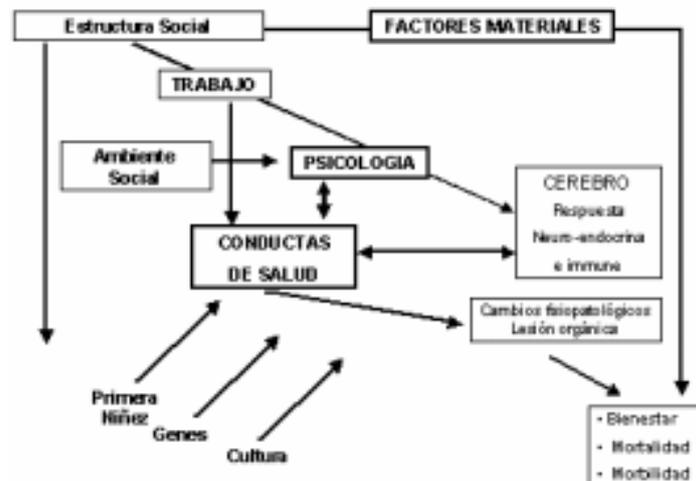
Fuente: Diderichsen et al. 2001.

En este modelo se identifican cuatro puntos de entrada o niveles de acción para intervenciones y políticas: estratificación social; exposición a los factores perjudiciales para la salud; vulnerabilidad y consecuencias desiguales de enfermedad.

1.1.1.7.3. Modelo de Brunner, Marmot y Wilkinson de producción de inequidades a lo largo de la vida.

Este modelo fue originalmente desarrollado para conectar las perspectivas en salud de la clínica (curativa) y la salud pública (preventiva). El modelo muestra cómo las desigualdades socio-económicas en salud resultan de la diferente exposición a riesgos –medioambiental, psicológico y conductual– a lo largo de la vida (Acheson, 1998). Este modelo relaciona la estructura social con la salud y la enfermedad a través de las vías material, psicosocial, y conductual. La genética, la infancia temprana y los factores de la cultura son importantes influencias en la salud de la población.

Figura 1.1.5. Modelo de Brunner, Marmot y Wilkinson de producción de inequidades en salud a lo largo de la vida

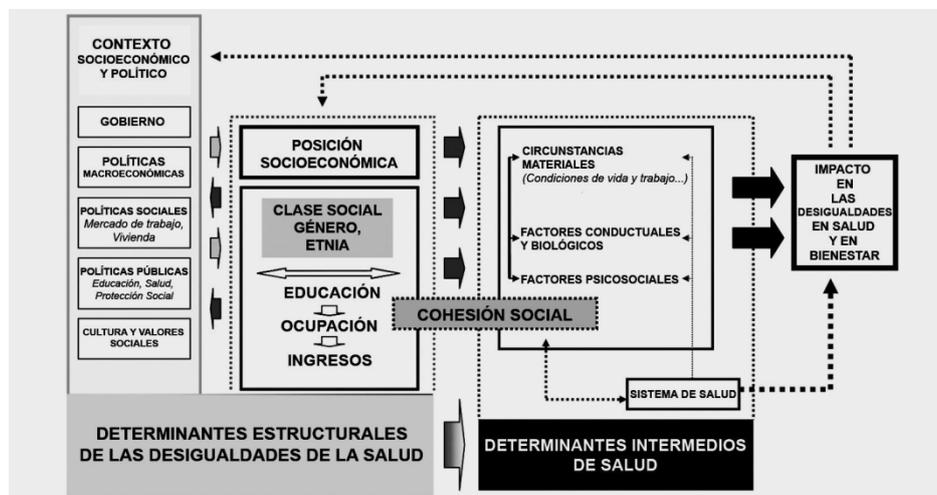


Fuente: Marmot, 2001.

1.1.1.7.4. Marco conceptual propuesto por la OMS

El modelo que propone la OMS busca representar de manera esquemática una realidad social y política estrechamente relacionada. Los problemas clave son: el contexto sociopolítico, los determinantes estructurales en contraposición a los intermedios y los niveles en los cuales se pueden abordar las inequidades en salud.

Figura 1.1.6. Modelo integral de determinantes sociales de la Organización Mundial de la Salud.



Fuente: OMS 2007.

El modelo identifica dos tipos de determinantes: determinantes estructurales y determinantes intermedios; y que además se distingue por la incorporación explícita del sistema sanitario, relevando el efecto que el sistema sanitario en interacción con los otros determinantes puede generar para modificar, atenuar y/o ampliar el efecto de los otros determinantes.

Como determinantes estructurales se cuentan el contexto social, político y económico, entre los que se encuentra la posición social que ocupan los individuos en la estructura social (que a su vez está condicionada por la clase, género, etnia y por las oportunidades en términos de educación, ocupación e ingresos).

Estos determinantes estructurales actuarían en el efecto en salud, a través de los determinantes intermedios, que corresponden a las circunstancias materiales, los factores biológicos, los estilos de vida y los factores psicosociales, además del propio sistema sanitario. Es decir, este modelo recoge el debate anterior sobre los factores psicosociales v/s factores materiales.

Este marco estratégico e integral que propone el modelo de la OMS para la acción sobre los determinantes sociales de la salud, adopta el concepto de posición social como concepto central para entender cómo operan los mecanismos de la inequidad en salud en la generación y

reproducción del poder, la riqueza y los riesgos. La estratificación social genera una exposición desigual a las condiciones y riesgos de enfermar y provoca una vulnerabilidad diferencial. El grado de cohesión social tiene influencia tanto en los factores estructurales como en los intermediarios.

1.2. Medidas de posición socioeconómica

Cuando se quiere estudiar si las personas con diferente posición social tienen diferentes niveles de salud, se tiene varias opciones para medir la posición social, cada una de las cuales tiene sus ventajas e inconvenientes.

La clase social es una de las mejores medidas de estratificación social. El principal problema para su utilización en los estudios de desigualdades sociales en salud es que administrativamente no hay una asignación a una clase social específica. Eso lleva a que haya que utilizar aproximadores siempre imperfectos, como la clase ocupacional o el nivel de estudios.

Existen varias formas de medir la posición social, diferenciadas según las características del individuo o el lugar donde resida:

1.2.1. Medidas a nivel individual

1.2.1.1. Clase ocupacional

Se basa en la ocupación de las personas para definir su posición de clase, ha sido una medida ampliamente utilizada en la epidemiología social, siendo la más frecuente. Una de las más antiguas es la clasificación del censo británico: British General Register (BRG) que fue desarrollada a principios del siglo XX a partir de una escala jerárquica que clasificaba las ocupaciones según el nivel de educación o aprendizaje implícito: La agrupación de ocupaciones que describe esta escala es la siguiente:

Clase I: Profesionales

Clase II: Ocupaciones medias

Clase III N: Trabajadores/as no manuales cualificados/as

Clase III M: Trabajadores/as manuales cualificados/as

Clase IV: Trabajadores/as semi-cualificados/as

Clase V: Trabajadores/as no cualificados/as

Clase VI: Ocupaciones descritas inadecuadamente

En España, un grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) y de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFC) hizo una propuesta de medida de la clase social a partir de una adaptación de la Clasificación Nacional de Ocupaciones a esta clasificación británica (Grupo SEE y Grupo semFC 2000). A partir de la CNO-94 (Instituto Nacional de Estadística 1994), las ocupaciones se asignaron a las mismas clases sociales que en 1979 (Instituto Nacional de Estadística 1979), aunque, en este caso, la CNO-94 ofrecía mayor grado de detalle.

La elección de la ocupación para la definición de la clase social tiene ciertas desventajas que es necesario tener en cuenta. Por una parte, la asignación de la ocupación es complicada en aquellas personas que quedan fuera del mercado laboral, como las mujeres que trabajan en el hogar, estudiantes o jubilados/as, en cuyo caso la clase social asignada es de carácter indirecto, a partir del cónyuge, pareja, padre, madre.... Además, generalmente, la clase ocupacional no tiene en cuenta ciertas características de la ocupación, como el número de horas trabajadas (tiempo parcial/tiempo completo) o la duración del mismo (temporal/indefinido).

Por otro lado, el tamaño y el significado de las clases ocupacionales está influido por el contexto de cada país y de cada momento histórico, lo que dificulta las comparaciones internacionales y en diferentes periodos de tiempo (estudios longitudinales).

Otra limitación tiene que ver con la asignación de la última ocupación como posición de clase a aquellas personas que llevan un periodo de tiempo prolongado en desempleo o inactivas. Esto puede no ser muy apropiado, especialmente en el momento actual de desarrollo del sistema capitalista, en el que muchas personas son expulsadas del mercado laboral y sus vidas laborales se acortan por una entrada más tardía y una salida más temprana del mismo.

Por último hay que tener en cuenta que las medidas de clase social ocupacional han sido creadas a partir de un perfil de trabajador varón, por lo que el trabajo que realizan las mujeres (concentrado en sectores del mercado de trabajo concretos) no queda debidamente recogido y especificado, y se ha tendido a atribuirles la clase social obtenida a partir de la ocupación de su pareja.

1.2.1.2. Nivel educativo

Se considera un indicador del nivel de educación de una persona. Ha sido utilizada como variable aproximada al nivel socioeconómico de las personas, por su fuerte asociación con los ingresos, la clase ocupacional y el nivel de vida. Al igual que ocurre con la ocupación, la utilización del nivel de estudios como indicador de posición socioeconómica muestra ventajas e inconvenientes. Por una parte, la educación se recoge como una escala ordinal fácilmente comparable entre países. Se trata, además, de un atributo que se mantiene más estable a lo largo de la vida de las personas que la clase ocupacional, aunque esto no debe necesariamente constituir una ventaja ya que, en situaciones de intensa movilidad social, la clasificación por el nivel máximo de estudios alcanzado puede no reflejar adecuadamente las variaciones en el estado de salud provocadas por un cambio de posición social (trabajadores/as que queden en paro o se conviertan en pensionistas, jubilados/as...).

En el último siglo se ha producido un importante avance en el nivel educativo medio de la población, especialmente en la educación primaria. Por ello, hay un “efecto de cohorte” en el nivel educativo. Es decir, dentro de una misma clase social, las generaciones más mayores tienen peor nivel educativo que las más jóvenes.

También hay un “efecto de género”: las mujeres, especialmente de las generaciones más mayores, tenían peor nivel educativo que los hombres, pues se suponía que no lo necesitaban tanto al no tener que entrar en el mercado de trabajo y dedicarse a labores domésticas y de reproducción.

Por ello, por ejemplo, en la mayoría de los países los analfabetos o las personas sin estudios son más frecuentes entre personas mayores, y especialmente entre mujeres mayores.

Asimismo, es necesario tener en cuenta que las diferencias territoriales en los niveles educativos pueden establecer diferencias en el efecto que la educación tiene sobre la renta o la ocupación, llevando a equívocos si no consideramos el valor desigual que puede tener en uno u otro lugar el poseer un nivel educativo concreto.

1.2.1.3. Ingresos y posesiones materiales (coche, vivienda...)

Es una variable fácil de obtener pero complicada de interpretar ya que por un lado está sujeta a una elevada tasa de no respuesta y además es inestable en el tiempo. Además, también está relacionada con la edad de la persona, con lo que nos hallamos ante otro indicador susceptible del “efecto cohorte de edad”.

1.2.2. Medidas a nivel de área geográfica

Las medidas para caracterizar socialmente un área pueden ser:

1.2.2.1. Simples

Es decir, un solo indicador para caracterizarla, como es su estructura ocupacional, educativa o económica media del área (% de cada categoría ocupacional, educativa o de renta en el área).

1.2.2.2. Compuestas

Se construye un indicador de privación compuesto, a partir de la suma de varios indicadores individuales seleccionados por representar mejor las características socioeconómicas del área como por ejemplo: desempleo, instrucción insuficiente, instrucción insuficiente en jóvenes, trabajadores manuales, asalariados eventuales etc.

Las principales ventajas son que son fáciles de obtener a partir de los censos de población, que suelen ser de acceso público y no limitados por problemas de confidencialidad como en el caso de los datos individuales. Por otro lado, mide el riesgo del nivel extra individual (contextual) y es una información útil para la planificación e intervención comunitaria sobre un área geográfica.

La utilización de este tipo de indicadores debe ser cuidadosa para no cometer errores metodológicos como la “falacia ecológica”, que consiste en inferir conclusiones a escala individual (es decir, sobre las relaciones entre variables individuales) a partir de datos grupales

o de área. Es decir, dar por sentado que los resultados encontrados en las poblaciones (agregados) se reproducen por igual en los individuos.

1.3. La relación de la posición socioeconómica con la obesidad infantil en los países desarrollados y en España.

Hasta hace relativamente poco, la obesidad se consideraba una condición asociada con el nivel socioeconómico alto. En efecto, a principios del siglo XX, la mayoría de las poblaciones en las que la obesidad se convirtió en un problema de salud pública estaban en los países desarrollados, principalmente los Estados Unidos y Europa. En las décadas más recientes, los datos disponibles muestran que el aumento más dramático de la obesidad se está dando en los países en desarrollo, tales como México, China o Tailandia (Popkin y Gordon-Larsen 2004).

Casi todos los países (de altos y bajos ingresos) padecen actualmente una epidemia de obesidad, dándose grandes variaciones entre países y dentro de éstos. En los de bajos ingresos, la obesidad es más común entre las mujeres de mediana edad, las personas de mayor nivel socioeconómico y las que viven en comunidades urbanas. En los países más prósperos, la obesidad también es común entre las personas de mediana edad, pero además su prevalencia es cada vez mayor entre los adultos jóvenes y los niños. Por otra parte, suele ir asociada a los niveles socioeconómicos más bajos, especialmente entre las mujeres, y las diferencias entre la población urbana y la rural disminuyen o están, incluso, invertidas (Organización Mundial de la Salud 2003).

Un número de países en desarrollo sometidos a una rápida transición socioeconómica y nutricional están experimentando un cambio de problemas de malnutrición a exceso de nutrición, sobre todo en poblaciones urbanas con acceso a ciertos productos occidentales, y pueden presentar una doble carga de malnutrición y de obesidad (Doak et al. 2000). La OMS ha denominado esta situación como “La doble carga de la malnutrición” (Kenedy et al. 2006).

Por ejemplo, en Brasil entre 1974 y 1997, la prevalencia de sobrepeso y obesidad (definiciones IOTF) entre los jóvenes de 6-17 años llegó a triplicarse (aumento del 4,1% al 13,9%), mientras que la prevalencia de bajo peso se redujo de 14,8% a 8,6%.

Por otra parte, entre niños urbanos en China en un plazo de 6 años entre 1991 y 1997, la prevalencia de sobrepeso y obesidad aumentó de 7,7% a 12,4%, mientras que la prevalencia de peso inferior al normal se redujo de 12,4% a 10,0% (Wang et al. 2002).

En cuanto a la tendencia de la relación de la posición socioeconómica con la obesidad infantil, una revisión de la literatura llevada a cabo en 1989 llegó a la conclusión de que no se daba un

patrón social claro entre la PSE de la familia y el sobrepeso infantil en los países desarrollados. También expuso como la relación que se daba en los diferentes estudios, ya fuese directa, inversa o ausente, era la misma para chicos que para chicas (Sobal y Stunkard 1989).

Sin embargo, varios estudios desarrollados en los últimos años demuestran que se da una relación inversa entre la PSE y la probabilidad de presentar obesidad. Una revisión realizada en 35 países Europeos (Due et al. 2009), muestra como la prevalencia de sobrepeso fue mayor entre los niños de familias menos pudientes en 21 de 24 de países occidentales y 5 de 10 los países centrales europeos. Sin embargo, los niños de familias más acomodadas tenían un mayor riesgo de sobrepeso en Croacia, Estonia y Letonia.

En otra revisión realizada por Shrewsbury y Wardle se recalca el hecho de que la relación entre la obesidad infantil y la PSE dependen del indicador de PSE utilizado y que, por consiguiente, es importante entender cómo se correlaciona la PSE con la obesidad infantil para diseñar estrategias eficaces de prevención (Shrewsbury y Wardle 2008). Los autores concluyen que la asociación encontrada entre la PSE y la adiposidad en los niños, en las investigaciones llevadas a cabo en los últimos 15 años, es predominantemente inversa y que las asociaciones positivas han desaparecido.

Lioret S. et al. indican que el nivel de educación de los padres, utilizado como indicador de la PSE, es lo que más influye en la relación PSE-obesidad (Lioret et al. 2009). Este mismo estudio demuestra una estabilización en la prevalencia de obesidad en todos los grupos socioeconómicos, pero todavía son los grupos de bajo nivel socioeconómico los más afectados por la carga de sobrepeso y obesidad. Concretamente, la prevalencia varía entre un 9% a un 25,3%, dependiendo del nivel de educación del cabeza de familia.

En Inglaterra, un estudio desarrollado con encuestas realizadas a nivel nacional en los años 1997 y 2007 indica que la obesidad infantil y la prevalencia de sobrepeso entre los niños en edad escolar se ha estabilizado en los últimos años, pero los niños de baja PSE no se han beneficiado de esta tendencia (Stamatakis et al. 2010).

En EEUU, un estudio que evaluó la tendencia de la relación entre la pobreza y la obesidad en adolescentes desde 1971 a 2004, muestra diferencias cada vez mayores según la pobreza de la familia en los jóvenes de 15 a 17 años, pero no en los de 12 a 14 (Miech et al. 2006).

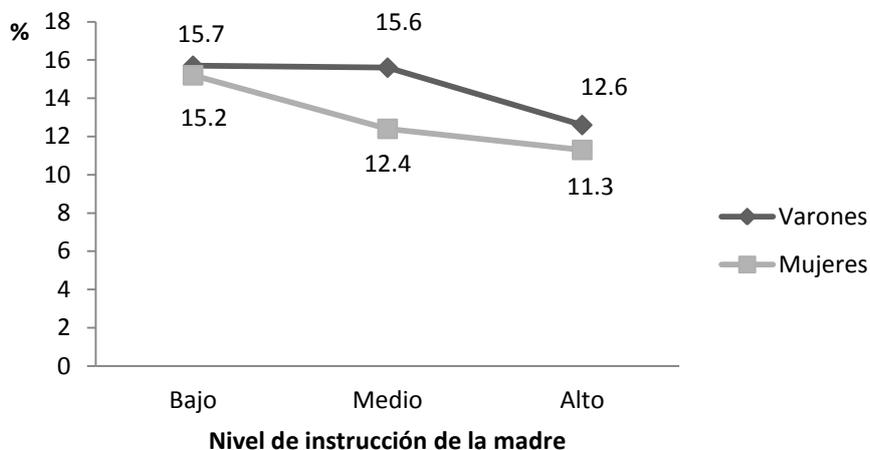
En Australia, un estudio para examinar la tendencia en la prevalencia de sobrepeso y obesidad desde 2000 hasta 2006 según sexo, año escolar y nivel socioeconómico de la escuela, en una muestra nacional de estudiantes de 6 a 18 años de edad, revela un aumento significativo de la obesidad en los estudiantes de las escuelas de bajo nivel socioeconómico; Concretamente subió de 5,8 a 8,6% en comparación con las escuelas de nivel socioeconómico medio y alto, cuyo aumento fue mucho menor (O’dea y Dibley 2010).

En Estocolmo, un estudio desarrollado con niños de 10 años revela gradientes fuertes, con más obesidad y sobrepeso en zonas con desventajas socioeconómicas en ambos sexos en 2003. Las diferencias entre las diferentes zonas también se observaron en 1999, pero fueron más pronunciadas en 2003. (Sundblom et al. 2008).

Según el informe internacional del HBSC del año 2005/2006 (Currie et al. 2008), la riqueza de la familia se mostraba significativamente asociada con el sobrepeso y la obesidad en casi la mitad de los países. En la mayoría de estos casos para los niños, y en todos los casos para las niñas, aquellos que pertenecían a familias de menor nivel socioeconómico eran más propensos a tener sobrepeso u obesidad. Este patrón se presentaba más fuerte en el oeste de Europa.

Centrando los datos en España, el estudio enKid muestra como la prevalencia de obesidad es más elevada en los chicos y chicas pertenecientes a un nivel socioeconómico bajo (Aranceta Bartrina et al. 2001). Así mismo, la prevalencia de obesidad es más elevada en los chicos cuyos padres tienen un nivel de estudios bajo, en particular si es la madre quien tiene el nivel de instrucción bajo, como se puede observar en la figura 1.3.1.

Figura 1.3.1. Prevalencia de obesidad según nivel de instrucción de la madre en la población española con edades entre 2 y 24 años.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del estudio enKid.

El estudio ha identificado los factores sociodemográficos que predicen la obesidad en la población infantil y juvenil española que se pueden observar en el cuadro 1.3.1.

Cuadro 1.3.1. Factores predictores de la obesidad en la población infantil y juvenil española en el estudio enKid.

Factores sociodemográficos
Chicos, 6-13 años
Bajo nivel educativo de la madre
Bajo nivel socioeconómico familia
Región Sur

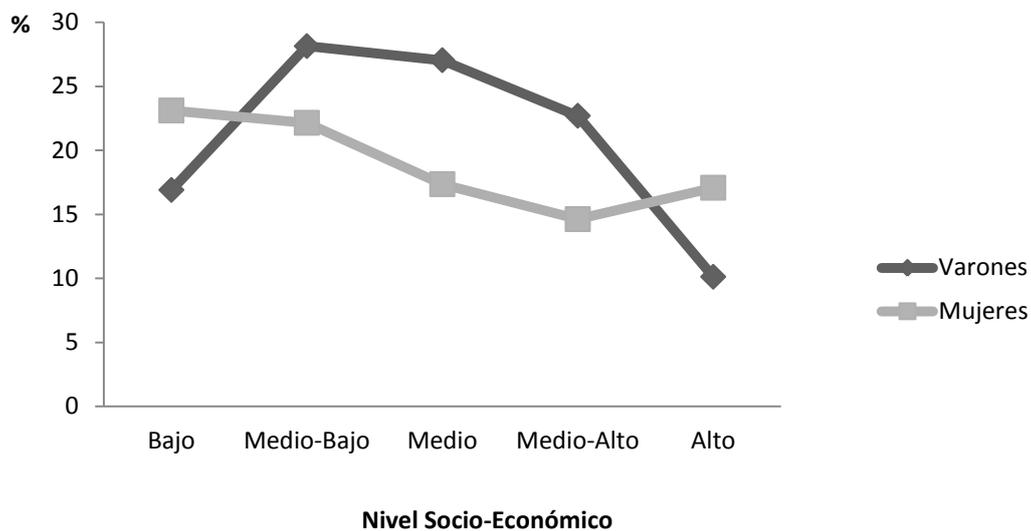
Fuente: Aranceta Bartrina et al. 2001.

Según el estudio AVENA (Moreno et al. 2005), la prevalencia de sobrepeso más obesidad según el nivel socioeconómico de los padres muestra un patrón diferente en chicos que en chicas. En

líneas generales, en ambos casos la prevalencia muestra un gradiente inverso con nivel socioeconómico.

No obstante, en los chicos del nivel socioeconómico más bajo la prevalencia es muy similar a la prevalencia en los chicos del nivel socioeconómico más alto. Y en las chicas, la prevalencia es muy similar en aquellas pertenecientes a las dos categorías más altas, como se puede observar en la figura 1.3.2.

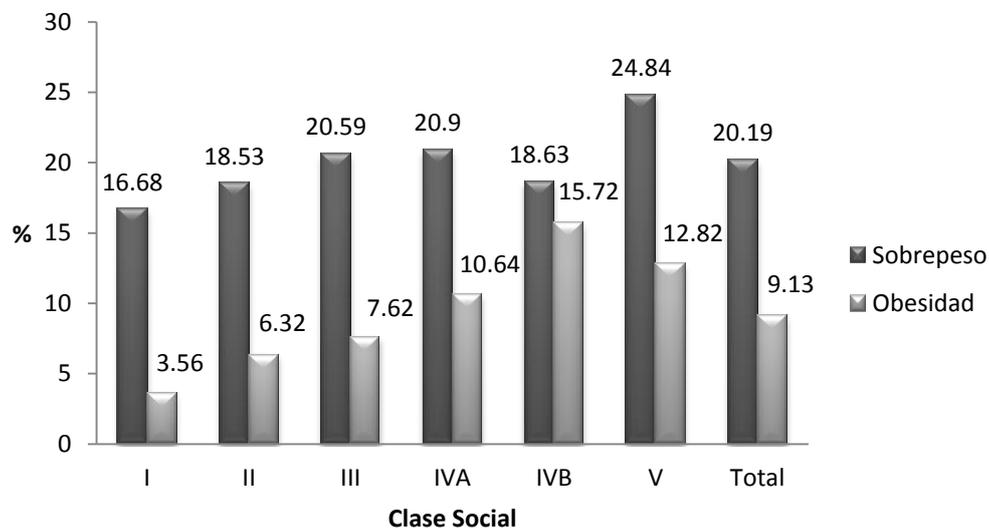
Figura 1.3.2. Impacto del nivel socioeconómico en la prevalencia de sobrepeso+obesidad en chicos y chicas adolescentes Españoles.



Fuente: Moreno LA, 2004.

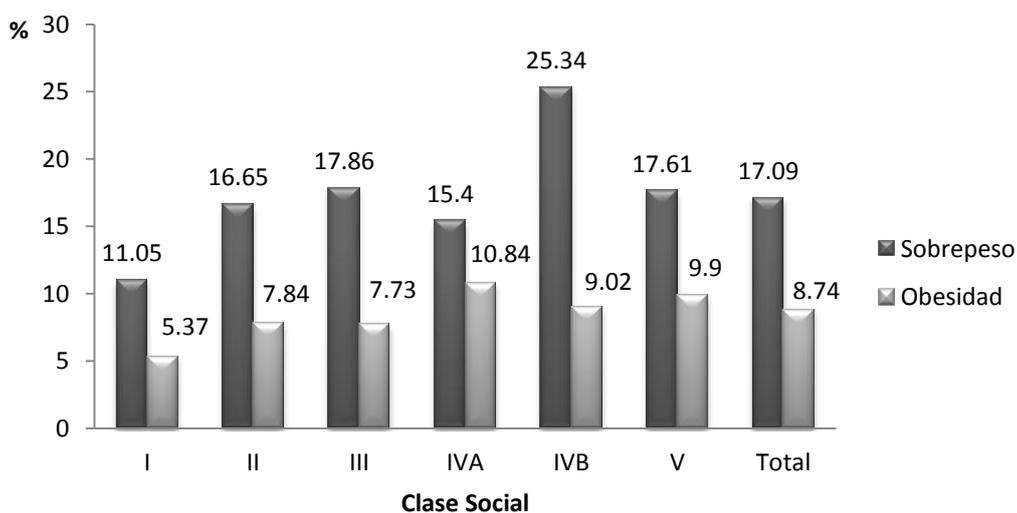
La Encuesta Nacional de Salud de 2006 muestra valores muy diferentes tanto de sobrepeso como de obesidad en población de 2 a 17 años según la clase social, aumentando la prevalencia según disminuye la clase social tanto en chicos como en chicas, siendo el efecto más claro en chicos, como se puede apreciar en la figura 1.3.3 y 1.3.4.

Figura 1.3.3. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en varones de 2 a 17 años de edad según clase social del sustentador principal.



Fuente: Ministerio de Sanidad, Igualdad y Servicios Sociales. Encuesta Nacional de Salud 2006.

Figura 1.3.4. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en chicas de 2 a 17 años de edad según clase social del sustentador principal.



Fuente: Ministerio de Sanidad, Igualdad y Servicios Sociales. Encuesta Nacional de Salud 2006.

Según un estudio del País Vasco (Larrañaga et al. 2007), la prevalencia de obesidad fue mayor en los estratos socioeconómicos menos favorecidos 6,9% vs 5,2%, tanto para niños como niñas. Sin embargo, en el caso de sobrepeso, esta tendencia sólo se observó en las niñas.

Así mismo, entre las primeras conclusiones del estudio del Programa Thao Salud Infantil¹ (Fundación Thao 2008), hay que destacar el impacto de la renta per cápita de la ciudad y del nivel de estudios de los progenitores -o persona de referencia del niño y de la niña- en la prevalencia del sobrepeso y la obesidad infantil. Según se señala en el estudio piloto, el municipio con la mayor renta per cápita, presenta la menor prevalencia de sobrepeso y obesidad.

¹ <http://www.thaoweb.com/>

1.4. La relación de la posición socioeconómica con la alimentación en la infancia

Dentro de los estilos de vida, los hábitos alimentarios tienen una gran influencia en el estado de salud y esto es, especialmente importante en los niños y adolescentes, ya que una nutrición inadecuada durante este periodo puede tener serias consecuencias en la edad adulta (Westenhoefer 2002).

La sociedad española actual está sufriendo una evolución notable en los hábitos alimentarios de los ciudadanos como consecuencia del impacto de los nuevos estilos de vida que han condicionado la organización familiar. Igualmente el desarrollo de avanzadas tecnologías en el área agroalimentaria ha puesto a disposición de los consumidores una amplia gama de productos para facilitar la preparación y consumo de los mismos (Graeme y Smith 2002).

Uno de los objetivos principales de conocer y estudiar los hábitos alimentarios es la identificación de grupos de riesgo de población respecto a padecer enfermedades crónicas, cuya etiología es, en parte, dietética (Organización Mundial de la Salud 2003).

La población infantil y juvenil es doblemente vulnerable a presentar desequilibrios nutricionales. Por un lado, porque su potencial de desarrollo físico y psicológico implica unas necesidades nutricionales concretas y, por otro, por su desconocimiento de una dieta saludable y a la vez su vulnerabilidad a la información que recibe (Serra Majem et al. 2002).

El comportamiento alimentario está influenciado por numerosos factores tales como: la familia, el ambiente social, economía, geografía, la etnia o la religión. En general, estos factores son clasificados por distintos autores en: fisiológicos, físicos, familiares y sociales (Lucas 2001, Roblin 2007) como se puede observar en la figura 1.4.1.

Por un lado existen factores que influyen en la cantidad, variedad, calidad y tipo de alimentos disponibles y accesibles para su consumo, entre los que destacan los factores geográficos, climáticos, políticos y los económicos.

Por otro lado están aquellos factores que influyen en la toma de decisiones y la elección individual de alimentos en base a la oferta disponible, entre los que destacan los aspectos

sociales, antropológicos, culturales, tradiciones, nivel educativo de los padres, nivel de información y concienciación (Story et al. 2002, Aranceta 2001, Birch 1998).

Cuadro 1.4.1. Factores que influyen en los hábitos alimentarios.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LOS HABITOS ALIMENTARIOS	
FISIOLOGICOS	Necesidades nutricionales Genéticos Alergias Dietas terapéuticas
FISICOS	Geográficos (Suelo, clima) Estacionalidad Disponibilidad
FAMILIARES	Nivel socioeconómico y clase social Creencias religiosas Entorno familiar
SOCIALES	Publicidad Medios de comunicación Amigos Comedor escolar

Fuente: Aranceta 2001

Respecto a los factores sociales, es de destacar la publicidad y los medios de comunicación, los amigos y el comedor escolar donde el niño/a realiza el almuerzo. A estas edades tempranas, el efecto que ejerce la publicidad es mucho más eficaz que sobre los adultos, por lo que una gran mayoría de los anuncios van dirigidos precisamente a los niños (Aranceta 2000).

Se ha demostrado que un mayor tiempo viendo la televisión está asociado a un mayor consumo de snacks, bebidas gaseosas y dulces durante este tiempo (Utter et al. 2006, Halford et al. 2008).

La incorporación progresiva de la mujer al trabajo fuera del hogar, modelo de estructura familiar (Navia et al. 2003); la incorporación cada vez más temprana de los niños a la escuela, donde consumen una parte importante de su dieta diaria; la influencia, cada vez mayor de los niños en la elección de los menús familiares; y la disponibilidad creciente de dinero por parte de los menores, que les permite comprar una gran cantidad de alimentos que consumen sin control familiar, influyen en los cambios de los hábitos alimentarios de los escolares de hoy en día (Drewnoski 1997).

Respecto a los factores familiares, en general existe un acuerdo en que el nivel socioeconómico y el nivel educativo de los padres influyen en la ingesta dietética del niño (Dynesen et al, 2003; Story et al, 2002, Patrick y Nicklas 2005, Sausenthaler et al. 2007).

Con mayor frecuencia se han identificado hábitos de consumo de riesgo en familias de entorno cultural y socioeconómico desfavorecido. El entorno doméstico y los hábitos de consumo familiar influyen en la configuración del patrón de consumo del niño (Birch y Fisher 1998).

El nivel de educación de los padres es predictor del estatus socioeconómico familiar. Este hecho a su vez influye en el lugar de residencia, poder adquisitivo, y también en una serie de variables relacionadas con la alimentación como son las preferencias y aversiones, la posibilidad de almacenar alimentos..., que inciden directamente en la calidad de la dieta (Dowler 2001).

Múltiples estudios evidencian la relación existente entre el nivel educativo de los padres y la ingesta de alimentos por parte del niño (Aranceta et al. 2003, Sausenthaler et al. 2007). Algunos estudios ponen de manifiesto que cuanto mayor es el nivel de instrucción de la madre, se ingieren más alimentos de diferentes tipos (Ballew et al. 2000).

Un estudio realizado en Alemania establece la relación existente entre el bajo nivel de educación de los padres y el pobre poder adquisitivo con un menor consumo de vegetales, fruta y aceite de oliva (Sausenthaler et al. 2007).

De la misma forma, estudios realizados en Finlandia y Dinamarca, observan que aquellos niños cuya educación de la madre y nivel socioeconómico son bajos muestran un consumo elevado de azúcares, alimentos ricos en grasas, “snacks”, y un consumo inferior al deseado de alimentos vegetales y frutas (Dynesen et al. 2003, Roos et al. 2001).

En España, el estudio enKid observaba cambios sustanciales en relación con el nivel educativo de la madre. A menor nivel, mayor era el consumo en el hogar de carnes y embutidos, así como de frutos secos, snacks, dulces, golosinas y refrescos (Serra Majem et al. 2003). Un estudio realizado en Mallorca también relacionó el nivel educativo de la madre con la calidad de la dieta en los adolescentes (Tur et al. 2004).

Asimismo existen diferencias en el consumo calórico total y en relación con los distintos grupos alimentarios en los distintos niveles, especialmente en relación con el nivel de estudios alcanzado. A menor nivel de estudios, más calorías se ingieren y la distribución de las calorías es más desequilibrada (Turrell et al. 2002).

La influencia de los ingresos familiares en los hábitos alimentarios del niño es evidente, ya que para consumir un alimento no basta con que esté disponible, sino que también es necesario comprarlo, y para ello hace falta dinero. De esta forma aquellas familias en la que los padres estén desempleados o tengan una profesión que les reporten bajos ingresos familiares, tendrán menos posibilidades de adquirir cierto tipo de alimentos, según revela un estudio realizado en Finlandia. (Roos et al. 1998).

Las limitaciones económicas pueden contribuir a la elección de alimentos poco saludables observados entre los grupos socioeconómicos bajos en los países industrializados. A su vez, estos patrones de la dieta podrían jugar un papel en el gradiente social de salud observado en estos países.

Las encuestas poblacionales muestran que los ingresos más bajos se asocian con una dieta de peor calidad. Las personas con bajos ingresos consumen menos frutas y verduras, una mayor proporción de energía procedente de la grasa, y menos fibra en comparación con los individuos de mayores ingresos (Drewnowski y Specter 2004).

La encuesta HBSC del año 2005-2006 reveló mayores tasas de consumo diario de refrescos entre los chicos y chicas de familia con menores recursos económicos en la mayoría de los países occidentales y del norte de Europa. Por el contrario, el consumo de refrescos se asoció con la familia de altos ingresos en el este de Europa y los Estados bálticos. El hábito de desayunar y un mayor consumo de fruta fue significativamente más frecuente entre los niños y niñas de familias más acomodadas. (Currie et al. 2008).

En España, el estudio enKid mostraba como las clases con menos recursos consumían más cantidad de embutidos, pollo y bebidas alcohólicas, mientras que los más pudientes consumían más carnes rojas, frutas y verduras frescas, leche y quesos. Y, contrariamente, se relaciona un menor consumo de grasas y mayor de frutas y verduras con un nivel socioeconómico alto (Aranceta et al. 2003).

El precio de los alimentos, aunque no es sistemáticamente percibido como una barrera para la alimentación sana, es un importante determinante de la elección de alimentos, especialmente entre los grupos de bajos ingresos y los desempleados (Lo et al.2009).

Los resultados de un estudio realizado en Francia (Darmon et al. 2002) sugieren que, cuando la selección de alimentos se ve limitada por consideraciones económicas, los patrones de alimentación saludable se ponen en peligro, lo que conllevará a la insuficiencia nutricional. Esto sugiere que la educación nutricional por sí sola puede resultar ineficaz a menos que se combine con medidas económicas destinadas a la mejora de la accesibilidad a una dieta saludable.

Con todas estas observaciones se puede deducir que los obstáculos más relevantes para los grupos de bajos ingresos incluyen la asequibilidad, accesibilidad, disponibilidad, el atractivo, la idoneidad, y el sentido práctico más que la falta de información (Dowler 2001).

Otros estudios también han relacionado el número de familiares que conviven con el niño con sus hábitos, estableciendo que a mayor número de familiares, más saludables son los hábitos que desarrolla el niño (Groth et al. 2001, Dynesen et al. 2003).

Del mismo modo, los estilos de vida de los niños y los hábitos alimenticios pueden verse afectados por el "hábitat". En las sociedades industrializadas, las diferencias en la dieta entre las zonas urbanas y rurales cada vez son menos importantes. A pesar de esto, los habitantes de las ciudades tienen mayor acceso a una gama más amplia de alimentos (Caraher et al. 1998, Fernández San Juan 2006, Morland et al. 2002).

1.5. La relación de la posición socioeconómica con la actividad física en la infancia

La investigación sobre los determinantes de la actividad física entre los jóvenes ha mostrado la existencia de diferentes factores que influyen sobre los niveles de actividad física (Sallis y Owen 1999, Sallis et al. 2000, Van Der Horst et al. 2007), tal y como se puede observar en el cuadro 1.5.1. El principal problema es la jerarquía de importancia de cada uno de estos factores. Como resultado de ello, en las últimas décadas, las investigaciones de varios autores han tratado de identificar, entre los diversos factores anteriormente mencionados, los que más influyen en la actividad física (Dishman et al 1985, Sallis et al. 2000).

Cuadro 1.5.1. Factores y determinantes de los hábitos de actividad física.

Factores	Determinantes
Biológicos y demográficos	Edad, género, genética, características físicas y antropométricas, composición del cuerpo, etnia, Formación académica, posición socio económica.
Psicológicos, emocionales y cognitivos	Gusto por el ejercicio, el rango de beneficios, el deseo de hacer ejercicio, percepción de la salud, el sentido personal de la competencia, la
Comportamiento	Historia de la actividad física realizada anteriormente, la calidad de los hábitos alimentarios, los procesos de cambio.
Socioculturales	La influencia del médico, el apoyo social de amigos / compañeros, el apoyo social de la familia, el apoyo social de los maestros.
Ambientales	Acceso a equipos deportivos, el clima, los costos del programa, la interrupción de la rutina
Características de la actividad física	Intensidad, sensación subjetiva de esfuerzo

Fuente: Sallis y Owen 1999.

Una revisión acerca de los determinantes biológicos y socioculturales de actividad física en adolescentes concluyó que la edad se asocia negativamente con la actividad física. También reveló que los niños tienden a ser más activos que las niñas y por último asoció positivamente el nivel socioeconómico más alto con una mayor actividad física (Seabra et al. 2008).

Por otro lado, un estudio longitudinal realizado en Londres encontró diferencias socioeconómicas en los niveles de actividad física en las chicas pero no en los chicos. Sin embargo, encontró diferencias en el comportamiento sedentario en ambos sexos (Brodersen et al. 2007).

Se ha detectado que los factores que influyen en los niveles de actividad física difieren dependiendo de la edad. Una revisión reveló que el nivel de educación de los padres y el ingreso familiar se relaciona con los niveles de actividad física de los adolescentes pero no de los niños. En los niños sin embargo, se relaciona con los niveles de actividad física del padre, con el tiempo pasado al aire libre y con las políticas de los colegios relacionadas con la actividad física (Ferreira et al. 2007). Estos resultados son apoyados por otros estudios (Van Der Horst et al. 2007).

A pesar de cierta controversia en los resultados, los hallazgos de las investigaciones parecen demostrar que la participación en la actividad física tiene algunas desigualdades sociales y económicas, es decir, los niños y adolescentes con un alto estatus socioeconómico parecen estar más involucrados en la actividad física que los adolescentes con un estatus bajo (Müller et al. 1999, Román Viñas 2006, Drenowatz et al. 2010).

Una revisión, llevada a cabo recientemente (Stalsberg y Pedersen 2010), muestra como los principales resultados apoyan la hipótesis de que existe una asociación entre la posición socioeconómica y la actividad física entre los adolescentes, y son los adolescentes con mayor nivel socioeconómico los que son más activos físicamente en comparación con los que tienen bajos recursos. Los resultados están, sin embargo, lejos de ser uniformes.

Un estudio realizado en Escocia, con datos obtenidos de varias encuestas HBSC entre 1990 y 2002 (Inchley et al. 2005), muestra como la actividad física vigorosa resultó consistentemente más baja entre los grupos de menor posición socioeconómica y los adolescentes de mayor edad. Las niñas de posición socioeconómica alta reportaron niveles más bajos de actividad vigorosa que los niños de posición socioeconómica baja.

Pertenecer a una posición socioeconómica baja tiende a ser inversamente proporcional a la participación de actividad física en el tiempo libre. Esto puede ser debido a que los grupos de bajos ingresos tienen menos tiempo libre y menos acceso a las instalaciones de ejercicio y espacios verdes.

En cuanto al tiempo libre, las familias de baja posición socioeconómica, a menudo, tienen puestos de trabajo más desfavorables, lo que podría implicar turnos de tarde o de noche. Los hijos mayores, entonces, tienen que ayudar en las tareas domésticas o cuidado de hermanos menores, o incluso contribuir a la economía familiar mediante el trabajo a tiempo parcial.

Se sabe que los niños y adolescentes pasan un gran porcentaje diario de su tiempo en la escuela. Esto requiere que gran parte de su posible participación en actividades deportivas sea fuera del ámbito escolar. Para que esto suceda, debe existir apoyo social y económico para tener acceso a las actividades que normalmente tienen lugar en organizaciones deportivas (clubes, asociaciones, gimnasios). Además, el acceso a estas organizaciones, requiere, entre otras cosas, que los adolescentes tengan que adquirir el equipo necesario para su práctica y el pago de una tasa de suscripción.

En lo referente a España, un estudio longitudinal realizado en la Comunidad de Madrid, durante los años 1989-1996, sobre la realización de ejercicio físico extraescolar, indicaba que los perfiles de práctica de ejercicio físico en la edad escolar estaban influidos por el género y el nivel socioeconómico, de manera que los grupos con mayor nivel y los varones, realizaban más frecuentemente ejercicio y durante más horas (Sánchez Bayle et al. 1998).

Otro estudio realizado en Aragón, en adolescentes de 12 a 16 años en los años 1990-1991, mostraba resultados similares (Mur de Frenne et al. 1997).

El estudio enKid relacionó un mayor gasto energético con un mayor nivel de estudios de la madre y con un mayor nivel socioeconómico en ambos sexos (Román-Viñas et al. 2006).

Un estudio que evaluó los factores asociados con la actividad física en los niños españoles y su evolución en los años 2003 a 2006 utilizando como fuente de datos las Encuestas Nacionales de Salud, reveló una relación directamente proporcional entre el nivel de estudios de los padres y la realización de actividad física en el tiempo libre por parte de sus hijos; cuanto mayor era este

nivel, mayor era el porcentaje de niños que realizaban deporte, tanto en el 2003 como en el 2006 (Casado et al. 2009).

Por otro lado, una gran cantidad de investigaciones han analizado la posible relación de diversos factores del área de residencia con la actividad física. En muchas de estas investigaciones, además de las características demográficas y socioeconómicas de los sujetos, se han incluido indicadores que miden una gran variedad de aspectos del área. La evidencia empírica pone de manifiesto que diversos factores socioeconómicos del entorno relacionados con la privación material y con la riqueza influyen en la actividad física, independientemente de las características de los individuos que lo habitan (Gordon-Larsen et al. 2006, Sallis et al. 2006, Ferreira et al. 2007).

El entorno social, los sistemas de transporte y el diseño urbano contribuyen a exacerbar las desigualdades en los niveles de actividad física (Popkin et al. 2005).

Los barrios socioeconómicamente desfavorecidos tienen pocos lugares que fomenten un estilo de vida saludable, tales como seguridad en las calles y aceras, parques, senderos y jardines comunitarios (McNeill et al. 2006). Estos factores pueden influir en la práctica de actividad física por parte de los residentes (Gordon-Larsen et al. 2000, Holt et al. 2009).

Por lo que se refiere a la importancia del entorno rural y urbano en la actividad física, una revisión que estudió la influencia del entorno físico en los niveles de actividad física no encontró diferencias comparando las zonas rurales con las zonas urbanas (Sandercock et al. 2010). Estos datos concuerdan con los resultados presentados por Sallis et al. (Sallis et al. 2000).

1.6. La relación de la alimentación con la obesidad infantil

No hay pruebas suficientes para aclarar la importancia de la dieta sobre el sobrepeso en niños y adolescentes, y las conclusiones derivadas son un tanto polémicas.

A menudo se asume que la ingesta energética de la dieta en niños y adolescentes obesos es mayor que la de sus homólogos sin sobrepeso, pero, sorprendentemente, esta suposición rara vez ha sido demostrada.

Estudios transversales por lo general han demostrado que el consumo total de energía no se relaciona con la composición corporal o la grasa corporal (Gaulime et al. 1998, Atkin y Davies 2000, McGoïn et al. 2002). No obstante, las conclusiones obtenidas de estudios transversales pueden estar influidas por errores metodológicos o por el uso de técnicas inexactas e imprecisas (Jebb 2007).

No hay muchos estudios longitudinales en niños y adolescentes sobre los cambios de grasa corporal dependiendo de la ingesta de energía o de la composición de la dieta durante un período controlado. Un estudio sobre 10769 preadolescentes y adolescentes estadounidenses, con edades comprendidas entre 9 y 14 años durante un período de un año, relacionó positivamente el incremento del consumo de energía con un aumento en el índice de masa corporal (Berkey et al. 2000). Por otra parte, importantes estudios realizados con un menor número de niños y adolescentes de 4 a 15 años de edad, pero durante períodos más largos de tiempo, no relacionaron el consumo de energía con el aumento de peso (Bogaert et al 2003, Maffeis et al. 1998, Magarey et al. 2003).

Diversos trabajos han examinado la posible asociación entre la proporción de energía en forma de macronutrientes de la dieta (proteínas, grasas e hidratos de carbono) y la prevalencia de obesidad infantil.

Entre los factores relacionados con los nutrientes que se están investigando cabe citar las grasas, el tipo de carbohidratos (incluidos los refinados como el azúcar), el índice glucémico de los alimentos, y la fibra (Organización Mundial de la Salud 2003).

De entre todos los componentes alimentarios, el incremento en la ingesta de grasa es el que ofrece mayor paralelismo con el incremento en la prevalencia de obesidad en los países desarrollados. Sin embargo, el efecto de la grasa sobre el peso corporal es controvertido.

Un gran número de estudios ha encontrado que los niños obesos consumen mayor proporción de energía procedente de la grasa que los no obesos (Maffeis et al. 1996, Ortega et al. 1996, Serra Majem et al. 2003, McGoin et al. 2002), y en algunos casos a expensas de una disminución en la proporción de carbohidratos, que influirían en el sentido opuesto (Gazzaniga y Burns 1993, Ortega et al. 1996).

Los resultados del estudio enKid (Aranceta Bartrina et al. 2001), demostraron que a partir de los 6 años, la prevalencia de obesidad era más elevada en los niños y los jóvenes que aportaban mayor proporción de energía a partir de la ingesta grasa (> 40% Kcal) en relación con los que realizaban ingestas porcentuales de grasa más bajas.

Es importante tener en cuenta que las personas obesas tienden a subestimar su ingesta, o al menos refieren haber consumido cantidades inferiores a las reales, induciendo por lo tanto un sesgo importante en las estimaciones de la ingesta energética (Goran 2001).

Mientras que algunos estudios muestran un efecto protector de una alta proporción de hidratos de carbono, muchos otros no muestran ninguna asociación, en particular los estudios en niños (Ludwig et al. 1999). La evidencia que relaciona la ingesta de azúcar per se con el cambio de peso es incompatible (Hill y Prentice 1995). En parte, esto puede ser debido a las diversas fuentes de azúcar en la dieta.

Varios estudios prospectivos (Rolland-Cachera et al. 1995, Scaglioni et al. 2000), observaron que la ingesta de proteínas en edades tempranas se relacionaba con un mayor riesgo de desarrollo de obesidad en etapas posteriores. Las proteínas parecen tener influencia en el desarrollo de obesidad sólo si se ingieren en exceso en las edades tempranas del crecimiento (1-2 años).

En respuesta a los inconsistentes resultados encontrados hasta el momento con los métodos de examen de los alimentos individuales o nutrientes, el análisis de los patrones de la dieta ha sido sugerido para una mayor investigación en nutrición epidemiología para proporcionar más

información sobre la compleja relación entre la ingesta alimentaria y el desarrollo de la obesidad (Moreno et al. 2010).

Varios aspectos de la ingesta alimentaria han sido identificados como potencialmente asociados al desarrollo de la obesidad, como son la frecuencia y distribución de las comidas, el consumo de bebidas azucaradas y tentempiés, el alto consumo de comida rápida, el tamaño de las porciones, la omisión del desayuno, el consumo de comidas fuera de casa y el bajo consumo de frutas y verduras (Rao 2008).

Un estudio llevado a cabo por Maffeis et al, (Maffeis et al. 2000) también encontró que las calorías ingeridas en la cena podrían influir en el desarrollo de la obesidad durante la etapa infantil.

Diversos estudios apuntan a la importancia del desayuno adecuado en la población infantil, dada su asociación negativa con la presencia de obesidad (Serra Majem et al. 2003, Maffeis et al. 2000). Una revisión realizada en 2005 encontró que a pesar de que los niños que realizan el desayuno consumen más calorías diarias, son menos propensos a tener sobrepeso (Rampersaud et al. 2005).

El fraccionamiento de la ingesta diaria en varias raciones a lo largo del día es un tema controvertido en la actualidad por la frecuencia y la variedad de alimentos que puedan configurar las raciones entre comidas principales. En las sociedades desarrolladas parece una tendencia cada vez más frecuente el consumo de pequeñas raciones de alta densidad energética entre horas, especialmente entre los jóvenes y adolescentes (Aranceta Bartrina 2010).

Diversos estudios han puesto de manifiesto una menor prevalencia de obesidad en los niños y jóvenes que habitualmente realizan un mayor número de tomas a lo largo del día en comparación con los que realizan sólo una o dos comidas principales (Bellisle et al. 1997, Tuschke et al. 2005, Franko et al. 2008, Lioret et al. 2008, Villagrán et al. 2010).

Según el modelo de consumo, el estudio enKid (Aranceta Bartrina et al. 2001), observó en las niñas entre 6 y 14 años, una relación positiva entre la frecuencia de consumo de productos de bollería y la prevalencia de obesidad. Tanto en el subgrupo femenino como entre los varones, la prevalencia de obesidad fue más elevada entre los niños y jóvenes que realizaban bajos consumos de frutas y verduras (menos de 2 raciones al día) en relación con los que consumían

mayores cantidades (4 o más raciones al día). En el cuadro 1.6.1 se puede observar los factores relacionados con la alimentación que según los resultados del estudio enKid favorecen la obesidad.

Cuadro 1.6.1. Factores relacionados con la alimentación que favorecen la obesidad.

<i>Factores relacionados con la alimentación favorecedores de la obesidad</i>
Ausencia de lactancia materna
Nº de comidas diarias (1-2 al día)
Consumo de frutas y verduras < 4 raciones/día
Ingesta grasa usual > 38%
Consumo de bollería, refrescos, embutidos

Fuente: Aranceta Bartrina et al. 2001.

Una tendencia emergente es el incremento de ocasiones en las que se come fuera de casa, así como un aumento en los tamaños de las raciones de alimentos en todos los ámbitos (Binkley et al. 2000, Colapinto et al. 2007, Piernas y Popkin 2011).

En cuanto al consumo de comida rápida, varios estudios han estudiado su relación con la obesidad (Prentice y Jebb 2003, Fraser et al. 2010), llegando a la conclusión de que parece tener un efecto adverso en la calidad de la dieta de manera que posiblemente podría aumentar riesgo para la obesidad (Bowman et al. 2004, Pereira et al. 2005).

Hay estudios que han encontrado relación entre el tamaño de las porciones de los alimentos, sobre todo de alimentos de alto contenido energético y nutricionalmente pobres, y el desarrollo de obesidad (Lioret et al. 2009a).

Sin embargo, parece que el tamaño de las porciones no influye en los niños pequeños, pero va aumentando a medida que estos crecen (Ello-Martín et al. 2005). Los niños mayores están más influidos por factores ambientales que por señales biológicas innatas de saciedad, en comparación con los niños más pequeños.

Existen datos que prueban que los niños que consumen muchos refrescos ricos en azúcares libres tienen más riesgo de sufrir sobrepeso (Ludwing et al. 2001, Ochoa et al. 2007). Sin embargo, la evidencia que sustenta esta relación no es tan clara. Hay un gran número de estudios y revisiones sobre este tema, pero las conclusiones que plantean son inconsistentes.

Una revisión reciente (Wolff y Dansinger 2008), apoya la hipótesis de que el consumo bebidas azucaradas causa ganancia de peso, pero sugiere la necesidad de mayores y más largas pruebas de intervención para aclarar los efectos de la ingesta de bebidas azucaradas sobre el peso corporal.

Otra revisión (Gibson 2008) estima que el efecto del consumo de bebidas azucaradas en el exceso de peso es pequeño (excepto en personas sensibles o con altos niveles de la ingesta). Sin embargo, el autor hizo hincapié en las debilidades metodología de los estudios analizados.

Varios ensayos controlados aleatorios (James et al. 2004, Ebbeling et al. 2006, Sichieri et al. 2009) sugieren un efecto beneficioso de la prevención del consumo de bebidas azucaradas en el peso corporal, aunque no encuentran diferencias significativas en los valores de IMC entre los grupos de tratamiento y control.

1.7. La relación de la actividad física con la obesidad infantil

Existen numerosos caminos que conducen a la obesidad, los cuales implican necesariamente la interacción de lo biológico con lo social. Los diferentes modelos explicativos de la obesidad varían entre sí tanto en contenido como en forma, de manera que no hay consenso en cuanto a la causalidad de la obesidad (Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición 2009).

A lo largo de las últimas décadas, los cambios sociales, económicos y tecnológicos han alterado los estilos de vida prácticamente en todo el mundo. En relación a estas alteraciones, los cambios de los hábitos alimentarios y de la actividad física han sido clave en la aparición de la obesidad en muchas sociedades (Ulijaszek 2008).

La causa fundamental del sobrepeso y la obesidad infantil es el desequilibrio entre la ingesta calórica y el gasto calórico (Bastos et al. 2005). El aumento mundial del sobrepeso y la obesidad infantil es atribuible a varios factores, tales como:

- El cambio dietético mundial hacia un aumento de la ingesta de alimentos hipercalóricos con abundantes grasas y azúcares, pero con escasas vitaminas, minerales y otros micronutrientes saludables.
- La tendencia a la disminución de la actividad física debido al aumento de la naturaleza sedentaria de muchas actividades recreativas, el cambio de los modos de transporte y la creciente urbanización.

La OMS reconoce que la prevalencia creciente de la obesidad infantil se debe a cambios sociales. La obesidad infantil se asocia fundamentalmente a una dieta poco saludable y a una actividad física escasa. Pero no está relacionada únicamente con el comportamiento del niño, cada vez más se asume su relación con el desarrollo social y económico y las políticas en materia de agricultura, transportes, planificación urbana, medio ambiente, educación y procesamiento, distribución y comercialización de los alimentos. (Organización Mundial de la Salud 2004).

La actividad física se ha asociado con una amplia gama de resultados beneficiosos para la salud en los niños y adolescentes, incluidos los resultados relacionados con el crecimiento y el desarrollo, la salud ósea, enfermedades cardiovasculares, determinados tipos de cáncer, el estado de peso, y resultados psicológicos y emocionales (Strong et al. 2005). Sin embargo, no hay evidencia sustancial sobre la cual basar recomendaciones precisas, y son más los datos

necesarios para determinar la cantidad y el tipo de actividad física necesaria durante la infancia para disfrutar de una buena salud y evitar el exceso de peso.

La actividad física es una estrategia aceptada en el tratamiento de la obesidad establecida (Prevención terciaria), sin embargo, el papel de la actividad física en la prevención de la obesidad (Prevención primaria y secundaria) es menos clara (Steinbeck 2001). Aunque es evidente que la actividad física contribuye a la etiología de la obesidad en los niños, la importancia relativa de diferentes aspectos de la actividad física es poco conocida. Por ejemplo, no está claro si el riesgo de obesidad asociado a una reducción de la actividad física intensa, a una reducción de la actividad de intensidad moderada o un aumento en el comportamiento sedentario es diferente (Rennie et al. 2005).

La actividad física en niños se relaciona con la etapa de desarrollo, se reduce con la edad y está influenciado por la actividad física de los padres. Si bien existe un debate acerca de los beneficios de salud inmediatos de la actividad física para los niños, hay datos que apoyan que los niveles más bajos de actividad física y sedentarismo están asociados con una mayor prevalencia de obesidad (Rennie et al. 2005, Parsons et al. 2005).

El sedentarismo se está convirtiendo en un componente importante de la obesidad y debe ser reconocido como una conducta que es distinta de la actividad física (Biddle et al 2004, Spanier et al. 2006). La definición de la conducta sedentaria como la ausencia de actividad física no tiene en cuenta la variedad y complejidad de la conducta sedentaria (ver televisión, jugar videojuegos, usar el ordenador, leer, hacer la tarea etc...) pudiendo tener cada una de estas variables diferentes implicaciones en la obesidad.

Los modos de vida sedentarios en los niños y adolescentes se han asociado con la obesidad (Rennie et al. 2005). Se sugiere que el mayor uso de la información y la tecnología, sobre todo ver la televisión, jugar con videoconsolas y el uso del ordenador son factores sedentarios fundamentales que afectan a la prevalencia de obesidad (Kautiainen et al. 2005).

Un estudio realizado en Canadá (Wong y Leatherdale 2009) concluye que el sedentarismo puede moderar la relación entre la actividad física y el sobrepeso por lo que desarrollar una mejor comprensión de la conducta sedentaria en relación con la actividad física y el sobrepeso es fundamental para prevenir y reducir el sobrepeso entre los jóvenes.

Numerosos estudios han evidenciado una asociación positiva entre el tiempo dedicado a ver la televisión y la prevalencia de obesidad o grado de adiposidad (Gortmaker et al. 1996, Vioque et al. 2000, Eisenmann et al. 2002, Parsons et al. 2005), sin embargo, una revisión llevada a cabo por Marsahall et al (Marshall et al. 2004) concluyó que aunque el tiempo dedicado a ver la televisión ha sido siempre relacionado con el sobrepeso entre los niños y adolescentes, la asociación es débil y es poco probable que sea clínicamente relevante. Esta conclusión, no obstante, ha sido refutada por otros investigadores (Hancox y Poulton 2006, Lowry et al. 2002).

A finales de los años noventa, en los Estados Unidos se recogieron datos relativos al comportamiento sedentario de la población infantil. Se pudo comprobar un aumento en el predominio de obesidad y en el tiempo que los niños emplean ante el televisor. Tanto los niños como las niñas que veían la televisión 4 horas diarias tuvieron un IMC más alto. Es interesante destacar que la relación entre actividad física e IMC no fue significativa, pero sí los hábitos sedentarios (en función del tiempo ante el televisor) con respecto al IMC, destacando la importancia de la inactividad en la etiología de la obesidad (Goran 2001).

En Canadá (Janssen et al. 2004), no hubo una clara relación observada entre los hábitos dietéticos y las medidas de sobrepeso y obesidad. Sin embargo, los niveles de actividad física fueron más bajos y el tiempo de ver la televisión fue superior en los niños y las niñas con sobrepeso y obesos que en los de peso normal.

Otro estudio de Canadá, sin embargo, no encontró diferencias significativas entre los niveles de actividad física y el peso, tanto en niños (6-11 años) como en jóvenes (12-17 años). No obstante, sí se encontró diferencia en el tiempo de ver la televisión, siendo mayor en los niños y jóvenes que presentaban sobrepeso, la diferencia resultó más pronunciada en niños que en jóvenes (Instituto Canadiense para Información de Salud 2009).

Datos extraídos de la encuesta internacional del Estudio sobre las conductas saludables de los jóvenes escolarizados (HBSC) del año 2005/2006 muestran una relación negativa entre presentar sobrepeso y realizar actividad física moderada o vigorosa durante 1 hora por lo menos 5 días a la semana en 26 de 31 países para los varones y 14 de 31 países para las niñas. Entre las actividades sedentarias examinadas, ver la televisión ≤ 2 horas / día se asociaba con una menor probabilidad de presentar sobrepeso en 10 de 30 países para los varones y 13 entre los 30 países de las niñas. En la mayoría de los países, la asociación entre sobrepeso y actividad física o hábitos sedentarios fue más fuerte en chicos que en chicas (Haug et al. 2009).

Desde 1985 hasta 1995 el equipo encargado de llevar a cabo la encuesta de Salud Escolar de Aragón, estudió la totalidad de la población de niños (6-7 años) y adolescentes (13-14 años). En la encuesta de 1990-1991 se observó que la cantidad de actividad física no se relacionaba con el IMC tanto en niños como en niñas, pero se relacionó significativamente con los depósitos de grasa en las adolescentes, pero no en los chicos (Moreno et al. 1997). Además, el tiempo dedicado a ver televisión se relacionó significativamente con el índice de masa corporal en las niñas y con el porcentaje de grasa corporal tanto en los niños como en las niñas. En todos los casos el efecto fue mayor en las niñas que en los niños (Moreno et al. 1998).

Otro estudio llevado a cabo en Aragón en niños de 7 a 12 años (Ara et al. 2007), muestra como la proporción de los niños que fueron clasificados con sobrepeso y obesidad fue similar en los grupos físicamente activos y en los sedentarios. Sin embargo, las niñas físicamente activas tienden a mostrar menor prevalencia de obesidad en comparación con sus homólogas sedentarias.

El estudio enKid muestra una relación inversa entre la actividad física en el tiempo libre y la obesidad solamente en los chicos de 14-24 años, los de nivel socioeconómico alto, aquellos cuya madre tenía un mayor nivel de educación, y los que vivían en las grandes ciudades. Ninguna relación se observó en las chicas (Román Viñas et al. 2009).

Un estudio dentro del proyecto HELENA (Moliner-Urdiales et al. 2009) llevado a cabo en población española de 12,5 a 17,5 años muestra como la actividad física vigorosa puede tener un efecto preventivo frente a la obesidad mayor que una actividad física de baja intensidad. También concluye que la actividad física, especialmente la intensa, está inversamente asociada con los marcadores de adiposidad corporal total y grasa abdominal en los adolescentes.

Un estudio reciente, realizado con el objetivo de estimar la fuerza de asociación de los hábitos alimentarios y el sedentarismo en relación con la obesidad infantil en España, concluye que los factores relacionados con antecedentes familiares de obesidad o con la alimentación, presentan mayor relación con la obesidad que los relacionados con la actividad física o hábitos sedentarios (Zurriaga et al. 2011).

En Navarra, un estudio de casos y controles concluyó que la actividad física durante el tiempo libre se presenta como un factor protector frente a la obesidad, mientras que la historia familiar

de obesidad, ver la televisión y el consumo de bebidas azucaradas, fueron asociados con un mayor riesgo de obesidad (Ochoa et al. 2007).

Según un estudio transversal sobre la población de 3 a 16 años en la ciudad de Cádiz, los niños con sobrecarga ponderal presentan niveles de actividad física próximos a los recomendados. Por ello, el sedentarismo junto con los hábitos alimentarios, especialmente si los padres presentan sobrecarga ponderal, adquieren una mayor relevancia en las estrategias de intervención (Villagrán Pérez et al. 2010).

En conclusión, puede decirse que hay una creciente toma de conciencia de las interacciones complejas entre los factores de comportamiento, particularmente la dieta y la actividad física. Por ello, los autores tienden a dar una explicación más realista a la etiología de la obesidad infantil, en la que incorporan esas interacciones, en lugar de pensar en cada uno de los factores por separado (Rennie et al 2005).

1.8. La importancia de la actividad física y la alimentación en la relación de la posición socioeconómica con la obesidad infantil

La relación entre la obesidad y la condición socioeconómica es muy variable y compleja, ya que la asociación es diferente en contextos socioeconómicos distintos y puede quedar disimulada por varios factores (ejercicio físico, dieta, factores psicológicos, herencia, factores socioculturales) que influyen en la asociación (Figuroa 2009).

Existen posibles mecanismos por los que tanto la PSE familiar como el medio ambiente puede asociarse con el exceso de peso y/o obesidad infantil. Algunos de los mecanismos sugeridos para determinar cómo influye la educación, ocupación o ingresos de la familia en el riesgo de desarrollar obesidad en la infancia son los siguientes: distinta accesibilidad a los alimentos y a la actividad física, distintos conocimientos sobre estilos de vida saludables, diversidad de creencias, tal como se puede observar en la figura 1.8.1.

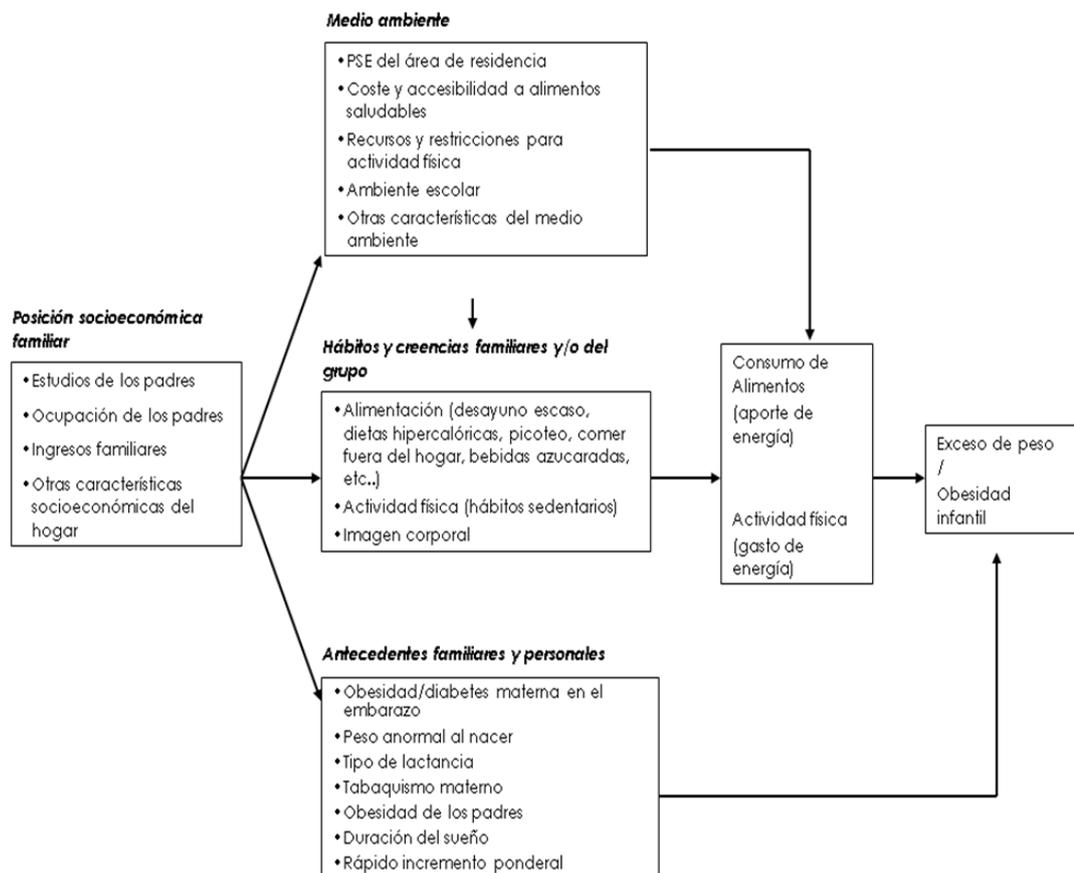
Un mayor nivel educativo de los padres favorece un mejor conocimiento de hábitos saludables tanto para ellos como para sus hijos. Con más frecuencia conocen los alimentos saludables, los beneficios de la realización de actividad física, y de la realización de prácticas preventivas (revisiones periódicas...). Conocen mejor los efectos perjudiciales de ciertos alimentos, del sedentarismo, y del exceso de peso corporal.

En las últimas décadas, el ambiente se está haciendo global y cada vez más obesogénico pero, según muestran algunos trabajos, quizás se esté haciendo más específicamente obesogénico en las clases sociales más bajas (Delva et al. 2007). Estas clases parecen estar sometidas más intensamente al medio ambiente humanizado o artificial ("built environment"), que parece ser de peor calidad. Peores infraestructuras de esparcimiento, mayor concentración de locales de consumo de dieta poco saludable, menor accesibilidad a alimentos saludables (Papas et al. 2007, Franco et al. 2008, Delva et al. 2007).

Las ocasiones para la actividad física y la alimentación saludable, son determinadas en gran parte por factores sociales, económicos y culturales que influyen en el acceso y la disponibilidad. Por consiguiente, el sobrepeso y la obesidad afectan a las partes más pobres de la sociedad, teniendo consecuencias a largo plazo para uno de sus grupos más vulnerables: los niños y niñas.

A parte de estos factores, la opción individual o familiar por un alimento, por un comportamiento (sedentario o no) o por la realización de actividad física reglada, viene condicionada en mayor o menor medida por el entorno (Dunton et al. 2009, Powel et al. 2007). En el caso de los niños, refiriéndose fundamentalmente al hogar, al barrio y al centro escolar. Pero bien es cierto que no hay que olvidar los medios de comunicación y los pares, especialmente en edades más avanzadas de la infancia.

Figura 1.8.1. Posibles mecanismos por los que la posición socioeconómica (PSE) familiar puede asociarse con el exceso de peso y/o la obesidad infantil.



Fuente: Barriosuso 2010.

Aunque en los países desarrollados el número de estudios que investigan la relación entre PSE y obesidad infantil es creciente en las últimas décadas, existen muy pocos que investiguen los

posibles mecanismos que la explican (Delva et al. 2007a, Lioret et al. 2008). Uno de los mecanismos a los que se le atribuye una importancia fundamental, sobre todo en investigaciones procedentes de Estados Unidos de América, es el acceso desigual a los alimentos sanos. Se supone que esta desigual accesibilidad es uno de los mecanismos por los que los factores socioeconómicos influyen en la dieta y la salud de una población. En ese sentido se señala que las minorías y los pobres están claramente en desventaja cuando se trata de la adopción de hábitos alimentarios saludables.

El bajo costo y alta palatabilidad de los alimentos densos en energía - principalmente azúcares y grasas-, junto con el fácil acceso a los alimentos, puede ayudar a explicar por qué las tasas de obesidad más altas se encuentran entre los grupos más desfavorecidos. La diferencia cada vez mayor en el precio entre los alimentos sanos y los poco saludables también es compatible con la relación de causalidad entre la pobreza y la obesidad (Drewnowski 2009). Un mayor poder adquisitivo capacita para la compra de productos de primera necesidad en cantidad suficiente y además con menor limitación presupuestaria.

En ocasiones, los alimentos más saludables son más gravosos. Del mismo modo, permite que las familias puedan consumir otro tipo de producto “no de primera necesidad” como por ejemplo la realización de actividades físicas privadas y su equipamiento.

Otro mecanismo que puede explicar esa relación entre PSE y obesidad infantil es el sedentarismo. Un estudio llevado a cabo en Canadá encontró que la inactividad física de los jóvenes se asocia positivamente con la baja PSE (Janssen et al. 2004). Sin embargo, no se encontró relación entre baja PSE y comida poco saludable.

Sin embargo, una investigación realizada en Escocia no encontró diferencias en los niveles de actividad física según PSE, y sugirió que el patrón social que presenta la obesidad infantil en UK puede ser debida a las diferencias socioeconómicas en la ingesta dietética más que a las diferencias en la actividad física, aceptando que la etiología de la obesidad es mucho más compleja y que hay que considerar otros factores a parte del balance energético (Kelly et al.2006).

Un estudio realizado en Francia en niños de 6 a 14 años, en el que se relaciona la obesidad con la actividad física, el sedentarismo y la PSE, encontró que las horas de visualización de televisión

parece ser uno de los factores que explicarían la relación entre la PSE y la obesidad (Lioret et al. 2007). En otro trabajo la misma autora estudió la relación de varios factores relacionados con la alimentación como posibles mediadores de la relación entre la PSE y la obesidad. Esa investigación mostró cómo la frecuencia de alimentación (número de tomas a lo largo del día) fue el único comportamiento que jugaba un papel de mediación ligero en la relación inversa entre la PSE y la obesidad (Lioret et al. 2008a). Otro estudio de esta autora, encontró que entre todos los modos de vida estudiados, solamente el consumo alto de snacks y un estilo de vida sedentario desempeñaron un papel de mediación en la relación entre PSE y obesidad en niños de 3 a 6 años; sin embargo, ese papel de mediación no se daba en los niños de 7 a 11 años (Lioret et al. 2007).

A este respecto es de destacar que varios estudios han puesto de manifiesto que la mayoría de los alimentos publicitados en TV, durante los programas infantiles, correspondían a alimentos altos en grasa y / o azúcar, mientras que, por lo general, no se anunciaban frutas y verduras (Sustain 2001, Menéndez y Franco 2009). Además, se han relacionado la visualización de anuncios de refrescos y comida rápida con un aumento en el consumo de este tipo de alimentos (Andreyeva et al. 2011). Si los niños de PSE más baja ven la TV más que los niños de PSE alta, esa circunstancia podría ser uno de los factores que expliquen la mayor frecuencia de obesidad infantil en los niños de PSE baja.

Otra investigación, en la que se estudió los factores sociales y nutricionales relacionados con la obesidad en niños y adolescentes en Australia, encontró que el bajo nivel socioeconómico contribuye a los altos niveles de IMC, mediado por la baja calidad nutricional de los desayunos.

Esto significa que los niños con baja PSE son más propensos a tener un IMC alto porque no reciben el desayuno o reciben un desayuno de calidad nutricional deficiente (O'Dea y Wilson 2006).

Un trabajo que estudió la tendencia entre 1986 y 2003 de las diferencias según raza o etnia y según PSE en el sobrepeso y los comportamientos relacionados con la salud entre los estudiantes americanos, muestra una continua tendencia al alza en la proporción de jóvenes estadounidenses que tienen sobrepeso y un descenso de los comportamientos saludables relacionados con la dieta y el ejercicio, especialmente entre los varones. También reveló una mayor prevalencia de sobrepeso entre los jóvenes negros e hispanos pertenecientes a una baja PSE. Estos, a su vez, son los que presentan una menor prevalencia del hábito de desayunar o de

realizar ejercicio con regularidad, así como una mayor prevalencia de ver mucha televisión (Delva et al. 2006).

Otro estudio realizado en Estados Unidos, analizó las posibles asociaciones tanto independientes como conjuntas de los determinantes raciales/étnicos, socioeconómicos y de comportamiento con la obesidad en los niños y adolescentes. Los factores que se mostraron asociados de forma independiente con un riesgo significativamente mayor de obesidad fueron la residencia en áreas no metropolitanas, un nivel de educación bajo de los padres, mayores niveles de pobreza, bajo capital social del barrio, el aumento de los niveles de televisión y la inactividad física. Reveló que a pesar de que la PSE de los hogares aparecía inversamente relacionada con la obesidad, las disparidades de PSE diferían por género y raza/etnia. También encontró que la asociación entre la obesidad y la inactividad física era más constante y pronunciada en los grupos de mayor nivel socioeconómico (Singh et al. 2008).

1.9. Justificación del estudio

La posición socioeconómica es un factor determinante de la obesidad infantil. Aunque en los países desarrollados el número de estudios que investigan esta relación es creciente en las últimas décadas, hay muy pocos que investiguen los posibles mecanismos que la explican (Delva et al. 2007, Lioret et al. 2008).

A la luz de la bibliografía revisada, la mayoría de las investigaciones que estudian la importancia de la actividad física y la alimentación en la relación de la posición socioeconómica con la obesidad infantil proceden de Norteamérica –principalmente EEUU- y son escasas las investigaciones que se han desarrollado en el sur de Europa. Dado que las características económicas, sociales, culturales y de diseño de las ciudades son diferentes en los países sur de Europa que en EEUU, el propósito de la presente investigación es desentrañar el papel que juegan la alimentación y el sedentarismo en la relación entre la PSE y la obesidad infantil en España.

Como se ha indicado en la introducción, una forma de conocer las causas primarias (determinantes) de las desigualdades sociales en salud es analizar los diferentes mecanismos a través de los cuales actúan los factores de riesgo conocidos para generar los gradientes sociales en salud observados (Diderichsen et al. 2001).

Uno de estos factores de riesgo son los hábitos o conductas relacionadas con la salud por lo que comprobar la importancia de la alimentación y el sedentarismo en la relación entre la PSE y la obesidad infantil es una manera de esclarecer las causas de las desigualdades sociales en este caso de la obesidad infantil en España.

1.10. Objetivos del estudio

1.10.1. Objetivo principal

- Comprobar el papel que juegan la alimentación y el sedentarismo en la relación entre la PSE y la obesidad infantil en España, en el periodo 1997-2007.

1.10.2. Objetivos secundarios

- Estudiar la evolución de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población infantil en España según la PSE.
- Estudiar la evolución de los hábitos alimenticios y del sedentarismo en la población infantil en España según la PSE.
- Estudiar la evolución de las diferencias socioeconómicas en el sobrepeso y la obesidad, los hábitos alimenticios y el sedentarismo en la población infantil en España.

PARTE II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. Fuentes de Datos

Los datos utilizados para este estudio han sido obtenidos de las Encuestas Nacionales de Salud de España (ENSE) correspondientes a los años 1995, 1997, 2001 y 2006/07.

La Encuesta Nacional de Salud es una operación estadística elaborada por el Ministerio de Sanidad y Consumo, con periodicidad irregular, generalmente bienal, incluida en el Plan Estadístico Nacional. La primera encuesta fue realizada en 1987, continuando en los años 1993, 1995, 1997, 2001, 2003 y 2006/07.

Tanto el diseño muestral como el trabajo de campo de las cinco primeras encuestas de salud (1987-2001), fueron realizadas por el Centro de Investigaciones Sociológicas, organismo autónomo dependiente del Ministerio de la Presidencia. Sin embargo, las encuestas de 2003 y 2006/07 se han realizado mediante un convenio de colaboración con el Instituto Nacional de Estadística (INE).

El Acuerdo específico para realizar la ENSE establece que el Ministerio de Sanidad y Consumo se encarga de definir los objetivos, el ámbito de la investigación, las variables y el plan básico de explotación de los resultados. El INE colabora con el Ministerio en la elaboración de los cuestionarios y se encarga en lo sucesivo de la realización del proyecto técnico, del diseño muestral, de la formación de entrevistadores e inspectores, de la recogida de los datos y del tratamiento informático hasta llegar a los ficheros finales de la Encuesta (Instituto Nacional de Estadística 2008).

La Encuesta Nacional de Salud de España es una investigación dirigida a una muestra representativa de la población no institucionalizada residente en España. Se realiza mediante entrevista personal en el domicilio de la persona seleccionada. Para la recogida de información se utilizan tres tipos de cuestionarios precodificados: cuestionario de hogar, cuestionario de adultos y cuestionario de menores.

El cuestionario de hogar, introducido en 2003, recoge información socio demográfica básica de todos los miembros del hogar y permite la selección aleatoria del adulto y del menor, en su caso, a entrevistar.

El cuestionario de adultos contiene la información específica sobre estado de salud, estilos de vida y utilización de servicios sanitarios proporcionada de manera directa por la población de 16 y más años.

El cuestionario de menores, que se dirige a la población de 0 a 15 años, está concebido para ser contestado por un informador indirecto, esto es, la persona que se ocupa habitualmente del menor.

Las encuestas de salud por entrevista son la herramienta de elección para obtener información de la población sobre los fenómenos subjetivos en relación con la salud y morbilidad percibida, las conductas relacionadas con la salud (incluyendo las prácticas preventivas) y la utilización de servicios sanitarios (tanto públicos como privados). Además, son útiles para conocer aspectos del entorno ambiental (físico y social) en el que viven e interactúan las personas por lo que son útiles para poner en evidencia diferencias y desigualdades en el estado de salud y/o asistencia sanitaria entre grupos sociales.

El marco de las estrategias de salud que se desarrollan en España, cuyo objetivo es mejorar la salud de la población, precisa de este tipo de información subjetiva como otro elemento primordial para la planificación y adopción de medidas de Salud Pública. Asimismo, constituye un instrumento fundamental en la evaluación de las políticas sanitarias y en el establecimiento de programas de salud. Además, la información obtenida sirve para estudios de investigación sobre el estado de salud de los españoles.

Con la finalidad de disponer de información comparable a lo largo del tiempo que permita elaborar indicadores para evaluar la tendencia de la situación de salud en la población de España, el contenido principal de la Encuesta Nacional de Salud se mantiene inalterable desde 1987, aunque en las sucesivas ediciones se han ido incorporando o modificando diversas preguntas, adaptando, así, el contenido de la encuesta a las nuevas necesidades de información.

Actualmente, las materias que recoge la Encuesta Nacional de Salud se agrupan en cuatro grandes bloques: el estado de salud percibida por los ciudadanos, sus estilos de vida o conductas relacionadas con la salud, las características del medio ambiente en el que se desenvuelven y la utilización que hacen estos ciudadanos de los servicios sanitarios; además, se obtiene información sobre diversas características socio demográficas y geográficas de la población, que

permiten analizar los datos sobre el estado de salud y sus determinantes en función de estas variables de clasificación o control como se puede observar en el cuadro 2.1.1.

Cuadro 2.1.1. Principales materias recogidas en la Encuesta Nacional de Salud 2006/07.

Estado de salud	Conductas relacionadas con la salud	Medio ambiente	Utilización Servicios Sanitarios
Salud percibida y calidad de vida	Consumo de tabaco	- Físico	Consulta médica
Morbilidad crónica	Consumo de alcohol	Vivienda	Consulta al dentista
Salud mental	Descanso	Medio laboral	Asistencia urgente
Salud bucodental	Actividad física		Hospitalización
Accidentalidad y violencia	Alimentación	- Social	Accesibilidad a la atención médica
Restricción de actividad	Seguridad Vial	Apoyo social	Consumo de medicamentos
Discapacidad	Higiene bucodental	Discriminación	Consumo de productos de medicina alternativa
Dependencia funcional	Prácticas preventivas		
	Vacunación antigripal		
	Control tensión arterial y colesterol		
	Control ginecología		
Características sociodemográficas		Características geográficas	
Sexo		Comunidad autónoma	
Edad		Tamaño del municipio de residencia	
Nacionalidad			
Estado civil			
Nivel de estudios			
Clase social basada en la ocupación			
Ingresos económicos del hogar			
Situación laboral			
Situación profesional			
Jorana laboral			

Fuente: Ministerio de Sanidad, Igualdad y Servicios Sociales. Encuesta Nacional de Salud 2006.

En cuanto al aspecto temporal es a partir del año 1995 cuando se procede a un desglose en cuatro fases a lo largo del año correspondientes a los meses de marzo, junio, septiembre y diciembre de 1995, por lo que los resultados de la Encuesta Nacional de Salud de 1995 están desestacionalizados, siendo útil para afrontar posibles variantes estacionales en alguna de las variables estudiadas.

Así, en el resto de años también se han realizado las entrevistas en varias fases a lo largo de todo el periodo de estudio con el mismo objetivo que en 1995.

El procedimiento de muestreo de los años 1995/1997 y 2001 es polietápico, estratificado por conglomerados, con selección de las unidades primarias de muestreo (municipios), y de las unidades secundarias (secciones) de forma aleatoria proporcional y de las unidades últimas (individuos) por rutas aleatorias y cuotas de sexo y edad.

Los estratos se han formado por el cruce de las 17 regiones autonómicas con el tamaño de hábitat, dividido en 7 categorías: menos de 2.000 habitantes; de 2.001 a 10.000; de 10.001 a 50.000; de 50.001 a 100.000; de 100.001 a 400.000; de 400.001 a 1.000.000; más de 1.000.000 de habitantes.

El error muestral en los años 1995 y 1997, para un nivel de confianza del 95,5% y $P=Q$, es de $\pm 4,47$ para la muestra de niños. Por otro lado, tanto la muestra de adultos como la de niños es auto ponderada.

En la Encuesta Nacional de Salud de 2001, el error de muestreo para intervalos de confianza del 95,5% y máxima varianza ($P = Q$), es de $\pm 1,38$ % para las características de los niños. Para el tratamiento conjunto de la muestra se utilizarán los coeficientes de ponderación resultantes de multiplicar cada una de las ponderaciones de Niños por 0,8207. Dentro de las Comunidades Autónomas las muestras son auto ponderadas.

En el año 2006/07, el tipo de muestreo utilizado es un muestreo polietápico estratificado. Las unidades de primera etapa son las secciones censales. Las unidades de segunda etapa son las viviendas familiares principales.

Dentro de ellas no se realiza submuestreo alguno, investigándose a todos los hogares que tienen su residencia habitual en las mismas.

Dentro de cada hogar se selecciona a un adulto (16 o más años) para cumplimentar el Cuestionario de Adultos y en caso que hubiera menores (de 0 a 15 años) se selecciona asimismo un menor para cumplimentar el Cuestionario de Menores.

El marco utilizado para la selección de la muestra es un marco de áreas formado por la relación de secciones censales utilizadas en el Padrón Municipal de habitantes de 2002. Para las unidades de segunda etapa se ha utilizado la relación de viviendas familiares principales en cada una de las secciones seleccionadas para la muestra.

Las unidades de primera etapa se agrupan en estratos de acuerdo con el tamaño del municipio al que pertenece la sección.

Se consideran los siguientes estratos:

Estrato 0: Municipios de más de 500.000 habitantes.

Estrato 1: Municipio capital de provincia (excepto los anteriores).

Estrato 2: Municipios con más de 100.000 habitantes (excepto los anteriores).

Estrato 3: Municipios de 50.000 a 100.000 habitantes (excepto los anteriores).

Estrato 4: Municipios de 20.000 a 50.000 habitantes (excepto los anteriores).

Estrato 5: Municipios de 10.000 a 20.000 habitantes.

Estrato 6: Municipios con menos de 10.000 habitantes.

La realización de la encuesta se plantea en dos fases. La primera fase se identifica con el Cuestionario de Hogar y la segunda con el Cuestionario de Adultos (personas de 16 y más años) y el Cuestionario de Menores (personas de 0 a 15 años).

En la primera fase se intenta captar a todas las personas residentes en el hogar, solicitándoles a todos sus miembros información sobre ciertas variables socio demográficas. También se pregunta sobre quién se ocupa del cuidado de los niños y del trabajo de la casa.

En la segunda fase se recoge información de una única persona de 16 y más años, seleccionada aleatoriamente dentro del hogar, a través del Cuestionario de Adultos. También se recogen datos de un menor (de 0 a 15 años) seleccionado aleatoriamente dentro de los que hubiere en el hogar, a través del Cuestionario de Menores.

A estas personas se les pasa una batería de preguntas referentes a los temas objeto de estudio: Medida de la utilización de los servicios sanitarios y sociales, autovaloración del estado de salud, características antropométricas, limitaciones temporales de las actividades cotidianas, hábitos de vida, accidentalidad, prevalencia de enfermedades crónicas, prácticas preventivas y hábitos de nutrición.

La Encuesta de 2006/07 presenta algunas novedades como la introducción de mejoras para medir desigualdades de salud, especialmente en relación con el género y la clase social, el estudio de dimensiones anteriormente no exploradas como la salud mental y los determinantes de salud relacionados con el medioambiente físico y social de las personas, y por último, la adaptación del formato de la encuesta española a los requerimientos del proyecto europeo de encuesta de salud.

2.2. Población de Estudio

La población objeto de estudio son los sujetos de 5 a 15 años de edad registrados en el Cuestionario de Menores de las Encuestas Nacionales de salud correspondientes a los años 1995, 1997, 2001 y 2006/07.

El tamaño de muestra de los diferentes años es:

<i>Año</i>	<i>Tamaño de muestra</i>
1995	2.000
1997	2.000
2001	5.280
2006/2007	9.122

Para compensar el menor tamaño de muestra, se han combinado las encuestas del año 1995 y 1997.

El Cuestionario de Menores es un documento diseñado con la finalidad de recoger información relativa a las personas de 0 a 15 años sobre tres objetivos básicos:

- Estudiar los problemas de salud que pueden afectar a la población infantil de manera importante.
- Determinar la situación socio-sanitaria de los niños
- Identificar factores de riesgo que inciden en el estado de salud general de la población comprendida en esas edades.

El Cuestionario de Menores debe cumplimentarse en todos los hogares, donde haya personas de 0 a 15 años entrevistándose solamente a una de ellas seleccionada aleatoriamente entre todos los menores residentes en el hogar.

El método de recogida de información para este cuestionario es el de entrevista personal, complementada en casos excepcionales, mediante entrevista telefónica. El informante idóneo es el padre o madre del sujeto de entrevista, y en su defecto el tutor o la persona responsable del menor.

2.3. Variables de Estudio

2.3.1. Variables de Posición Socioeconómica

2.3.1.1. Nivel de estudios del cabeza de familia

Se entiende por cabeza de familia aquel miembro cuya aportación al presupuesto común sirva actualmente para atender la mayor parte de los gastos del mismo.

Tanto en el año 1995 como en 1997, la variable se divide en las siguientes categorías:

1. Ningún estudio
2. Estudios terminados a los 14-15 años o menos
3. Estudios terminados a los 16-19 años
4. Estudios posteriores sin ser universitarios
5. Estudios universitarios

Se ha dividido en dos categorías agrupadas de la siguiente manera:

1. Estudios de 2º Grado 1er ciclo e inferiores agrupando a los códigos 1 y 2.
2. Estudios de 2º Grado 2º Ciclo y superiores agrupando a los códigos 3, 4 y 5.

En el resto de los años la variable nivel de estudios del cabeza de familia está dividida en las siguientes categorías:

1. Algunos años estudiados
2. Estudios primarios
3. Bachillerato elemental
4. Formación profesional I
5. Bachillerato superior
6. Formación Profesional 2
7. Arquitecto e Ingeniero Técnico
8. Diplomado en otras Escuelas Superiores
9. Estudios superiores de 2 o 3 años
10. Arquitecto e ingeniero superior
11. Licenciado
12. Doctorado

13. Titulaciones de Estudios de Postgrado

14. Otros estudios no reglados

Además se ha codificado con 0 a los sujetos analfabetos.

Estas categorías se han agrupado en dos para los análisis:

1. Estudios de 2º Grado 1er ciclo e inferiores agrupando a los códigos 0, 1, 2 y 3.
2. Estudios de 2º Grado 2º Ciclo y superiores agrupando a los códigos 4 a 14.

En el año 2006/07 esta variable ha sido obtenida de la encuesta de hogar mediante los siguientes pasos.

Se ha extraído del fichero de hogar, los sustentadores principales que tienen cuestionario de menor, y se ha seleccionado la variable NIDENTIF. A continuación se ha obtenido la variable NIDENTIF del fichero de menores. Posteriormente, se han cruzado los dos ficheros. La variable NIDENTIF, es una variable identificativa de cada individuo que se construye con 'Número de hogar (5 dígitos) correlativo y número de persona dentro del hogar (2 dígitos) correlativo'.

Así, se ha construido una variable derivada de NIDENTIF en los 2 ficheros y se han extraído los 5 primeros dígitos que corresponden al hogar, teniendo una variable para poder cruzar los dos ficheros, ya que así se tiene identificado el hogar con un número correlativo único.

Así, por un lado está el sustentador principal del hogar (con toda su información) y por otro el menor de ese mismo hogar con toda su información, y se han unido por esa variable nueva. El porcentaje de ausencia de respuesta es 0,5% en 1995/1997 y 2001 y 1,3% en 2006/07.

2.3.1.2. Clase Social basada en la ocupación del cabeza de familia

Como en el caso de la educación, se entiende por cabeza de familia aquel miembro cuya aportación periódica al presupuesto común sirva actualmente para atender la mayor parte de los gastos del mismo.

Tanto en el año 1995 como en 1997, la variable ocupación del cabeza de familia está dividida en las siguientes categorías:

Trabajadores por cuenta propia:

01. Agricultor (Pequeña explotación)
02. Agricultor (Gran explotación)
03. Autónomo o empresario con cinco empleados o menos
04. Empresario con seis empleados o más

Por cuenta propia o ajena:

05. Profesionales

Por cuenta ajena (Sector privado o público)

06. Responsable de cinco subordinados o menos
07. Responsables de seis subordinados o más
08. Mandos intermedios
09. Otros empleados con trabajo de oficina
10. Otros empleados con trabajo fuera de oficina y obreros cualificados
11. Trabajadores manuales no cualificados

Estas categorías se han agrupado en dos para los análisis:

1. Trabajadores no manuales, incluyendo los códigos 01 al 09.
2. Trabajadores manuales, incluyendo los códigos 10 y 11.

En el año 2001 la variable ocupación del cabeza de familia se clasifica según la Clasificación Nacional de Ocupaciones de 1979 (Instituto Nacional de Estadística 1979). Se han recodificado todos los códigos y se han agrupado en las siguientes categorías:

1. Trabajadores no manuales
2. Trabajadores manuales

En el año 2006/07 existe la variable "Clase social basada en la ocupación del sustentador principal del hogar". Las categorías de clase social del cabeza de familia consideradas son las que

se corresponden con la clasificación abreviada propuesta por la Sociedad Española de Epidemiología (Grupo SEE y Grupo semFYC 2000):

I. Directivos de la administración pública y de empresas de 10 o más asalariados. Profesiones asociadas a titulaciones de segundo y tercer ciclo universitario.

II. Directivos de empresas con menos de 10 asalariados. Profesiones asociadas a una titulación de primer ciclo universitario. Técnicos superiores. Artistas y deportistas.

III. Empleados de tipo administrativo y profesionales de apoyo a la gestión administrativa y financiera. Trabajadores de los servicios personales y de seguridad. Trabajadores por cuenta propia. Supervisores de trabajadores manuales.

IVa. Trabajadores manuales cualificados

IVb. Trabajadores manuales semicualificados

V. Trabajadores no cualificados

Se obtienen a partir de la ocupación, actual o pasada, del cabeza de familia codificada a tres dígitos según la Clasificación Nacional de Ocupaciones (CON) de 1979.

En este caso, las dos categorías se han agrupado de la siguiente manera:

1. Trabajadores no manuales, agrupando los códigos I, II y III.

2. Trabajadores manuales, agrupando los códigos IVa, IVb y V.

El porcentaje de ausencia de respuesta es 2,3% en 1995/1997, 3,6% en 2001 y 1,5% en 2007.

2.3.2. Variable dependiente

2.3.2.1. Sobrepeso y Obesidad

Las variables peso y talla vienen definidas en las encuestas de todos los años estudiados por la pregunta, “¿Podría decirme cuánto pesa, su hijo aproximadamente, sin zapatos ni ropa? Y “¿Cuánto mide, aproximadamente, su hijo sin zapatos?

El porcentaje de ausencia de respuesta de la variable IMC fue del 32% en 1995/1997, 28% en 2001 y 23% en 2006/07. Ante el excesivo recuento de valores ausentes en ambas variables, se ha decidido imputar esos valores mediante una de las técnicas propuestas por Cox y Cohen (Cox

y Cohen 1985). Concretamente la imputación mediante la regresión. Para ello se ha estimado una regresión lineal múltiple para cada año de edad y sexo en cada una de las encuestas. Las variables independientes utilizadas para la regresión han sido:

- Clase Social basada en la ocupación del sustentador principal, dividida en las siguientes categorías según se ha explicado anteriormente:

- Trabajadores no manuales
- Trabajadores manuales

- Nivel de estudios del sustentador principal, dividida en las siguientes categorías, según se ha explicado anteriormente:

- Estudios de 2º Grado 1º Ciclo e inferiores
- Estudios de 2º Grado 2º Ciclo y superiores

- Tamaño de municipio, dividido en las siguientes categorías:

- 50.000 habitantes o menos
- Más de 50.000 habitantes

- Comunidad Autónoma, dividida en las siguientes categorías:

- Sur: Canarias, Andalucía y Murcia.
- Este: Cataluña, Baleares y Comunidad Valenciana.
- Norte: Galicia, Asturias, Cantabria, País Vasco y Navarra.
- Centro: Aragón, Castilla-La Mancha, Castilla-León, Extremadura, Madrid, La Rioja.

Mediante la estimación de una regresión lineal múltiple se ha obtenido una ecuación del tipo:

$$Y = A + B_1X_1 + B_2X_2 + B_3X_3 + B_4X_4$$

Siendo en este caso:

Y= Peso o Talla

X₁ = Clase Social

X₂ = Nivel de Estudios

X₃ = Tamaño Municipio

X₄ = Comunidad Autónoma

Se ha estimado una ecuación para cada edad y sexo. Posteriormente, mediante la función de SPSS “calcular variable” se ha creado una nueva variable en la que los valores ausentes de la variable peso han sido sustituidos por los valores obtenidos por dicha ecuación. Solamente se han obtenido valores para los individuos que tenían cumplimentados los datos de cada una de

las variables independientes utilizadas para estimar la regresión lineal múltiple. La misma operación ha sido realizada con la variable talla.

Una vez que se ha realizado la imputación, se ha estimado el Índice de Masa Corporal (IMC) usando la información de los sujetos que presentaban valores válidos a peso y talla según la fórmula:

$$\text{IMC} = \text{Peso (en Kg)} / \text{Talla (en m)}^2$$

El IMC relacionado con la edad y el sexo es un indicador aceptado para la estimación de la obesidad en niños de 2 a 18 años, tanto para estudios epidemiológicos como para el cribado clínico (Reilly et al. 2002).

Una vez obtenidos todos los valores, se ha procedido a la definición de sobrepeso y obesidad. Mediante la imputación, los valores ausentes se han reducido a un 4%.

La medición del sobrepeso y la obesidad en niños y niñas y adolescentes es difícil porque no se dispone de una definición estandarizada de la obesidad infantil, teniendo que utilizar unas curvas y tablas de referencia que sean válidas y útiles en el entorno en que se realizan los estudios. Otro problema es seleccionar unos puntos de corte que definan las categorías de normopeso, sobrepeso y obesidad.

Los puntos de corte para la definición de sobrepeso y obesidad deberían determinarse en función de los riesgos para la salud, pero en este momento no se sabe cuál es el nivel de sobrepeso infantil que identifica esos riesgos (Flegal et al. 2006). El largo periodo de latencia hasta que aparecen los efectos adversos y la escasez de estudios de seguimiento prolongados impide la identificación de puntos de corte válidos. Como alternativa, se han planteado dos métodos distintos para definir los puntos de corte para categorizar obesidad y sobrepeso:

El primero consiste en definir un percentil determinado como punto de corte en una población de referencia, se trata de una definición estadística de sobrepeso y obesidad basada en la comparación del valor del IMC con los de las curvas percentiladas de crecimiento definidas para poblaciones infantiles. Los criterios utilizados para definir un percentil determinado como punto de corte con este método han sido tales como sumar a la media dos desviaciones estándar (lo

que equivale en una distribución normal al percentil P97,5) o la utilización de los percentiles P85, P90, P95 y P97.

A este respecto, existe un consenso en definir la obesidad con el P95 y el sobrepeso con el P85 para estudios epidemiológicos y de cribado clínico ya que esta definición tiene una alta sensibilidad y una especificidad moderada (Reily et al. 2002), aunque en Europa también se trabaja con el P97 (Chinn y Rona 2002).

El segundo método define la obesidad, no a partir de un percentil determinado, sino a partir del valor del percentil que corresponde el $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ a los 18 años (obesidad) o el $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$ (sobrepeso) a la misma edad. Se propone redefinir este punto de corte en el correspondiente IMC a los 18 años y una vez identificado su percentil este se proyectaría al resto de grupos de edad infantil. Este criterio ha sido el utilizado por Cole et al. (Cole et al. 2000), en colaboración con la IOTF utilizando como referencia los valores de peso y talla obtenidos en una amplia muestra de niños y niñas procedentes de países de los cinco continentes.

Para los estudios epidemiológicos hay consenso en la utilización de los puntos de corte de Cole et al., que han desarrollado unas tablas de referencia de IMC para comparaciones internacionales.

En esta tesis, para minimizar el problema del criterio diagnóstico y facilitar la comparación de los resultados obtenidos, se ha calculado la prevalencia de sobrepeso y obesidad sobre la base del criterio más utilizado a nivel internacional. Por ello se ha utilizado el criterio mediante los puntos de corte propuestos por Cole et al. (Cole et al. 2000).

Se han utilizado los puntos de corte estimados para la edad de mitad del año estudiado (por ejemplo, la referencia de 7,5 años para el grupo de edad de 7 a 8 años).

Para cada punto de corte utilizado, se han definido dos variables, sobrepeso y obesidad. Cada una de esas variables tiene dos categorías. En la variable sobrepeso, una categoría son los que no tienen sobrepeso, es decir lo que tienen un valor de IMC inferior al punto de corte de sobrepeso, y la otra categoría son los que tienen sobrepeso, es decir lo que tienen un valor de IMC igual o superior al punto de corte de sobrepeso. En la variable obesidad, una categoría son los que son los que no tienen obesidad, es decir lo que tienen un valor de IMC inferior al punto de corte de

obesidad, y otra categoría son los que tienen obesidad, es decir lo que tienen un valor de IMC igual o superior al punto de corte de obesidad.

2.3.3. Variables intermedias

2.3.3.1. Alimentación

Se ha estudiado la frecuencia de consumo de diferentes alimentos.

En los años 1995/1997 la frecuencia de consumo de los diferentes alimentos se divide en las siguientes categorías:

1. Todos los días
2. Cinco o seis veces a la semana
3. Tres o cuatro veces a la semana
4. Una o dos veces a la semana
5. Menos de una vez a la semana

En los años 2001 y 2006/07 las categorías son las siguientes:

1. A diario
2. Tres o más veces a la semana, pero no a diario
3. Una o dos veces a la semana
4. Menos de una vez a la semana
5. Nunca o casi nunca

2.3.3.1.1. Frecuencia de consumo de fruta

Se ha estudiado la evolución en el periodo 1995/1997-2006/07.

La categoría de riesgo considerada ha sido el consumo menos de tres veces por semana.

2.3.3.1.2. Frecuencia de consumo de verdura

Se ha estudiado la evolución en el periodo 1995/1997-2006/07.

La categoría de riesgo considerada ha sido el consumo menos de tres veces por semana.

2.3.3.1.3. Frecuencia de consumo de dulces (galletas, bollería, caramelos, mermelada..)

Se ha estudiado la evolución en el periodo 2001- 2006/07.

La categoría de riesgo considerada ha sido el consumo diario.

Las diferentes categorías de riesgo se han calculado según las recomendaciones Nutricionales hechas por la Organización Mundial de la Salud (Organización Mundial de la Salud 2010).

2.3.3.2. Sedentarismo

2.3.3.2.1. Inactividad física durante el tiempo libre

La variable relativa a la actividad física en el tiempo libre presenta las siguientes categorías en los cuestionarios de los años 1995/1997, 2001 y 2006/07:

1. No hace ejercicio. Su tiempo libre lo ocupa de forma casi completamente sedentaria (leer, ver la televisión, ir al cine, tumbado en la cama o la cuna, ...)
2. Hace alguna actividad física o deportiva ocasional (caminar o pasear en bicicleta, gimnasia suave, actividades recreativas de ligero esfuerzo, ...)
3. Hace actividad física, varias veces al mes (deportes, gimnasia, correr, natación, ciclismo, juegos de equipo, ..)
4. Hace entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana

Para todos los años esas categorías se han agrupado en dos: por un lado los que declaran no hacer ejercicio y por otro todos los demás.

2.3.3.2. Tiempo de televisión al día

En los cuestionarios de todos los años estudiados aparecen dos preguntas que se refieren al tiempo de televisión. Por un lado se pregunta si el niño suele ver la televisión todos o casi todos los días y, por otro, se pregunta el número de horas, dividido en las siguientes categorías:

1. Menos de 1 hora
2. De 1 a 2 horas
3. De 2 a 3 horas
4. Más de 3 horas

Se ha considerado factor de riesgo los que ven más de 2 horas de televisión al día, por lo que esas categorías se han agrupado en dos: por un lado los que no ven la televisión y los que la ven menos de 2 horas (opciones 1 y 2), y por otro, los que la ven más de dos horas (opciones 3 y 4).

En el año 2006/07, se recoge el número de horas diarias y se distingue entre día entre semana y fin de semana. Se ha realizado la media del número medio de horas TV de cada día laborable y de cada día del fin de semana para saber el número medio de horas que ve cada niño la TV. Posteriormente se ha dividido entre los que ven más de 2 horas al día y los que no la ven o la ven menos de 2 horas.

2.3.3.3. Horas de dormir al día

En los cuestionarios de todos los años estudiados se pregunta: ¿Podría indicarme, aproximadamente, cuantas horas al día duerme su hijo habitualmente?

Como factor de riesgo, se ha considerado los que duermen menos de 9 horas al día por lo que se han hecho dos categorías:

1. Los que declaran dormir 9 o más horas al día
2. Los que declaran dormir 8 o menos horas al día.

Se ha considerado este factor de riesgo basado en resultados de revisiones que han asociado la obesidad con menos horas de sueño (Cappuccio et al. 2008).

2.3.4. Variables control

2.3.4.1. Sexo

Las categorías de sexo consideradas son:

- Varón
- Mujer

2.3.4.2. Grupo de edad

En la encuesta se recoge la edad (en años cumplidos) en el momento de la encuesta.

El cuestionario de menores recoge datos de niños de 0 a 15 años. En este estudio se han incluido los niños de 5 a 15 años, agrupando la variable en dos categorías:

- De 5 a 9 años
- De 10 a 15 años

2.3.4.3. CCAA

Se han creado cuatro categorías:

- Sur: Canarias, Andalucía y Murcia.
- Este: Cataluña, Baleares y Comunidad Valenciana.
- Norte: Galicia, Asturias, Cantabria, País Vasco y Navarra.
- Centro: Aragón, Castilla-La Mancha, Castilla-León, Extremadura, Madrid, La Rioja.

2.3.4.4. Tamaño de Hábitat

Las categorías en las que se divide la variable tamaño de hábitat son:

- 1 - Menos o igual a 2.000 habitantes
- 2 - 2.001 a 10.000 habitantes
- 3 - 10.001 a 50.000 habitantes
- 4 - 50.001 a 100.000 habitantes

5 - 100.001 a 400.000 habitantes

6 - 400.001 A 1.000.000 habitantes

7 - Más de 1.000.000 habitantes

Para el tema de la imputación ha sido dividida en dos categorías:

1- 50.000 habitantes o menos

2- Más de 50.000 habitantes

2.4. Análisis Estadístico

Los datos obtenidos se han importado al programa estadístico SPSS versión 19.0 para su codificación, procesamiento y posterior análisis.

Al inicio del procesamiento estadístico se ha realizado la prueba de Kolmogorov-Smirnov para comprobar si la distribución de los datos era normal. No se han eliminado los datos que se alejaban más de dos desviaciones estándar de la media (excepto los atípicos) en las distribuciones asimétricas, por entender que reflejan datos reales de la muestra.

Como los datos proceden de una muestra obtenida mediante un diseño muestral complejo, tiene que tenerse en cuenta la estructura de los datos (Barroso et al. 2002). En este caso, hay que considerar que el diseño muestral presenta conglomerados y estratos y que las probabilidades de selección o inclusión de las últimas unidades muestrales no son iguales. Una vez que conocemos la probabilidad de selección de estas unidades muestrales, es necesario utilizar estas probabilidades para ponderar los datos y evitar así que las estimaciones obtenidas a partir de la muestra estén sesgadas en sentido positivo o negativo. Este coeficiente de ponderación no es más que el inverso de la probabilidad de inclusión de cada unidad muestral, y se interpreta como el número de elementos de la población a los que representa cada observación muestral.

El primer paso ha sido realizar un estudio descriptivo de cada variable seleccionada. Para ello, se ha calculado la distribución de los sujetos del estudio según el sexo, la edad, las variables socioeconómicas y el lugar de residencia.

A continuación se ha calculado la prevalencia y error estándar de sobrepeso y obesidad según sexo y grupo de edad. También se ha calculado la prevalencia de sobrepeso y obesidad según sexo, nivel de estudios y clase social basada en la ocupación del cabeza de familia.

Se han realizado el mismo estudio descriptivo con las variables de alimentación, las variables de sedentarismo y la variable relacionada con las horas de dormir.

En tercer lugar, se ha calculado la relación de las diferentes variables con el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia según los grupos de edad calculando para ello la Odds ratio

(OR) y su intervalo de confianza (IC). Se ha realizado mediante tablas de contingencia mediante la instrucción RISK del CROSSTABS.

Por último, se ha calculado la relación del sobrepeso y la obesidad con el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia según la edad en niños y en niñas después de ajustar por variables relacionadas con la alimentación y con el sedentarismo. Se ha calculado la OR y su IC para cada uno de los ajustes.

Los ajustes se han realizado mediante una regresión logística binaria utilizando como variable dependiente el sobrepeso o la obesidad y como covariables el nivel de estudios o la clase social del cabeza de familia. Las variables de ajuste han sido:

- Ajuste por variables de alimentación:
 - Consumo de fruta menos de tres veces por semana
 - Consumo de verdura menos de tres veces por semana
 - Consumo de dulces a diario (únicamente en los años 2001 y 2006)
- Ajuste por variables de sedentarismo:
 - No realizar actividad física en el tiempo libre
 - Ver la TV más de 2 horas al día
- Ajuste por horas de dormir
 - Dormir menos de 9 horas al día

PARTE III. RESULTADOS

Este capítulo da comienzo a la descripción de los resultados empíricos de esta tesis que se divide en cuatro apartados.

En primer lugar se ha realizado una descripción de la muestra pudiendo observar la distribución de niños y niñas según la edad, las variables socioeconómicas y el lugar de residencia.

A continuación se ha analizado la distribución de las diferentes variables en función del nivel de estudios del cabeza de familia y según la clase social basada en la ocupación del cabeza de familia en los diferentes grupos de edad.

En tercer lugar, se ha calculado la relación de las diferentes variables con el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia según los grupos de edad calculando para ello la OR y su IC.

Por último, se ha calculado la relación del sobrepeso y la obesidad según el criterio de Cole con el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia según la edad en niños y en niñas después de ajustar por variables relacionadas con la alimentación y con la actividad física. Se ha calculado la OR y su IC para cada uno de los ajustes.

3.1. Descripción de la muestra

En la tabla 3.1.1. y 3.1.2. podemos observar la distribución de los sujetos del estudio en cada uno de los años en función de la edad, las variables socioeconómicas y el lugar de residencia en niños y en niñas respectivamente.

En primer lugar se puede observar como el número de sujetos encuestados ha ido en aumento con el paso de los años pasando de 2.959 en los años 1995 y 1997 a 6.244 en el año 2006/07.

La distribución de la muestra por grupos de edad muestra como en todos los años y para ambos sexos hay más sujetos del grupo de 10 a 15 años que del de 5 a 9 años.

En función del nivel de estudios del cabeza de familia se observa que para todos los años excepto para el 2006/07 hay más sujetos pertenecientes al grupo de 2º grado 1er ciclo e inferiores.

Según la clase social también se aprecia en todos los años un mayor número de sujetos en el grupo de trabajadores manuales.

Por zona geográfica es de destacar el menor número de sujetos pertenecientes a la zona Norte que al resto de zonas.

Tabla 3.1.1. Distribución de los niños del estudio según la edad, las variables socioeconómicas y el lugar de residencia

	<i>1995/97</i>	<i>2001</i>	<i>2006/07</i>
Total	1526	1847	3224
Edad			
5-9	639	793	1356
10-15	887	1054	1868
Nivel de estudios			
2º grado 2º ciclo y superiores	571	747	1630
2º grado 1er ciclo e inferiores	945	1091	1555
Clase social			
Trabajadores no manuales	725	680	1498
Trabajadores manuales	767	1097	1682
Tamaño del hábitat			
50.000 habitantes o menos	740	879	1625
Más de 50.000 habitantes	786	969	1599
Localización geográfica			
Norte	295	271	422
Centro	425	520	938
Este	415	502	935
Sur	391	547	913

Tabla 3.1.2. Distribución de las niñas del estudio según la edad, las variables socioeconómicas y el lugar de residencia

	<i>1995/97</i>	<i>2001</i>	<i>2006/07</i>
Total	1433	1753	3020
Edad			
5-9	561	759	1330
10-15	872	993	1690
Nivel de estudios			
2º grado 2º ciclo y superiores	544	728	1539
2º grado 1er ciclo e inferiores	883	1010	1419
Clase social			
Trabajadores no manuales	647	655	1446
Trabajadores manuales	754	1029	1521
Tamaño del hábitat			
50.000 habitantes o menos	712	845	1556
Más de 50.000 habitantes	721	908	1464
Localización geográfica			
Norte	284	260	392
Centro	412	503	879
Este	374	457	836
Sur	363	526	898

En las tablas 3.2.1. y 3.2.2. se observa la prevalencia de sobrepeso y obesidad por grupos de edad en niños y en niñas respectivamente.

Los niños presentan en los tres periodos estudiados, mayor prevalencia tanto de sobrepeso como de obesidad. La prevalencia de sobrepeso en 2001 es 27,9% en niños y 24,7% en niñas.

La prevalencia de sobrepeso y obesidad es mayor en el grupo de 5 a 9 años que en el de 10 a 15 tanto en niños como en niñas en los tres periodos estudiados. Por ejemplo la prevalencia de obesidad en 2007 es 13,4% en el grupo de niños de 5 a 9 años y 4,9% en el grupo de 10 a 15 años.

Se aprecia como la evolución es diferente en los dos grupos de edad estudiados. En el grupo de 5 a 9 años la prevalencia disminuye en el año 2007 respecto al año anterior, siendo 36,2% la prevalencia de sobrepeso en niños en 2001 y 33,8% en 2007 y 15,8% la prevalecía de obesidad en niñas en 2001 y 12,9% en 2007.

Sin embargo en el grupo de 10 a 15 años, la prevalencia sigue aumentando, tanto en niños como en niñas, pasando del 13,9% de prevalencia de sobrepeso en niños en 2001 al 16% en 2007 y del 2,1 % de prevalencia de obesidad en niñas en 2001 al 2,9% en 2007.

Tabla 3.2.1. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en Niños. Porcentaje (error estándar).

	<i>1995/97</i>	<i>2001</i>	<i>2006/07</i>
Sobrepeso			
Total	26,3 (1,14)	27,9 (1,05)	28,8 (0,8)
5-9	36,0 (1,92)	36,2 (1,72)	33,8 (1,29)
10-15	19,3 (1,33)	21,6 (1,27)	25,2 (1,01)
Obesidad			
Total	7,2 (0,67)	8,6 (0,66)	8,5 (0,5)
5-9	13,2 (1,35)	14,6 (1,26)	13,4 (0,93)
10-15	2,9 (0,56)	4,2 (0,62)	4,9 (0,49)

Tabla 3.2.2. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en Niñas. Porcentaje (error estándar).

	<i>1995/97</i>	<i>2001</i>	<i>2006/07</i>
Sobrepeso			
Total	21,5 (1,09)	24,7 (1,04)	25,2 (0,80)
5-9	34,8 (2,04)	36,1 (1,77)	36,7 (1,33)
10-15	13,0 (1,15)	16,2 (1,17)	16,2 (0,90)
Obesidad			
Total	6,5 (0,66)	7,9 (0,65)	7,3 (0,48)
5-9	14,8 (1,52)	15,8 (1,35)	12,9 (0,93)
10-15	1,3 (0,38)	2,1 (0,45)	2,9 (0,41)

3.2. Prevalencias de las diferentes variables

3.2.1. Sobrepeso y obesidad

La tabla 3.2.3. (Gráfico 3.5.1, 3.5.2, 3.5.3, 3.5.4, 3.5.5, 3.5.6, 3.5.7, 3.5.8) muestra la prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños según el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia en los tres periodos estudiados.

La prevalencia fue mayor en las categorías inferiores tanto por nivel de estudios como por clase social del cabeza de familia. Así mismo, la prevalencia de sobrepeso y obesidad aumentó entre el primer y el tercer periodo, excepto en los niños de 5 a 9 años donde esa tendencia no es tan manifiesta en todos los grupos socioeconómicos.

El aumento más importante se observó en los niños de 10 a 15 años pertenecientes a las categorías inferiores tanto por nivel de estudios como por clase social. La prevalencia de sobrepeso en niños de esa edad pertenecientes a la categoría de estudios inferiores pasó de 19,7% en 1997 a 28,7% en 2007 y la prevalencia de obesidad en ese mismo grupo pasó de 3,2% en 1997 a 7,1% en 2007. Por su parte, en los niños pertenecientes a la categoría de trabajadores manuales la prevalencia de sobrepeso pasó de 21,3% en 1997 a 28,1% en 2007 y la prevalencia de obesidad pasó de 2,8% a 6,3% esos mismos años.

Como se ha señalado previamente, en el grupo de 5 a 9 años, la tendencia difiere según el nivel de estudios o la clase social. La prevalencia de sobrepeso en el grupo de estudios inferiores pasó de 40,7% en 1997 a 35,8% en 2007 y la prevalencia de obesidad en el mismo grupo pasó de 15,2% en 1997 a 14,2% en 2007. En el grupo de estudios superiores la prevalencia de sobrepeso aumentó de 29,1% en 1997 a 32,4% en 2007, mientras que la prevalencia de obesidad descendió a 12,9% tras un pico de 15,1% en 2001. Por clase social la prevalencia de sobrepeso pasó de 30,9% en 1997 a 30,2% en 2007 en el grupo de trabajadores no manuales y de 41,3% a 37,3 en el grupo de trabajadores manuales.

Por su parte, la prevalencia de obesidad pasó de 12,0% en 1997 a 10,7% en 2007 en el grupo de trabajadores no manuales y de 14,5% a 16,0% en el grupo de trabajadores manuales.

Tabla 3.2.3. Prevalencia de sobrepeso y obesidad según el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia. Niños. Porcentaje (error estándar).

	1995/97		2001		2006/07	
	Sobrepeso					
NIVEL DE ESTUDIOS						
5 a 9 años						
2º grado 2º ciclo y superiores	29,1	(2,85)	32,1	(2,58)	32,4	(1,73)
2º grado 1er ciclo e inferiores	40,7	(2,56)	39,3	(2,30)	35,8	(1,96)
10 a 15 años						
2º grado 2º ciclo y superiores	18,6	(2,19)	18,5	(1,93)	21,3	(1,37)
2º grado 1er ciclo e inferiores	19,7	(1,68)	22,9	(1,67)	28,7	(1,48)
CLASE SOCIAL						
5 a 9 años						
Trabajadores no manuales	30,9	(2,60)	27,7	(2,69)	30,2	(1,83)
Trabajadores manuales	41,3	(2,83)	40,8	(2,22)	37,3	(1,83)
10 a 15 años						
Trabajadores no manuales	16,3	(1,84)	19,2	(1,96)	21,9	(1,41)
Trabajadores manuales	21,3	(1,91)	23,2	(1,71)	28,1	(1,44)
	Obesidad					
NIVEL DE ESTUDIOS						
5 a 9 años						
2º grado 2º ciclo y superiores	10,2	(1,90)	15,1	(1,98)	12,9	(1,24)
2º grado 1er ciclo e inferiores	15,2	(1,89)	14,2	(1,64)	14,2	(1,43)
10 a 15 años						
2º grado 2º ciclo y superiores	2,2	(0,82)	1,7	(0,64)	2,7	(0,54)
2º grado 1er ciclo e inferiores	3,2	(0,74)	5,5	(0,91)	7,1	(0,84)
CLASE SOCIAL						
5 a 9 años						
Trabajadores no manuales	12,0	(1,83)	11,1	(1,89)	10,7	(1,23)
Trabajadores manuales	14,5	(2,02)	17,0	(1,70)	16,0	(1,39)
10 a 15 años						
Trabajadores no manuales	2,7	(0,81)	3,4	(0,90)	3,3	(0,61)
Trabajadores manuales	2,8	(0,79)	4,6	(0,85)	6,3	(0,78)

La tabla 3.2.4. (Gráfico 3.5.1, 3.5.2, 3.5.3, 3.5.4, 3.5.5, 3.5.6, 3.5.7, 3.5.8) muestra la prevalencia de sobrepeso y obesidad en niñas según el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia en los tres periodos estudiados.

Se puede observar como la prevalencia de sobrepeso y obesidad aumentó en todos los grupos, excepto la prevalencia de obesidad en el grupo de 5 a 9 años.

En el grupo de 10 a 15 años, la prevalencia de sobrepeso pasó de 14% en 1997 a 21,2% en 2007 en las niñas pertenecientes al grupo de estudios inferiores. En el mismo grupo, la prevalencia de obesidad pasó de 1,3% a 3,9% esos mismos años. Por clase social, la prevalencia de sobrepeso pasó de 14,3% a 19,4% en el grupo de trabajadores manuales y de 11,1% a 12,9% en el grupo de trabajadores no manuales. Por su parte, la prevalencia de obesidad pasó de 1,3% a 4,0% en el grupo de trabajadores manuales y de 1,3% a 1,8% en el grupo de trabajadores no manuales.

En el grupo de 5 a 9 años la tendencia difiere según se estudie el sobrepeso o la obesidad. La prevalencia de sobrepeso en las niñas pertenecientes al grupo de estudios inferiores pasó de 36,1% en 1997 a 40,1% en 2007 con un pico de 40,4% en 2001. En el grupo de estudios superiores la prevalencia de sobrepeso pasó de 32,4% a 33,6% en el mismo periodo. Una tendencia similar se observó en las dos categorías de clase social. Sin embargo, la prevalencia de obesidad presenta un pico en la prevalencia en el año 2001 en todos los grupos estudiados, para luego descender en 2007 y mostrar ese año una cifra similar o inferior a la de 1997.

Tabla 3.2.4. Prevalencia de sobrepeso y obesidad según el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia. Niñas. Porcentaje (error estándar).

	1995/97	2001	2006/07
Sobrepeso			
NIVEL DE ESTUDIOS			
5 a 9 años			
2º grado 2º ciclo y superiores	32,4 (3,21)	31,5 (2,48)	33,6 (1,80)
2º grado 1er ciclo e inferiores	36,1 (2,62)	40,4 (2,52)	40,1 (2,00)
10 a 15 años			
2º grado 2º ciclo y superiores	11,1 (1,74)	10,5 (1,60)	11,6 (1,10)
2º grado 1er ciclo e inferiores	14,0 (1,50)	19,6 (1,60)	21,2 (1,45)
CLASE SOCIAL			
5 a 9 años			
Trabajadores no manuales	32,7 (2,94)	32,5 (2,72)	33,2 (1,88)
Trabajadores manuales	36,9 (2,82)	38,8 (2,36)	39,3 (1,89)
10 a 15 años			
Trabajadores no manuales	11,1 (1,59)	12,8 (1,78)	12,9 (1,17)
Trabajadores manuales	14,3 (1,64)	19,0 (1,61)	19,4 (1,37)
Obesidad			
NIVEL DE ESTUDIOS			
5 a 9 años			
2º grado 2º ciclo y superiores	13,1 (2,31)	14,8 (1,89)	12,5 (1,26)
2º grado 1er ciclo e inferiores	15,8 (1,99)	16,8 (1,92)	13,4 (1,39)
10 a 15 años			
2º grado 2º ciclo y superiores	1,2 (0,60)	0,5 (0,37)	1,7 (0,44)
2º grado 1er ciclo e inferiores	1,3 (0,49)	3,0 (0,69)	3,9 (0,68)
CLASE SOCIAL			
5 a 9 años			
Trabajadores no manuales	11,4 (1,99)	12,1 (1,89)	11,0 (1,25)
Trabajadores manuales	17,7 (2,23)	18,6 (1,88)	14,4 (1,36)
10 a 15 años			
Trabajadores no manuales	1,3 (0,58)	0,7 (0,44)	1,8 (0,47)
Trabajadores manuales	1,3 (0,53)	2,9 (0,69)	4,0 (0,68)

3.2.2. Alimentación

3.2.2.1. Consumo de fruta

La tabla 3.2.5. (Gráfico 3.5.9, 3.5.10, 3.5.11, 3.5.12) muestra el porcentaje de niños que consumen fruta menos de tres veces por semana según la edad, el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia.

En todos los grupos estudiados, se ve una tendencia ascendente en este porcentaje entre 1997 y 2001. Sin embargo el porcentaje vuelve a descender en el último periodo estudiado. Se aprecia también como en los dos grupos de edad y en los tres periodos estudiados, son los niños pertenecientes al grupo de estudios inferiores y al de trabajadores manuales los que menos fruta consumen.

Así, en el grupo de 5 a 9 años, el porcentaje de niños que consume fruta menos de tres veces por semana pasó de 9,8% en 1997 a 13,6% en 2007 con un pico de 15,8% en 2001 en los pertenecientes al grupo de estudios superiores. Por su parte, en el grupo de estudios inferiores, el porcentaje de consumo de fruta menos de tres veces por semana pasó de un 15% a un 20,3% con el máximo porcentaje en 2001 con un 25,5% . Una tendencia similar se observó en las dos categorías de clase social.

Se puede observar como por grupos de edad, los niños de 10 a 15 años consumen menos fruta que los de 5 a 9 años dándose en este grupo una tendencia similar a la de los niños de 5 a 9 años pero con porcentajes mayores. En el caso de los niños de clase social baja el porcentaje de niños que consume fruta menos de tres veces por semana pasó de 18,5% en 1997 a 28,5% en 2007 con un pico del 30,3% en 2001.

Tabla 3.2.5. Porcentaje (error estándar) de niños que consumen fruta menos de tres veces por semana según la edad, el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia.

	<i>1995/97</i>		<i>2001</i>		<i>2006/07</i>	
NIVEL DE ESTUDIOS						
5 a 9 años						
2º grado 2º ciclo y superiores	9,8	(1,90)	15,8	(1,99)	13,6	(1,29)
2º grado 1er ciclo e inferiores	15,0	(1,88)	25,5	(2,05)	20,3	(1,66)
10 a 15 años						
2º grado 2º ciclo y superiores	15,1	(2,10)	21,0	(2,02)	18,8	(1,33)
2º grado 1er ciclo e inferiores	17,0	(1,61)	30,5	(1,83)	29,3	(1,50)
CLASE SOCIAL						
5 a 9 años						
Trabajadores no manuales	9,8	(1,70)	16,0	(2,20)	13,1	(1,37)
Trabajadores manuales	16,5	(2,18)	24,7	(1,96)	19,4	(1,51)
10 a 15 años						
Trabajadores no manuales	14,2	(1,79)	22,0	(2,08)	18,8	(1,36)
Trabajadores manuales	18,5	(1,84)	30,3	(1,86)	28,5	(1,46)

La tabla 3.2.6. (Gráfico 3.5.9, 3.5.10, 3.5.11, 3.5.12) muestra el porcentaje de niñas que consumen fruta menos de tres veces por semana según la edad, el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia.

Se observa como el porcentaje de niñas que consumen fruta menos de tres veces por semana es mayor en el grupo de 10 a 15 años. Por nivel de estudios y clase social se aprecia un mayor porcentaje en las niñas pertenecientes a las categorías inferiores.

Al igual que en el caso de los niños, se observa en todos los grupos y categorías una tendencia ascendente entre 1997 y 2001 en el porcentaje de niñas que consumen fruta menos de tres veces por semana, dándose un descenso entre 2001 y 2007.

En el grupo de 5 a 9 años, el porcentaje de consumo de fruta menos de tres veces por semana en las niñas pertenecientes a la categoría de estudios superiores aumentó de 8,7% en 1997 a 16,8% en 2001 descendiendo a 13,4% en 2007.

La única excepción es el grupo de 10 a 15 años perteneciente a la categoría de estudios inferiores donde el porcentaje de niñas que consumen fruta menos de tres veces por semana asciende de 17,3% en 1997 a 29,6% en 2007.

Tabla 3.2.6. Porcentaje (error estándar) de niñas que consumen fruta menos de tres veces por semana según la edad, el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia.

	<i>1995/97</i>	<i>2001</i>	<i>2006/07</i>
NIVEL DE ESTUDIOS			
5 a 9 años			
2º grado 2º ciclo y superiores	8,7 (1,96)	16,8 (1,97)	13,4 (1,30)
2º grado 1er ciclo e inferiores	15,3 (2,01)	22,7 (2,12)	20,5 (1,66)
10 a 15 años			
2º grado 2º ciclo y superiores	10,2 (0,99)	18,8 (2,05)	13,0 (1,18)
2º grado 1er ciclo e inferiores	17,3 (1,65)	26,4 (1,77)	29,6 (1,62)
CLASE SOCIAL			
5 a 9 años			
Trabajadores no manuales	10,7 (1,98)	16,4 (2,15)	12,1 (1,31)
Trabajadores manuales	15,2 (2,16)	22,9 (2,02)	20,7 (1,57)
10 a 15 años			
Trabajadores no manuales	11,6 (1,64)	19,6 (2,11)	18,6 (1,38)
Trabajadores manuales	17,6 (1,81)	26,4 (1,81)	24,0 (1,50)

3.2.2.2. Consumo de verdura

La tabla 3.2.7. (Gráfico 3.5.13, 3.5.14, 3.5.15, 3.5.16) muestra el porcentaje de niños que consumen verdura menos de tres veces por semana según la edad, el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia.

En todos los grupos estudiados, se ve una tendencia ascendente en este porcentaje entre 1997 y 2001. Sin embargo el porcentaje vuelve a descender en el último periodo estudiado.

Se aprecia también como en los dos grupos de edad y en los tres periodos estudiados, son los niños pertenecientes al grupo de estudios inferiores y al de trabajadores manuales los que menos verdura consumen.

En el grupo de 5 a 9 años, el porcentaje de consumo de verdura menos de tres veces por semana pasó de 30,6% en 1997 a 49,1% en 2001, descendiendo a 35,5% en 2007. En el grupo de estudios inferiores, el porcentaje de consumo de verdura descendió de 52,2% en 1997 a 45,0% con un máximo de 56,9% en 2001.

Se puede observar como por grupos de edad, las diferencias no son muy claras, siendo en algunos grupos la prevalencia mayor en los sujetos de 5 a 9 años y en otros en los de 10 a 15 años

Tabla 3.2.7. Porcentaje (error estándar) de niños que consumen verdura menos de tres veces por semana según la edad, el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia.

	<i>1995/97</i>	<i>2001</i>	<i>2006/07</i>
NIVEL DE ESTUDIOS			
5 a 9 años			
2º grado 2º ciclo y superiores	30,6 (2,94)	49,1 (2,73)	35,5 (1,80)
2º grado 1er ciclo e inferiores	52,2 (2,65)	56,9 (2,33)	45,0 (2,06)
10 a 15 años			
2º grado 2º ciclo y superiores	40,8 (2,88)	52,6 (2,47)	33,9 (1,62)
2º grado 1er ciclo e inferiores	49,4 (2,15)	63,5 (1,91)	47,5 (1,65)
CLASE SOCIAL			
5 a 9 años			
Trabajadores no manuales	36,8 (2,77)	48,3 (3,00)	41,5 (1,99)
Trabajadores manuales	50,5 (2,94)	57,1 (2,25)	38,5 (1,86)
10 a 15 años			
Trabajadores no manuales	43,9 (2,55)	52,5 (2,50)	35,1 (1,66)
Trabajadores manuales	48,4 (2,38)	63,6 (1,95)	45,5 (1,61)

La tabla 3.2.8. (Gráfico 3.5.13, 3.5.14, 3.5.15, 3.5.16) muestra el porcentaje de niñas que consumen verdura menos de tres veces por semana según la edad, el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia.

Se observa como el porcentaje de niñas que consumen verdura menos de tres veces por semana es mayor en el grupo de 10 a 15 años. Por nivel de estudios y clase social se aprecia un mayor porcentaje en las niñas pertenecientes a las categorías inferiores.

Al igual que en el caso de los niños, se observa en todos los grupos y categorías una tendencia ascendente entre 1997 y 2001 en el porcentaje de niñas que consumen verdura menos de tres veces por semana, dándose un descenso entre 2001 y 2007.

En el grupo de 5 a 9 años, el porcentaje de consumo de verdura menos de tres veces por semana en las niñas pertenecientes a la categoría de estudios superiores aumentó de 30,7% en 1997 a 44,6% en 2001 descendiendo a 36,4% en 2007. La misma tendencia es observada en el resto de grupos estudiados. No se observan diferencias por grupos de edad.

Tabla 3.2.8. Porcentaje (error estándar) de niñas que consumen verdura menos de tres veces por semana según la edad, el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia.

	<i>1995/97</i>	<i>2001</i>	<i>2006/07</i>
NIVEL DE ESTUDIOS			
5 a 9 años			
2º grado 2º ciclo y superiores	30,7 (3,22)	44,6 (2,63)	36,4 (1,84)
2º grado 1er ciclo e inferiores	48,6 (2,80)	54,0 (2,52)	43,3 (2,03)
10 a 15 años			
2º grado 2º ciclo y superiores	35,9 (2,72)	43,0 (2,59)	31,8 (1,63)
2º grado 1er ciclo e inferiores	47,8 (2,18)	56,9 (1,99)	48,2 (1,78)
CLASE SOCIAL			
5 a 9 años			
Trabajadores no manuales	36,1 (3,07)	45,8 (2,89)	37,5 (1,95)
Trabajadores manuales	46,5 (3,02)	52,1 (2,40)	41,2 (1,91)
10 a 15 años			
Trabajadores no manuales	36,8 (2,48)	48,1 (2,66)	34,4 (1,69)
Trabajadores manuales	48,8 (2,37)	54,0 (2,04)	45,9 (1,75)

3.2.2.3. Consumo de dulces

La tabla 3.2.9. (Gráfico 3.5.17, 3.5.18, 3.5.19, 3.5.20) muestra el porcentaje de niños que consumen dulces a diario según la edad, el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia.

Hay que resaltar que el consumo de dulces a diario se da en prácticamente la mitad de los niños encuestados. Las diferencias por clase social o nivel de estudios no son muy marcadas. Es de destacar que el consumo de dulces es mayor en el grupo de estudios superiores y de clase social alta en los dos grupos de edad en el año 2001, excepto por clase social en el grupo de 10 a 15 años, siendo del 57,5% en la categoría de trabajadores no manuales y del 60,0% en los niños pertenecientes a la categoría de trabajadores manuales. Se observa una tendencia descendente en el consumo de dulces a diario entre 2001 y 2007, en todos los grupos y categorías estudiadas.

Tabla 3.2.9. Porcentaje (error estándar) de niños que consumen dulces a diario según la edad, el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia.

	<i>2001</i>		<i>2006/07</i>	
NIVEL DE ESTUDIOS				
5 a 9 años				
2º grado 2º ciclo y superiores	58,8	(2,69)	47,6	(1,88)
2º grado 1er ciclo e inferiores	54,5	(2,35)	50,9	(2,07)
10 a 15 años				
2º grado 2º ciclo y superiores	60,7	(2,42)	49,1	(1,71)
2º grado 1er ciclo e inferiores	57,4	(1,96)	47,6	(1,65)
CLASE SOCIAL				
5 a 9 años				
Trabajadores no manuales	57,6	(2,98)	47,3	(2,02)
Trabajadores manuales	56,1	(2,25)	50,7	(1,91)
10 a 15 años				
Trabajadores no manuales	57,5	(2,47)	47,4	(1,74)
Trabajadores manuales	60,0	(1,99)	48,2	(1,62)

La tabla 3.2.10. (Gráfico 3.5.17, 3.5.18, 3.5.19, 3.5.20) muestra el porcentaje de niñas que consumen dulces a diario según la edad, el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia.

Se observa un descenso entre 2001 y 2007 en el porcentaje de niñas que consumen dulces a diario en todos los grupos y categorías, siendo las niñas pertenecientes a las categorías inferiores las que presentan un mayor porcentaje en ambos periodos, aunque estas diferencias son mínimas. Al igual que en el caso de los niños, resaltar que alrededor de la mitad de las niñas encuestadas consumen dulces a diario. Se observa un mayor descenso en el grupo de 5 a 9 años pasando del 53,6% en 2001 al 39,2% en 2007 en el grupo perteneciente a la categoría de estudios superiores y del 53,7% al 45,5% en el grupo de estudios inferiores. La misma tendencia se observa según clase social. En el grupo de 10 a 15 años el descenso en el porcentaje de niñas que consumen dulces a diario es menos marcado.

Tabla 3.2.10. Porcentaje (error estándar) de niñas que consumen dulces a diario según la edad, el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia.

	<i>2001</i>		<i>2006/07</i>	
NIVEL DE ESTUDIOS				
5 a 9 años				
2º grado 2º ciclo y superiores	53,6	(2,63)	39,2	(1,87)
2º grado 1er ciclo e inferiores	53,7	(2,52)	45,5	(2,04)
10 a 15 años				
2º grado 2º ciclo y superiores	46,3	(2,62)	45,8	(1,75)
2º grado 1er ciclo e inferiores	53,1	(2,01)	49,2	(1,78)
CLASE SOCIAL				
5 a 9 años				
Trabajadores no manuales	55,9	(2,88)	39,5	(1,97)
Trabajadores manuales	52,5	(2,40)	44,5	(1,92)
10 a 15 años				
Trabajadores no manuales	47,3	(2,66)	44,1	(1,76)
Trabajadores manuales	53,1	(2,05)	50,7	(1,76)

3.2.3. Sedentarismo

3.2.3.1. Inactividad física

La tabla 3.2.11. (Gráfico 3.5.21, 3.5.22, 3.5.23, 3.5.24) muestra el porcentaje de niños que no realizan actividad física según la edad, el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia.

Según el nivel de estudios, en todos los grupos, son los niños pertenecientes a la categoría inferior los que presentan mayores porcentajes de inactividad física. La tendencia del porcentaje de niños que no realizan actividad física varía según el grupo de edad. En el grupo de 5 a 9 años, en las dos categorías, se da un aumento en el porcentaje de 1997 a 2001, dándose un descenso en el último año.

Sin embargo, en el grupo de 10 a 15 años, en la categoría de estudios inferiores aumentó de 7,1% en 1997 a 9,2% en 2007 y en la categoría de estudios superiores descendió de 9,2% en 1997 a 4,9% en 2001 volviendo a aumentar a 8,4% en 2007.

Según clase social, en cuanto a la inactividad física, se observan diferencias por grupo de edad. En el grupo de 5 a 9 años el porcentaje de niños que no realizan actividad física desciende de 1997 a 2007 con un pico en 2001 en la categoría de trabajadores no manuales pasando de 6,8% en 1997 a 4% en 2007 con un pico de 9,8% en 2001. En cambio, en la categoría de trabajadores manuales el porcentaje se mantiene constante en 1997 con un 7,9% y en 2007 con un 7,8%, dándose un pico en 2001 del 10,4%. En el grupo de 10 a 15 años se da un ligero aumento en las dos categorías.

Tabla 3.2.11. Porcentaje (error estándar) de niños que no realizan actividad física en el tiempo libre según la edad, el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia.

	1995/97	2001	2006/07
NIVEL DE ESTUDIOS			
5 a 9 años			
2º grado 2º ciclo y superiores	5,8 (1,50)	5,9 (1,30)	4,0 (0,73)
2º grado 1er ciclo e inferiores	8,4 (1,45)	13,1 (1,59)	8,7 (1,16)
10 a 15 años			
2º grado 2º ciclo y superiores	9,2 (1,65)	4,9 (1,07)	8,4 (0,94)
2º grado 1er ciclo e inferiores	7,1 (1,09)	8,4 (1,10)	9,2 (0,94)
CLASE SOCIAL			
5 a 9 años			
Trabajadores no manuales	6,8 (1,43)	9,8 (1,80)	4,0 (0,79)
Trabajadores manuales	7,9 (1,58)	10,4 (1,39)	7,8 (1,02)
10 a 15 años			
Trabajadores no manuales	7,3 (1,31)	7,6 (1,32)	8,6 (0,96)
Trabajadores manuales	8,1 (1,29)	7,3 (1,06)	8,6 (0,90)

La tabla 3.2.12. (Gráfico 3.5.21, 3.5.22, 3.5.23, 3.5.24) muestran el porcentaje de niñas que no realizan actividad física según la edad, el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia.

Según el nivel de estudios, en todos los grupos, son las niñas pertenecientes a la categoría inferior las que presentan mayores porcentajes de inactividad física. El porcentaje de niñas de 5 a 9 años que no realizan actividad física aumentó del 8,0% en 1997 al 10,1% en 2007 en el grupo de estudios superiores y del 11,4% al 15,6% en el mismo periodo en el grupo de estudios inferiores. En el grupo de 10 a 15 años pertenecientes a la categoría superior, el porcentaje descendió de 14% en 1997 a 12,3% en 2007 con un pico del 17,9% en 2001. En el grupo de estudios inferiores aumentó de 15,4% en 1997 a 18,6% en 2007 con un pico en 2001 del 21,3%. Según clase social, la tendencia en el porcentaje de niñas que no realizan actividad física difiere por grupo de edad.

Así, en las niñas de 5 a 9 años se da un aumento en las dos categorías pasando de 7,1% en 1997 a 10,7% en 2007 en la categoría superior y de 11,9% a 15,3% en la categoría inferior. Sin embargo, en las niñas de 10 a 15 años, el mayor porcentaje se da en 2001 en las dos categorías disminuyendo de 13,8% en 1997 a 12,9% en 2007 en el caso de la categoría superior y aumentando de 15,1% a 17,8% en el caso de la categoría inferior.

Tabla 3.2.12. Porcentaje (error estándar) de niñas que no realizan actividad física en el tiempo libre según la edad, el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia.

	<i>1995/97</i>	<i>2001</i>	<i>2006/07</i>
NIVEL DE ESTUDIOS			
5 a 9 años			
2º grado 2º ciclo y superiores	8,0 (1,86)	8,0 (1,43)	10,1 (1,15)
2º grado 1er ciclo e inferiores	11,4 (1,74)	13,5 (1,73)	15,6 (1,47)
10 a 15 años			
2º grado 2º ciclo y superiores	14,0 (1,94)	17,9 (2,00)	12,3 (1,15)
2º grado 1er ciclo e inferiores	15,4 (1,57)	21,3 (1,65)	18,6 (1,38)
CLASE SOCIAL			
5 a 9 años			
Trabajadores no manuales	7,1 (1,62)	7,8 (1,56)	10,7 (1,24)
Trabajadores manuales	11,9 (1,92)	12,8 (1,61)	15,3 (1,39)
10 a 15 años			
Trabajadores no manuales	13,8 (1,76)	18,8 (2,07)	12,9 (1,19)
Trabajadores manuales	15,1 (1,70)	21,0 (1,67)	17,8 (1,34)

3.2.3.2. Horas de TV

La tabla 3.2.13. (Gráfico 3.5.25, 3.5.26, 3.5.27, 3.5.28) muestra el porcentaje de niños que ven dos o más horas de televisión al día según la edad, el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia.

Según nivel de estudios, se observa como en todos los grupos, son los niños pertenecientes a la categoría inferior los que presentan mayores porcentajes. El porcentaje aumenta entre 1997 y 2007 dándose un pico en 2001 en todos los grupos pasando en el caso de los niños de 10 a 15 años de la categoría superior de 22,5% a 31,8% en 2007 con un pico de 33,1% en 2001. Se da una excepción en los niños de 5 a 9 años de la categoría de estudios inferiores donde aumentó de 30,2% en 1997 a 39,9% en 2007.

El porcentaje de niños que ven la TV más de dos horas al día difiere según la categoría de clase social. En los niños de clase alta, el porcentaje desciende en el grupo de 5 a 9 años y aumenta ligeramente en el grupo de 10 a 15 años. Sin embargo, en los niños de clase baja el porcentaje aumenta en los dos grupos de edad pasando del 28,9% en 1997 al 37,2% en 2007 en los niños de 5 a 9 años y del 31,4% al 43,3% en los niños de 10 a 15 años en el mismo periodo.

Tabla 3.2.13. Porcentaje (error estándar) de niños que ven dos o más horas de televisión al día según la edad, el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia.

	1995/97		2001		2006/07	
NIVEL DE ESTUDIOS						
5 a 9 años						
2º grado 2º ciclo y superiores	20,5	(2,53)	24,8	(2,36)	22,6	(1,54)
2º grado 1er ciclo e inferiores	30,2	(2,36)	35,2	(2,24)	39,0	(1,98)
10 a 15 años						
2º grado 2º ciclo y superiores	22,5	(2,35)	33,1	(2,33)	31,8	(1,56)
2º grado 1er ciclo e inferiores	33,7	(1,99)	40,2	(1,95)	39,9	(1,59)
CLASE SOCIAL						
5 a 9 años						
Trabajadores no manuales	24,0	(2,40)	21,6	(2,47)	22,0	(1,64)
Trabajadores manuales	28,9	(2,60)	35,6	(2,17)	37,2	(1,82)
10 a 15 años						
Trabajadores no manuales	26,6	(2,19)	31,1	(2,31)	27,7	(1,53)
Trabajadores manuales	31,4	(2,17)	41,7	(2,00)	43,3	(1,58)

La tabla 3.2.14. (Gráfico 3.5.25, 3.5.26, 3.5.27, 3.5.28) muestra el porcentaje de niñas que ven dos o más horas de televisión al día según la edad, el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia.

Según nivel de estudios, se observa un aumento de 1997 a 2007 en todos los grupos excepto en las niñas de 10 a 15 años de la categoría inferior donde aumentó de 29,4% en 1997 a 38,7% en 2007 con un pico de 43,6% en 2001. Se da un mayor aumento en las niñas de 5 a 9 años pasando en el grupo de la categoría superior del 13,6% en 1997 al 27,6% en 2007 y en el grupo de la categoría inferior del 25,2% al 40% en el mismo periodo. En todos los grupos, son las niñas pertenecientes a la categoría inferior las que presentan mayores porcentajes.

Según clase social, el porcentaje de niñas que ven más de dos horas al día la TV aumenta a lo largo del periodo de estudio en todos los grupos y categorías. El aumento es más marcado en las categorías inferiores pasando del 21,3% en 1997 al 38,1% en 2007 en las niñas de 5 a 9 años y de 29,5% en 1997 a 39,6% con un pico de 44,3% en 2001 en las niñas de 10 a 15 años.

Tabla 3.2.14. Porcentaje (error estándar) de niñas que ven dos o más horas de televisión al día, según la edad, el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia.

	1995/97	2001	2006/07
NIVEL DE ESTUDIOS			
5 a 9 años			
2º grado 2º ciclo y superiores	13,6 (2,34)	19,8 (2,11)	27,6 (1,70)
2º grado 1er ciclo e inferiores	25,2 (2,35)	27,6 (2,26)	40,0 (1,99)
10 a 15 años			
2º grado 2º ciclo y superiores	20,7 (2,24)	30,8 (2,41)	31,9 (1,60)
2º grado 1er ciclo e inferiores	29,4 (1,97)	43,6 (2,01)	38,7 (1,71)
CLASE SOCIAL			
5 a 9 años			
Trabajadores no manuales	19,8 (2,51)	20,5 (2,35)	28,9 (1,81)
Trabajadores manuales	21,3 (2,38)	26,5 (2,12)	38,1 (1,86)
10 a 15 años			
Trabajadores no manuales	22,4 (2,11)	29,4 (2,42)	30,1 (1,61)
Trabajadores manuales	29,5 (2,15)	44,3 (2,05)	39,6 (1,69)

3.2.4. Horas de dormir al día

La tabla 3.2.15. (Gráfico 3.5.29, 3.5.30, 3.5.31, 3.5.32) muestra el porcentaje de niños que duermen menos de nueve horas diarias según la edad, el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia.

Según nivel de estudios, el porcentaje de niños que duerme menos de 9 horas al día, no varía mucho en las categorías superiores en los dos grupos de edad, sin embargo, en los niños de 5 a 9 años de la categoría inferior aumentó de 8,5% en 1997 a 19,0% en 2001 volviendo a descender a 16,7% en 2007. En el grupo de 10 a 15 años aumentó de 33,6% en 1997 a 39,8% en 2007.

Según clase social, los niños de 10 a 15 años que duermen menos de 9 horas al día representan mayor porcentaje que los niños de 5 a 9 años. La tendencia difiere por clase social. En los niños de clase social alta se da un ligero aumento a lo largo del periodo estudiado. Por otro lado, en los

niños de clase social baja se observa un aumento pasando del 9,2% en 1997 al 17,2% en 2007 en los niños de 5 a 9 años y del 32,5% al 38,3% en los niños de 10 a 15 años en el mismo periodo.

Tabla 3.2.15. Porcentaje (error estándar) de niños que duermen menos de nueve horas diarias, según la edad, el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia.

	<i>1995/97</i>	<i>2001</i>	<i>2006/07</i>
NIVEL DE ESTUDIOS			
5 a 9 años			
2º grado 2º ciclo y superiores	14,2 (2,19)	13,4 (1,86)	13,9 (1,28)
2º grado 1er ciclo e inferiores	8,5 (1,44)	19,0 (1,85)	16,7 (1,52)
10 a 15 años			
2º grado 2º ciclo y superiores	32,5 (2,63)	34,2 (2,34)	35,1 (1,60)
2º grado 1er ciclo e inferiores	33,6 (1,99)	31,9 (1,85)	39,8 (1,59)
CLASE SOCIAL			
5 a 9 años			
Trabajadores no manuales	11,7 (1,81)	13,2 (2,06)	13,2 (1,35)
Trabajadores manuales	9,9 (1,71)	17,9 (1,73)	17,2 (1,42)
10 a 15 años			
Trabajadores no manuales	33,9 (2,35)	34,9 (2,38)	36,4 (1,64)
Trabajadores manuales	32,5 (2,19)	30,8 (1,88)	38,3 (1,56)

La tabla 3.2.16. (Gráfico 3.5.29, 3.5.30, 3.5.31, 3.5.32) muestra el porcentaje de niñas que duermen menos de nueve horas diarias según la edad, el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia.

Según el nivel de estudios, se aprecia como en el grupo de 5 a 9 años presentan mayor porcentaje las niñas pertenecientes a la categoría inferior, sin embargo en el grupo de 10 a 15 años son las de la categoría superior las que declaran dormir menos. Se observa un ligero aumento en el porcentaje de niñas que duermen menos de nueve horas al día en todos los grupos pasando del 36,6% en 1997 a 39,5% en 2007 en las niñas de 10 a 15 años pertenecientes a la categoría de estudios superiores. En el resto de grupos la tendencia es similar excepto en las

niñas de 5 a 9 años donde se pasa de 8,3% en 1997 a 8,9% en 2007 con un pico de 11,1% en 2001.

Según la clase social, el porcentaje de niñas que duermen menos de 9 horas al día desciende ligeramente en el grupo de 5 a 9 años de la categoría superior y aumenta ligeramente en la categoría inferior al igual que en el grupo de 10 a 15 años de la categoría superior. En las niñas de 10 a 15 años pertenecientes a la categoría inferior se da un aumento más marcado pasando de 31,9% en 1997 a 38,6% en 2007.

Tabla 3.2.16. Porcentaje (error estándar) de niñas que duermen menos de nueve horas diarias, según la edad, el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia.

	<i>1995/97</i>		<i>2001</i>		<i>2006/07</i>	
NIVEL DE ESTUDIOS						
5 a 9 años						
2º grado 2º ciclo y superiores	8,3	(1,88)	11,1	(1,67)	8,9	(1,08)
2º grado 1er ciclo e inferiores	14,7	(1,92)	14,9	(1,80)	17,2	(1,53)
10 a 15 años						
2º grado 2º ciclo y superiores	36,6	(2,66)	38,6	(2,55)	39,5	(1,68)
2º grado 1er ciclo e inferiores	32,9	(2,03)	33,1	(1,89)	36,4	(1,69)
CLASE SOCIAL						
5 a 9 años						
Trabajadores no manuales	12,6	(2,08)	11,6	(1,86)	10,2	(1,21)
Trabajadores manuales	12,2	(2,09)	13,5	(1,65)	15,1	(1,38)
10 a 15 años						
Trabajadores no manuales	36,2	(2,43)	35,7	(2,54)	37,7	(1,70)
Trabajadores manuales	31,9	(2,19)	34,3	(1,95)	38,6	(1,68)

3.3. Análisis multivariable

3.3.1. Sobrepeso y obesidad

La tabla 3.3.1. muestra la relación del sobrepeso y la obesidad con el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia según la edad en niños.

La odds de sobrepeso en el grupo de 5 a 9 años por nivel de estudios, siendo la categoría de referencia el nivel de estudios superior va disminuyendo, pasando de 1,67 en 1997 a 1,17 en 2007 siendo en este año no significativa. Esto significa que el riesgo de padecer sobrepeso en el grupo de estudios inferiores respecto al grupo de estudios superiores disminuye a lo largo del periodo estudiado. Sin embargo, en el grupo de 10 a 15 años la odds ratio va aumentando, pasando de 1,07 en 1997 a 1,49 en 2007, siendo en este año significativa. Se puede decir que el riesgo de presentar sobrepeso en el grupo de estudios inferiores en los niños de 10 a 15 años respecto al grupo de estudios superiores va aumentando en el periodo estudiado.

Según clase social, tomando como referencia la categoría de trabajadores no manuales, se observa como en los niños de 5 a 9 años, la odds ratio aumenta de 1,57 en 1997 a 1,80 en 2001 disminuyendo a 1,38 en 2007. En los tres años la odds es significativa. Por otro lado, en los niños de 10 a 15 años, la odds se mantiene constante entre 1997 y 2007 con un 1,39 disminuyendo ligeramente en 2001 con un 1,28. Solamente en el año 2007, la odds ratio es significativa.

La probabilidad de presentar obesidad en el grupo de 5 a 9 años en la categoría de estudios inferiores respecto a la categoría de estudios superiores disminuyó de 1,57 en 1997 a 1,11 en 2007, no siendo significativa en ninguno de los tres años. En el grupo de 10 a 15 años, la prevalencia de sobrepeso es de 1,47 veces superior en la categoría de estudios inferiores en el año 1997, pasando a 3,36 veces superior en 2001, disminuyendo a 2,79 en 2007. Siendo significativas en los dos últimos años.

Por clase social, la probabilidad de presentar sobrepeso en los niños de 5 a 9 años de la categoría de trabajadores manuales respecto a los no manuales pasó de 1,25 en 1997 a 1,64 en 2001, siendo de 1,58 en 2007.

Por último, la prevalencia de sobrepeso en los niños de 10 a 15 años de la categoría de trabajadores manuales frente a los trabajadores no manuales fue 1,04 veces superior en 1997 aumentando hasta 1,97 veces superior en 2007.

Tabla 3.3.1. Relación del sobrepeso y la obesidad con el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia según la edad en niños. Odds ratio e intervalo de confianza al 95% (entre paréntesis).

	1995/97	2001	2006/07
Sobrepeso			
NIVEL DE ESTUDIOS			
5 a 9 años			
2º grado 2º ciclo y superiores	1,00	1,00	1,00
2º grado 1er ciclo e inferiores	1,67 (1,18-2,34)	1,37 (1,02-1,85)	1,17 (0,93-1,46)
10 a 15 años			
2º grado 2º ciclo y superiores	1,00	1,00	1,00
2º grado 1er ciclo e inferiores	1,07 (0,75-1,52)	1,31 (0,96-1,79)	1,49 (1,20-1,84)
CLASE SOCIAL			
5 a 9 años			
Trabajadores no manuales	1,00	1,00	1,00
Trabajadores manuales	1,57 (1,13-2,18)	1,80 (1,31-2,48)	1,38 (1,10-1,73)
10 a 15 años			
Trabajadores no manuales	1,00	1,00	1,00
Trabajadores manuales	1,39 (0,98-1,96)	1,28 (0,94-1,74)	1,39 (1,12-1,72)
Obesidad			
NIVEL DE ESTUDIOS			
5 a 9 años			
2º grado 2º ciclo y superiores	1,00	1,00	1,00
2º grado 1er ciclo e inferiores	1,57 (0,96-2,58)	0,93 (0,62-1,39)	1,11 (0,81-1,53)
10 a 15 años			
2º grado 2º ciclo y superiores	1,00	1,00	1,00
2º grado 1er ciclo e inferiores	1,47 (0,61-3,57)	3,36 (1,47-7,70)	2,79 (1,73-4,49)
CLASE SOCIAL			
5 a 9 años			
Trabajadores no manuales	1,00	1,00	1,00
Trabajadores manuales	1,25 (0,78-1,99)	1,64 (1,05-2,56)	1,58 (1,15-2,19)
10 a 15 años			
Trabajadores no manuales	1,00	1,00	1,00
Trabajadores manuales	1,04 (0,46-2,35)	1,36 (0,71-2,62)	1,97 (1,25-3,10)

La tabla 3.3.2. muestra la relación del sobrepeso y la obesidad con el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia según la edad en niñas.

La prevalencia de sobrepeso en las niñas de 5 a 9 años pertenecientes a la categoría de estudios inferiores pasó de 1,18 veces mayor que en la categoría de estudios superiores en 1997 a 1,32 veces mayor en 2007, presentando un pico de 1,47 en 2001. La odds resulta significativa en los dos últimos años. Lo mismo ocurre en las niñas de 10 a 15 años donde pasó de 1,31 veces mayor en 1997 a 2,05 veces en el año 2007. Por clase social, las niñas de 5 a 9 años de la categoría inferior ven aumentada su prevalencia respecto al grupo de categoría superior de 1,20 a 1,32 veces entre 1997 y 2007. En las niñas de 10 a 15 años de la categoría inferior, esta probabilidad de presentar sobrepeso respecto a los de categoría superior es de 1,33 veces mayor en 1997, aumentando hasta 1,63 veces en 2007. La odds es significativa en los dos últimos años.

Las niñas de 5 a 9 años de la categoría de estudios inferiores presentaban una prevalencia de obesidad de 1,24 veces superior a los de estudios superiores en 1997 disminuyendo esta superioridad hasta 1,09 veces en 2007. Sin embargo, en las niñas de 10 a 15 años esta superioridad en la prevalencia de obesidad pasó de 1,06 en 1997 a 2,32 en 2007, con un pico de 6,61 en 2001. Por clase social, las niñas de 5 a 9 años de la categoría inferior presentaban una prevalencia de obesidad de 1,67 veces superior a las de categoría superior, disminuyendo esta superioridad hasta 1,36 veces en 2007. Las niñas de 10 a 15 años de la categoría inferior vieron aumentada su prevalencia de obesidad respecto a las niñas de categoría superior, pasando de 1,02 veces en 1997 a 2,33 en el año 2007, presentándose un pico de 3,98 en 2001. La odds resulta significativa en los dos últimos años estudiados.

Tabla 3.3.2. Relación del sobrepeso y la obesidad con el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia según la edad en niñas. Odds ratio e intervalo de confianza al 95% (entre paréntesis).

	1995/97	2001	2006/07
Sobrepeso			
NIVEL DE ESTUDIOS			
5 a 9 años			
2º grado 2º ciclo y superiores	1,00	1,00	1,00
2º grado 1er ciclo e inferiores	1,18(0,82-1,70)	1,47 (1,09-2,00)	1,32 (1,05-1,66)
10 a 15 años			
2º grado 2º ciclo y superiores	1,00	1,00	1,00
2º grado 1er ciclo e inferiores	1,31 (0,86-2,00)	2,07 (1,41-3,06)	2,05 (1,57-2,69)
CLASE SOCIAL			
5 a 9 años			
Trabajadores no manuales	1,00	1,00	1,00
Trabajadores manuales	1,20 (0,84-1,71)	1,32 (0,97-1,80)	1,30 (1,04-1,63)
10 a 15 años			
Trabajadores no manuales	1,00	1,00	1,00
Trabajadores manuales	1,33 (0,88-2,01)	1,60 (1,10-2,33)	1,63 (1,25-2,13)
Obesidad			
NIVEL DE ESTUDIOS			
5 a 9 años			
2º grado 2º ciclo y superiores	1,00	1,00	1,00
2º grado 1er ciclo e inferiores	1,24 (0,76-2,04)	1,16 (0,78-1,73)	1,09 (0,78-1,50)
10 a 15 años			
2º grado 2º ciclo y superiores	1,00	1,00	1,00
2º grado 1er ciclo e inferiores	1,06 (0,31-3,66)	6,61 (1,38-31,71)	2,32 (1,24-4,37)
CLASE SOCIAL			
5 a 9 años			
Trabajadores no manuales	1,00	1,00	1,00
Trabajadores manuales	1,67 (1,03-2,73)	1,66 (1,09-2,55)	1,36 (0,98-1,89)
10 a 15 años			
Trabajadores no manuales	1,00	1,00	1,00
Trabajadores manuales	1,02 (0,31-3,37)	3,98 (1,08-14,69)	2,33 (1,25-4,34)

3.3.2. Alimentación

3.3.2.1. Consumo de fruta

La tabla 3.3.3. muestra la relación del consumo de fruta menos de 3 veces por semana con el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia según la edad en niños.

Por clase social, se observa como es el grupo de 10 a 15 años perteneciente a las categorías inferiores el que ve aumentada su prevalencia a lo largo del periodo estudiado, siendo en el caso de los niños de clase social baja, 1,37 veces superior en el año 1997 y 1,73 veces en el 2007. La odds ratio es significativa en los dos últimos años estudiados. La misma tendencia se observa cuando se estudia por nivel de estudios. Sin embargo, los niños de 5 a 9 años de la categoría de clase social baja, presentaban 1,82 veces más probabilidad de consumir fruta menos de tres veces por semana que sus homólogos de la categoría superior en el año 1997, disminuyendo esta probabilidad hasta 1,59 veces en el año 2007. En este caso, la odds ratio es significativa en los tres años.

Tabla 3.3.3. Relación del consumo de fruta (menos de 3 veces/semana) con el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia según la edad en niños. Odds ratio e intervalo de confianza al 95% (entre paréntesis)

	<i>1995/1997</i>	<i>2001</i>	<i>2006/2007</i>
NIVEL DE ESTUDIOS			
5 a 9 años			
2º grado 2º ciclo y superiores	1,00	1,00	1,00
2º grado 1er ciclo e inferiores	1,64 (0,98-2,73)	1,82 (1,27-2,62)	1,62 (1,20-2,17)
10 a 15 años			
2º grado 2º ciclo y superiores	1,00	1,00	1,00
2º grado 1er ciclo e inferiores	1,16 (0,78-1,71)	1,65 (1,23-2,21)	1,79 (1,43-2,24)
CLASE SOCIAL			
5 a 9 años			
Trabajadores no manuales	1,00	1,00	1,00
Trabajadores manuales	1,82(1,12-2,96)	1,72 (1,17-2,52)	1,59 (1,17-2,15)
10 a 15 años			
Trabajadores no manuales	1,00	1,00	1,00
Trabajadores manuales	1,37 (0,94-2,00)	1,55 (1,15-2,07)	1,73 (1,38-2,16)

La tabla 3.3.4. muestra la relación del consumo de fruta menos de 3 veces por semana con el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia según la edad en niñas.

La prevalencia del consumo de fruta menos de tres veces por semana varía según se estudie por clase social o por nivel de estudios. Por nivel de estudios, las niñas de 5 a 9 años presentaban una prevalencia de consumir verdura menos de tres veces por semana 1,88 veces superior a las niñas de la categoría inferior en el año 1997, disminuyendo hasta 1,67 veces superior en el año 2007. La odds ratio es significativa en los tres periodos. Sin embargo, por clase social, las niñas de la categoría inferior presentaban 1,49 veces más probabilidad de consumir fruta menos de tres veces por semana en 1997, aumentando esta probabilidad hasta 1,89 veces en el año 2007. En las niñas de 10 a 15 años ocurre lo contrario, aumentando la probabilidad en las niñas de nivel de estudios bajos de 1,84 veces a 2,81 en el mismo periodo y disminuyendo en las de clase social baja de 1,62 en 1997 a 1,38 en 2007.

Tabla 3.3.4. Relación del consumo de fruta (menos de 3 veces/semana) con el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia según la edad en niñas. Odds ratio e intervalo de confianza al 95% (entre paréntesis)

	<i>1995/97</i>	<i>2001</i>	<i>2006/07</i>
NIVEL DE ESTUDIOS			
5 a 9 años			
2º grado 2º ciclo y superiores	1,00	1,00	1,00
2º grado 1er ciclo e inferiores	1,88 (1,06-3,33)	1,45 (1,01-2,09)	1,67 (1,24-2,25)
10 a 15 años			
2º grado 2º ciclo y superiores	1,00	1,00	1,00
2º grado 1er ciclo e inferiores	1,84 (1,20-2,83)	1,55 (1,13-2,13)	2,81 (2,18-3,63)
CLASE SOCIAL			
5 a 9 años			
Trabajadores no manuales	1,00	1,00	1,00
Trabajadores manuales	1,49 (0,88-2,52)	1,52 (1,04-2,22)	1,89 (1,39-2,57)
10 a 15 años			
Trabajadores no manuales	1,00	1,00	1,00
Trabajadores manuales	1,62 (1,09-2,42)	1,47 (1,07-2,28)	1,38 (1,09-1,76)

3.3.2.2. Consumo de verdura

La tabla 3.3.5. muestra la relación del consumo de verdura menos de 3 veces por semana con el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia según la edad en niños.

Los niños de 5 a 9 años de la categoría de estudios inferiores presentaban una prevalencia 2,48 veces superior que los de la categoría superior en el año 1997. Esta superioridad disminuyó hasta 1,48 veces en 2007. La odds ratio resultó significativa en los tres periodos. La misma tendencia se observa por clase social. Los niños de 10 a 15 años de la categoría de estudios inferiores presentaban 1,42 veces más probabilidad de consumir verdura menos de tres veces por semana en el año 1997, aumentando esta probabilidad hasta 1,77 veces en 2007, siendo la odds significativa en los tres años. Por clase social, se observa la misma tendencia.

Tabla 3.3.5. Relación del consumo de de verdura (menos de 3 veces/semana) con el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia según la edad en niños. Odds ratio e intervalo de confianza al 95% (entre paréntesis)

	<i>1995/1997</i>	<i>2001</i>	<i>2006/2007</i>
NIVEL DE ESTUDIOS			
5 a 9 años			
2º grado 2º ciclo y superiores	1,00	1,00	1,00
2º grado 1er ciclo e inferiores	2,48 (1,76-3,49)	1,37 (1,03-1,81)	1,48 (1,18-1,85)
10 a 15 años			
2º grado 2º ciclo y superiores	1,00	1,00	1,00
2º grado 1er ciclo e inferiores	1,42 (1,06-1,89)	1,57 (1,22-2,02)	1,77 (1,46-2,14)
CLASE SOCIAL			
5 a 9 años			
Trabajadores no manuales	1,00	1,00	1,00
Trabajadores manuales	1,75 (1,26-2,43)	1,43 (1,06-1,92)	0,88 (0,71-1,10)
10 a 15 años			
Trabajadores no manuales	1,00	1,00	1,00
Trabajadores manuales	1,20 (0,91-1,58)	1,59 (1,23-2,05)	1,54 (1,27-1,86)

La tabla 3.3.6. muestra la relación del consumo de verdura menos de 3 veces por semana con el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia según la edad en niñas.

Se observa como las niñas de 5 a 9 años de la categoría de nivel de estudios bajo presentaban 2,13 veces más probabilidad de consumir verdura menos de tres veces por semana que las niñas de la categoría de estudios superiores en el año 1997, disminuyendo esta probabilidad hasta 1,34 en 2007. Por clase social, también se ve una disminución en la probabilidad pasando de 1,54 a 1,17 en el mismo periodo. Las niñas de 10 a 15 años de la categoría de estudios inferiores presentaban una prevalencia de consumo de verdura menos de tres veces por semana 1,64 veces superior a las niñas de categoría de estudios superiores en 1997, aumentando esta superioridad a 2,00 veces en el año 2007. Por clase social, la probabilidad de consumir verdura menos de tres veces por semana entre las niñas de clase social baja respecto a las de clase social alta, disminuyó ligeramente pasando de 1,64 en el año 1997 a 1,61 en 2007.

Tabla 3.3.6. Relación del consumo de verdura (menos de 3 veces/semana) con el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia según la edad en niñas. Odds ratio e intervalo de confianza al 95% (entre paréntesis).

	<i>1995/97</i>	<i>2001</i>	<i>2006/07</i>
NIVEL DE ESTUDIOS			
5 a 9 años			
2º grado 2º ciclo y superiores	1,00	1,00	1,00
2º grado 1er ciclo e inferiores	2,13 (1,47-3,08)	1,46 (1,10-1,95)	1,34 (1,07-1,67)
10 a 15 años			
2º grado 2º ciclo y superiores	1,00	1,00	1,00
2º grado 1er ciclo e inferiores	1,64 (1,23-2,18)	1,75 (1,35-2,28)	2,00 (1,63-2,35)
CLASE SOCIAL			
5 a 9 años			
Trabajadores no manuales	1,00	1,00	1,00
Trabajadores manuales	1,54 (1,08-2,20)	1,29 (0,96-1,73)	1,17 (0,93-1,46)
10 a 15 años			
Trabajadores no manuales	1,00	1,00	1,00
Trabajadores manuales	1,64 (1,24-2,17)	1,27 (0,97-1,65)	1,61 (1,32-1,97)

3.3.2.3. Consumo de dulces

La tabla 3.3.7. presenta la relación del consumo de dulces a diario con el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia según la edad en niños.

El consumo de dulces a diario no presenta muchas diferencias por clase social, no siendo significativa la odds ratio en ninguno de los grupos ni periodos estudiados. Además, son los niños de las categorías superiores los que en este caso presentan más probabilidad de consumir dulces a diario en la mayoría de los grupos en el año 2001, excepto cuando se estudia por clase social a los niños de 10 a 15 años en los que la probabilidad de consumir dulces a diario es 1,11 veces mayor en la categoría inferior. Sin embargo, en el año 2007, la probabilidad de consumir dulces a diario es ligeramente superior en las categorías inferiores excepto cuando se estudia a los niños de 10 a 15 años por nivel de estudios. Por grupos de edad, los niños de 5 a 9 años de las

categorías inferiores ven ligeramente aumentada su prevalencia respecto a las categorías superiores en el periodo estudiado.

Tabla 3.3.7. Relación del consumo de dulces (a diario) con el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia según la edad en niños. Odds ratio e intervalo de confianza al 95% (entre paréntesis)

	2001	2006/07
NIVEL DE ESTUDIOS		
5 a 9 años		
2º grado 2º ciclo y superiores	1,00	1,00
2º grado 1er ciclo e inferiores	0,84 (0,63-1,12)	1,14 (0,92-1,42)
10 a 15 años		
2º grado 2º ciclo y superiores	1,00	1,00
2º grado 1er ciclo e inferiores	0,87 (0,68-1,12)	0,94 (0,78-1,14)
CLASE SOCIAL		
5 a 9 años		
Trabajadores no manuales	1,00	1,00
Trabajadores manuales	0,94 (0,70-1,27)	1,15 (0,92-1,43)
10 a 15 años		
Trabajadores no manuales	1,00	1,00
Trabajadores manuales	1,11 (0,86-1,43)	1,03 (0,86-1,24)

La tabla 3.3.8. presenta la relación del consumo de dulces a diario con el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia según la edad en niñas.

La diferencia en la prevalencia de consumo de dulces a diario entre categorías socioeconómicas no es muy grande en ninguno de los grupos ni periodos estudiados. La magnitud de esta diferencia aumenta ligeramente en el caso de las niñas de 5 a 9 años, pasando en el caso de las niñas de la categoría de estudios inferiores, de una probabilidad igual en ambas categorías en el año 1997 a presentar 1,29 veces más probabilidad en 2007.

Por clase social, en el año 1997, son las niñas de la categoría superior las que presentan más probabilidad de consumir dulces a diario, sin embargo en el año 1997 esta probabilidad se

revierte, pasando a ser 1,23 veces superior en el caso de las niñas de la categoría inferior. Las niñas de 10 a 15 años ven disminuida ligeramente la magnitud de la diferencia entre categorías socioeconómicas cuando se estudia por nivel de estudios, no siendo la odds ratio en ninguno de los dos periodos, en cambio por clase social esta magnitud aumenta muy ligeramente pasando de una probabilidad 1,26 veces superior en el caso de las niñas de la categoría inferior en 1997 a 1,30 veces en el año 2007. La odds ratio resulta significativa en los dos periodos.

Tabla 3.3.8. Relación del consumo de dulces (a diario) con el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia según la edad en niñas. Odds ratio e intervalo de confianza al 95% (entre paréntesis)

	2001	2006/07
NIVEL DE ESTUDIOS		
5 a 9 años		
2º grado 2º ciclo y superiores	1,00	1,00
2º grado 1er ciclo e inferiores	1,00 (0,75-1,34)	1,29 (1,03-1,61)
10 a 15 años		
2º grado 2º ciclo y superiores	1,00	1,00
2º grado 1er ciclo e inferiores	1,31 (0,01-1,70)	1,15 (0,94-1,40)
CLASE SOCIAL		
5 a 9 años		
Trabajadores no manuales	1,00	1,00
Trabajadores manuales	0,87 (0,65-1,17)	1,23 (0,99-1,54)
10 a 15 años		
Trabajadores no manuales	1,00	1,00
Trabajadores manuales	1,26 (0,97-1,64)	1,30 (1,07-1,59)

3.3.3. Sedentarismo

3.3.3.1. Inactividad física en el tiempo libre

La tabla 3.3.9. muestra la relación de la inactividad física con el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia según la edad en niños.

Según nivel de estudios, se observa que la prevalencia de inactividad física de los niños de 5 a 9 años era 1,51 veces mayor en la categoría de estudios inferiores en 1997, aumentando a 2,29 veces en 2007. Se aprecia un pico de 2,40 en el año 2001. La misma tendencia se observa en los niños de 10 a 15 años aunque las diferencias son menos marcadas, además la odds ratio es significativa únicamente en el año 2001.

Los niños de 5 a 9 años de la categoría de trabajadores manuales presentaban una prevalencia de inactividad física 1,18 veces superior a los de categoría superior en el año 1997. Esta superioridad aumentó hasta 2,01 en el año 2007.

Sin embargo, en los niños de 10 a 15 años, las diferencias por categorías fueron mínimas, no siendo significativa la odds ratio en ninguno de los tres periodos estudiados.

Tabla 3.3.9. Relación de la inactividad física con el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia según la edad en niños. Odds ratio e intervalo de confianza al 95% (entre paréntesis).

	<i>1995/97</i>	<i>2001</i>	<i>2006/07</i>
NIVEL DE ESTUDIOS			
5 a 9 años			
2º grado 2º ciclo y superiores	1,00	1,00	1,00
2º grado 1er ciclo e inferiores	1,51 (0,78-2,89)	2,40 (1,41-4,09)	2,29 (1,43-3,66)
10 a 15 años			
2º grado 2º ciclo y superiores	1,00	1,00	1,00
2º grado 1er ciclo e inferiores	0,75 (0,45-1,25)	1,80 (1,06-3,07)	1,11 (0,80-1,54)
CLASE SOCIAL			
5 a 9 años			
Trabajadores no manuales	1,00	1,00	1,00
Trabajadores manuales	1,18 (0,64-2,18)	1,06 (0,65-1,74)	2,01 (1,24-3,29)
10 a 15 años			
Trabajadores no manuales	1,00	1,00	1,00
Trabajadores manuales	1,11 (0,67-1,84)	0,95 (0,59-1,53)	1,00 (0,72-1,39)

La tabla 3.3.10. presenta la relación de la inactividad física con el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia según la edad en niñas.

Según nivel de estudios, se observa como aumenta la diferencia entre categorías a lo largo del periodo estudiado. Las niñas de 5 a 9 años de la categoría inferior presentaban 1,48 veces más probabilidad de no realizar actividad física en el año 1997, aumentando esta probabilidad hasta 1,65 en el año 2007. Se observa un pico de 1,79 en el año 2001. Las niñas de 10 a 15 años de la categoría inferior, vieron aumentada esta probabilidad desde 1,11 en 1997 a 1,62 en el año 2007.

Según clase social, las niñas de 5 a 9 años de la categoría inferior presentaban 1,76 veces más probabilidad de no realizar actividad física en el año 1997, disminuyendo esta probabilidad hasta 1,50 en 2007.

Sin embargo, en las niñas de 10 a 15 años aumenta la diferencia según categorías pasando de 1,10 en el año 1997 a 1,46 en 2007, siendo la odds significativa únicamente en el último periodo estudiado.

Tabla 3.3.10. Relación de la inactividad física con el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia según la edad en niñas. Odds ratio e intervalo de confianza al 95% (entre paréntesis)

	<i>1995/97</i>	<i>2001</i>	<i>2006/07</i>
NIVEL DE ESTUDIOS			
5 a 9 años			
2º grado 2º ciclo y superiores	1,00	1,00	1,00
2º grado 1er ciclo e inferiores	1,48 (0,81-2,70)	1,79 (1,11-2,89)	1,65 (1,19-2,30)
10 a 15 años			
2º grado 2º ciclo y superiores	1,00	1,00	1,00
2º grado 1er ciclo e inferiores	1,11 (0,75-1,65)	1,24 (0,89-1,72)	1,62 (1,23-2,13)
CLASE SOCIAL			
5 a 9 años			
Trabajadores no manuales	1,00	1,00	1,00
Trabajadores manuales	1,76 (0,97-3,20)	1,73 (1,04-2,89)	1,50 (1,08-2,09)
10 a 15 años			
Trabajadores no manuales	1,00	1,00	1,00
Trabajadores manuales	1,10 (0,75-1,63)	1,15 (0,82-1,60)	1,46 (1,11-1,92)

3.3.3.2. Horas de televisión al día

La tabla 3.3.11. muestra la relación de ver más de 2 horas TV al día con el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia según la edad en niños.

Según el nivel de estudios, los niños de 5 a 9 años de la categoría inferior presentaban 1,68 más probabilidad de ver la TV más de 2 horas al día en 1997, la magnitud de esta diferencia aumentó hasta 2,18 en 2007. Sin embargo, los niños de 10 a 15 años, vieron disminuida esta diferencia pasando de una probabilidad de 1,75 en 1997 a 1,42 en el año 2007.

Según clase social, se observa como los niños de 5 a 9 años de la categoría inferior presentaban 1,29 veces más probabilidad de ver la TV más de 2 horas al día que los de la categoría superior en el año 1997, aumentando esta probabilidad hasta 2,10 en el año 2007. En los niños de 10 a 15 años se observa la misma tendencia.

Tabla 3.3.11. Relación de ver más de 2 horas Tv al día con el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia según la edad en niñas. Odds ratio e intervalo de confianza al 95% (entre paréntesis).

	<i>1995/97</i>	<i>2001</i>	<i>2006/07</i>
NIVEL DE ESTUDIOS			
5 a 9 años			
2º grado 2º ciclo y superiores	1,00	1,00	1,00
2º grado 1er ciclo e inferiores	1,68 (1,16-2,45)	1,65 (1,21-2,26)	2,18 (1,72-2,77)
10 a 15 años			
2º grado 2º ciclo y superiores	1,00	1,00	1,00
2º grado 1er ciclo e inferiores	1,75 (1,27-2,40)	1,36 (1,05-1,77)	1,42 (1,18-1,72)
CLASE SOCIAL			
5 a 9 años			
Trabajadores no manuales	1,00	1,00	1,00
Trabajadores manuales	1,29 (0,90-1,85)	2,00 (1,43-2,82)	2,10 (1,65-2,67)
10 a 15 años			
Trabajadores no manuales	1,00	1,00	1,00
Trabajadores manuales	1,26 (0,94- 1,70)	1,59 (1,22-2,07)	2,00 (1,64-2,43)

La tabla 3.3.12. presenta la relación de ver más de 2 horas TV al día con el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia según la edad en niñas.

Según nivel de estudios, las niñas de 5 a 9 años de la categoría inferior presentaban una prevalencia ver la TV más de 2 horas al día 2,15 veces superior a las de la categoría superior en el año 1997. Esta prevalencia disminuyó hasta 1,55 en el año 2001 volviendo a aumentar a 1,75 en el año 2007. En las niñas de 10 a 15 años también se observa una disminución en las diferencias por categorías a lo largo del periodo estudiado.

Según clase social, la magnitud de la diferencia por categoría de clase social varía según el grupo de edad. En las niñas de 5 a 9 años esta diferencia disminuye a lo largo del periodo estudiado, presentando las niñas de la categoría inferior 1,76 veces más probabilidad de ver más de 2 horas de TV al día en el año 1997, disminuyendo hasta 1,52 en 2007. La odds resulta significativa únicamente en el último año. Sin embargo, en las niñas de 10 a 15 años esta diferencia aumenta, pasando de 1,10 a 1,53 en el mismo periodo, observándose un pico de 1,91 en el año 2001.

Tabla 3.3.12. Relación de de ver más de 2 horas Tv al día con el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia según la edad en niñas. Odds ratio e intervalo de confianza al 95% (entre paréntesis)

	<i>1995/97</i>	<i>2001</i>	<i>2006/07</i>
NIVEL DE ESTUDIOS			
5 a 9 años			
2º grado 2º ciclo y superiores	1,00	1,00	1,00
2º grado 1er ciclo e inferiores	2,15 (1,36-3,41)	1,55 (1,10-2,18)	1,75 (1,38-2,20)
10 a 15 años			
2º grado 2º ciclo y superiores	1,00	1,00	1,00
2º grado 1er ciclo e inferiores	1,59 (1,15-2,21)	1,74 (1,32-2,28)	1,35 (1,10-1,65)
CLASE SOCIAL			
5 a 9 años			
Trabajadores no manuales	1,00	1,00	1,00
Trabajadores manuales	1,76 (0,97-3,20)	1,40 (0,98-1,99)	1,52 (1,20-1,91)
10 a 15 años			
Trabajadores no manuales	1,00	1,00	1,00
Trabajadores manuales	1,10 (0,75-1,63)	1,91 (1,44-2,53)	1,53 (1,25-1,87)

3.3.4. Horas dormir al día

La tabla 3.3.13. muestra la relación de dormir menos de 9 horas con el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia según la edad en niños.

Según nivel de estudios, se aprecia como los niños de 5 a 9 años de la categoría inferior presentaban una prevalencia de dormir menos de 9 horas 1,79 veces superior a los de la categoría superior en 1997. Esta prevalencia disminuyó hasta 1,24 en el año 2007. Por otro lado, en los niños de 10 a 15 años, se observa como en el año 1997 y 2001 son los de la categoría superior los que presentan más probabilidad de dormir menos de 9 horas, sin embargo, en el año 2007 se invierte la tendencia teniendo los niños de la categoría inferior 1,23 veces más probabilidad de dormir menos de 9 horas.

En cuanto a la clase social, apenas se aprecian diferencias por categorías de clase social. Aun así, estas son ligeramente más marcadas en los niños de 5 a 9 años, aunque la odds solamente es

significativa en el año 2007. Por otro lado, en los niños de 10 a 15 años no resulta significativa en ningún periodo.

Tabla 3.3.13. Relación de dormir menos de 9 horas con el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia según la edad en niños. Odds ratio e intervalo de confianza al 95% (entre paréntesis).

	<i>1995/97</i>	<i>2001</i>	<i>2006/07</i>
NIVEL DE ESTUDIOS			
5 a 9 años			
2º grado 2º ciclo y superiores	1,00	1,00	1,00
2º grado 1er ciclo e inferiores	1,79 (1,08-2,97)	1,51 (1,02-2,24)	1,24 (0,92-1,68)
10 a 15 años			
2º grado 2º ciclo y superiores	1,00	1,00	1,00
2º grado 1er ciclo e inferiores	0,95 (0,71-1,28)	0,90 (0,69-1,17)	1,23 (1,01-1,48)
CLASE SOCIAL			
5 a 9 años			
Trabajadores no manuales	1,00	1,00	1,00
Trabajadores manuales	1,18 (0,64-2,18)	1,06 (0,65-1,74)	1,36 (1,01-1,84)
10 a 15 años			
Trabajadores no manuales	1,00	1,00	1,00
Trabajadores manuales	1,11 (0,67-1,84)	0,95 (0,59-1,53)	1,09 (0,90-1,31)

La tabla 3.3.14. presenta la relación de dormir menos de 9 horas con el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia según la edad en niñas.

Según nivel de estudios, se observa como las niñas de 5 a 9 años de la categoría inferior presentaban 1,90 veces más probabilidad de dormir menos de 9 horas que sus homólogas de la categoría superior en el año 1997. Esta probabilidad aumentó ligeramente hasta 2,12 en el año 2007. Sin embargo, las niñas de 10 a 15 años de la categoría superior presentaban a lo largo de todo el periodo estudiado más probabilidad de dormir menos de 9 horas que las niñas de la categoría de estudios inferiores, aunque la odds ratio no resulta significativa en ninguno de los tres periodos.

No se observan diferencias significativas al estudiar las horas de sueño por categoría de clase social en las niñas de 10 a 15 años. Sin embargo, en las niñas de 5 a 9 años, aumenta la magnitud de la diferencia a lo largo del periodo estudiado, presentando las niñas de categoría inferior en el año 2001, 1,73 veces más probabilidad de dormir menos de 9 horas que las niñas de categoría superior y 1,57 veces en el año 2007.

Tabla 3.3.14. Relación de dormir menos de 9 horas con el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia según la edad en niñas. Odds ratio e intervalo de confianza al 95% (entre paréntesis).

	<i>1995/97</i>	<i>2001</i>	<i>2006/07</i>
NIVEL DE ESTUDIOS			
5 a 9 años			
2º grado 2º ciclo y superiores	1,00	1,00	1,00
2º grado 1er ciclo e inferiores	1,90 (1,07-3,35)	1,40 (0,91-2,16)	2,12 (1,51-2,97)
10 a 15 años			
2º grado 2º ciclo y superiores	1,00	1,00	1,00
2º grado 1er ciclo e inferiores	0,85 (0,64-1,13)	0,79 (0,60-1,03)	0,87 (0,72-1,07)
CLASE SOCIAL			
5 a 9 años			
Trabajadores no manuales	1,00	1,00	1,00
Trabajadores manuales	0,96 (0,58-1,60)	1,73 (1,04-2,89)	1,57 (1,12-2,19)
10 a 15 años			
Trabajadores no manuales	1,00	1,00	1,00
Trabajadores manuales	0,83 (0,62-1,10)	1,15 (0,82-1,60)	1,04 (0,85-1,27)

3.4. Análisis multivariable ajustado

Las tabla 3.4.1. y 3.4.2. muestran la relación del sobrepeso y la obesidad con el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia según la edad en niños después de ajustar por variables relacionadas con la alimentación, con el sedentarismo y con las horas de dormir.

En líneas generales, en aquellos casos en los que la asociación fue estadísticamente significativa, su magnitud apenas se redujo. El descenso más importante se produjo en el grupo de 10 a 15 años en el año 2006/07. La asociación del nivel de estudios con sobrepeso se redujo de 1,49 a 1,35 y la asociación de la clase social con obesidad se redujo de 1,97 a 1,72. Es decir, la alimentación y la actividad física explicaron un 28% del exceso de sobrepeso en los niños de familias con menor nivel de estudios. Así mismo, la alimentación y la actividad física explicaron un 26% del exceso de la obesidad en los niños de 10 a 15 años cuyo cabeza de familia era trabajador manual.

Se observa como las variables que más reducen la asociación entre PSE y sobrepeso u obesidad son las referentes al sedentarismo en la mayoría de los grupos, explicando alrededor de un 20% de la relación entre clase social y obesidad en el grupo de 10 a 15 años.

Tabla 3.4.1. Relación del sobrepeso con el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia según la edad en niños después de ajustar por variables relacionadas con la alimentación y con el sedentarismo. Odds ratio e intervalo de confianza al 95% (entre paréntesis)

	<i>1995/97</i>	<i>2001</i>	<i>2006/07</i>
NIVEL DE ESTUDIOS			
5 a 9 años	1,67 (1,18-2,34)	1,37 (1,02-1,85)	1,17 (0,93-1,46)
Ajuste por alimentación*	1,66 (1,16-2,38)	1,36 (1,01-1,84)	
Ajuste por sedentarismo	1,73 (1,22-2,45)	1,27 (0,93-1,72)	
Ajuste por horas de dormir	1,63 (1,15-2,29)	1,43 (1,06-1,93)	
Ajuste por todo	1,64 (1,14-2,37)	1,31 (0,96-1,79)	
10 a 15 años	1,07 (0,75-1,52)	1,31 (0,96-1,79)	1,49 (1,20-1,84)
Ajuste por alimentación*			1,39 (1,11-1,73)
Ajuste por sedentarismo			1,44 (1,16-1,78)
Ajuste por horas de dormir			1,48(1,19-1,83)
Ajuste por todo			1,35 (1,08-1,69)
CLASE SOCIAL			
5 a 9 años	1,57 (1,13-2,18)	1,80 (1,31-2,48)	1,38 (1,10-1,73)
Ajuste por alimentación*	1,50 (1,06-2,11)	1,80 (1,30-2,48)	1,37 (1,08-1,73)
Ajuste por sedentarismo	1,57 (1,12-2,02)	1,68 (1,21-2,32)	1,35 (1,07-1,71)
Ajuste por horas de dormir	1,54 (1,11-2,15)	1,79 (1,30-2,48)	1,37 (1,09-1,72)
10 a 15 años	1,39 (0,98-1,96)	1,28 (0,94-1,74)	1,39 (1,12-1,72)
Ajuste por alimentación*			1,25 (1,00-1,55)
Ajuste por sedentarismo			1,32 (1,06-1,64)
Ajuste por horas de dormir			1,37 (1,11-1,70)
Ajuste por todo			1,20 (0,96-1,50)

* Año 1995 ajustado por consumo de fruta y verdura. Año 2001 y 2006/07 ajustado por consumo de fruta, verdura y dulces.

Tabla 3.4.2. Relación de la obesidad con el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia según la edad en niños después de ajustar por variables relacionadas con la alimentación y con el sedentarismo. Odds ratio e intervalo de confianza al 95% (entre paréntesis)

	<i>1995/97</i>	<i>2001</i>	<i>2006/07</i>
NIVEL DE ESTUDIOS			
5 a 9 años	1,57 (0,96-2,58)	0,93 (0,62-1,39)	1,11 (0,81-1,53)
Ajuste por alimentación*			
Ajuste por sedentarismo			
Ajuste por horas de dormir			
Ajuste por todo			
10 a 15 años	1,47 (0,61-3,57)	3,36 (1,47-7,70)	2,79 (1,73-4,49)
Ajuste por alimentación*		3,19 (1,38-7,36)	2,80 (1,71-4,58)
Ajuste por sedentarismo		3,11 (1,35-7,15)	2,71 (1,66-4,48)
Ajuste por horas de dormir		3,36 (1,47-7,69)	2,95 (1,82-4,81)
Ajuste por todo		2,96 (1,28-6,86)	2,68 (1,62-4,42)
CLASE SOCIAL			
5 a 9 años	1,25 (0,78-1,99)	1,64 (1,05-2,56)	1,58 (1,15-2,19)
Ajuste por alimentación*		1,64 (1,05-2,57)	1,62 (1,16-2,26)
Ajuste por sedentarismo		1,50 (0,96-2,36)	1,47 (1,06-2,05)
Ajuste por horas de dormir		1,70 (1,08-2,66)	1,56 (1,13-2,15)
Ajuste por todo		1,54 (0,97-2,45)	1,50 (1,07-2,11)
10 a 15 años	1,04 (0,46-2,35)	1,36 (0,71-2,62)	1,97 (1,25-3,10)
Ajuste por alimentación*			1,86 (1,17-2,95)
Ajuste por sedentarismo			1,78 (1,12-2,84)
Ajuste por horas de dormir			1,98 (1,15-3,12)
Ajuste por todo			1,72 (1,07-2,76)

* Año 1995 ajustado por consumo de fruta y verdura. Año 2001 y 2006/07 ajustado por consumo de fruta, verdura y dulces.

Las tabla 3.4.3. y 3.4.4. muestran la relación del sobrepeso y la obesidad con el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia según la edad en niñas después de ajustar por variables relacionadas con la alimentación, con el sedentarismo y con las horas de dormir.

En líneas generales, la magnitud se redujo débilmente en los casos en que fue significativa, es más, aumentó en varios grupos en los años 1995/1997 y 2001. El descenso más importante se dio en el año 2006/07. Al igual que en los niños, el descenso más importante se produjo en el grupo de 10 a 15 años. Así, la asociación entre clase social y obesidad se redujo de 2,33 a 2,11 en el grupo de 10 a 15 años, explicando un 16% del exceso de obesidad en los niños de familias cuyo cabeza de familia era un trabajador manual.

Aunque sin un patrón muy marcado, también se observa cómo el sedentarismo explica en mayor porcentaje que las variables de alimentación la relación entre PSE y sobrepeso u obesidad. Es en el grupo de 10 a 15 años donde las variables de sedentarismo explican un mayor porcentaje de esta relación, explicando un 17% de la relación entre clase social y sobrepeso.

Tabla 3.4.3. Relación del sobrepeso con el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia según la edad en niñas después de ajustar por variables relacionadas con la alimentación y con el sedentarismo. Odds ratio e intervalo de confianza al 95% (entre paréntesis)

	<i>1995/97</i>	<i>2001</i>	<i>2006/07</i>
NIVEL DE ESTUDIOS			
5 a 9 años	1,18(0,82-1,70)	1,47 (1,09-2,00)	1,32 (1,05-1,66)
Ajuste por alimentación*		1,46 (1,08-1,99)	1,31 (1,04-1,66)
Ajuste por sedentarismo		1,51 (1,11-2,06)	1,27 (1,01-1,60)
Ajuste por horas de dormir		1,43 (1,05-1,94)	1,28 (1,01-1,61)
Ajuste por todo		1,44 (1,05-1,98)	1,23 (0,97-1,55)
10 a 15 años	1,31 (0,86-2,00)	2,07 (1,41-3,06)	2,05 (1,57-2,69)
Ajuste por alimentación*		2,22 (1,49-3,32)	2,04 (1,54-2,69)
Ajuste por sedentarismo		2,11 (1,43-3,12)	1,93 (1,47-2,54)
Ajuste por horas de dormir		2,10 (1,42-3,10)	2,02 (1,54-2,66)
Ajuste por todo		2,30 (1,53-3,45)	1,99 (1,50-2,64)
CLASE SOCIAL			
5 a 9 años	1,20 (0,84-1,71)	1,32 (0,97-1,80)	1,30 (1,04-1,63)
Ajuste por alimentación*			1,22 (0,97-1,54)
Ajuste por sedentarismo			1,22 (0,97-1,54)
Ajuste por horas de dormir			1,25 (1,00-1,58)
Ajuste por todo			1,16 (0,92-1,47)
10 a 15 años	1,33 (0,88-2,01)	1,60 (1,10-2,33)	1,63 (1,25-2,13)
Ajuste por alimentación*		1,68 (1,15-2,47)	1,59 (1,21-2,09)
Ajuste por sedentarismo		1,61 (1,10-2,35)	1,52 (1,16-1,99)
Ajuste por horas de dormir		1,62 (1,11-2,35)	1,62 (1,24-2,12)
Ajuste por todo		1,71 (1,16-2,51)	1,53 (1,16-2,03)

* Año 1995 ajustado por consumo de fruta y verdura. Año 2001 y 2006/07 ajustado por consumo de fruta, verdura y dulces.

Tabla 3.4.4. Relación de la obesidad con el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia según la edad en niñas después de ajustar por variables relacionadas con la alimentación y con el sedentarismo. Odds ratio e intervalo de confianza al 95% (entre paréntesis)

	<i>1995/97</i>	<i>2001</i>	<i>2006/07</i>
NIVEL DE ESTUDIOS			
5 a 9 años	1,24 (0,76-2,04)	1,16 (0,78-1,73)	1,09 (0,78-1,50)
Ajuste por alimentación*			
Ajuste por sedentarismo física			
Ajuste por horas de dormir			
Ajuste por todo			
10 a 15 años	1,06 (0,31-3,66)	6,61 (1,38-31,71)	2,32 (1,24-4,37)
Ajuste por alimentación*		7,01 (1,45-33,93)	2,28 (1,19-4,38)
Ajuste por sedentarismo física		7,15 (1,48-38,50)	2,27 (1,19-4,31)
Ajuste por horas de dormir		6,76 (1,41-32,47)	2,34 (1,24-4,39)
Ajuste por todo		7,97 (1,63-39,05)	2,23 (1,15-4,33)
CLASE SOCIAL			
5 a 9 años	1,67 (1,03-2,73)	1,66 (1,09-2,55)	1,36 (0,98-1,89)
Ajuste por alimentación*	1,70 (1,01-2,85)	1,60 (1,04-2,46)	
Ajuste por sedentarismo física	1,70 (1,03-2,81)	1,64 (1,05-2,54)	
Ajuste por horas de dormir	1,68 (1,03-2,74)	1,63 (1,06-2,50)	
Ajuste por todo	1,83 (1,09-3,09)	1,54 (0,99-2,41)	
10 a 15 años	1,02 (0,31-3,37)	3,98 (1,08-14,69)	2,33 (1,25-4,34)
Ajuste por alimentación*		4,03 (1,09-14,94)	2,29 (1,21-4,33)
Ajuste por sedentarismo física		4,47 (1,20-16,62)	2,19 (1,16-4,11)
Ajuste por horas de dormir		4,03 (1,09-14,87)	2,32 (1,24-4,33)
Ajuste por todo		4,57 (1,22-17,15)	2,11 (1,10-4,01)

* Año 1995 ajustado por consumo de fruta y verdura. Año 2001 y 2006/07 ajustado por consumo de fruta, verdura y dulces.

3.5. Gráficos

Gráfico 3.5.1. Prevalencia de sobrepeso (en porcentaje) según el nivel de estudios del cabeza de familia en niños y niñas de 5 a 9 años.

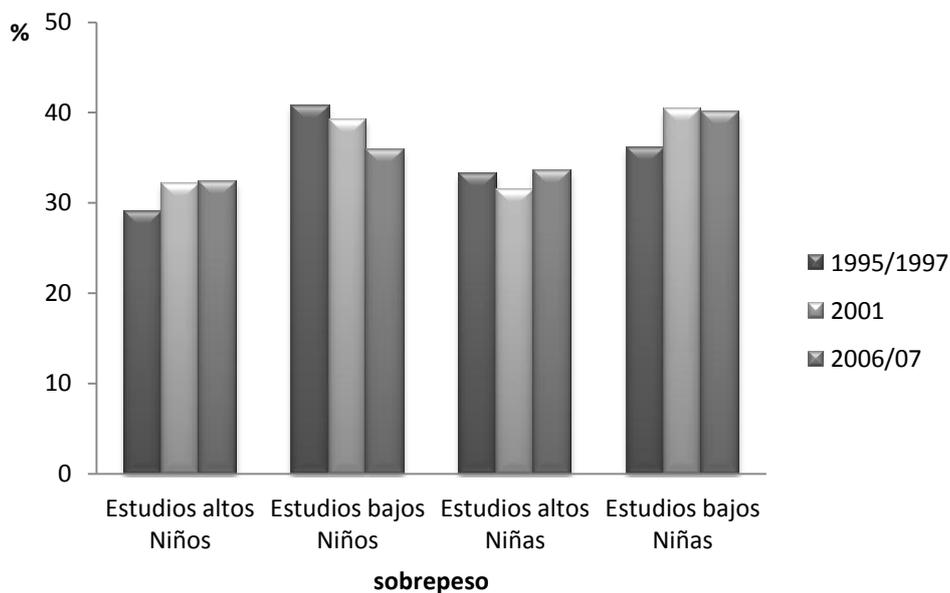


Gráfico 3.5.2. Prevalencia de sobrepeso (en porcentaje) según el nivel de estudios del cabeza de familia en niños y niñas de 10 a 15 años.

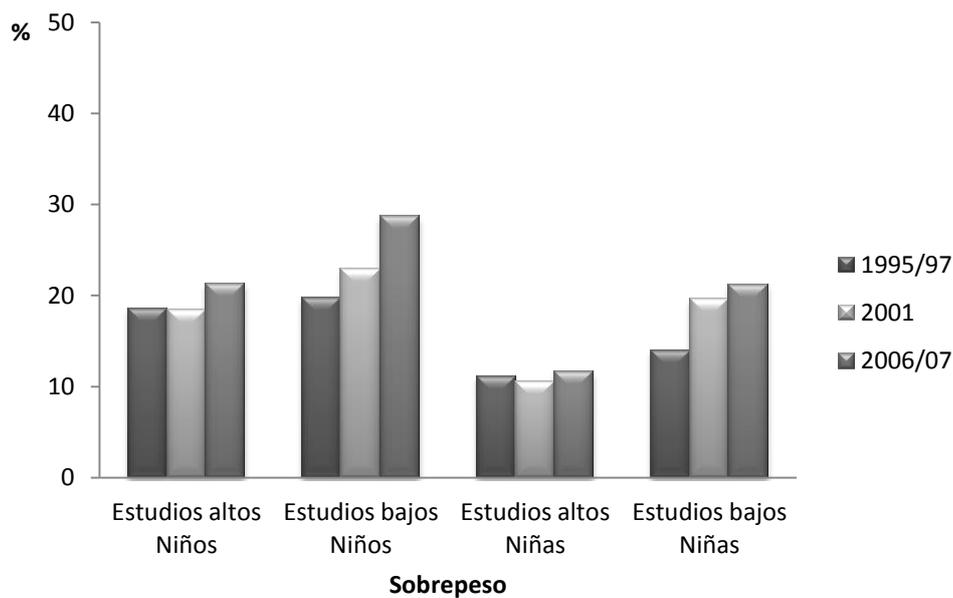


Gráfico 3.5.3. Prevalencia de sobrepeso (en porcentaje) según la clase social del cabeza de familia en niños y niñas de 5 a 9 años.

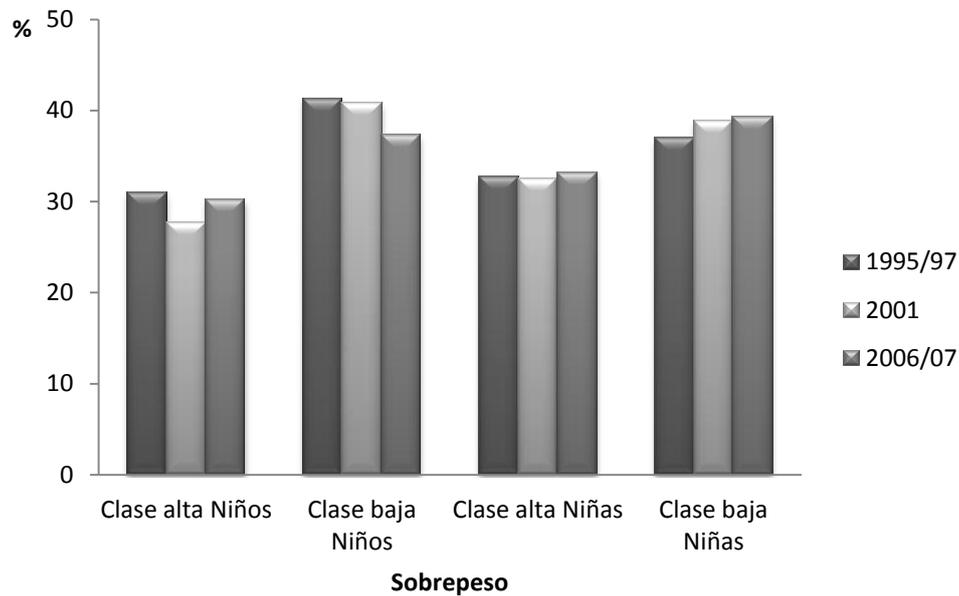


Gráfico 3.5.4. Prevalencia de sobrepeso (en porcentaje) según la clase social del cabeza de familia en niños y niñas de 10 a 15 años.

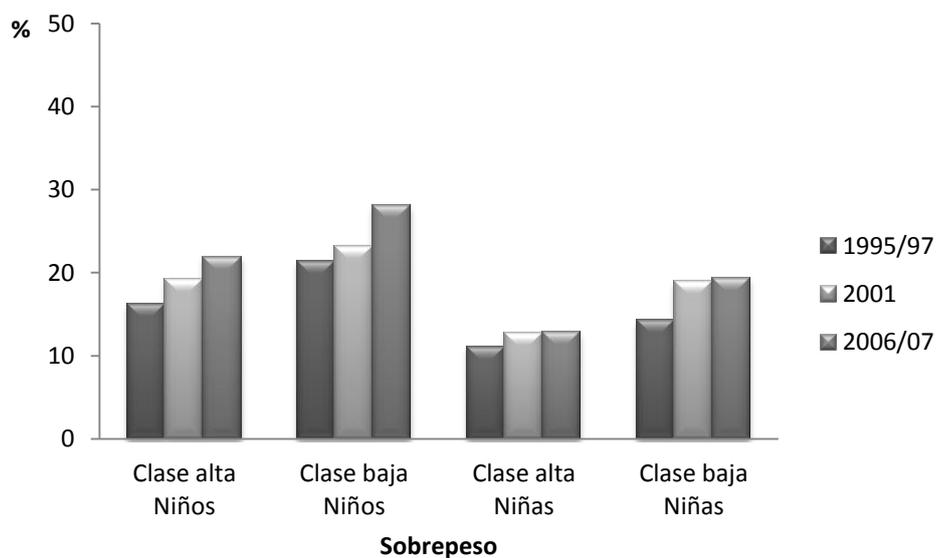


Gráfico 3.5.5. Prevalencia de obesidad (en porcentaje) según el nivel de estudios del cabeza de familia en niños y niñas de 5 a 9 años.

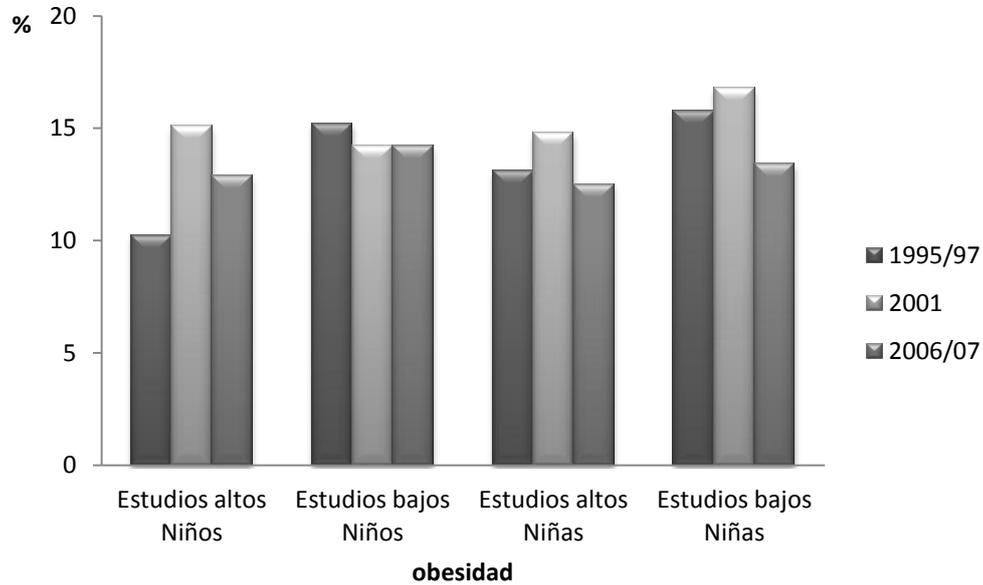


Gráfico 3.5.6. Prevalencia de obesidad (en porcentaje) según el nivel de estudios del cabeza de familia en niños y niñas de 10 a 15 años.

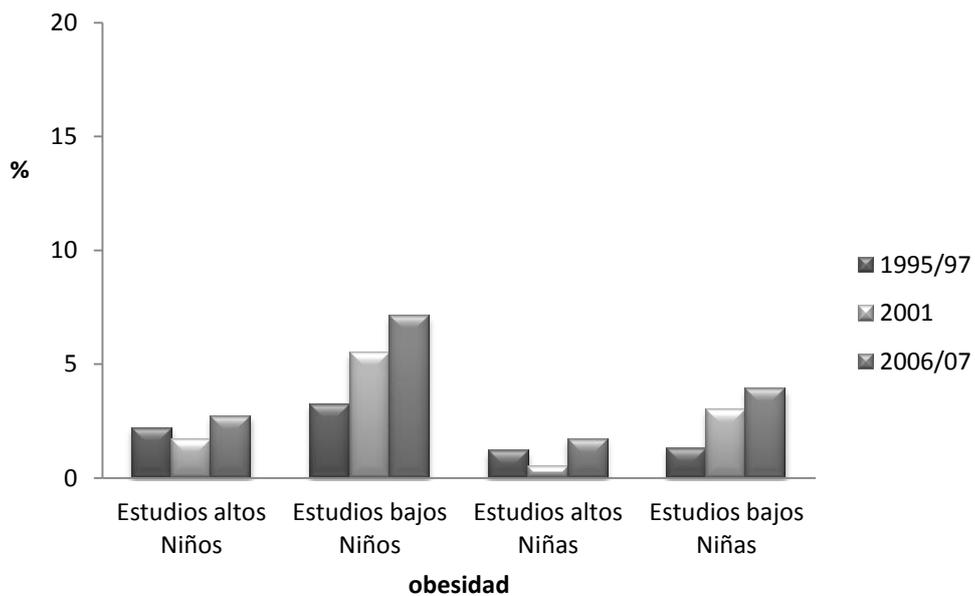


Gráfico 3.5.7. Prevalencia de obesidad (en porcentaje) según la clase social del cabeza de familia en niños y niñas de 5 a 9 años.

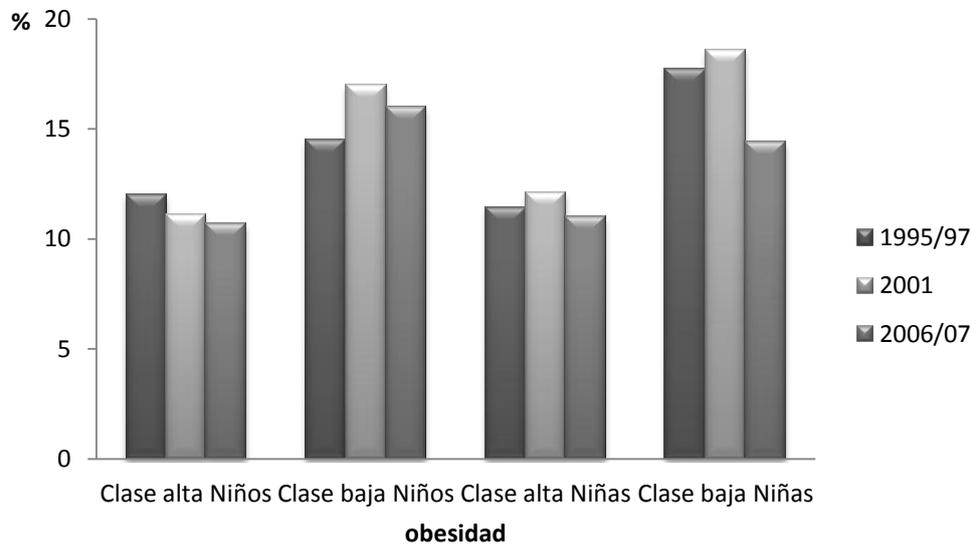


Gráfico 3.5.8. Prevalencia de obesidad (en porcentaje) según la clase social del cabeza de familia en niños y niñas de 10 a 15 años.

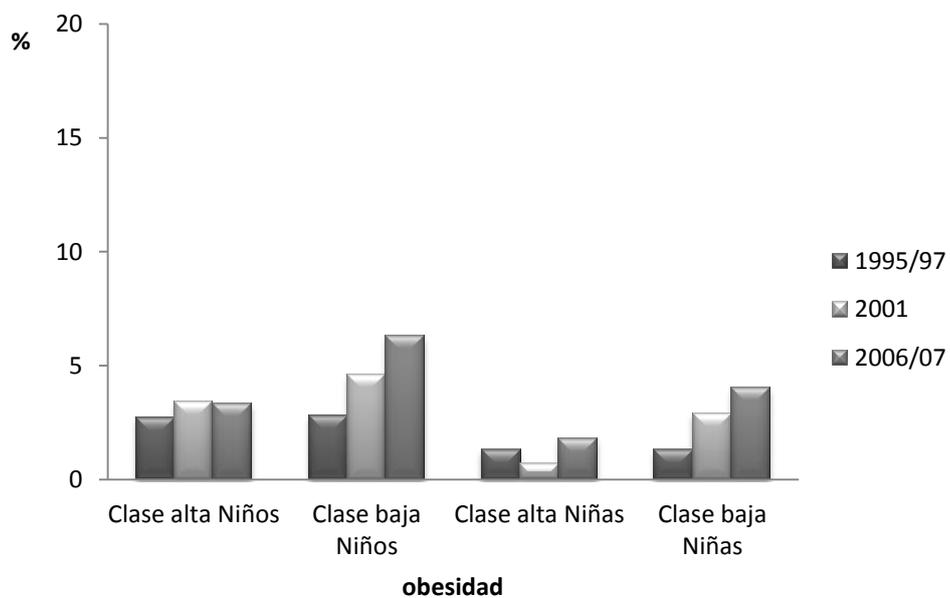


Gráfico 3.5.9. Porcentaje de niños y niñas de 5 a 9 años que consumen fruta menos de tres veces por semana según el nivel de estudios del cabeza de familia.

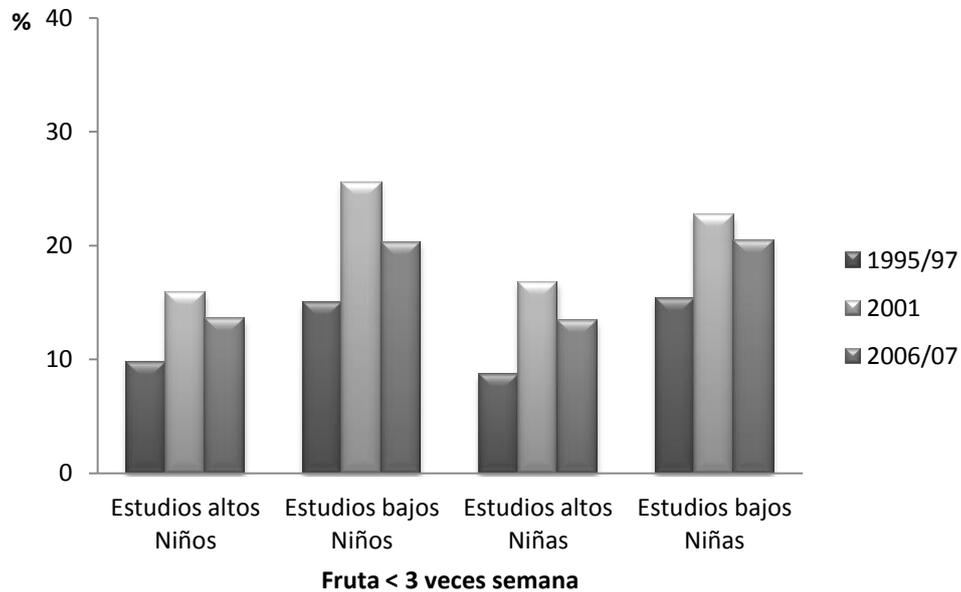


Gráfico 3.5.10. Porcentaje de niños y niñas de 10 a 15 años que consumen fruta menos de tres veces por semana según el nivel de estudios del cabeza de familia.

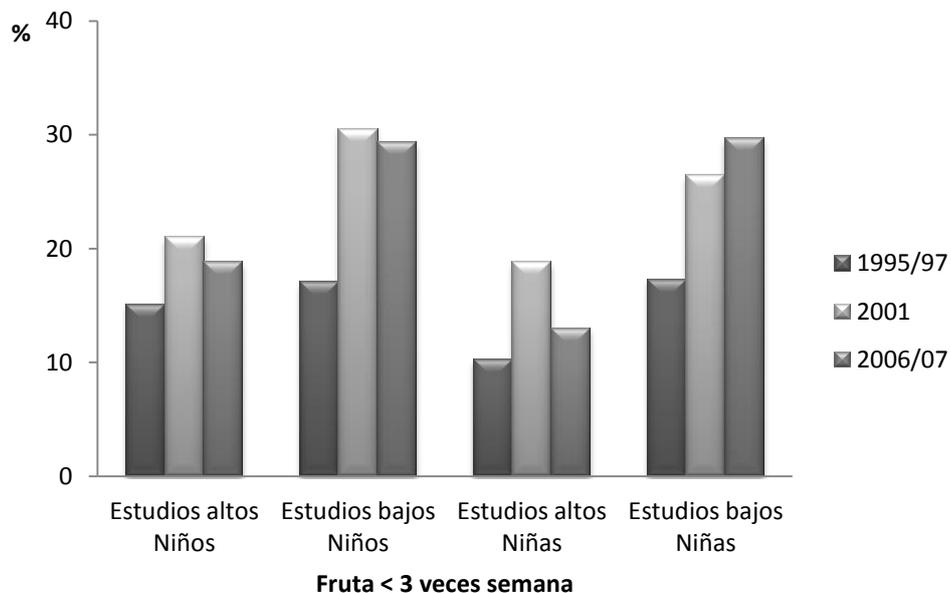


Gráfico 3.5.11. Porcentaje de niños y niñas de 5 a 9 años que consumen fruta menos de tres veces por semana según la clase social del cabeza de familia.

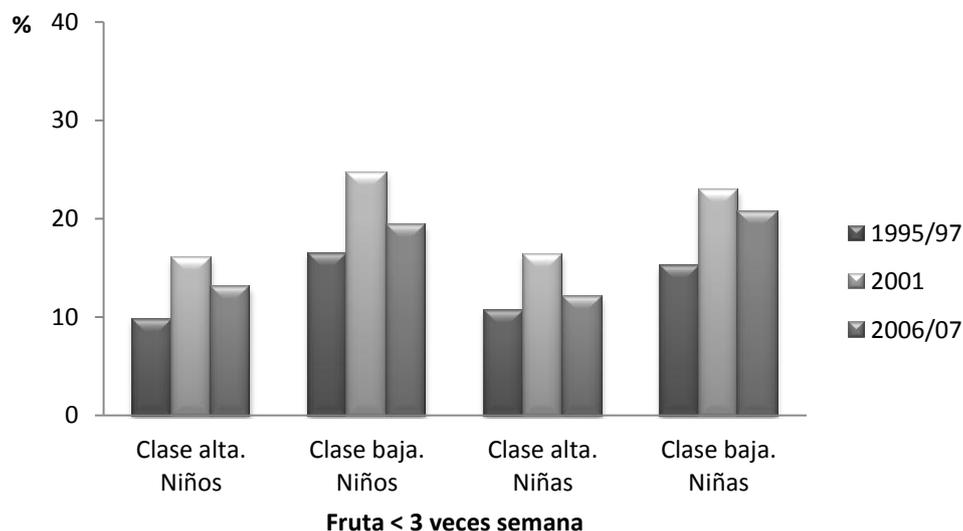


Gráfico 3.5.12. Porcentaje de niños y niñas de 10 a 15 años que consumen fruta menos de tres veces por semana según la clase social del cabeza de familia.

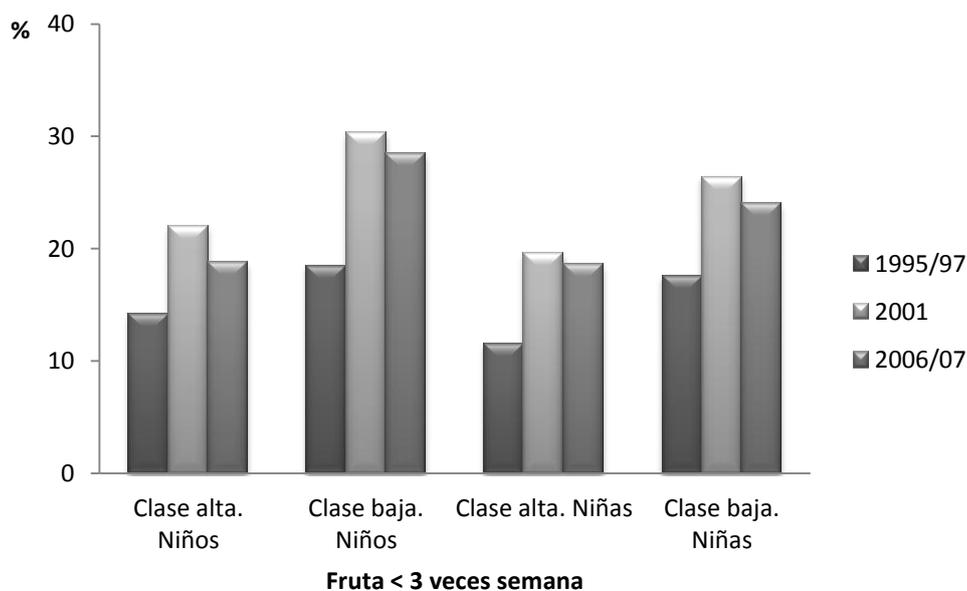


Gráfico 3.5.13. Porcentaje de niños y niñas de 5 a 9 años que consumen verdura menos de tres veces por semana según el nivel de estudios del cabeza de familia.

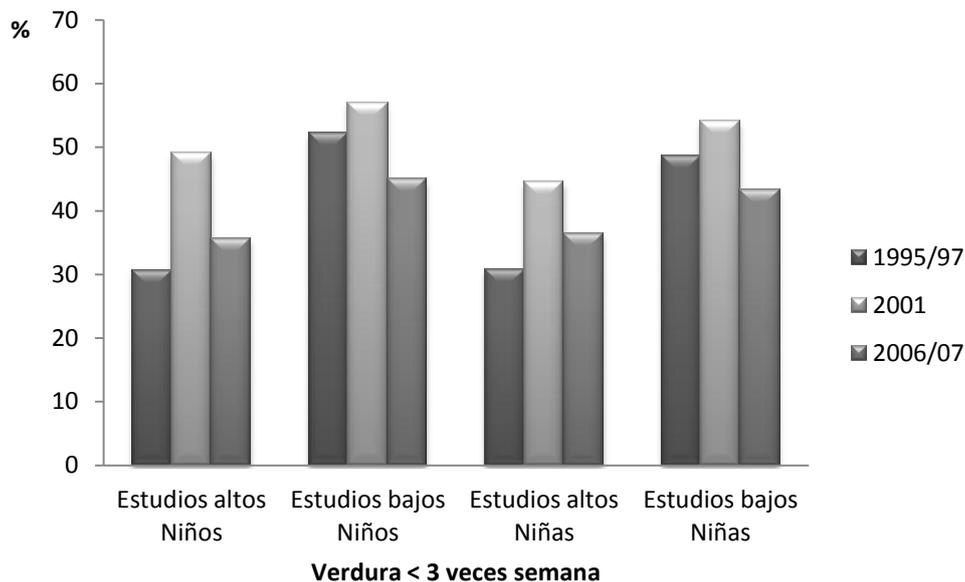


Gráfico 3.5.14. Porcentaje de niños y niñas de 10 a 15 años que consumen verdura menos de tres veces por semana según el nivel de estudios del cabeza de familia.

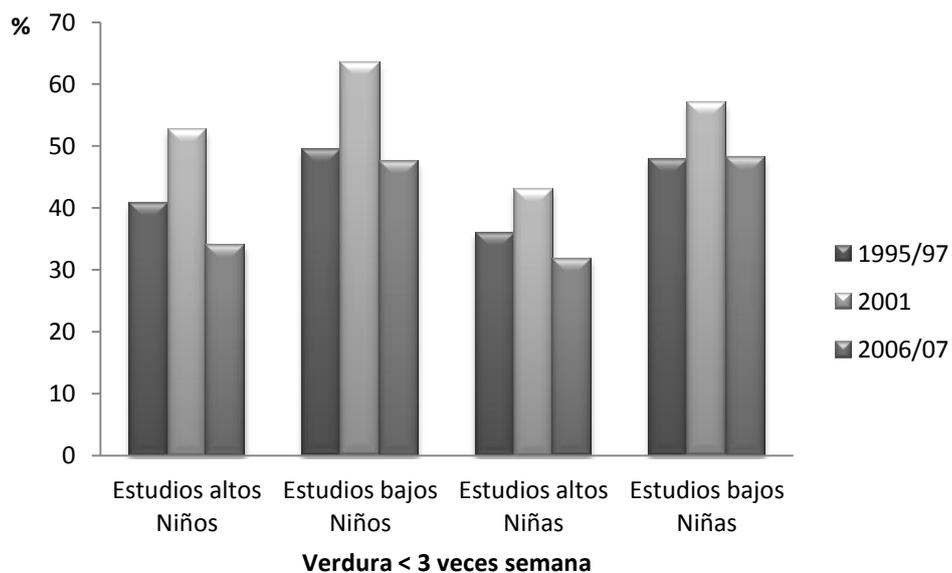


Gráfico 3.5.15. Porcentaje de niños y niñas de 5 a 9 años que consumen verdura menos de tres veces por semana según la clase social del cabeza de familia.

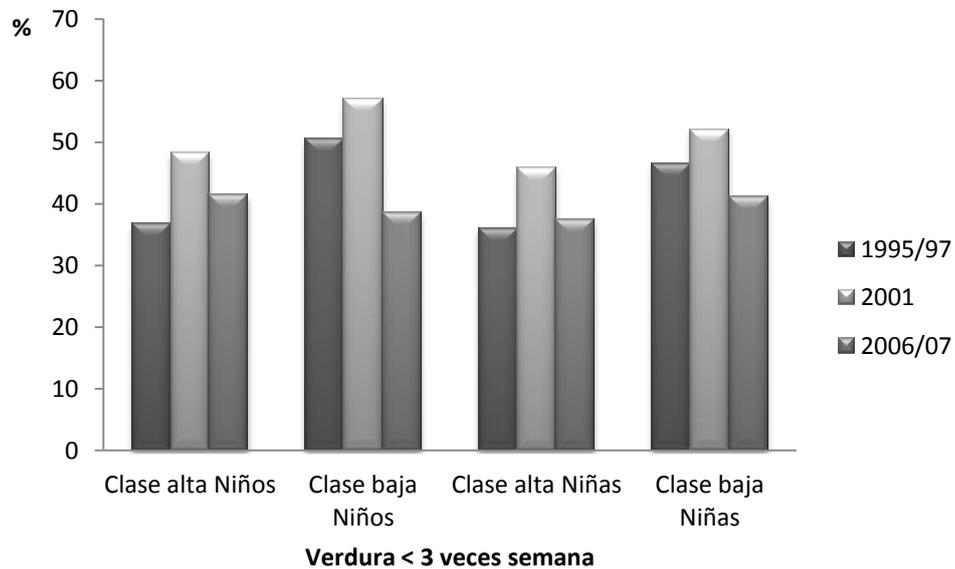


Gráfico 3.5.16. Porcentaje de niños y niñas de 10 a 15 años que consumen verdura menos de tres veces por semana según la clase social del cabeza de familia.

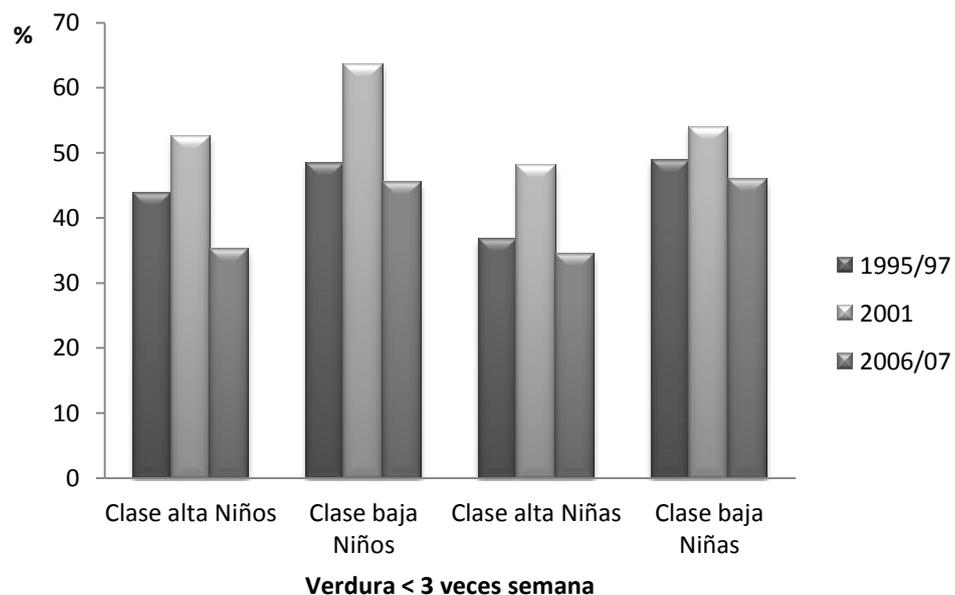


Gráfico 3.5.17. Porcentaje de niños y niñas de 5 a 9 años que consumen dulces a diario según el nivel de estudios del cabeza de familia.

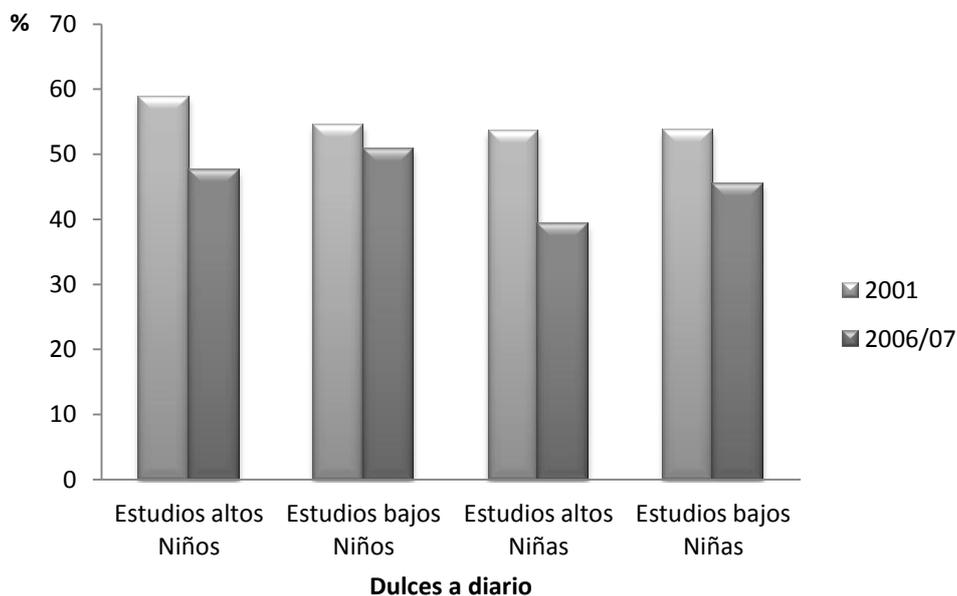


Gráfico 3.5.18. Porcentaje de niños y niñas de 10 a 15 años que consumen dulces a diario según el nivel de estudios del cabeza de familia.

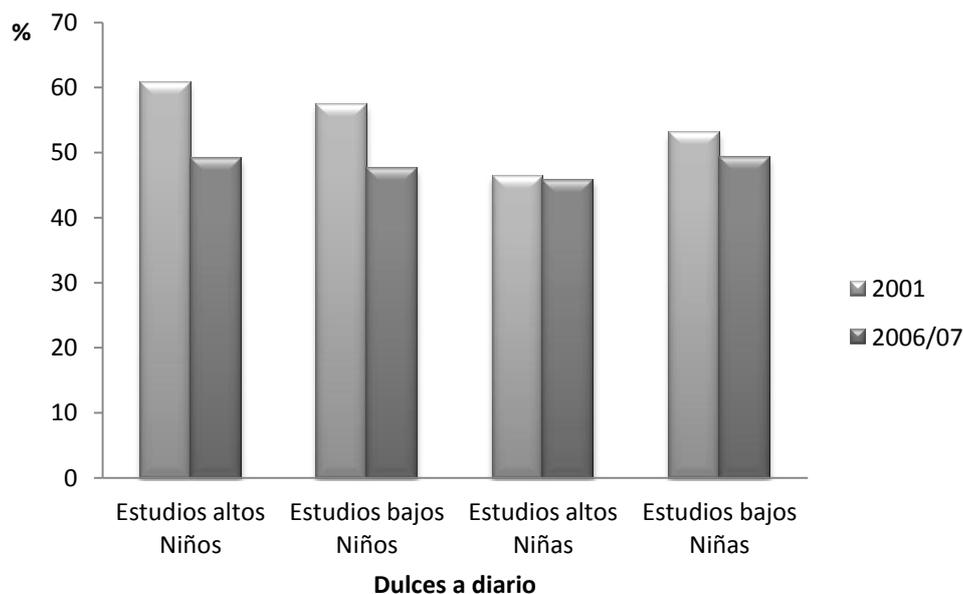


Gráfico 3.5.19. Porcentaje de niños y niñas de 5 a 9 años que consumen dulces a diario según la clase social del cabeza de familia.

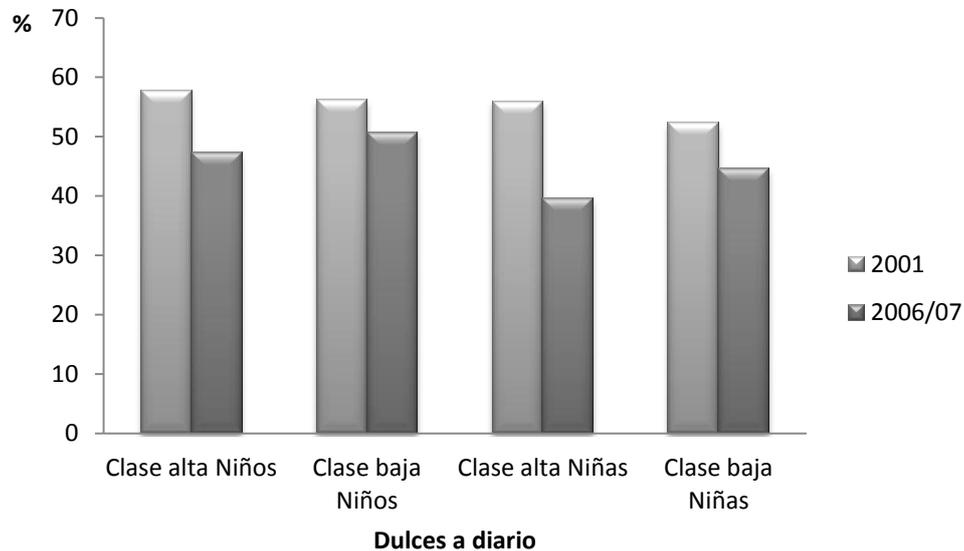


Gráfico 3.5.20. Porcentaje de niños y niñas de 10 a 15 años que consumen dulces a diario según la clase social del cabeza de familia.

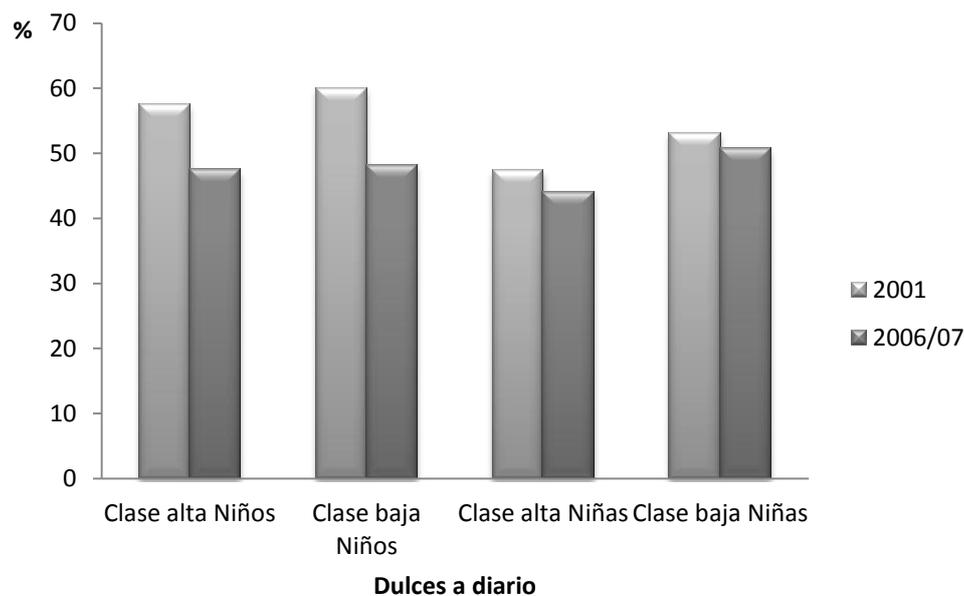


Gráfico 3.5.21. Porcentaje de niños y niñas de 5 a 9 años que no realizan actividad física según el nivel de estudios del cabeza de familia.

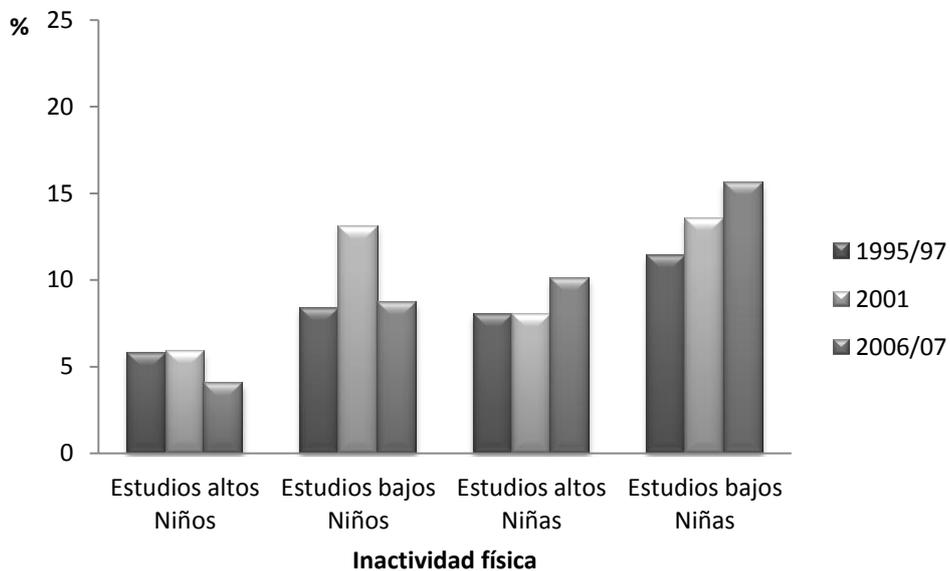


Gráfico 3.5.22 Porcentaje de niños y niñas de 10 a 15 años que no realizan actividad física según el nivel de estudios del cabeza de familia.

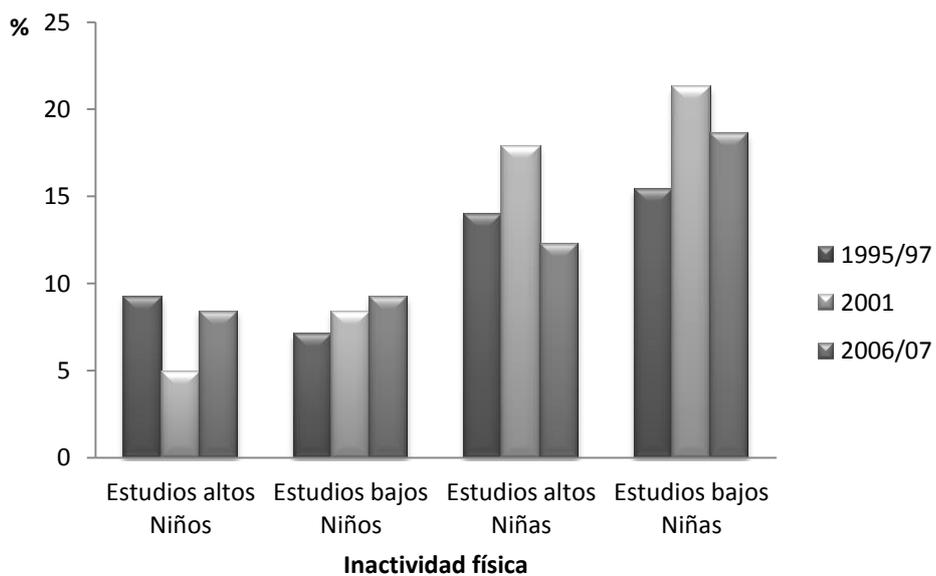


Gráfico 3.5.23 Porcentaje de niños y niñas de 5 a 9 años que no realizan actividad física según la clase social del cabeza de familia.

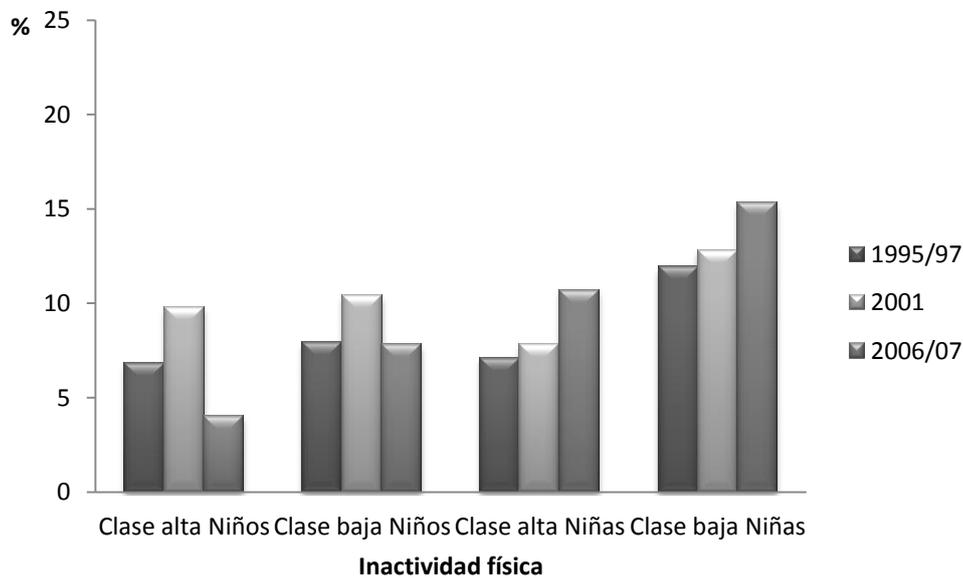


Gráfico 3.5.24 Porcentaje de niños y niñas de 10 a 15 años que no realizan actividad física según la clase social del cabeza de familia.

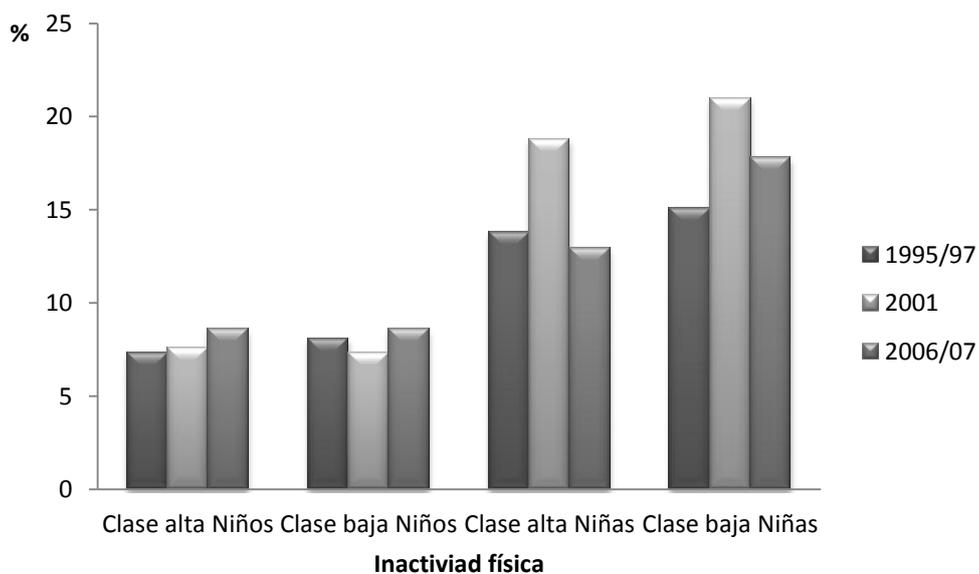


Gráfico 3.5.25. Porcentaje de niños y niñas de 5 a 9 años que ven la TV más de 2 horas al día según el nivel de estudios del cabeza de familia.

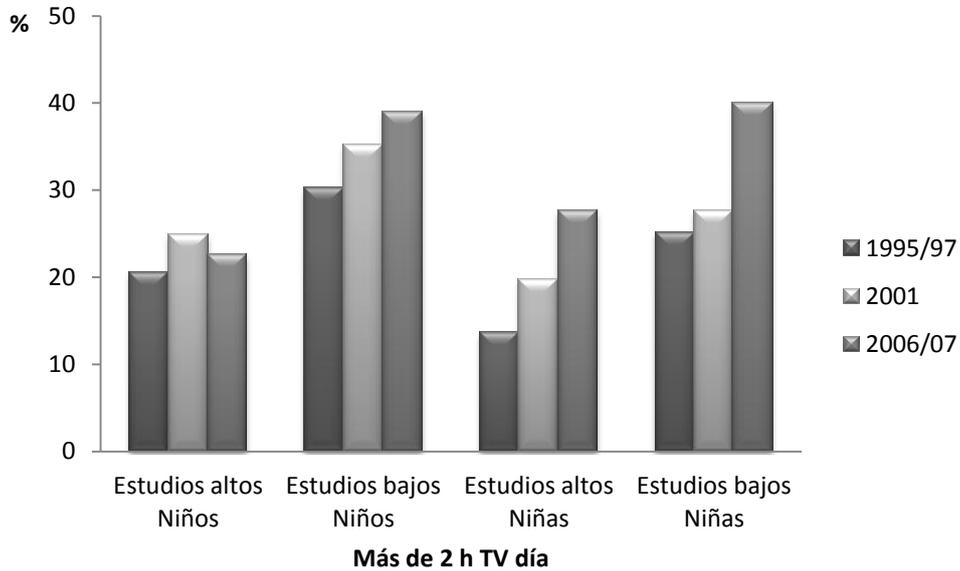


Gráfico 3.5.26 Porcentaje de niños y niñas de 10 a 15 años que ven la TV más de 2 horas al día según el nivel de estudios del cabeza de familia.

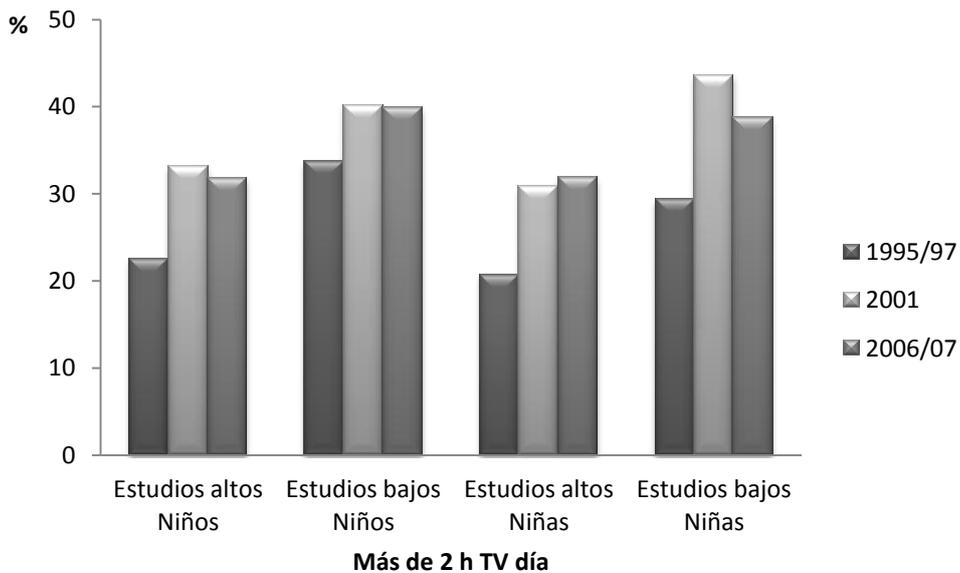


Gráfico 3.5.27 Porcentaje de niños y niñas de 5 a 9 años que ven la TV más de 2 horas al día según la clase social del cabeza de familia.

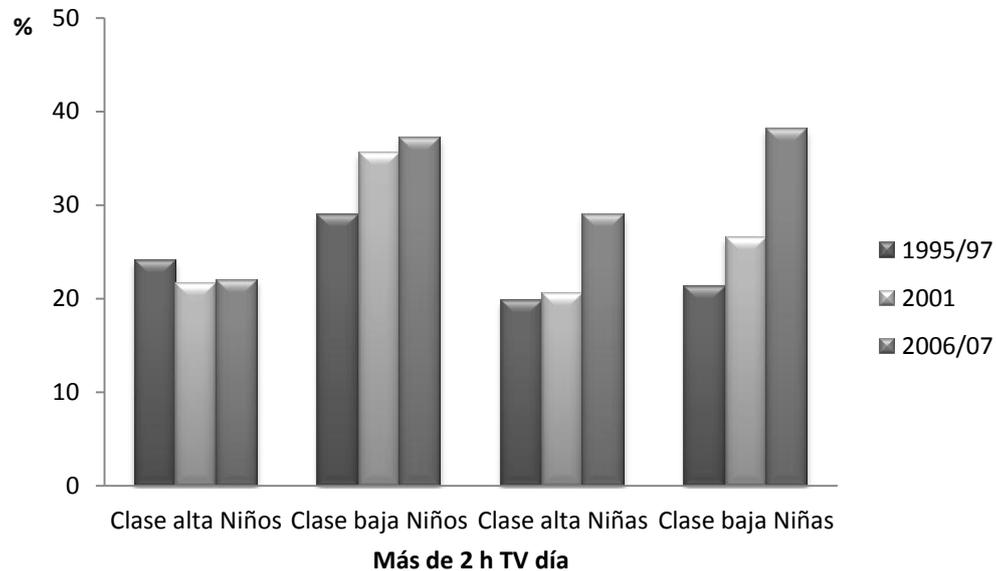


Gráfico 3.5.28. Porcentaje de niños y niñas de 10 a 15 años que ven la TV más de 2 horas al día según la clase social del cabeza de familia.

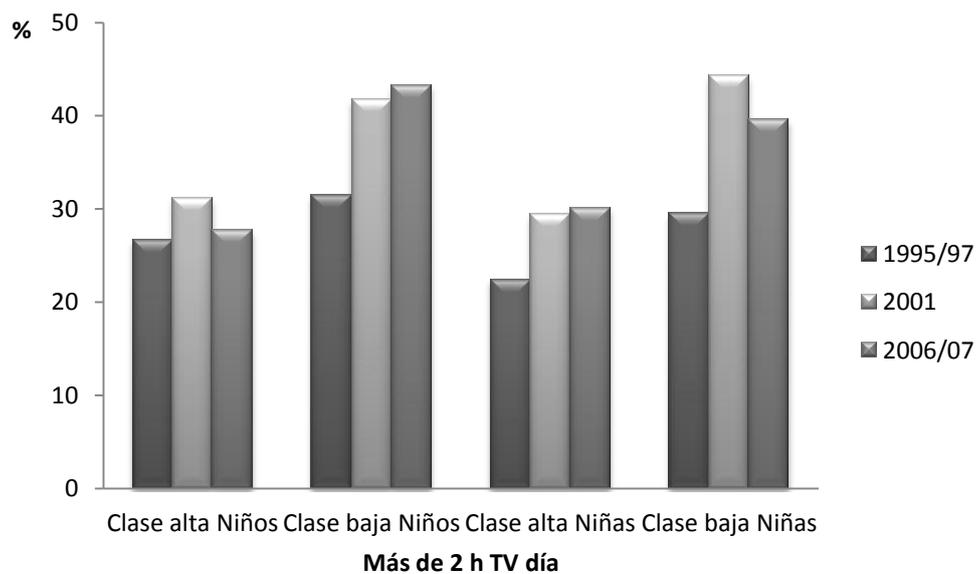


Gráfico 3.5.29. Porcentaje de niños y niñas de 5 a 9 años que duermen menos de 9 horas al día según el nivel de estudios del cabeza de familia.

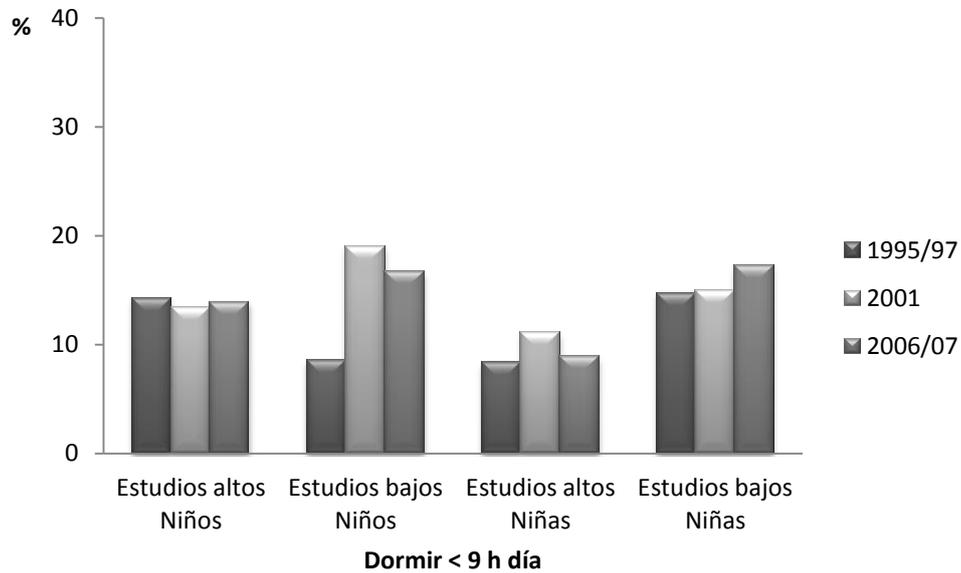


Gráfico 3.5.30. Porcentaje de niños y niñas de 10 a 15 años que duermen menos de 9 horas al día según el nivel de estudios del cabeza de familia.

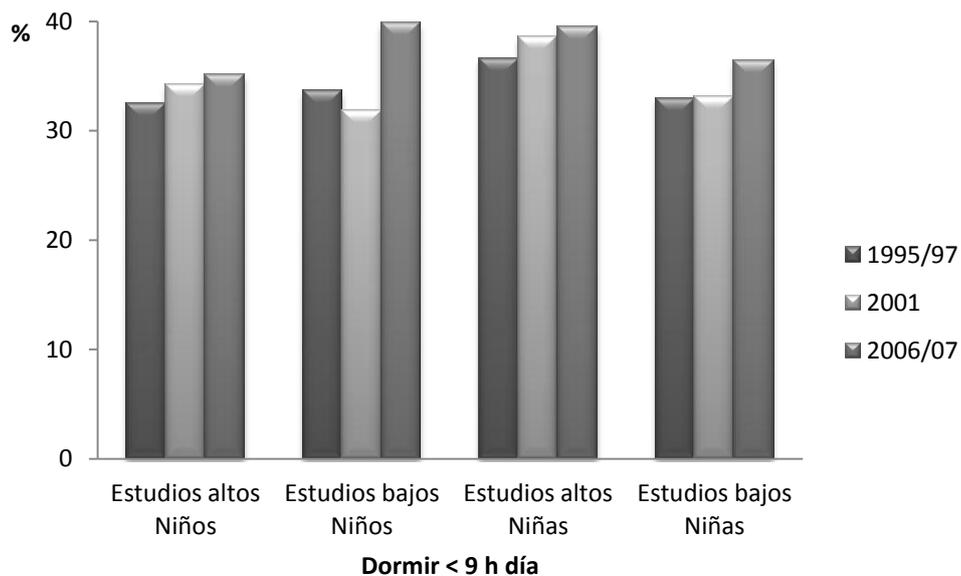


Gráfico 3.5.31. Porcentaje de niños y niñas de 5 a 9 años que duermen menos de 9 horas al día según la clase social del cabeza de familia.

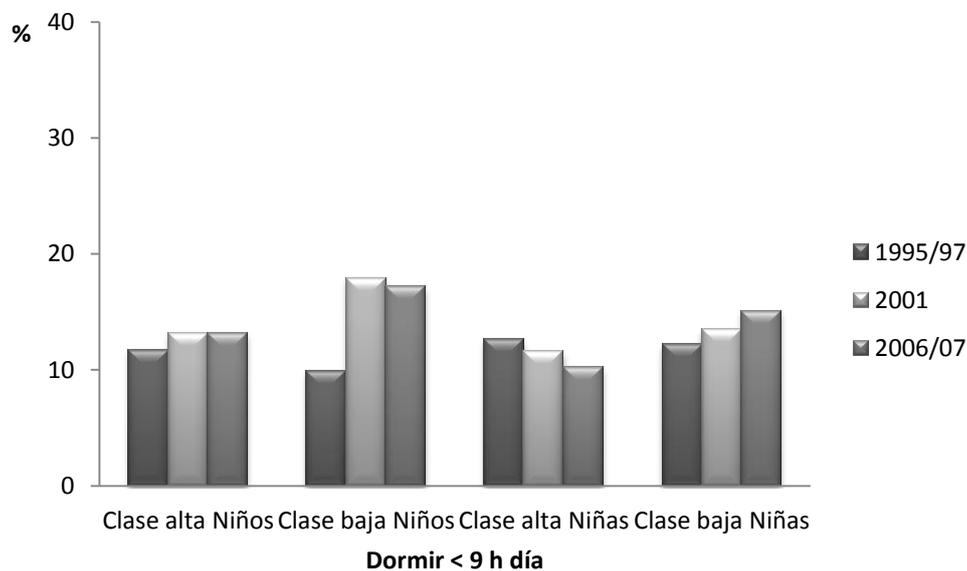
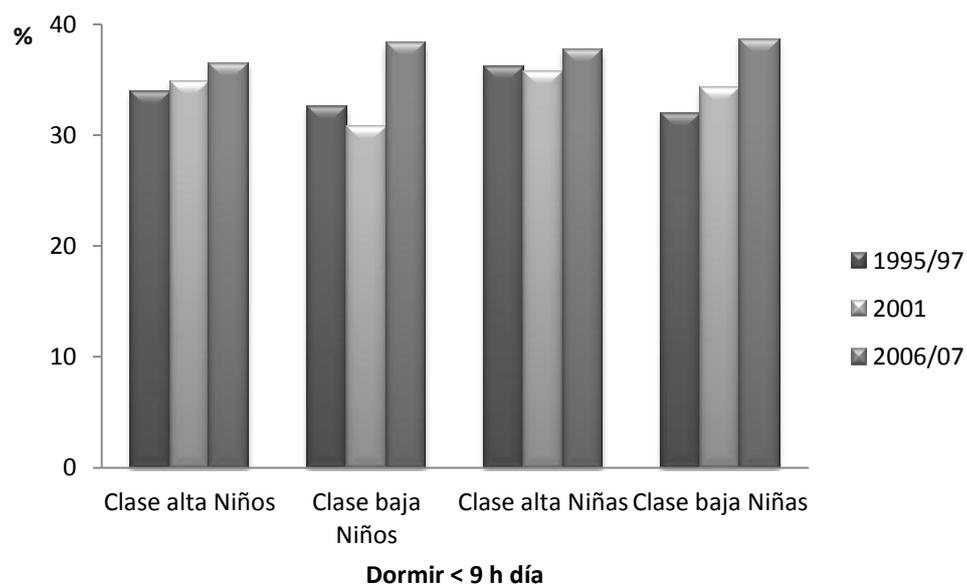


Gráfico 3.5.32. Porcentaje de niños y niñas de 10 a 15 años que duermen menos de 9 horas al día según la clase social del cabeza de familia.



PARTE IV. DISCUSIÓN

4.1. Principales hallazgos

4.1.1. Prevalencia de sobrepeso y obesidad y factores de riesgo

4.1.1.1. Sobrepeso y Obesidad

La prevalencia de sobrepeso y obesidad fue mayor en los sujetos de las categorías inferiores tanto por nivel de estudios como por clase social del cabeza de familia a lo largo de todo el periodo según los dos criterios estudiados. En niños, la prevalencia de sobrepeso y obesidad aumentó entre el primer y el tercer periodo, excepto en los niños de 5 a 9 años donde esa tendencia no es tan manifiesta en todos los grupos socioeconómicos. El aumento más importante se observó en los niños de 10 a 15 años pertenecientes a las categorías inferiores tanto por nivel de estudios como por clase social. En niñas, se ha comprobado como la prevalencia de sobrepeso y obesidad aumentó en todos los grupos, excepto la prevalencia de obesidad en el grupo de 5 a 9 años.

4.1.1.2. Consumo de fruta y verdura

Se ha comprobado que en todos los grupos y categorías se da una tendencia ascendente entre 1997 y 2001 en el porcentaje de sujetos que consumen fruta y verdura menos de tres veces por semana, dándose un descenso entre 2001 y 2007. Se aprecia también como en los dos grupos de edad y en los tres periodos estudiados, son los sujetos pertenecientes a las categorías inferiores los que menos fruta y verdura consumen.

4.1.1.3. Consumo de dulces

Se ha observado un descenso entre 2001 y 2007 en el porcentaje de niños y niñas que consumen dulces a diario en todos los grupos y categorías. El porcentaje de consumo de dulces muestra una magnitud más alta en los sujetos de las categorías socioeconómicas inferiores.

4.1.1.4. Inactividad física

Se ha podido comprobar como en todos los grupos y categorías, son los sujetos pertenecientes a las categorías inferiores los que presentan mayores porcentajes de inactividad física a lo largo de todo el periodo estudiado. La tendencia del porcentaje de sujetos que no realizan actividad física varía según el grupo de edad. En niños de 5 a 9 años se da un aumento en el porcentaje de 1997 a 2001, dándose un descenso en el último año. Por otro lado, en los niños de 10 a 15 años se da un ligero aumento en las dos categorías de las dos variables socioeconómicas excepto en los pertenecientes a la categoría de estudios superiores donde disminuye levemente. El porcentaje de niñas de 5 a 9 años que no realizan actividad física aumentó a lo largo del periodo estudiado. Sin embargo, en las niñas de 10 a 15 años, el mayor porcentaje se dio en 2001, descendiendo ligeramente entre 1997 y 2007 en las categorías superiores y aumentando en las inferiores.

4.1.1.5. Horas TV

En todos los grupos de edad y en los tres años estudiados, el porcentaje de sujetos que ven la TV más de 2 horas al día es más alto en aquellos pertenecientes a las categorías socioeconómicas inferiores. La magnitud de ese porcentaje aumentó de manera considerable entre 1997 y 2007, en todos los grupos de edad y categorías socioeconómicas, excepto en los niños de 5 a 9 años pertenecientes a hogares cuyo cabeza de familia era de nivel de estudios alto, donde la magnitud del porcentaje en 1997 y 2007 fue similar.

4.1.1.6. Horas de dormir

En el año 2007 el porcentaje de sujetos que duerme menor de 9 horas al día es más alto en los sujetos pertenecientes a las categorías socioeconómicas inferiores. Pero en los años anteriores no era así y en algunos grupos de edad ocurría todo lo contrario.

En líneas generales la magnitud de ese porcentaje aumentó más entre 1997 y 2007 en los sujetos de las categorías socioeconómicas inferiores que en aquellos de las categorías socioeconómicas superiores.

4.1.2. Diferencias socioeconómicas en sobrepeso y obesidad y en los factores de riesgo

4.1.2.1. Sobrepeso y Obesidad

Se ha comprobado que en todos los grupos de edad y periodos estudiados, los niños y niñas pertenecientes a las categorías socioeconómicas inferiores presentaban más probabilidad de presentar sobrepeso u obesidad que sus homólogos de las categorías socioeconómicas superiores. La diferencia en la prevalencia de sobrepeso u obesidad entre categorías socioeconómicas fue mayor en el grupo de 10 a 15 años que en el de 5 a 9. Por otro lado, la tendencia en la magnitud de esa diferencia a lo largo de los periodos estudiados varía. En líneas generales, en los sujetos de 5 a 9 años la magnitud de las diferencias socioeconómicas disminuyó a lo largo del tiempo en niños, pero aumentó en niñas. En cambio, en el grupo de 10 a 15 años, la diferencia socioeconómica en la prevalencia de sobrepeso u obesidad aumentó en ambos sexos. No obstante, en niños se observó una excepción: la diferencia en la prevalencia de sobrepeso según clase social fue similar en 1997 y en 2007. En el caso de las niñas, la mayor magnitud de las diferencias socioeconómicas en la prevalencia de sobrepeso u obesidad se observó entre 1997 y 2007: en 2001. Ese año la prevalencia de sobrepeso u obesidad en las categorías socioeconómica inferiores fue alrededor de tres veces más alta que en las superiores.

4.1.2.2. Consumo de fruta y verdura

A largo de todo el periodo estudiado son los niños y las niñas de las categorías socioeconómicas inferiores los que menos fruta y verdura consumen.

La diferencia en la prevalencia de consumo de fruta y verdura menos de tres veces por semana entre categorías socioeconómicas fue similar en los dos grupos de edad.

Por otro lado, la tendencia en la magnitud de esa diferencia a lo largo de los periodos estudiados varía. Por un lado, en los sujetos de 5 a 9 años la magnitud de las diferencias socioeconómicas disminuyó a lo largo del tiempo estudiado. Sin embargo, en los niños y niñas de 10 a 15 años esa diferencia aumentó.

A pesar de esta tendencia general, se puede observar alguna excepción. Cuando se estudia el consumo de fruta en niñas por clase social, se invierten las tendencias, aumentando la magnitud de las diferencias socioeconómicas en el grupo de 5 a 9 años y disminuyendo en el de 10 a 15. También en las niñas de 10 a 15 años, las diferencias en el consumo de verdura menos de tres veces por semana por clase social disminuyen ligeramente a lo largo del periodo estudiado.

4.1.2.3. Consumo de dulces

En líneas generales, no se encontraron diferencias socioeconómicas significativas en el consumo de dulces a diario. Las únicas excepciones fueron los hallazgos en niñas de 5 a 9 años según el nivel de estudios del cabeza de familia y en niñas de 10 a 15 años según la clase social. En ambos casos, el consumo diario de dulces fue un 30% más alto en la categoría socioeconómica inferior.

4.1.2.4. Inactividad física

Se ha comprobado que en todos los grupos de edad y periodos estudiados, los niños y niñas pertenecientes a las categorías socioeconómicas inferiores presentaban más probabilidad de no realizar actividad física que sus homólogos de las categorías socioeconómicas superiores, excepto en los niños de 10 a 15 años según la clase social, donde las diferencias no fueron significativas. La diferencia en la prevalencia de inactividad física entre categorías socioeconómicas fue mayor en el grupo de 5 a 9 años que en el de 10 a 15.

En líneas generales, la tendencia en la diferencia de esa magnitud aumenta a lo largo del periodo estudiado, excepto en las niñas de 5 a 9 años según clase social, donde la diferencia en la magnitud disminuye ligeramente a lo largo del periodo estudiado.

4.1.2.5. Horas TV

A largo de todo el periodo estudiado son los niños y las niñas de las categorías socioeconómicas inferiores los que ven más horas de TV al día. La tendencia en la magnitud de esa diferencia a lo largo de los periodos estudiados varía según el sexo.

En niños, esa diferencia aumentó en todos los grupos excepto en los niños de 10 a 15 años según nivel de estudios. En las niñas, sin embargo, esta diferencia disminuyó excepto en el grupo de 10 a 15 años según clase social.

4.1.2.6. Horas de dormir

En líneas generales, solo se observaron diferencias socioeconómicas significativas en la frecuencia de dormir menos de 9 horas al día en el grupo de 5 a 9 años. En este grupo de edad la probabilidad de dormir esas horas al día fue mayor en las categorías socioeconómicas inferiores. La magnitud de esas diferencias fue mayor en el año 2006, excepto en niños según nivel de estudios, donde la diferencia más alta se observó en 1997.

4.1.3. Diferencias socioeconómicas en sobrepeso y obesidad ajustadas por variables de alimentación y sedentarismo.

Se ha podido comprobar, que en aquellos casos en los que la asociación entre las variables socioeconómicas y el sobrepeso o la obesidad ha sido estadísticamente significativa, su magnitud se ha reducido débilmente al ajustarlas por las variables de alimentación e inactividad física, dándose el descenso más importante en el año 2006/07.

En este año, tanto en niños como en niñas, el mayor descenso se dio en el grupo de 10 a 15 años, explicando la alimentación y la inactividad física un promedio de un 20-30% del exceso de sobrepeso y obesidad en los sujetos de familias con menor nivel socioeconómico.

Aunque sin un patrón muy marcado, también se observa cómo la inactividad física explica en mayor porcentaje que las variables de alimentación la relación entre PSE y sobrepeso u obesidad. También se puede ver como esa explicación por parte de las variables de inactividad física es mayor cuando la asociación no es muy marcada.

4.2. Comparación con otros estudios

4.2.1. *Sobrepeso y Obesidad*

Se ha comprobado como la prevalencia de sobrepeso y obesidad fue mayor en los sujetos de las categorías socioeconómicas inferiores tanto por nivel de estudios como por clase social del cabeza de familia a lo largo de todo el periodo según los dos criterios estudiados. Estos datos concuerdan con varios estudios y revisiones realizadas en diferentes países (Shrewsbury y Wardle 2008, Due et al. 2009, Aranceta Bartrina et al. 2001, Larrañaga et al. 2007).

En el grupo de 10 a 15 años, tanto en niños como en niñas, la prevalencia de sobrepeso y obesidad según los dos criterios estudiados aumentó entre el primer y el tercer periodo. El aumento más importante según los dos criterios, se observó en los niños de 10 a 15 años pertenecientes a las categorías inferiores tanto por nivel de estudios como por clase social. Otra investigación realizada en Inglaterra también ha encontrado un aumento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en adolescentes pertenecientes a hogares de posición socioeconómica baja entre 1997 y 2007 (Stamatakis et al. 2010).

Como consecuencia de esa tendencia las diferencias socioeconómicas en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en adolescentes aumentaron, siendo estas mayores que en el grupo de 5 a 9 años. Estos hallazgos no concuerdan con los resultados de una investigación realizada en los EEUU, en la que los autores concluyen que las desigualdades socioeconómicas en el sobrepeso en adolescentes de 12 a 14 años se han estabilizado (Miech et al. 2006). En general, la evidencia obtenida en estos estudios sugiere que las diferencias socioeconómicas en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los adolescentes es cada vez mayor (Robertson et al. 2007, Stamatakis et al. 2010).

Sin embargo, en los sujetos de 5 a 9 años, la tendencia ascendente a lo largo del periodo estudiado no es tan clara en todos los grupos socioeconómicos, incluso disminuye en algunos grupos.

Comparando estos resultados con los de otros estudios anteriores, aunque un estudio en Inglaterra observó un aumento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los niños y niñas de 5 a 10 años entre 1974 y 2003 (Stamatakis et al. 2005), otro estudio de los mismos autores

concluye que la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los niños de Inglaterra de 5 a 10 años se ha estabilizado desde 2002/03 (Stamatakis et al. 2010), excepto en los niños de posición socioeconómica baja. En Australia también se encontró una estabilización en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los niños y niñas de 5 a 8 años entre 1985 y 2008 (Olds et al. 2010), al igual que en Francia (Salanave et al 2009), donde se observó una estabilización en los niños de 7 a 9 años entre 2000 y 2007.

4.2.2. Consumo de Fruta y Verdura

Debido a la escasez de otros estudios sobre las tendencias alimentarias en niños y adolescentes, la comparación con otros estudios nacionales o internacionales no es sencilla.

Al observar los resultados obtenidos, se aprecia como en el grupo de 10 a 15 años el consumo de fruta y verdura es menor que en el grupo de 5 a 9 a lo largo de todo el periodo estudiado. Anteriores estudios observacionales sobre el comportamiento alimentario revelan que los hábitos saludables de alimentación disminuyen a medida que los jóvenes crecen (Lien et al. 2001). De manera general, una parte de la literatura encuentra la disminución de la ingesta de frutas y verduras al aumentar la edad, mientras que otros estudios no encuentran diferencias en el consumo por edad (Rasmussen et al. 2006).

Según el sexo, los resultados obtenidos muestran un mayor consumo de frutas y verduras en niñas que en niños. La literatura sobre las diferencias de género en el consumo de frutas y verduras en niños y adolescentes encuentra que las niñas tienen una mayor ingesta o más frecuentes que los niños, aunque estas diferencias no se dan siempre (Rasmussen et al. 2006, Rasmussen et al. 2008). En España, el estudio enKid encontró consumos más elevados de verduras en niñas que en niños (Serra Majem et al. 2003).

Al igual que en la presente investigación, otros estudios han encontrado una disminución en la ingesta de fruta y verdura hasta más o menos el año 2000 seguido de un aumento en la ingesta en los últimos años.

Así, un estudio llevado a cabo en Dinamarca mostró como la ingesta de fruta disminuyó entre 1988 y 2002, dándose un aumento entre 2002 y 2006 en niños de 11, 13 y 15 años de edad

(Rasmussen et al. 2008). Se sugiere que el aumento puede ser atribuido a una iniciativa de ámbito nacional llevado a cabo en Dinamarca desde 2001 para aumentar la ingesta de frutas y verduras en la población.

De la misma manera, en el Reino Unido se observó una disminución general en el consumo de fruta de 1990 a 1998 (SHEU 2003). En Liverpool, Johnson y Hackett mostraron un aumento en la ingesta de fruta y verdura entre 2000 y 2006 en niños y niñas de 9 y 10 años (Johnson y Hackett 2007). Sin embargo un estudio llevado a cabo en Escocia reportó un incremento en el consumo de frutas y verduras, sobre todo en niñas, entre 1990 y 1998 (Inchley et al. 2001).

Otro estudio realizado en Escocia utilizando datos de la encuesta HBSC reveló un aumento en el consumo de frutas y verduras entre 2002 y 2010 en niños y niñas de 11, 13 y 15 años, dándose un pico de consumo en 2006 (Levin et al. 2012). Este mismo estudio observó como a lo largo de todo el periodo estudiado, los sujetos de bajo nivel socioeconómico presentaban peores hábitos alimenticios que los niños de nivel socioeconómico alto. Estos datos concuerdan con los obtenidos en la presente investigación donde en los dos grupos de edad y en los tres periodos estudiados, son los sujetos pertenecientes a las categorías inferiores los que menos fruta y verdura consumen.

Otro estudio a nivel Europeo investigó la influencia del nivel socioeconómico familiar y del entorno en el consumo de frutas en adolescentes de 28 países Europeos (Vereecken et al. 2005) encontrando consumos menores entre los sujetos de nivel socioeconómico bajo. Según este estudio, las diferencias en los patrones de consumo entre los grupos sociales también puede reflejar el uso de los alimentos como un símbolo de estatus, por lo cual se utiliza la compra de alimentos caros como un indicio de mayor nivel socioeconómico.

En España, el estudio enKid también mostró mayores consumos de fruta y verdura entre los niños y adolescentes pertenecientes a familias de nivel socioeconómico alto (Aranceta et al. 2003).

En cuanto a la tendencia de la magnitud de las desigualdades socioeconómicas observadas, Levin et al. observaron un aumento en el consumo de frutas y verduras en todos los grupos socioeconómicos, de tal manera que no se dieron cambios en las desigualdades observadas a lo largo del periodo estudiado (Levin et al. 2012), hecho que contrasta con nuestro estudio en el

que las diferencias disminuyen en el grupo de 5 a 9 años pero aumentan en los sujetos de 10 a 15 años.

Al igual que nuestros resultados, un estudio llevado a cabo en Noruega observó un aumento de las desigualdades socioeconómicas entre 2001 y 2008 en la ingesta de fruta y verdura en niños y niñas de 10 a 12 años de edad (Hilsen et al. 2011).

4.2.3. Consumo de Dulces

En el presente estudio, se ha observado un descenso entre 2001 y 2007 en el porcentaje de niños y niñas que consumen dulces a diario en todos los grupos y categorías. De acuerdo con estos resultados, un estudio llevado a cabo en Francia observó un descenso del 15% en el consumo de dulces en niños y niñas de 3 a 14 años de edad entre 1999 y 2007 (Lioret et al. 2010). También en Escocia se vio como el consumo de dulces se redujo considerablemente entre 2002 y 2010. Este mismo estudio no encontró diferencias significativas por nivel socioeconómico (Levin et al. 2012), concordando con los datos obtenidos en la presente investigación.

Sin embargo, un estudio realizado en Noruega con datos de la encuesta HBSC encontró consumos más elevados de dulces entre los sujetos de las clases más desfavorecidas (Fismen et al. 2012). También el estudio enKid muestra un mayor consumo de dulces en niños/as y jóvenes cuyas madres tienen un menor nivel educativo (Serra Majem et al. 2003).

Por otro lado, al igual que los resultados de la presente investigación, el estudio enKid muestra consumos más elevados de dulces en los chicos que en las chicas (Serra Majem et al. 2003).

4.2.4. Inactividad física

Al comparar los porcentajes de inactividad física según el sexo, se ha podido comprobar cómo son las niñas las que presentan mayores porcentajes de inactividad física que los niños a lo largo de todo el periodo estudiado.

En un estudio longitudinal llevado a cabo en Madrid entre 1990 y 1996 se observó como la diferencia entre la realización de ejercicio físico entre géneros era mayor en el estudio inicial que en el final, lo que quizás podría señalar una tendencia hacia la igualación (Sanchez et al. 1998).

Sin embargo, estudios posteriores han encontrado diferencias significativas en la práctica de actividad física entre niños y niñas. En un estudio realizado en Dublín en niños y niñas de 7 a 9 años, el 53% de los niños resultaron ser activos frente al 28% de las niñas (Hussey et al. 2001). También en Escocia se pudo comprobar cómo entre 1990 y 2002 las chicas de 11 a 15 años realizaban menos actividad física que los chicos (Inchley et al. 2005). En España también se ha podido comprobar la mayor realización de actividad física por parte de los varones (Lasheras et al. 2001, Román et al. 2008, Casado et al. 2009). Sin embargo, un estudio realizado en Hungría encontró diferencias en la práctica de actividad física en el tiempo libre según el sexo únicamente en los sujetos de 15 a 20 años de edad y no en los de 10 a 14 (Piko y Keresztes 2008).

El mayor tiempo dedicado al deporte por los niños y no por las niñas puede explicarse por la distribución de roles, tradicionalmente atribuido a uno y otro sexo. También los padres suelen incitar más a los niños al deporte desde pequeños que a las niñas. Por otro lado, los juegos deportivos más populares suelen estar más asociados al tipo de juegos que les gusta a los niños y no a las niñas.

El estudio llevado a cabo en Escocia (Inchley et al. 2005) observó a lo largo de todo el periodo estudiado mayores porcentajes de inactividad física entre los chicos y chicas de clase social más desfavorecida. Sin embargo, estas diferencias observadas entre categorías no cambiaron a lo largo del periodo estudiado, hecho que contrasta con los resultados de la presente investigación, donde se observó un aumento de las diferencias entre categorías.

Apoyando estos resultados, un estudio realizado en Finlandia observó un aumento en las diferencias observadas entre categorías entre 1995 y 2005 (Telama et al. 2009). Hay que destacar que estas diferencias eran más marcadas en las chicas que en los chicos y más amplias en los deportes practicados en clubs deportivos que en el deporte no organizado u organizado en la escuela (Telama et al. 2009). Por otro lado, un estudio llevado a cabo en Eslovaquia

observó un aumento de las diferencias entre categorías en niños pero no en niñas entre 1998 y 2006 (Pitel et al. 2013).

Una revisión acerca del efecto de la posición socioeconómica en la actividad física en adolescentes también observó mayores tasas de inactividad física en los adolescentes de posición socioeconómica baja (Stalsberg y Pedersen 2010) aunque los resultados estuvieron lejos de ser uniformes. Por ejemplo, una revisión realizada por Sallis et al. con estudios realizados principalmente en EE.UU., no encontró relación entre la posición socioeconómica y la actividad física en niños y adolescentes (Sallis et al. 2000).

Por grupos de edad, se ha observado como la inactividad física aumenta con la edad, es decir, el grupo de 5 a 9 años realiza más actividad física en el tiempo libre que el grupo de 10 a 15 años. Estos datos son apoyados por anteriores investigaciones tanto nacionales (Tercedor et al. 2007, Roman et al. 2008) como internacionales (Gortmaker et al. 2012).

En el presente estudio, se observa un ligero aumento de la inactividad física en los niños y niñas de 10 a 15 años de las categorías socioeconómicas inferiores. Sin embargo en los pertenecientes a las categorías superiores se observa un ligero descenso.

En contra de estos resultados, una investigación de Australia reveló una disminución de la inactividad física en niños y niñas de 12 a 15 años entre 1985 y 2004 (Okely et al. 2008). Por otro lado, un estudio llevado a cabo en EEUU no observó cambios significativos en los niveles de inactividad física en chicos y chicas de 9 a 13 años entre 2002 y 2006 (Huhman et al. 2012).

En niños de 5 a 9 años se da un aumento en el porcentaje de inactividad física entre 1997 a 2001, dándose un descenso en el último año. Sin embargo, el porcentaje de niñas de 5 a 9 años que no realizan actividad física aumentó a lo largo del periodo estudiado.

Un estudio llevado a cabo en Creta, Grecia, observó una disminución de la inactividad física tanto en niños como en niñas de 5 a 8 años de edad entre 1992 y 2007 (Smpokos et al. 2012).

En las niñas de 10 a 15 años, el mayor porcentaje se dio en 2001, descendiendo ligeramente entre 1997 y 2007 en las categorías superiores y aumentando en las inferiores. La diferencia en

la prevalencia de inactividad física entre categorías socioeconómicas fue mayor en el grupo de 5 a 9 años que en el de 10 a 15.

4.2.5. Horas TV

En el presente estudio son los varones y el grupo de 10 a 15 años los que ven más horas de TV a lo largo de todo el periodo estudiado. Investigaciones anteriores también han mostrado que los niños y niñas mayores pasan más tiempo viendo la TV que sus contrapartes más jóvenes (Saelens et al. 2002, Wake et al. 2003, Anderson et al. 2008, Hoyos Cillero et al. 2011). De la misma manera, resultados similares para las diferencias de género en las horas que los sujetos de estudio ven TV se han descrito en investigaciones de España y de otros países (Bercedo et al. 2001, Hoyos Cillero et al. 2011, Marshall et al. 2006, Samdal et al. 2007). Sin embargo, alguna investigación no ha encontrado diferencias de género en las horas de ver TV en los jóvenes (Gorely et al. 2004).

Cuando los niños entran en la adolescencia, tienen más tiempo que no es supervisado por sus padres y por otro lado, las normas son cada vez más relajadas, lo que crea oportunidades para auto-dirigir su tiempo de ver la TV.

La magnitud del porcentaje de niños y niñas que ven la TV más de 2 horas al día aumentó de manera considerable entre 1997 y 2007 en todos los grupos de edad y categorías socioeconómicas. La única excepción son los niños de 5 a 9 años pertenecientes a hogares cuyo cabeza de familia era de nivel de estudios alto, donde la magnitud del porcentaje en 1997 y 2007 fue similar. Un estudio realizado en Londres también encontró mayores porcentajes de exceso de horas de TV en 2004 que en 1999 en jóvenes de 11 a 16 años de edad (Brodersen et al. 2007). Igualmente, otro estudio realizado en Grecia apoya estos resultados (Smpokos et al 2012).

Sin embargo, una investigación que estudió la evolución del hábito televisivo en jóvenes de 11, 13 y 15 años en 7 países Europeos encontró porcentajes similares de este hábito entre 1986 y 2002 (Samdal et al. 2007). Y otra investigación realizada en Suecia también observó una disminución en el porcentaje de niños y niñas de 11 a 13 años que veían la TV más de 2 horas al día entre 2001 y 2003 (Villard et al. 2007).

En todos los grupos de edad y en los tres años estudiados, el porcentaje de sujetos que ven la TV más de 2 horas al día es más alto en aquellos pertenecientes a las categorías socioeconómicas inferiores.

Estos datos concuerdan con los de anteriores estudios (Brodersen et al. 2007, Kantomaa et al. 2007, Lioret et al. 2008, Drenowatz et al. 2010). Sin embargo, una revisión acerca de los factores que influyen en la actividad física y en el sedentarismo en los jóvenes concluyó que la posición socioeconómica influye en los adolescentes (13-18 años) pero no en los niños (4-12 años) (Van Der Horst et al. 2007).

La tendencia en la magnitud a lo largo del periodo estudiado de la diferencia de ver más de 2 horas de TV según la posición socioeconómica varía según el sexo. En niños, esa diferencia aumentó en todos los grupos excepto en los niños de 10 a 15 años según nivel de estudios. En las niñas, sin embargo, esta diferencia disminuyó excepto en el grupo de 10 a 15 años según clase social.

4.2.6. Horas de dormir

En líneas generales se observa una disminución en las horas de sueño en todos los grupos y categorías socioeconómicas a lo largo del periodo estudiado. Igualmente, un estudio llevado a cabo en Australia observó una disminución en las horas de sueño en los chicos y chicas de 10 a 15 años de edad entre los años 1985 y 2004 (Dollman et al. 2007). El descenso se debió casi exclusivamente al retraso en la hora de ir a la cama. Este hecho podría explicar en parte nuestros hallazgos. Otros estudios realizados en Suiza e Islandia también corroboran estos hallazgos (Iglowstein et al. 2003, Thorleifsdottir et al. 2002), al igual que una revisión realizada recientemente (Matricciani et al. 2012).

El retraso en la hora de irse a la cama de los niños puede atribuirse a las actividades que mantienen a los niños despiertos y a contextos que les permitan hacerlo. Actividades tales como el uso de las nuevas tecnologías o las tareas escolares han sido asociadas con el retraso en la hora de dormir y la duración reducida del sueño (Van den Bulck 2004).

A pesar de estos hallazgos, también existe evidencia que sugiere que la duración del sueño de los niños no ha disminuido con los años. Hofferth y Sandberg observaron un incremento en la duración del sueño en niños estadounidenses de 3 a 12 años de edad, entre los años 1981 y 1997 (Hofferth y Sandberg 2001).

Por grupos de edad, se observa como el porcentaje de sujetos de 10 a 15 años que duerme menos de 9 horas al día es mayor que en el grupo de 5 a 9 años. Otros estudios apoyan estos resultados como un estudio llevado a cabo en Estados Unidos en chicos y chicas de 8 a 11 años de edad donde se observó una disminución de las horas de sueño conforme aumentaba la edad (Spilsbury et al. 2004).

En el presente estudio, la magnitud de ese porcentaje aumentó más entre 1997 y 2007 en los sujetos de las categorías socioeconómicas inferiores que en aquellos de las categorías socioeconómicas superiores. Estos datos concuerdan con los del estudio de Australia anteriormente mencionado, donde la disminución en las horas de dormir es más acusada en los sujetos de posición socioeconómica baja (Dollman et al. 2007).

En líneas generales, solo se observaron diferencias socioeconómicas significativas en la frecuencia de dormir menos de 9 horas al día en el grupo de 5 a 9 años. En este grupo de edad la probabilidad de dormir esas horas al día fue mayor en las categorías socioeconómicas inferiores. Estos hallazgos concuerdan con los obtenidos en un estudio llevado a cabo en Estados Unidos en niños de 2 a 7 años de edad, donde se pudo observar que los niños de posición socioeconómica más baja dormían menos horas (McLaughlin Crabtree et al. 2005).

4.3. Posibles explicaciones de la influencia de la alimentación y el sedentarismo en la relación entre la posición socioeconómica y el sobrepeso y la obesidad

De acuerdo con los distintos bloques de variables estudiadas en el capítulo de resultados, y tras la discusión de cada uno de ellos, se trata a continuación la interrelación de los factores más reseñables para comprender la influencia de la PSE en el sobrepeso o la obesidad.

Se ha podido comprobar cómo en el año 1995/97, la alimentación y el sedentarismo no mediaban la relación entre PSE y obesidad, es decir, la PSE se relacionaba independientemente con la obesidad. Sin embargo, en el año 2007 estas variables han llegado a explicar casi el 30% de esta relación.

Esta evolución en la mediación de las variables de alimentación y sedentarismo en la relación entre PSE y sobrepeso/obesidad, puede tener que ver por un lado con el hecho de que las conductas de riesgo para el sobrepeso y la obesidad han aumentado en mayor proporción que la obesidad en el grupo de posición socioeconómica baja y por otro con que la inactividad física y la alimentación están cada vez más asociadas a la obesidad, hecho que no se ha investigado en el presente estudio.

La cuestión de que en el año 1995/97 la PSE se relacionase independientemente con el sobrepeso y la obesidad sugiere que la posición socioeconómica puede tener otras vías de relación con el sobrepeso y la obesidad, como las cuestiones relacionadas con la personalidad (Kakizaki et al. 2008) o el medio ambiente (Booth et al. 2005, Feng et al. 2010). De igual forma, otras conductas de salud, como el consumo de otro tipo de alimentos o la frecuencia en el consumo no han sido incluidas en el estudio y podrían influir en esta relación.

Son pocos los estudios que han investigado la posible explicación de estas variables en la relación de la PSE con el sobrepeso/obesidad infantil.

Así, un estudio que investigó la posible explicación de varios comportamientos alimentarios en la relación entre la PSE y el sobrepeso infantil en Francia en el año 1998-1999, concluyó que la frecuencia de las comidas era el único comportamiento alimentario que explicaba levemente (contribuyendo ~ 8%) la relación inversa entre la PSE y el sobrepeso (Lioret et al. 2008a).

Otro estudio de la misma autora observó que el comportamiento sedentario, en concreto el tiempo dedicado a ver la TV y a jugar a video-juegos, explicaba, aunque solamente en parte, la relación inversa entre el la PSE y el sobrepeso (Lioret et al. 2007) al igual que otro estudio llevado a cabo en Canadá (Jansenn et al. 2006).

Sin embargo, un estudio llevado a cabo en EEUU concluyó que la posición socioeconómica y los factores conductuales estaban independientemente relacionados con la obesidad infantil y adolescente (Singh et al. 2008). También un estudio realizado en Australia en el año 2000, observó como en las niñas la ingesta alimentaria, la actividad física y las horas de ver TV no explicaban el gradiente socioeconómico observado en la adiposidad, sin embargo, en niños era explicado en parte por el consumo de grasas (Dollman et al. 2007a).

Algunos autores han señalado que los grupos socioeconómicos más altos tienden a seguir las recomendaciones de los comportamientos de salud y responder de manera más activa a los mensajes mediáticos relacionados con la salud que los grupos socioeconómicos más bajos así como las familias de grupos socioeconómicos más bajos presentan más dificultades para alcanzar y comunicar mensajes de salud (Adler et al 1994, Stamatakis et al. 2010).

Es posible que esto se haya acentuado en los últimos años. Por todo esto, y observando que el consumo de fruta y verdura ha aumentado y el de dulces ha disminuido a lo largo del periodo estudiado, se podría decir que las campañas llevadas a cabo en España para mejorar la dieta y aumentar la actividad física en los niños como por ejemplo la Estrategia NAOS (Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad), o diferentes campañas llevadas a cabo por el Ministerio de Sanidad para prevenir la obesidad infantil han obtenido los resultados esperados pero estos han sido mejores en las familias de PSE alta que en las de PSE baja.

No obstante, existen otras posibles explicaciones en el patrón socioeconómico observado en las conductas de riesgo para la obesidad.

Así, entre las posibles explicaciones del patrón socioeconómico observado en la mayoría de alimentos estudiados, se puede resaltar que la educación y la ocupación pueden influir en los hábitos alimentarios, facilitando o restringiendo la lectura y comprensión de la información nutricional y el cumplimiento de las recomendaciones nutricionales. Por otro lado, la clase social pueden reflejar la disponibilidad de recursos económicos y materiales, que podrían determinar

directamente la calidad de la dieta por hacer que los alimentos saludables sean más asequibles y de fácil acceso para las personas con ingresos más altos (Patrick y Nicklas 2005). Así, las familias de bajo nivel socioeconómico por lo general tienen menos dinero para gastar en comida, y toman el coste en cuenta con mayor frecuencia, mientras que las familias con niveles altos de educación pueden ser más propensas a considerar la salud en la elección de los alimentos cuando el costo no es una barrera (French 2003).

En cuanto a la inactividad física, hay varias posibles razones de las diferencias en la actividad física habitual en diferentes entornos socioeconómicos, entre los que se incluyen factores de comportamiento, socio-culturales, y/o factores biológicos. Por ejemplo, las influencias socio-ambientales pueden incluir la accesibilidad a las instalaciones para hacer ejercicio, así como la seguridad (Lovasi et al. 2009). También se ha comprobado como los niños en hogares con un ingreso anual más alto están más involucrados en deportes de club, que ofrece nuevas oportunidades para estos jóvenes a ser físicamente activos (Kantomaa et al. 2007).

Por otro lado, los gastos económicos asociados a la actividad física y las dificultades de transporte han sido citados como barreras a la participación en la actividad física por parte de niños pertenecientes a familias de PSE baja (Kristjansdottir y Vilhjalmsson_ 2001). También puede ser que los barrios de NSE bajo puede que tengan las mismas infraestructuras que los de PSE alta pero se utilicen menos.

Se ha comprobado como las variables de alimentación y sedentarismo explican en mayor proporción la relación entre PSE y sobrepeso y obesidad en el grupo de 10 a 15 años que en el de 5 a 9.

Esto puede deberse a que cuando los niños entran en la adolescencia, tienen un papel importante en la decisión tanto de los alimentos que consumen como en el resto de conductas relacionadas con la salud. De la misma manera, tienen más tiempo que no es supervisado por sus padres y por lo tanto los estilos de vida pueden empeorar. También se puede deber a que las preferencias alimentarias cambian con la edad (Cooke y Wardle 2005). Por otro lado, también puede ser que las conductas de salud que contribuyen al sobrepeso o a la obesidad sean diferentes según el grupo de edad y puede estar influida por diferentes mecanismos.

El hecho de que la explicación por parte de las variables de sedentarismo es mayor cuando la asociación no es muy marcada podría explicarse por el hecho de que cuando la asociación es muy fuerte, otros factores distintos a los estudiados (alimentación y sedentarismo) son los responsables de la mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad en los sujetos de PSE baja, ya que el ajuste por estos factores no modifica la asociación.

Por otro lado, los enfoques económicos y de educación a menudo se quedan cortos en la aclaración de las diferencias sociales que se observan en los comportamientos de salud. Así, los patrones no saludables de consumo también pueden estar determinados por normas, valores y comportamientos de la gente lo que genera un sistema de creencias relativo a la salud (Fisman et al. 2012). Este sistema de creencias está influido entre otros factores, por variables demográficas entre las que se incluye la posición socioeconómica (Rosenstock et al. 1988).

Así, personas de un entorno social homogéneo tienden a compartir estilos de vida parecidos de tal manera que los valores y comportamientos pueden ser diferentes según la posición socioeconómica, por ejemplo, diversos estudios han concluido que las preferencias alimentarias y los gustos difieren entre los grupos sociales (Øygaard 2000, Abel 2008), pudiendo todo esto condicionar un diferente patrón alimentario y de inactividad física en los hijos de padres con diferente posición socioeconómica.

Hay que destacar que a pesar de los resultados obtenidos en cuanto a la posible explicación de la relación de la PSE con el sobrepeso/obesidad por parte del consumo insuficiente de fruta y verdura y por parte de variables de inactividad física y sedentarismo se desconocen la mayor parte de explicaciones que explican esta relación.

4.4. Limitaciones del estudio

Este trabajo tiene las limitaciones propias del diseño de un estudio transversal retrospectivo por lo que en la interpretación de resultados hay que tener en cuenta algunas consideraciones en relación con los datos. Por un lado se asume la existencia de un sesgo no sistemático propio del entrevistador, que aunque sea mínimo por ser personal entrenado, siempre está presente dada la existencia de varios y diferentes entrevistadores. Se asume igualmente la existencia de errores en el teclado de los resultados. Aunque se haya minimizado por la revisión de éstos y la eliminación de registros imposibles, también se debe contemplar como posible.

También hay limitaciones propias de las variables estudiadas. En primer lugar, se ha utilizado el IMC para evaluar el sobrepeso y la obesidad, dado que diversos estudios han encontrado una correlación entre el IMC y el contenido de grasa en el organismo de niños y adolescentes (Reilly et al 2000, Mei et al 2002).

Por otro lado, se ha utilizado el peso y la talla de los niños y adolescentes informado por los padres o responsables del menor. Varios autores han concluido que esta información es razonablemente válida en muestras representativas de la población infantil (Sekine et al 2002, Strauss et al 1999). En cualquier caso, un sesgo de medición no puede excluirse. Previsiblemente este sesgo ha infra estimado la prevalencia real de sobrepeso y obesidad, aunque su impacto en los hallazgos ha tenido que ser mínimo ya que las encuestas de salud en los diferentes años han usado el mismo método de recogida de datos.

El excesivo recuento de valores ausentes en las variables peso y talla se ha solucionado mediante una imputación por regresión explicada en el apartado de material y métodos.

Por otro lado, el consumo de alimentos ha sido informado por los padres o responsables del menor por medio de cuestionarios de frecuencia de consumo de alimentos. Los estudios que han examinado la validez de la información referida por los padres han concluido que es muy elevada (Treiber et al. 1990), sobre todo en la medida en que esta información es proporcionada por el miembro de la familia que se encarga habitualmente de la alimentación del niño. En cualquier caso, un sesgo de información en la frecuencia de consumo de los alimentos investigados no puede excluirse.

En cuanto a las variables de PSE utilizadas, decir que el criterio seleccionado para la clasificación del nivel social ha sido siempre un tema de controversia. El mismo concepto de clase constituye una construcción intelectual o ideológica. Los indicadores de uso común son la educación y ocupación de los progenitores o los ingresos (Backlund et al. 1999). En este estudio se ha utilizado la educación y la clase social basada en la ocupación del cabeza de familia.

Ambas variables han sido agrupadas en dos categorías, lo que puede distorsionar algo los datos pero se ha visto que dividiendo en más categorías el tamaño muestral no era suficiente.

Por último, el ajuste realizado por las variables de alimentación en los análisis estadísticos ha sido diferente en el año 1995/97 que en el año 2001 y 2006. En el año 1995/97 se ha hecho según la frecuencia de consumo de fruta y verdura y en 2001 y 2006 se ha añadido el consumo de dulces. Los resultados no varían mucho ya que se ha comprobado que la influencia del consumo de dulces es mínima.

Las ventajas que suponen el uso de las ENS realmente sobrepasan a las limitaciones que presentan, por:

- El elevado tamaño muestral y la representatividad de la muestra a nivel de toda España y en las diferentes CCAA. Esta característica no podría ser nunca alcanzada recogiendo datos primarios.
- La metodología idéntica empleada en la realización de las preguntas a lo largo del tiempo, salvo alguna excepción, que permite evaluar las modificaciones a lo largo del tiempo.
- La recogida de información de manera individual y desde la perspectiva del ciudadano.
- Muchos autores españoles y extranjeros emplean las ENS como una herramienta válida para estudiar distintos problemas de salud de la sociedad.

Otra limitación es la heterogeneidad de los estudios. Los artículos revisados son muy heterogéneos con respecto al diseño (transversales, cohortes o caso-control), al grupo de edad investigado (desde recién nacidos hasta 21 años), con frecuencia incluyen grupos etarios con idiosincrasias diferentes (primeros años de vida, prepúberes, púberes y adolescentes) y emplean diferentes criterios para definir sobrepeso y obesidad así como diferentes gráficas de referencia. Esta heterogeneidad ha podido dificultar encontrar resultados más concluyentes.

PARTE V. CONCLUSIONES

1. El sobrepeso y la obesidad se ha estabilizado en los sujetos de 5 a 9 años.
2. En el grupo de 10 a 15 años se ha observado un aumento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad entre 1997 y 2007. Este aumento ha sido más marcado en los sujetos pertenecientes a familias de posición socioeconómica baja.
3. El sobrepeso y la obesidad es más prevalente en los sujetos pertenecientes a familias de posición socioeconómica baja a lo largo de todo el periodo estudiado.
4. El consumo de frutas y verduras inferior a tres veces por semana es más elevado en los sujetos pertenecientes a familias de posición socioeconómica baja a lo largo de todo el periodo estudiado.
5. La inactividad física en el tiempo libre es más frecuente en los sujetos pertenecientes a familias de posición socioeconómica baja a lo largo de todo el periodo estudiado.
6. Ver la TV más de 2 horas al día es más frecuente en los sujetos pertenecientes a familias de posición socioeconómica baja a lo largo de todo el periodo estudiado.
7. En 1997 la alimentación y el sedentarismo no explicaban la relación entre la posición socioeconómica familiar y el sobrepeso u obesidad infantil.
8. En 2007 el consumo de fruta, verdura y dulces, junto con el sedentarismo, han llegado a explicar alrededor del 20% de la relación entre la posición socioeconómica familiar y el sobrepeso u obesidad.

PARTE VI. BIBLIOGRAFÍA

- Abel T. Cultural capital and social inequality in health. *J Epidemiol Community Health* 2008;62(7):e13.
- Acheson D. Inequalities in health. Report on inequalities in health did give priority for steps to be tackled. *BMJ* 1998;317(7173):1659.
- Adler NE, Boyce T, Chesney MA, Cohen S, Folkman S, Kahn RL, et al. Socioeconomic-status and health. The challenge of the gradient. *Am Psychol* 1994; 49: 15–24.
- Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición 2009. Observatorio de la Obesidad. Informe de la Epidemiología de la obesidad y las Políticas Públicas para su prevención. Disponible en:
http://www.ua.es/webs/opps/docs/informes/INFORME_DE_EPIDEMIOLOGAY_POLITICA_DE_OBESIDAD_OPSS.pdf [acceso 30 Abril 2011]
- Anderson SE, Economos CD, Must A. Active play and screen time in US children aged 4 to 11 years in relation to sociodemographic and weight status characteristics: a nationally representative cross-sectional analysis. *BMC Public Health* 2008 (22);8:366.
- Andreyeva T, Kelly IR, Harris JL. Exposure to food advertising on television: Associations with children's fast food and soft drink consumption and obesity. *Econ Hum Biol* 2011(3):221-33.
- Ara I, Moreno LA, Leiva MT, Gutin B, Casajús JA. Adiposity, Physical Activity, and Physical Fitness Among Children From Aragón, Spain. *Obesity* 2007;15:1918–1924.
- Aranceta Bartrina J. Educación nutricional en la infancia. *Rev de nutrición práctica* 2000;28-34.
- Aranceta Bartrina J, Serra-Majem L, Ribas Barba L, Pérez Rodrigo C. Factores determinantes de la obesidad en la población infantil y juvenil española. En: Serra-Majem Ll, Aranceta Bartrina J, editores. Obesidad infantil y juvenil. Estudio enKid. Barcelona: Masson; 2001;109-128.
- Aranceta Bartrina J. Educación nutricional. En: Aranceta Bartrina, J. editores. Nutrición comunitaria. Barcelona: Masson 2001;193-202.
- Aranceta J, Pérez Rodrigo C, Ribas I, Serra Majem LL. Sociodemographic and lifestyle determinants of food patterns in Spanish children and adolescent: the enKid study. *Eur J Clin Nutr* 2003; 57(S1);540-544.
- Aranceta Bartrina J. Obesidad Infantil. Nuevos hábitos alimentarios y nuevos riesgos para la salud. En: Díaz Méndez C, Gómez Benito C. Alimentación, Consumo y Salud;216-246. Obra Social Fundación "La Caixa" 2010.

- Artazcoz L, Benach J, Borrell C, Cortés I. “Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles and social class”. *Am J Public Health* 2004;94(1):82-88.
- Atkin LM, Davies BSW. Diet composition and body composition in preschool children. *Am J Clin Nutr* 2000;72:15-21.
- Backlund E, Sorlie PD, Johnson NJ. A comparison of the relationships of education and income mortality: the national longitudinal mortality study. *Soc Sci Med* 1999;49(10):1373-84.
- Ballew C, Kuester S, Serdula M, Bowman B, Dietz W. Nutrients intakes and dietary patterns of young children by dietary intakes. *J Pediatr* 2000; 136:181-187.
- Barriuso L. Posición socioeconómica y la obesidad infantil: revisión sistemática e interpretación [Tesina]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad, 2010.
- Barroso I, Cañizares M y Lera L. Influencia de la estructura de los datos en la selección de los métodos de análisis estadísticos. *Rev Esp Salud Pública* 2002;76:95-103.
- Bastos A, González Boto R, Molinero González O, Salguero del Valle A. Obesidad, nutrición y Actividad Física. *Int J Sports Med* 2005;5(18):140-153.
- Bellisle F, McDevitt R, Prentice AM. Meal frequency and energy balance. *Br J Nutr* 1997;77 Suppl 1:S57-70.
- Bercedo Sanz A, Redondo Figuero C, Capa García L, González-Alciturri, Casanueva MA. Hábito televisivo en los niños de Cantabria. *An Esp Pediatr* 2001;54:44-52.
- Berkey CS, Rockett HR, Field AE, Gillman MW, Frazier AL, Camargo Jr CA, et al. Activity, dietary intake, and weight changes in a longitudinal study of preadolescent and adolescent boys and girls. *Pediatrics* 2000;105-56.
- Biddle SJ, Gorely T, Marshall SJ, Murdey I, Cameron N. Physical activity and sedentary behaviors in youth: issues and controversies. *J R Soc Promot Health* 2004;124(1):29-33.
- Binkley JK, Eales J, Jekanowski M. The relation between dietary change and rising US obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2000;24(8):1032-9.
- Birch L, Fisher J. Development of eating behaviors among children and adolescent. *Pediatrics* 1998;101 (suppl.):593-594.
- Birch L. Development of food acceptance patterns in the first years of life. *Proc Nutr Soc* 1998;57:617-624.
- Bogaert N, Steinbeck KS, Baur LA, Brock K, BerminghamMA. Food, activity and family-environmental vs biochemical predictors of weight gain in children. *Eur J Clin Nutr* 2003;57:1242-9.

- Booth KM, Pinkston MM, Poston WS. Obesity and the built environment. *J Am Diet Assoc* 2005;105(5 Suppl 1):S110-7.
- Borrell C. Les desigualtats socials en la salut. Barcelona: Institut Municipal de la Salut 1996.
- Borrell C, Benach J. Coordinadores. Les desigualtats en la salut a Catalunya. Barcelona: Editorial Mediterrània 2003.
- Bowman SA, Gortmaker SL, Ebbeling CB, Pereira MA, Ludwig DS. Effects of fast-food consumption on energy intake and diet quality among children in a national household survey. *Pediatrics* 2004;113:112-8.
- Brodersen NH, Steptoe A, Boniface DR, Wardle J. Trends in physical activity and sedentary behaviour in adolescence: ethnic and socioeconomic differences. *Br J Sports Med* 2007;41(3):140-4.
- Caraher M, Dixon P, Lang T, Carr-Hill R. Access to healthy foods: part I. Barriers to accessing healthy foods: differentials by gender, social class, income and mode of transport. *Health Education Journal* 1998;57:191-201.
- Cappuccio FP, Taggart FM, Kandala NB, et al. Meta-analysis of short sleep duration and obesity in children and adults. *Sleep* 2008;31:619–626.
- Casado C, Alonso N, Hernández V, Jiménez R. Actividad física en niños españoles: factores asociados y evolución 2003-2006. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2009;42: 219-31.
- Chinn S, Rona R. International definitions of overweight and obesity for children: a lasting solutions? *Ann Hum Biol* 2002;29:306-13.
- Colapinto CK, Fitzgerald A, Taper LJ, Veugelers PJ. Children's preference for large portions: prevalence, determinants, and consequences. *J Am Diet Assoc* 2007;107:1183–1190.
- Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ* 2000;320:1240-3.
- Cooke LJ, Wardle J. Age and gender differences in children's food preferences. *Br J Nutr* 2005;93(5):741-6.
- Cox BG, Cohen SB. Methodological issues for health care surveys. New York: Marcel Dekker Inc; 1985: 214-237.
- Currie C, Gabhainn S, Godeau E, Roberts C, Smith R, Currie D, et al. Inequalities in young people's health. HSC international report from the 2005/2006 survey. Copenhagen: World Health Organization; 2008.
- Dahlgren, G. Whitehead, M. Tackling inequalities in health: what can we learn from what has been tried? Working paper prepared for the King's Fund International Seminar on Tackling Inequalities in Health, Oxfordshire London: King's Fund 1193.

- Darmon N, Ferguson EL, Briand A. A cost constraint alone has adverse effects on food selection and nutrient density: an analysis of human diets by linear programming. *J Nutr* 2002;132(12):3764-71.
- Delva J, O'Malley PM, Johnston LD. Racial/ethnic and socioeconomic status differences in overweight and health-related behaviors among American students: national trends 1986–2003. *J Adolesc Health* 2006;39(4):536–545.
- Delva J, O'Malley PM, Johnston LD. Availability of more-healthy and less-healthy food choices in American schools: a national study of grade, racial/ethnic, and socioeconomic differences. *Am J Prev Med* 2007;33(4 Suppl):S226-S239.
- Delva J, Johnston LD, O'Malley PM. The epidemiology of overweight and related lifestyle behaviours: racial/ethnic and socioeconomic status differences among American youth. *Am J Prev Med* 2007a;33(4 Suppl):S178-S186.
- Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. The social basis of disparities in health. In: Evans T et al., eds. Challenging inequities in health – from ethics to action. New York, Oxford University Press 2001.
- Dishman RK, Sallis JF, Orenstein D. The determinants of physical activity and exercise. *Public Health Rep* 1985;100:158-72.
- Doak C, Adair LS, Monteiro C, Popkin BM. Overweight and underweight coexist within households in Brazil, China and Russia. *J Nutr* 2000;130:2965-71.
- Dollman J, Ridley K, Olds T, Lowe E. Trends in the duration of school-day sleep among 10- to 15-year-old South Australians between 1985 and 2004. *Acta Paediatr* 2007;96(7):1011-4.
- Dollman J, Ridley K, Magarey A, Martin M, Hemphill E. Dietary intake, physical activity and TV viewing as mediators of the association of socioeconomic status with body composition: a cross-sectional analysis of Australian youth. *Int J Obes (Lond)*. 2007a;31(1):45-52.
- Dowler, E. Inequalities in diet and physical activity in Europe. *Public Health Nutr* 2001;4(2B):701-709.
- Drenowatz C, Eisenmann JC, Pfeiffer KA, Welk G, Heelan K, Gentile D, Walsh D. Influence of socio-economic status on habitual physical activity and sedentary behavior in 8- to 11-year old children. *BMC Public Health* 2010;10:214.
- Drewnowski, A. Taste preferences and food intake. *Annu Rev Nutr* 1997;17:237-253.
- Drewnowski A, Specter SE. Poverty and obesity: the role of energy density and energy costs. *Am J Clin Nutr* 2004;79:6-16
- Drewnowski A. Obesity, diets, and social inequalities. *Nutr Rev* 2009;67 Suppl 1:S36-9.

- Due P, Damsgaard MT, Rasmussen M, Holstein BE, Wardle J, Merlo J, et al. Socioeconomic position, macroeconomic, environment, and overweight among adolescents in 35 countries. *Int J Obes* 2009; 33(10):1084-93.
- Dunton GF, Kaplan J, Wolch J, Jerrett M, Reynolds KD. Physical environmental correlates of childhood obesity: a systematic review. *Obes Rev* 2009;10(4):393-402.
- Dynesen AW, Haraldsdottir J, Hóla L, Astrup A. Sociodemographic differences in dietary habits described by food frequency questions-results from Denmark. *Eur J Clin Nutr* 2003;57:1586-1597.
- Ebbeling CB, Feldman HA, Osganian SK, et al. Effects of decreasing sugar sweetened beverage consumption on body weight in adolescents: a randomized, controlled pilot study. *Pediatrics* 2006;117:673-680.
- Eisenmann J, Bartee R, Wang M. Physical activity, TV viewing, and weight in U.S. youth: 1999 Youth Risk Behavior Survey. *Obes Res* 2002;10:379-85.
- Ello-Martin JA, Ledikwe JH, Rolls BJ. The influence of food portion size and energy density on energy intake: implications for weight management. *Am J Clin Nutr* 2005;82(1 Suppl):236S-241S.
- Feng J, Glass TA, Curriero FC, Stewart WF, Schwartz BS. The built environment and obesity: a systematic review of the epidemiologic evidence. *Health Place* 2010;16(2):175-90.
- Fernández San Juan PM. Dietary habits and nutritional status of school aged children in Spain. *Nutr Hosp* 2006;21(3):374-8.
- Ferreira I, van der Horst K, Wendel-Vos W, Kremers S, van Lenthe FJ, Brug J. Environmental correlates of physical activity in youth – a review and update. *Obes Rev* 2007;8(2):129-54.
- Figueroa Pedraza D. Obesidad y Pobreza: marco conceptual para su análisis en Latinoamérica. *Saúde e Sociedade* 2009;18 (1):103-117.
- Fismen AS, Samdal O, Torsheim T. Family affluence and cultural capital as indicators of social inequalities in adolescent's eating behaviours: a population-based survey. *BMC Public Health* 2012;12:1036.
- Flegal KM, Tabak CJ, Ogden CL. Overweight in children: definitions and interpretation. *Health Educ Res* 2006;21:755-60.
- Franco M, Diez Roux AV, Glass TA, Caballero B, Brancati FL. Neighborhood characteristics and availability of healthy foods in Baltimore. *Am J Prev Med* 2008;35(6):561-7.
- Franko DL, Striegel-Moore RH, Thompson D, et al. The relationship between meal frequency and body mass index in black and white adolescent girls: more is less. *Int J Obes* 2008; 32:23-29.

- Fraser LK, Edwards KL, Cade J, Clarke GP. The geography of Fast Food outlets: a review. *Int J Environ Res Public Health* 2010;7(5):2290-308.
- French SA. Pricing effects on food choices. *J Nutr* 2003;133:841S-3S.
- Fundación Thao 2008. Resultados Programa Thao 2007-2008. Disponible en: http://www.thaoweb.com/files/upload/12_1224761266.pdf [acceso 25 Marzo 2011].
- Gazzaniga JM, Burns TL. Relationship between diet composition and body fatness, with adjustment for resting energy expenditure and physical activity in preadolescent children. *Am J Clin Nutr* 1993;58:21-8.
- Gibson S. Sugar-sweetened soft drinks and obesity: a systematic review of the evidence from observational studies and interventions. *Nutr Res Rev* 2008;21:134-147.
- Goran, M. Metabolic precursors and effects of obesity in children: a decade of progress, 1990-1999. *Am J Clin Nutr* 2001; 73:158-71.
- Gordon-Larsen P, McMurray RG, Popkin BM. Determinants of adolescent physical activity and inactivity patterns. *Pediatrics* 2000;105: E83-E90.
- Gordon-Larsen P, Nelson MC, Page P, Popkin BM. Inequality in the Built Environment Underlies Key Health Disparities in Physical Activity and Obesity. *Pediatrics* 2006;117(2):417-24.
- Gorely T, Marshall SJ, Biddle SJ. Couch kids: correlates of TV viewing among youth. *Int J Behav Med* 2004;11(3):152-163.
- Gortmaker SL, Must A, Sobel AM, Peterson K, Colditz GA, Diets WH. Television viewing as a cause of increasing obesity among children in the United States 1986- 1990. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996;150:356-362.
- Gortmaker SL, Lee R, Cradock AL, Sobol AM, Duncan DT, Wang YC. Disparities in youth physical activity in the United States: 2003-2006. *Med Sci Sports Exerc* 2012;44(5):888-93.
- Graeme A, Smith TE. Global nutrition problems and novel foods. *Asia Pac J Clin Nutr* 2002;11(s6):s100-s111.
- Groth MV, Fagt S, Bronsted L. Social determinants on dietary habits in Denmark. *Eur J Clin Nutr* 2001;11:959-966.
- Grupo SEE y Grupo semFYC. Una propuesta de medida de la clase social. *Aten Primaria* 2000;25:350-63.
- Guillaume M, Lapidus L, Lambert A. Obesity and nutrition in children. The Belgian Luxembourg child study IV. *Eur J Clin Nutr* 1998;52:323-8.

- Halford JC, Boyland EJ, Hughes GM, Stacey L, McKean S, Dovey TM. Beyond-brand effect of television food advertisements on food choice in children: the effects of weight status. *Public Health Nutr* 2008;11(9):897-904.
- Hancox RJ, Poulton R. Watching television is associated with childhood obesity: but is it clinically important? *Int J Obes* 2006;30(1):171-5.
- Haug E, Rasmussen M, Samdal O, Iannotti R, Kelly C, Borraccino A, et al; HBSC Obesity Writing Group. Overweight in school-aged children and its relationship with demographic and lifestyle factors: results from the WHO-Collaborative Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study. *Int J Public Health* 2009;54 Suppl 2:167-79.
- Hill JO, Prentice AM. Sugar and body weight regulation. *Am J Clin Nutr* 1995; 62(Suppl.): 264S–274S.
- Hilsen M, van Stralen MM, Klepp KI, Bere E. Changes in 10-12 year old's fruit and vegetable intake in Norway from 2001 to 2008 in relation to gender and socioeconomic status - a comparison of two cross-sectional groups. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2011;8:108.
- Hofferth S, Sandberg J. Changes in American children's time, 1981-1997. In: Owens T, Hofferth S, editors. *Children at the millennium: where have we come from, where are we going?* 2001:193-229.
- Holt NL, Cunningham CT, Sehn ZL, Spence JC, Newton AS, Ball GD. Neighborhood physical activity opportunities for inner-city children and youth. *Health Place* 2009; 3:1022–1028.
- Hoyos Cillero I, Jago R, Sebire S. Individual and social predictors of screen-viewing among Spanish school children. *Eur J Pediatr* 2011;170(1):93-102.
- Huhman M, Lowry R, Lee SM, Fulton JE, Carlson SA, Patnode CD. Physical activity and screen time: trends in U.S. children aged 9-13 years, 2002-2006. *J Phys Act Health* 2012;9(4):508-15.
- Hussey J, Gormley J, Bell C. Physical activity in Dublin children aged 7-9 years. *Br J Sports Med* 2001;35(4):268-72.
- Iglowstein I, Jenni O, Molinari L, Largo R. Sleep duration from infancy to adolescence: reference values and generational trends. *Pediatrics* 2003;111(2):302-7.
- Inchley J, Todd J, Brice C, Currie C. Dietary trends among Scottish schoolchildren in the 1990's. *J Hum Nutr Diet* 2001;14: 207–16.
- Inchley JC, Currie DB, Todd JM, Akhtar PC, Currie CE. Persistent socio-demographic differences in physical activity among Scottish schoolchildren 1990–2002. *Eur J Public Health* 2005;15(4):386-8.
- Instituto Nacional de Estadística. Clasificación Nacional de Ocupaciones 1994 (CON 1994). Madrid: INE; 1994.

- Instituto Nacional de Estadística. Clasificación Nacional de Ocupaciones 1979 (CON 1979). Madrid: INE; 1979.
- Instituto Nacional de Estadística 2008. Encuesta Nacional de Salud 2006. <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?L=0&type=pcaxis&path=%2Ft15/p419&file=inebase>. [accesl 23 Febrero 2011]
- Instituto Canadiense para Información de Salud. Comparing activity and fruit and vegetable consumption by weight status among children and youth. CIHI Analysis in Brief. Octubre 2009. Disponible en: http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/bmi_aib_e.pdf [acceso 24 Mayo 2012]
- James J, Thomas P, Cavan D, Kerr D. Preventing childhood obesity by reducing consumption of carbonated drinks: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2004; 328:1237
- Janssen I, Katzmarzyk PT, Boyce WF, King MA, Pickett W. Overweight and Obesity in Canadian Adolescents and their Associations with Dietary Habits and Physical Activity Patterns. *J Adolesc Health* 2004;35:360-367.
- Janssen I, Boyce WF, Simpson K, Pickett W. Influence of individual- and area-level measures of socioeconomic status on obesity, unhealthy eating, and physical inactivity in Canadian adolescents. *Am J Clin Nutr* 2006;83(1):139-45.
- Jebb SA. Dietary determinants of obesity. *Obes Rev* 2007;8 Suppl 1:93-7.
- Johnson B, Hackett AF. Trends in fruit, vegetable and salad intakes in 9-10-year-old schoolchildren living in Liverpool, 2000-2005. *Public Health Nutr* 2007;10(3):252-5.
- Kakizaki M, Kuriyama S, Sato Y, Shimazu T, Matsuda-Ohmori K, Nakaya N, et al. Personality and body mass index: a crosssectional analysis from the Miyagi Cohort Study. *J Psychosom Res* 2008;64(1):71–80.
- Kantomaa MT, Tammelin TH, Näyhä S, Taanila AM: Adolescents' physical activity in relation to family income and parents' education. *Prev Med* 2007;44:410-415.
- Kautiainen S, Koivusilta L, Lintonen T, Virtanen SM, Rimpela A. Use of information and communication technology and prevalence of overweight and obesity among adolescents. *Int J Obes* 2005;29(8):925e33.
- Kelly LA, Reilly JJ, Fisher A, Montgomery C, Williamson A, McColl JH, et al. Effect of socioeconomic status on objectively measured physical activity. *Arch Dis Child* 2006;91(1):35-8.
- Kennedy G., Nantel G., Shetty P. The double burden of malnutrition. Case Studies from six developing countries. *FAO Food and nutrition paper* 2006;84:1-334.

- Kristjansdottir G, Vilhjalmsón R. Sociodemographic differences in patterns of sedentary and physically active behavior in older children and adolescents. *Acta Paediatr* 2001;90(4):429-35.
- Kuh D, Ben-Shlomo Y, Lynch J, et al. Life course epidemiology. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2003;57:778–83.
- Lantz PM, Lynch JW, House JS, Lepkowski JM, Mero RP, Musick MA, Williams DR. Socioeconomic disparities in health change in a longitudinal study of US adults: the role of health-risk behaviours. *Soc Sci Med* 2001;53(1):29-40.
- Larrañaga N, Amiano P, Arrizabalaga JJ, Bidaurrezaga J, Gorostiza E. Prevalence of obesity in 4–18-year-old population in the Basque Country, Spain. *Obes Rev* 2007; 8: 281–287.
- Lasheras L, Aznar S, Merino B, López EG. Factors associated with physical activity among Spanish youth through the National Health Survey. *Prev Med* 2001;32(6):455-64.
- Leon D, Walt G, Gilson L. International perspectives on health inequalities and policy. *BMJ* 2005;322:591-594.
- Levin KA, Kirby J, Currie C, Inchley J. Trends in adolescent eating behaviour: a multilevel cross-sectional study of 11-15 year olds in Scotland, 2002-2010. *J Public Health (Oxf)* 2012;34(4):523-31.
- Lien N, Lytle LA, Klepp KI. Stability in consumption of fruit, vegetables, and sugary foods in a cohort from age 14 to age 21. *Prev Med* 2001;33:217-226.
- Lioret S, Maire B, Volatier JL, Charles MA. Child overweight in France and its relationship with physical activity, sedentary behaviour and socioeconomic status. *Eur J Clin Nutr* 2007;61(4):509-16.
- Lioret S, Touvier M, Lafay L, Volatier JL, Maire B. Dietary and physical activity patterns in French children are related to overweight and socioeconomic status. *J Nutr* 2008;138(1):101-7.
- Lioret S, Touvier M, Lafay L, Volatier JL, Maire B. Are eating occasions and their energy content related to child overweight and socioeconomic status? *Obesity* 2008a;16(11):2518-23.
- Lioret S, Touvier M, Dubuisson C, Dufour A, Calamassi-Tran G, Lafay L, et al. Trends in Child Overweight Rates and Energy Intake in France From 1999 to 2007: Relationships With Socioeconomic Status. *Obesity* 2009; 17:1092–1100.
- Lioret S, Volatier JL, Lafay L, Touvier M, Maire B. Is food portion size a risk factor of childhood overweight? *Eur J Clin Nutr* 2009a;63(3):382-91.

- Lioret S, Dubuisson C, Dufour A, Touvier M, Calamassi-Tran G, Maire B, et al. Trends in food intake in French children from 1999 to 2007: results from the INCA (étude Individuelle Nationale des Consommations Alimentaires) dietary surveys. *Br J Nutr* 2010;103(4):585-601.
- Lo YT, Chang YH, Lee MS, Wahlqvist ML. Health and nutrition economics: diet costs are associated with diet quality. *Asia Pac J Clin Nutr* 2009;18(4):598-604.
- Lostao L, Regidor E. Desigualdades sociales en salud en España. En: Cockerham WC. Editor. *Sociología de la Medicina*. Madrid: Prentice Hall 2001.
- Lostao L, Regidor E, Geyer S, Aiach P. Patient cost sharing and social inequalities in access to Health care in three western European countries. *Soc Sci Med* 2007;65:367-376.
- Lovasi GS, Hutson MA, Guerra M, Neckerman KM: Built environments and obesity in disadvantaged populations. *Epidemiol Rev* 2009;31:7-20.
- Lowry R, Wechsler H, Galuska DA, et al. Television viewing and its associations with overweight, sedentary lifestyle, and insufficient consumption of fruits and vegetables among US high school students: differences by race, ethnicity, and gender. *J Sch Health* 2002;72(10):413-21.
- Lucas B. Nutrición en la infancia. En: Mahan K, Escott-Stump S, editores. *Nutrición y dietoterapia de Krause*. Mexico. Mc Graw-Hill Interamericana Editores, S.A. 2001:260-279.
- Ludwig DS, Pereira MA, Kroenke CH, Hilner JE, Van Horn L, Slattery ML, Jacobs DR Jr. Dietary fiber, weight gain, and cardiovascular disease risk factors in young adults. *JAMA* 1999;282:1539-1546.
- Ludwig DS, Peterson KE, Gortmaker SL. Relation between consumption of sugar-sweetened drinks and childhood obesity. *Lancet* 2001;357:505-8.
- Lynch JW, Smith GD, Kaplan GA, House JS. Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *BMJ* 2000, 320: 1200-1204.
- Mackenbach JP. Socioeconomic inequalities in health in developed countries: the facts and the options. In: Detels R, McEwen J, Beaglehole R, Tanaka H, editors. *Oxford textbook of public health*, Vol. 3. 4th ed. Oxford: Oxford University Press, 2002:1773-90.
- Mackenbach JP, Bakker J, Kunst A, Diderichsen F. Socioeconomic inequalities in health in Europe: an overview. En Mackenbach JP, Bakker J. Editores. *Reducing inequalities in health: a European perspective*. London: Routledge 2002.
- Mackenbach JP. An analysis of the role of health care in reducing socioeconomic inequalities in health: the case of the Netherlands. *Int J Health Serv* 2003;33:523-541.

- Maffei C, Pinelli L, Schutz Y. Fat intake and adiposity in 8 to 11-year-old obese children. *Int J Obes* 1996;20:170-4.
- Maffei C, Talamini G, Tato L. Influence of diet, physical activity and parents' obesity on children's adiposity: a four-year longitudinal study. *Int J Obes* 1998;22:758-64.
- Maffei C, Provera S, Filippi L, Sidoti G, Schena S, Pinelli L, et al. Distribution of food intake as a risk factor for childhood obesity. *Int J Obes* 2000;24:75-80.
- Magarey AM, Daniels LA, Boulton TJ, Cockington RA. Does fat intake predict adiposity in healthy children and adolescents aged 2e15 years? A longitudinal analysis. *Eur J Clin Nutr* 2003;55:471-81.
- Marmot, M. Economic and social determinants of disease. *Bull World Health Organ*, 2001;79(10):988-989.
- Marshall SJ, Biddle SJ, Gorely T, Cameron N, Murdey I. Relationships between media use, body fatness and physical activity in children and youth: a meta-analysis. *Int J Obes* 2004; 28, 1238–1246.
- Marshall SJ, Gorely T, Biddle SJ. A descriptive epidemiology of screen-based media use in youth: a review and critique. *J Adolesc* 2006; 29(3):333–349.
- Matricciani L, Olds T, Petkov J. In search of lost sleep: secular trends in the sleep time of school-aged children and adolescents. *Sleep Med Rev* 2012;16(3):203-11.
- McGoin AF, Livingstone MBE, Greene LC, Webb SE, Gibson JMA, Jebb SA, et al. Energy and fat intake in obese and lean children at varying risk of obesity. *Int J Obes* 2002;26:200-7.
- McLaughlin Crabtree V, Beal Korhonen J, Montgomery-Downs HE, Faye Jones V, O'Brien LM, Gozal D. Cultural influences on the bedtime behaviors of young children. *Sleep Med* 2005;6(4):319-24.
- McNeill LH, Kreuter MW, Subramanian SV. Social environment and physical activity: a review of concepts and evidence. *Soc Sci Med* 2006;63:1011-1022.
- Mei Z, Grummer-Strawn LM, Pietrobelli A, Goulding A, Goran MI, Dietz WH. Validity of body mass index compared with other body-composition screening indexes for the assessment of body fatness in children and adolescents. *Am J Clin Nutr* 2002;75: 978-85.
- Menéndez García RA, Franco Díez FJ. Publicidad y alimentación: influencia de los anuncios gráficos en las pautas alimentarias de infancia y adolescencia. *Nutr Hosp* 2009;24(3):318-325.
- Miech RA, Kumanyika SK, Stettler N, Link BG, Phelan JC, Chang VW. Trends in the Association of Poverty with Overweight among US Adolescents, 1971-2004. *JAMA* 2006; 295:2385-2393.
- Ministerio de Sanidad, Igualdad y Servicios Sociales. Encuesta Nacional de Salud 1995. <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta1995.htm>

- Ministerio de Sanidad, Igualdad y Servicios Sociales. Encuesta Nacional de Salud 1997.
<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta1997.htm>
- Ministerio de Sanidad, Igualdad y Servicios Sociales. Encuesta Nacional de Salud 2001.
<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2001/home.htm>
- Ministerio de Sanidad, Igualdad y Servicios Sociales. Encuesta Nacional de Salud 2006.
<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad 2006. Encuesta Nacional de Salud de España 2006. Estilos de vida. Distribución Porcentual. Disponible en:
<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2006/EstilosVidaPorcentaje.pdf>.
- Moliner-Urdiales D, Ruiz JR, Ortega FB, Rey-Lopez JP, Vicente-Rodriguez G, España-Romero V, Munguía-Izquierdo D, Castillo MJ, Sjöström M, Moreno LA; HELENA Study Group. Association of objectively assessed physical activity with total and central body fat in Spanish adolescents; The HELENA Study. *Int J Obes* 2009;33(10):1126-35.
- Moreno LA, Fleta J, Mur L. Television watching and fatness in children. *JAMA* 1998;280:1230-1.
- Moreno LA, Mesana MI, Fleta J, Ruiz JR, González-Gross MM, Sarría A, et al. Overweight, Obesity and Body Fat Composition in Spanish Adolescents The AVENA Study. *Ann Nutr Metab* 2005;49:71-76.
- Moreno LA, Rodriguez G, Fleta J, Bueno-Lozano M, Lazaro A, Bueno G. Trends of dietary habits in adolescents. *Crit Rev Food Sci Nutr* 2010;50(2):106-12.
- Morland K, Wing S, Diez Roux A, Poole C. Neighborhood characteristics associated with the location of food stores and food service places. *Am J Prev Med* 2002;22:23-9.
- Morris S, Sutton M, Gravelle H. Inequity and inequality in the use of health care in England: an empirical investigation. *Soc Sci Med* 2005;60:1251-1266.
- Müller MJ, Koertzing I, Mast M, Langnäse K, Grund A. Physical activity and diet in 5 to 7 years old children. *Public Health Nutr* 1999; 2(3a): 443-4.
- Mur de Frenne L, Fleta Zaragozano J, Garagorri Otero JM, Moreno Aznar L, Bueno Sánchez M. Actividad física y ocio en jóvenes. I: Influencia del nivel socioeconómico. *An Esp Pediatr* 1997;46:119-125.
- Navarro V, Benach J. y la comisión Científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España. *Desigualdades Sociales en Salud en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo y The School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University, 1996.

- Navia B, Ortega RM, Requejo AM, Perea JM, Lopez Sobaler, Faci M. Influence of maternal education on food and energy and nutrient intake in a group of preschool children from Madrid. *Int J Vitam Nutr Res* 2003;73(6):439-445.
- Ochoa MC, Moreno-Aliaga MJ, Martínez-González MA, Martínez JA, Marti A; GENOI Members. Predictor factors for childhood obesity in a Spanish case-control study. *Nutrition* 2007;23(5):379-84.
- O'Dea JA, Wilson R. Socio-cognitive and nutritional factors associated with body mass index in children and adolescents: possibilities for childhood obesity prevention. *Health Educ Res* 2006; 21(6):796–805.
- O'Dea JA, Dibley MJ. Obesity increase among low SES Australian schoolchildren between 2000 and 2006: time for preventive interventions to target children from low income schools? *Int J Public Health*. 2010;55(3):185-92.
- Okely AD, Booth ML, Hardy L, Dobbins T, Denney-Wilson E. Changes in physical activity participation from 1985 to 2004 in a statewide survey of Australian adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2008;162(2):176-80.
- Olds TS, Tomkinson GR, Ferrar KE, Maher CA. Trends in the prevalence of childhood overweight and obesity in Australia between 1985 and 2008. *Int J Obes* 2010;34, 57–66.
- Organización Mundial de la Salud 2003. Serie de Informes técnicos 916. Informe de una Consulta Mixta de Expertos OMS/FAO. Dieta, Nutrición y Prevención de Enfermedades Crónicas. Disponible en:
<ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/006/ac911s/ac911s00.pdf> [acceso 30 Marzo 2012]
- Organización Mundial de la Salud 2004. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Disponible en:
http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf [acceso 2 Abril 2011]
- Organización Mundial de la Salud 2007. Commission on determinants of health. A Conceptual Framework for action on the Social Determinants of Health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. April 2007. Disponible en:
http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf [acceso 29 Noviembre 2011]
- Organización Mundial de la Salud 2010. Conjunto de recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños. Disponible en:
http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789243500218_spa.pdf [Acceso 23 Abril 2012].

- Ortega RM, Requejo AM, Redondo R, López-Sobaler AM, Andrés P, Ortega A, et al. Breakfast habits of different groups of Spanish schoolchildren. *J Hum Nutr Diet* 1996;9(1) ;33-41.
- Øygaard L. Studying food tastes among young adults using Bourdieu's theory. *Journal of Consumer Studies & Home Economics* 2000, 24(3):160–169.
- Papas MA, Alberg AJ, Ewing R, Helzlsouer KJ, Gary TL, Klassen AC. The built environment and obesity. *Epidem Rev* 2007;29:129-43.
- Patrick H, Nicklas TA. A review of family and social determinants of children's eating patterns and diet quality. *J Am Coll Nutr* 2005;24(2):83-92.
- Parsons TJ, Power C, Manor O. Physical activity, television viewing and body mass index: a cross-sectional analysis from childhood to adulthood in the 1958 British cohort. *Int J Obes* 2005;29(10):1212-21.
- Periera MA, Kartashov AI, Ebbeling CB, Van Horn L, Slattery ML, Jacobs DR, et al. Fast Food habits, weight gain, and insulin resistance (the CARDIA study):15 year prospective analysis. *Lancet* 2005;365:36-42.
- Piernas C, Popkin BM. Food Portion Patterns and Trends among U.S. Children and the Relationship to Total Eating Occasion Size, 1977-2006. *J Nutr* 2011;41(6):1159-64.
- Piko BF, Keresztes N. Sociodemographic and socioeconomic variations in leisure time physical activity in a sample of Hungarian youth. *Int J Public Health* 2008;53(6):306-10.
- Pitel L, Madarasova Geckova A, Reijneveld SA, van Dijk JP. Socioeconomic gradient shifts in health-related behaviour among Slovak adolescents between 1998 and 2006. *Int J Public Health* 2013;58(2):171-6.
- Popkin BM, Gordon-Larsen P. The nutrition transition: worldwide obesity dynamics and their determinants. *Int J Obes Relat Metab Disor* 2004;28(suppl):S2–9.
- Popkin BM, Duffey K, Gordon-Larsen P. Environmental influences on food choice, physical activity and energy balance. *Physiol Behav* 2005;86(5):603-613.
- Powell LM, Chaloupka FJ, Slater SJ, Johnston LD, O'Malley PM. The availability of local-area commercial physical activity-related facilities and physical activity among adolescents. *Am J Prev Med* 2007;33(4 Suppl):S292-S300.
- Prentice AM, Jebb SA. Fast foods, energy density and obesity: a possible mechanistic link. *Obes Rev* 2003;4(4):187-94.
- Rajmil L, Diez E, Peiro R. Desigualdades sociales en la salud infantil. Informe SESPAS 2010. *Gac Sanit* 2010;24 Suppl 1:42-8.
- Rampersaud GC, Pereira MA, Girard BL, et al. Breakfast habits, nutritional status, body weight, and academic performance in children and adolescents. *J Am Diet Assoc* 2005;105:743–760.

- Rao G. Childhood obesity: highlights of AMA Expert Committee recommendations. *Am Fam Physician* 2008;78(1):56-63.
- Rasmussen M, Krølner R, Klepp KI, Lytle L, Brug J, Bere E, et al. Determinants of fruit and vegetable consumption among children and adolescents: A review of the literature. Part I: quantitative studies. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2006;3:22.
- Rasmussen M, Krølner R, Svastisalee CM, Due P, Holstein BE. Secular trends in fruit intake among Danish schoolchildren, 1988 to 2006: Changing habits or methodological artefacts? *Int J Behav Nutr Phys Act* 2008;31:5-6.
- Regidor E, De Mateo S, Gutiérrez-Fisac JL, Fernández de la Hoz K, Rodríguez C. Diferencias socioeconómicas en la utilización y accesibilidad de los servicios sanitarios en España. *Med Clin (Barc)* 1996;107:285-288.
- Regidor E, Gutiérrez-Fisac JL, Calle ME, Navarro P, Domínguez V. Trends in cigarette smoking in Spain by social class. *Prev Med* 2001;33(4):241-248.
- Regidor E. Coordinador. Desigualdades Sociales en Salud: Situación en España en los últimos años del Siglo XX. Murcia: Universidad de Alicante. 2002.
- Reilly JJ, Dorosty AR, Emmett PM, ALSPAC Study Team. Identification of the obese child: adequacy of the body mass index for clinical practice and epidemiology. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2000;24:1623-7.
- Reilly JJ, Wilson ML, Summerbell CD, Wilson DC. Obesity: diagnosis, prevention, and treatment; evidence based answers to common questions. *Arch Dis Child* 2002;86:392-4.
- Rennie KL, Johnson L, Jebb SA. Behavioural determinants of obesity. *J Clin Endocrin Metab* 2005;19(3):343-58.
- Robertson A, Lobstein T, Knai C. Obesity and socio-economic groups in Europe: Evidence review and implications for action. Report to the European Commission, SANCO/2005/C4-NUTRITION-03. 2007. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/ev20081028_rep_en.pdf [acceso 2 abril 2011]
- Roblin L. Childhood obesity: food, nutrient and eating-habit trends and influences. *Appl Physiol Nutr Metab* 2007;32(4):635-45.
- Rolland-Cachera MF, Deheeger M, Akrouf M, Bellisle F. Influence of macronutrients on adiposity development: a follow up study of nutrition and growth from 10 months to 8 years of age. *Int J Obes* 1995;19:573-8.

- Román-Viñas B, Serra Majem L, Aranceta Bartrina J, Ribas Barba L, Pérez Rodrigo C. Epidemiología de la actividad física en niños y adolescentes. En: Serra Majem Ll et al. *Actividad Física y Salud. Estudio enKid. Vol 6. Barcelona: Masson 2006:25-36.*
- Román-Viñas B, Serra Majem L, Aranceta Bartrina J, Ribas Barba L, Pérez Rodrigo C. Métodos de medición de la actividad física en niños y adolescentes. En: Serra Majem Ll et al. *Actividad Física y Salud. Estudio enKid. Vol 6. Barcelona: Masson 2006a:17-24.*
- Roman B, Serra Majem L, Ribas Barba L, Pérez Rodrigo C, Aranceta J. How many children and adolescents in Spain comply with the recommendations on physical activity? *J Sports Med Phys Fitness* 2008;48(3):380-7.
- Roman Viñas B, Serra Majem L, Pérez Rodrigo C, Drobic F, Segura R. Physical activity in children and youth in Spain: future actions for obesity prevention. *Nutr Rev* 2009;67 Suppl 1:S94-8.
- Roos E, Lahelma E, Virtanen M, Prattala R, Pietinen P. Gender, socioeconomic status and family status as determinants of food behaviour. *Soc Sci Med* 1998;46(12):1519-1529.
- Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the Health Belief Model. *Health Educ Q* 1988;15(2):175-83.
- Rubio MA, Salas Salvadó J, Barbany M, Moreno B, Aranceta J, Bellido D et al. Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Revista Española de Obesidad* 2007; 5 (3): 135-75.
- Saelens BE, Sallis JF, Nader PR et al. Home environmental influences on children's television watching from early to middle childhood. *J Dev Behav Pediatr* 2002; 23(3):127-132.
- Salanave B, Peneau S, Rolland-Cachera MF, Hercberg S, Castetbon K. Stabilization of overweight prevalence in French children between 2000 and 2007. *Int J Pediatr Obes* 2009;4(2):66-72.
- Sallis JF, Owen N. *Physical activity & behavioural medicine.* London: Sage Publications; 1999.
- Sallis JF, Prochaska JJ, Taylor WC. A review of correlates of physical activity of children and adolescents. *Med Sci in Sports Exerc* 2000;32:963-975.
- Sallis, J, Cervero R, Ascher W, Henderson K, Kraft M, Kerr J. An ecological approach to creating more physically active communities. *Annu Rev Public Health* 2006;27:297-322.
- Samdal O, Tynjälä J, Roberts C, Sallis JF, Villberg J, Wold B. Trends in vigorous physical activity and TV watching of adolescents from 1986 to 2002 in seven European Countries. *Eur J Public Health* 2007;17(3):242-8.

- Sánchez Bayle M, Aranguren Jiménez A, Cabello Gómez P, Huertas Sevillano C. Estudio longitudinal de la práctica de ejercicio físico en niños. Influencia de la edad, el género y el nivel socioeconómico. *An Esp Pediatr* 1998;48:25-27.
- Sandercock G, Angus C, Barton J. Physical activity levels of children living in different built environments. *Prev Med* 2010;50(4):193-8.
- Sausenthaler S, Kompauer I, Mielck A, Borte M, Herbarth O, Schaaf B, et al. Impact of parental education and income inequality on children's food intake. *Public Health Nutr* 2007;10(1):24-33.
- Scaglioni S, Agostoni C, De Notaris R, Radaelli G, Radice N, Valenti M, et al. Early macronutrient intake and overweight at five years of age. *Int J Obes* 2000;24:777-81.
- Schools Health Education Unit (SHEU). Trends: Young People's Food Choices. Attitudes to Healthy Eating and Weight Control 1983–2001. Exeter: SHEU, Exeter University, 2003.
- Seabra AF, Mendonça DM, Thomis MA, Anjos LA, Maia JA. Determinantes biológicos e sócio-culturais asociados à prática de atividade física de adolescentes. *Cad Saude Publica* 2008;24(4):721-36.
- Sekine M, Yamagami T, Hamanishi S, Kagamimori S. Accuracy of the estimated prevalence of childhood obesity from height and weight values reported by parents: results of the Toyama Birth Cohort study. *J Epidemiol* 2002;12:9–13.
- Serra Majem L, Ribas Barba L, García Closas R, Pérez Rodrigo C, Peña Quintana L, Aranceta Bartrina J. Hábitos alimentarios y consumo de alimentos en la población infantil y juvenil española (1998-2000): variables socioeconómicas y geográficas. En: Serra-Majem L, Aranceta Bartrina J. Alimentación Infantil y Juvenil. Estudio enKid. Barcelona: Masson 2002:13-28.
- Serra Majem L, Ribas Barba L, Aranceta Bartrina J, Pérez Rodrigo C, Saavedra Santana P, Peña Quintana L. Obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del Estudio enKid (1998-2000). *Med Clin (Barc)* 2003;121(19):725-32.
- Shrewsbury V, Wardle J. Socioeconomic status and adiposity in childhood: a systematic review of cross-sectional studies 1990–2005. *Obesity* 2008;16:275–284.
- Sichieri R, Paula Trotte A, de Souza RA, Veiga GV. School randomised trial on prevention of excessive weight gain by discouraging students from drinking sodas. *Public Health Nutr* 2009;12:197–202.
- Singh GK, Kogan MD, Van Dyck PC, Siahpush M. Racial/ethnic, socioeconomic, and behavioral determinants of childhood and adolescent obesity in the United States: analyzing independent and joint associations. *Ann Epidemiol* 2008;18(9):682-95.

- Smpokos EA, Linardakis M, Papadaki A, Lionis C, Kafatos A. Secular trends in fitness, moderate-to-vigorous physical activity, and TV-viewing among first grade school children of Crete, Greece between 1992/93 and 2006/07. *J Sci Med Sport* 2012;15(2):129-35.
- Sobal J, Stunkard AJ. Socioeconomic status and obesity: a review of the literature. *Psychol Bull* 1989;105:260–275.
- Spanier PA, Marshall SJ, Faulkner GE. Tackling the obesity pandemic: a call for sedentary behavior research. *Can J Public Health* 2006;97(3):255-7.
- Spilsbury JC, Storfer-Isser A, Drotar D, Rosen CL, Kirchner LH, Benham H, Redline S. Sleep behavior in an urban US sample of school-aged children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004;158(10):988-94.
- Stalsberg R, Pedersen A. V. Effects of socioeconomic status on the physical activity in adolescents: a systematic review of the evidence. *Scand J Med Sci Sports* 2010;20: 368–383.
- Stamatakis E, Primatesta P, Chinn S, Rona R, Falaschetti E. Overweight and obesity trends from 1974 to 2003 in English children: what is the role of socioeconomic factors? *Arch Dis Child* 2005;90(10):999-1004.
- Stamatakis E, Wardle J, Cole TJ. Childhood obesity and overweight prevalence trends in England: evidence for growing socioeconomic disparities. *Int J Obes* 2010;34:41–47.
- Steinbeck KS. The importance of physical activity in the prevention of overweight and obesity in childhood: a review and an opinion. *Obes Rev* 2001;2,117–130.
- Story M, Neumark-Sztainer D, French S. Individual and environmental influences on adolescent eating behaviors. *J Am Diet Assoc* 2002;102(3 Suppl):S40-51.
- Strauss RS. Comparison of measured and self-reported weight and height in a cross-sectional sample of young adolescents. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1999;23:904-908.
- Strong WB, Malina RM, Blimkie CJ, Daniels SR, Dishman RK, Gutin B, Hergenroeder AC, Must A, Nixon PA, Pivarnik JM, Rowland T, Trost S, Trudeau F. Evidence based physical activity for school-age youth. *J Pediatr* 2005;146:732-737.
- Sundblom E, Petzold M, Rasmussen F, Callmer E, Lissner L. Childhood overweight and obesity prevalences levelling off in Stockholm but socioeconomic differences persist. *Int J Obes* 2008;32,1525–1530.
- Sustain, TV Dinners – what’s being served up by the advertisers? Sustain: The alliance for better food and farming, 2001.
- Telama R, Laakso L, Nupponen H, Rimpelä A, Pere L. Secular trends in youth physical activity and parents' socioeconomic status from 1977 to 2005. *Pediatr Exerc Sci* 2009;21(4):462-74.

- Tercedor P, Martín-Matillas M, Chillón P, Pérez López IJ, Ortega FB, Wärnberg J et al. Increase in cigarette smoking and decrease in the level of physical activity among Spanish adolescents. AVENA study. *Nutr Hosp* 2007;22(1):89-94.
- Thorleifsdottir B, Björnsson J, Benediksdottir B, Gislason T, Kristbjarnarson H. Sleep and sleep habits from childhood to young adulthood over a 10-year period. *J Psychosom Res* 2002;53(1):529-37.
- Toschke AM, Küchenhoff H, Koletzko B, von Kries R. Meal frequency and childhood obesity. *Obes Res* 2005;13(11):1932-8.
- Townsend P. Inequality and the health service. *Lancet* 1974;868:1179-1189.
- Townsend P, Davidson N. Inequalities in Health: the Black Report. Harmondsworth: Penguin Books. London, 1982.
- Treiber FA, Leonard SB, Frank G, Musante L, Davis H, Strong WB et al. Dietary assessment instruments for preschool children: reliability of parental responses to the 24-hour recall and a food frequency questionnaire. *J Am Diet Assoc* 1990;90 (6):814-20.
- Tur JA, Puig MS, Benito E, Pons A. Associations between sociodemographic and lifestyle factors and dietary quality among adolescents in Palma de Mallorca. *Nutrition* 2004;20(6):502-8.
- Turrell G, Hewitt B, Patterson C, Oldenburg B, Gould T. Socioeconomic differences in food purchasing behaviour and suggested implications for diet-related health promotion. *J Hum Nutr Diet* 2002;15(5):355-364.
- Ulijaszek SJ. Seven models of population obesity. *Angiology* 2008;59(2 Suppl):34S-8S.
- Utter J, Scragg R, Schaaf D. Associations between television viewing and consumption of commonly advertised foods among New Zealand children and young adolescents. *Public Health Nutr* 2006;9(5):606-12.
- Van den Bulck J. Television viewing, computer game playing, and Internet use and self-reported time to bed and time out of bed in secondary-school children. *Sleep* 2004;27(1):101-4.
- Van Der Horst K, Paw MJ, Twisk JW, van Mechelen W. A brief review on correlates of physical activity and sedentariness in youth. *Med Sci Sports Exerc* 2007;39:1241-1250.
- Vereecken CA, Inchley J, Subramanian SV, Hublet A, Maes L. The relative influence of individual and contextual socio-economic status on consumption of fruit and soft drinks among adolescents in Europe. *Eur J Public Health* 2005;15(3):224-32.

- Villagrán Pérez S, Rodríguez-Martín A, Novalbos Ruiz JP, Martínez Nieto JM, Lechuga Campoy JL. Hábitos y estilos de vida modificables en niños con sobrepeso y obesidad. *Nutr Hosp* 2010;25(5):823-831.
- Villard LC, Rydén L, Ohrvik J, Ståhle A. Impact of time trends and increasing age on health behaviour of Swedish school children. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2007;14(2):326-32.
- Vioque J, Torres A, Quiles J. Relationship Time spent watching television, sleep duration and obesity in adults living in Valencia, Spain. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2000;24(12):1683-8.
- Virtanen M, Kivimaki M, Joensuu M, Virtanen P, Elovainio M, Vahtera J. Temporary employment and health: a review. *Int J Epidemiol* 2005;34(3):610-622.
- Wake M, Hesketh K, Waters E. Television, computer use and body mass index in Australian primary school children. *J Paediatr Child Health* 2003;39(2):130-134.
- Wang Y, Monteiro C, Popkin BM. Trends of obesity and underweight in older children and adolescents in the United States, Brazil, China, and Russia. *Am J Clin Nutr* 2002;75:971-977
- Westenhoefer J. Establishing dietary habits during childhood for long-term weight control. *Ann Nutr Metab* 2002;46 Suppl 1:18-23.
- Wolff E, Dansinger ML. Soft drinks and weight gain: how strong is the link? *Medscape J Med* 2008;10(8):189.
- Wong SL, Leatherdale ST. Association between sedentary behavior, physical activity, and obesity: inactivity among active kids. *Prev Chronic Dis* 2009;6(1). Disponible en: http://www.cdc.gov/pcd/issues/2009/jan/07_0242.htm. [Acceso 5 Abril 2011].
- Zurriaga O, Pérez Panadés J, Quiles Izquierdo J, Gil Costa M, Anes Y, Quiñones C, et al. Factors associated with childhood obesity in Spain. The OBICE study: a case-control study based on sentinel networks. *Public Health Nutr* 2011;14(6):1105-13.

PARTE VII: ANEXOS

Anexo 1. Listado de Figuras

Figura 1.1.1. Determinantes sociales de la salud infantil e influencias en la trayectoria vital.....	22
Figura 1.1.2. Una perspectiva del curso de la vida para explicar las desigualdades sociales en salud.	26
Figura 1.1.3. Determinantes Sociales de la Salud.	28
Figura 1.1.4. Modelo de Diderichsen de producción de inequidades en salud.	29
Figura 1.1.5. Modelo de Brunner, Marmot y Wilkinson de producción de inequidades en salud a lo largo de la vida.....	30
Figura 1.1.6. Modelo integral de determinantes sociales de la Organización Mundial de la Salud.	31
Figura 1.3.1. Prevalencia de obesidad según nivel de instrucción de la madre en la población española con edades entre 2 y 24 años.....	41
Figura 1.3.2. Impacto del nivel socioeconómico en la prevalencia de sobrepeso+obesidad en chicos y chicas adolescentes Españoles.....	42
Figura 1.3.3. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en varones de 2 a 17 años de edad según clase social del sustentador principal.....	43
Figura 1.3.4. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en chicas de 2 a 17 años de edad según clase social del sustentador principal.....	43
Figura 1.8.1. Posibles mecanismos por los que la posición socioeconómica (PSE) familiar puede asociarse con el exceso de peso y/o la obesidad infantil.....	65

Anexo 2. Listado de Cuadros

Cuadro 1.3.1. Factores predictores de la obesidad en la población infantil y juvenil española en el estudio enKid.....	41
Cuadro 1.4.1. Factores que influyen en los hábitos alimentarios.....	46
Cuadro 1.5.1. Factores y determinantes de los hábitos de actividad física.....	50
Cuadro 1.6.1. Factores relacionados con la alimentación que favorecen la obesidad.....	57
Cuadro 2.1.1. Principales materias recogidas en la Encuesta Nacional de Salud 2006/07.....	75

Anexo 3. Listado de Tablas

Tabla 3.1.1. Distribución de los niños del estudio según la edad, las variables socioeconómicas y el lugar de residencia.....	97
Tabla 3.1.2. Distribución de las niñas del estudio según la edad, las variables socioeconómicas y el lugar de residencia.....	98
Tabla 3.2.1. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en Niños..	100
Tabla 3.2.2. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en Niñas.....	100
Tabla 3.2.3. Prevalencia de sobrepeso y obesidad según el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia. Niños	102
Tabla 3.2.4. Prevalencia de sobrepeso y obesidad según el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia. Niñas	104
Tabla 3.2.5. Porcentaje de niños que consumen fruta menos de tres veces por semana según la edad, el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia.....	106
Tabla 3.2.6. Porcentaje de niñas que consumen fruta menos de tres veces por semana según la edad, el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia.....	107
Tabla 3.2.7. Porcentaje de niños que consumen verdura menos de tres veces por semana según la edad, el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia	108
Tabla 3.2.8. Porcentaje de niñas que consumen verdura menos de tres veces por semana según la edad, el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia.....	110
Tabla 3.2.9. Porcentaje de niños que consumen dulces a diario según la edad, el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia.....	111
Tabla 3.2.10. Porcentaje de niñas que consumen dulces a diario según la edad, el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia.....	112
Tabla 3.2.11. Porcentaje de niños que no realizan actividad física en el tiempo libre según la edad, el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia	113
Tabla 3.2.12. Porcentaje de niñas que no realizan actividad física en el tiempo libre según la edad, el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia	114
Tabla 3.2.13. Porcentaje de niños que ven dos o más horas de televisión al día según la edad, el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia	116
Tabla 3.2.14. Porcentaje de niñas que ven dos o más horas de televisión al día, según la edad, el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia	117

Tabla 3.2.15. Porcentaje de niños que duermen menos de nueve horas diarias, según la edad, el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia	118
Tabla 3.2.16. Porcentaje de niñas que duermen menos de nueve horas diarias, según la edad, el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia	119
Tabla 3.3.1. Relación del sobrepeso y la obesidad con el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia según la edad en niños.....	122
Tabla 3.3.2. Relación del sobrepeso y la obesidad con el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia según la edad en niñas.....	124
Tabla 3.3.3. Relación del consumo de fruta (menos de 3 veces/semana) con el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia según la edad en niños	126
Tabla 3.3.4. Relación del consumo de fruta (menos de 3 veces/semana) con el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia según la edad en niñas.....	127
Tabla 3.3.5. Relación del consumo de de verdura (menos de 3 veces/semana) con el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia según la edad en niños.	128
Tabla 3.3.6. Relación del consumo de verdura (menos de 3 veces/semana) con el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia según la edad en niñas	129
Tabla 3.3.7. Relación del consumo de dulces (a diario) con el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia según la edad en niños.	130
Tabla 3.3.8. Relación del consumo de dulces (a diario) con el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia según la edad en niñas	131
Tabla 3.3.9. Relación de la inactividad física con el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia según la edad en niños.....	132
Tabla 3.3.10. Relación de la inactividad física con el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia según la edad en niñas.	134
Tabla 3.3.11. Relación de ver más de 2 horas Tv al día con el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia según la edad en niños.	135
Tabla 3.3.12. Relación de de ver más de 2 horas Tv al día con el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia según la edad en niñas.....	136
Tabla 3.3.13. Relación de dormir menos de 9 horas con el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia según la edad en niños	137
Tabla 3.3.14. Relación de dormir menos de 9 horas con el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia según la edad en niñas.....	138

Tabla 3.4.1. Relación del sobrepeso con el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia según la edad en niños después de ajustar por variables relacionadas con la alimentación y con el sedentarismo.....140

Tabla 3.4.2. Relación de la obesidad con el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia según la edad en niños después de ajustar por variables relacionadas con la alimentación y con el sedentarismo.....141

Tabla 3.4.3. Relación del sobrepeso con el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia según la edad en niñas después de ajustar por variables relacionadas con la alimentación y con el sedentarismo.....143

Tabla 3.4.4. Relación de la obesidad con el nivel de estudios y la clase social del cabeza de familia según la edad en niñas después de ajustar por variables relacionadas con la alimentación y con el sedentarismo.....144

Anexo 4. Listado de Gráficos

Gráfico 3.5.1. Prevalencia de sobrepeso según el nivel de estudios del cabeza de familia en niños y niñas de 5 a 9 años.....	145
Gráfico 3.5.2. Prevalencia de sobrepeso según el nivel de estudios del cabeza de familia en niños y niñas de 10 a 15 años.....	145
Gráfico 3.5.3. Prevalencia de sobrepeso según la clase social del cabeza de familia en niños y niñas de 5 a 9 años.....	146
Gráfico 3.5.4. Prevalencia de sobrepeso según la clase social del cabeza de familia en niños y niñas de 10 a 15 años.....	146
Gráfico 3.5.5. Prevalencia de obesidad según el nivel de estudios del cabeza de familia en niños y niñas de 5 a 9 años.....	147
Gráfico 3.5.6. Prevalencia de obesidad según el nivel de estudios del cabeza de familia en niños y niñas de 10 a 15 años.....	147
Gráfico 3.5.7. Prevalencia de obesidad según la clase social del cabeza de familia en niños y niñas de 5 a 9 años.....	148
Gráfico 3.5.8. Prevalencia de obesidad según la clase social del cabeza de familia en niños y niñas de 10 a 15 años.....	148
Gráfico 3.5.9. Porcentaje de niños y niñas de 5 a 9 años que consumen fruta menos de tres veces por semana según el nivel de estudios del cabeza de familia.....	149
Gráfico 3.5.10. Porcentaje de niños y niñas de 10 a 15 años que consumen fruta menos de tres veces por semana según el nivel de estudios del cabeza de familia.....	149
Gráfico 3.5.11. Porcentaje de niños y niñas de 5 a 9 años que consumen fruta menos de tres veces por semana según la clase social del cabeza de familia.....	150
Gráfico 3.5.12. Porcentaje de niños y niñas de 10 a 15 años que consumen fruta menos de tres veces por semana según la clase social del cabeza de familia.....	150
Gráfico 3.5.13. Porcentaje de niños y niñas de 5 a 9 años que consumen verdura menos de tres veces por semana según el nivel de estudios del cabeza de familia.....	151
Gráfico 3.5.14. Porcentaje de niños y niñas de 10 a 15 años que consumen verdura menos de tres veces por semana según el nivel de estudios del cabeza de familia.....	151
Gráfico 3.5.15. Porcentaje de niños y niñas de 5 a 9 años que consumen verdura menos de tres veces por semana según la clase social del cabeza de familia.....	152
Gráfico 3.5.16. Porcentaje de niños y niñas de 10 a 15 años que consumen verdura menos de tres veces por semana según la clase social del cabeza de familia.....	152

Gráfico 3.5.17. Porcentaje de niños y niñas de 5 a 9 años que consumen dulces a diario según el nivel de estudios del cabeza de familia.....	153
Gráfico 3.5.18. Porcentaje de niños y niñas de 10 a 15 años que consumen dulces a diario según el nivel de estudios del cabeza de familia.....	153
Gráfico 3.5.19. Porcentaje de niños y niñas de 5 a 9 años que consumen dulces a diario según la clase social del cabeza de familia.....	154
Gráfico 3.5.20. Porcentaje de niños y niñas de 10 a 15 años que consumen dulces a diario según la clase social del cabeza de familia.....	154
Gráfico 3.5.21. Porcentaje de niños y niñas de 5 a 9 años que no realizan actividad física según el nivel de estudios del cabeza de familia.....	155
Gráfico 3.5.22 Porcentaje de niños y niñas de 10 a 15 años que no realizan actividad física según el nivel de estudios del cabeza de familia.....	155
Gráfico 3.5.23 Porcentaje de niños y niñas de 5 a 9 años que no realizan actividad física según la clase social del cabeza de familia.....	156
Gráfico 3.5.24 Porcentaje de niños y niñas de 10 a 15 años que no realizan actividad física según la clase social del cabeza de familia.....	156
Gráfico 3.5.25. Porcentaje de niños y niñas de 5 a 9 años que ven la TV más de 2 horas al día según el nivel de estudios del cabeza de familia.....	157
Gráfico 3.5.26 Porcentaje de niños y niñas de 10 a 15 años que ven la TV más de 2 horas al día según el nivel de estudios del cabeza de familia.....	157
Gráfico 3.5.27 Porcentaje de niños y niñas de 5 a 9 años que ven la TV más de 2 horas al día según la clase social del cabeza de familia.....	158
Gráfico 3.5.28. Porcentaje de niños y niñas de 10 a 15 años que ven la TV más de 2 horas al día según la clase social del cabeza de familia.....	158
Gráfico 3.5.29. Porcentaje de niños y niñas de 5 a 9 años que duermen menos de 9 horas al día según el nivel de estudios del cabeza de familia.....	159
Gráfico 3.5.30. Porcentaje de niños y niñas de 10 a 15 años que duermen menos de 9 horas al día según el nivel de estudios del cabeza de familia.....	159
Gráfico 3.5.31. Porcentaje de niños y niñas de 5 a 9 años que duermen menos de 9 horas al día según la clase social del cabeza de familia.....	160
Gráfico 3.5.32. Porcentaje de niños y niñas de 10 a 15 años que duermen menos de 9 horas al día según la clase social del cabeza de familia.....	160

Anexo 5. Cuestionario Infantil Encuesta Nacional de Salud 1995

Centro de Investigaciones Sociológicas

JUNIO 1995

Comunidad Autónoma _____	<input type="text"/>	(10)(11)	Nº ESTUDIO	Nº CUESTIONARIO
Provincia _____	<input type="text"/>	(12)(13)	<input type="text" value="2.153"/>	<input type="text"/>
Municipio _____	<input type="text"/>	(14)(15)(16)	(1)(2)(3)(4)	(5)(6)(7)(8)(9)
(nombre municipio)				
Tamaño de hábitat _____	<input type="text"/>	(17)(18)	Submuestra _____	(28)
Distrito _____	<input type="text"/>	(19)(20)	Bloque _____	(29)(30)
Sección _____	<input type="text"/>	(21)(22)(23)	CUESTIONARIO INFANTIL ..	<input type="text" value="2"/> (31)
Entrevistador _____	<input type="text"/>	(24)(25)(26)(27)		

Buenos días/tardes. El Centro de Investigaciones Sociológicas por encargo del Ministerio de Sanidad, está realizando una encuesta para conocer el estado de salud de los españoles. Su contribución puede ser muy importante y le agradecemos anticipadamente su valiosa colaboración. Esta vivienda ha sido seleccionada al azar mediante métodos aleatorios. Le garantizamos el absoluto anonimato y secreto de sus respuestas en el más estricto cumplimiento de las Leyes sobre secreto estadístico y protección de datos personales. Una vez grabada la información de forma anónima, los cuestionarios individuales son destruidos inmediatamente.

ENTREVISTADOR: La encuesta será contestada por uno de los padres. Todo el cuestionario se hará relativo a aquel hijo o hija que haya sido designado por la muestra y siempre al mismo. En el caso de que haya dos o más hijos dentro de la misma cuota de edades, elegir siempre al menor de ellos. Rellenar las casillas correspondientes al sexo y edad del niño/a designado/a.

Sexo del hijo:	Edad último cumpleaños
Niño ... 1	_____ (33)(34)
Niña ... 2 (32)	

Persona que contesta la entrevista	Edad de la persona que contesta la entrevista
Padre 1	_____ (36)(37)
Madre 2	
Responsable o tutor 3 (35)	N.C. ... 99

P.1 En los últimos doce meses, es decir, desde finales de mayo de 1994, ¿diría Vd. que el estado de salud de su hijo ha sido muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo?

- Muy bueno 1
- Bueno 2
- Regular 3 (38)
- Malo 4
- Muy malo 5
- N.C. 9

P.2 Durante los últimos doce meses, es decir desde finales... hasta hoy, ¿ha tenido su hijo alguna dolencia, enfermedad o impedimento que le haya limitado su actividad normal por más de 10 días?

- Sí 1
- No 2 (39)
- N.C. 9

P.2a ¿Qué tipo de dolencia/s?

_____ (40)(41)

_____ (42)(43)

N.C. 99

Preg. 3 (cuest. adultos). Cols. (44) a (53) anuladas

P.4 ¿Ha tenido su hijo algún accidente de cualquier tipo incluido agresión, intoxicación o quemaduras durante los últimos doce meses?

- Sí 1
- No 2 (54)
- N.C. 9

P.4a Y refiriéndonos en concreto al último accidente que haya tenido, si es que ha tenido varios en estos doce meses, ¿dónde tuvo lugar?

- Casa, escaleras 1
- Accidentes de tráfico en calle o carretera 2
- En la calle, pero no fue de tráfico 3 (55)
- En la escuela, colegio, guardería 4
- Otros 5
- N.C. 9

P.4b ¿Tuvo que consultar a un médico o a una enfermera, tuvo que acudir a un centro de urgencias o tuvo que ser ingresado en un hospital a consecuencia de este accidente?

- Tuvo que consultar a un médico o enfermera 1
- Tuvo que acudir a un centro de urgencias 2
- Tuvo que ser ingresado en un hospital .. 3 (56)
- No fue necesario hacer ninguna consulta ni intervención 4
- N.C. 9

↓

P.4c ¿Qué efecto o daño le produjo al niño este accidente?. (DOS RESPUESTAS).

- Contusiones-hematomas, esguinces-luxaciones o heridas superficiales 1
- Fracturas o heridas profundas 2 (57)
- Envenenamientos o intoxicaciones 3
- Quemaduras 4 (58)
- Otros 5
- N.C. 9

P.5 ¿Durante las dos últimas semanas, es decir desde el día... hasta ayer, ha tenido su hijo que reducir o limitar las actividades que normalmente realiza en su tiempo libre (p.e. diversiones, paseos, visitas, juegos, etc.) por algún dolor o síntoma?

- Sí 1
- No 2 (59)
- N.C. 9

P.5a ¿Cuántos días?

(60)(61)

N.C. 99

P.5b ¿Cuál ha sido ese dolor o síntoma que ha obligado al niño a reducir sus actividades en el tiempo libre durante las últimas dos semanas?. (ANOTAR TODOS LOS QUE ESPONTÁNEAMENTE DIGA EL ENTREVISTADO).

- Dolor de huesos o de las articulaciones ... 1 (62)
- Problemas de nervios, depresión o dificultad para dormir 1 (63)
- Problemas de garganta, tos, catarro o gripe 1 (64)
- Dolor de cabeza 1 (65)
- Contusión, lesión o heridas 1 (66)
- Dolor de oídos, otitis 1 (67)
- Diarrea o problemas intestinales 1 (68)
- Ronchas, picor, alergias 1 (69)
- Molestias de riñón o urinarias 1 (70)
- Problemas de estómago, digestivo 1 (71)
- Fiebre 1 (72)
- Problemas con los dientes o encías 1 (73)

Cols. (74) a (80) anuladas

- Vómitos 1 (81)
- Dolor abdominal 1 (82)
- Otros 1 (83)
- N.C. 9 (84)

P.6 ¿Durante las dos últimas semanas, ha tenido su hijo que reducir o limitar su actividad principal (trabajos, estudios, ayudas en el hogar, vida cotidiana), al menos la mitad de un día, por alguna molestia o síntoma?

- Sí 1
- No 2 (85)
- N.C. 9

P.6a ¿Cuántos días?

(86)(87)

N.C. 99

P.6b ¿Cuál ha sido el síntoma o dolor que le ha obligado a su hijo a limitar su actividad principal?. (SEÑALAR TODOS AQUELLOS QUE ESPONTÁNEAMENTE INDIQUE EL ENTREVISTADO).

- Dolor de huesos o de las articulaciones ... 1 (88)
- Problemas de nervios, depresión o dificultad para dormir 1 (89)
- Problemas de garganta, tos, catarro o gripe 1 (90)

↓

↓

- Dolor de cabeza 1 (91)
- Contusión, lesión o heridas 1 (92)
- Dolor de oídos, otitis 1 (93)
- Diarrea o problemas intestinales 1 (94)
- Ronchas, picor, alergias 1 (95)
- Molestias de riñón o urinarias 1 (96)
- Problemas de estómago, digestivo 1 (97)
- Fiebre 1 (98)
- Problemas con los dientes o encías 1 (99)

Cols. (100) a (106) anuladas

- Vómitos 1 (107)
- Dolor abdominal 1 (108)
- Otros 1 (109)
- N.C. 9 (110)

P.7 Durante las dos últimas semanas ¿se ha visto su hijo obligado a quedarse más de la mitad de un día en la cama por motivos de salud? (contando también los días pasados en el hospital).

- Sí 1
- No 2 (111)
- N.C. 9

P.7a ¿Cuántos días?

(112)(113)

N.C. 99

P.8 En las últimas dos semanas ¿ha tomado su hijo algún tipo de medicamento (gotas, pastillas, inyecciones, supositorios, etc.)?

- Sí 1
- No 2 (114)
- N.C. 9

↓

P.8a ¿Qué tipo de medicamento?. (MOSTRAR TARJETA A y anotar todos lo que cite el entrevistado).

P.8b ¿Los medicamentos consumidos por su hijo fueron recetados por el médico?. (ENTREVISTADOR: Preguntar por cada uno de los mencionados por el entrevistado).

	P.8a Consumido		P.8b Recetado	
	SÍ	No	SÍ	No
- Medicinas para el catarro, gripe, garganta, bronquios	1	2 (115)	1	2 (137)
- Medicinas para el dolor y/o para bajar la fiebre	1	2 (116)	1	2 (138)
- Reconstituyentes como vitaminas, minerales, tónicos	1	2 (117)	1	2 (139)
- Laxantes	1	2 (118)	1	2 (140)
- Antibióticos	1	2 (119)	1	2 (141)
- Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir	1	2 (120)	1	2 (142)
- Medicamentos para la alergia	1	2 (121)	1	2 (143)
- Medicamentos para la diarrea	1	2 (122)	1	2 (144)

Cols. (123) a (133) anuladas

Cols. (145) a (155) anuladas

- Medicamentos para los vómitos
- Otros
- N.C.

P.9 ¿Ha consultado con algún médico por algún problema, molestia o enfermedad del niño en las dos últimas semanas? Nos referimos, por supuesto, a una verdadera consulta, y no a una petición de hora o cita ni a la realización de una radiografía o análisis.

- Sí 1
 - No 2 (159)
 - N.C. 9

P.9a ¿Puede recordar cuánto tiempo hace que consultó a un médico por última vez, por algo que le pasaba a su hijo?. (ESPECIFICAR LO MAS POSIBLE).

_____ años (160)(161)
 _____ meses (162)(163)

Nunca ha ido al médico 97
 No recuerda 98
 N.C. 99

PASAR A P.11

P.10 ¿Cuántas veces?

_____ (164)
 N.C. 9

P.10a Y refiriéndonos a la última consulta realizada dentro de las dos últimas semanas, ¿dónde tuvo lugar la consulta que hizo Vd. al médico?. (Si ha habido varias consultas en los últimos quince días, referirse a la última de todas). (MOSTRAR TARJETA B).

- Centro de Salud 01
 - Consultorio/Ambulatorio de la Seguridad Social 02
 - Consulta externa de un Hospital ... 03
 - Servicio de Urgencia de un Ambulatorio 04 (165)(166)
 - Servicio de Urgencia de un Hospital 05
 - Consulta del médico particular 06
 - Consulta del médico de una sociedad 07
 - Empresa o lugar de trabajo 08
 - En el domicilio de Vd. 09
 - Consulta telefónica 10
 - Otras 11
 - N.C. 99

P.10b ¿Cuál fue el motivo de esta última consulta al médico?

- Diagnóstico y/o tratamiento 1
 - Revisión 2
 - Solo dispensación de recetas 3 (167)
 - Otros 5
 - N.C. 9

P.10c ¿Cuál era la especialidad del médico al que consultó?. (MOSTRAR TARJETA C).

- Medicina general 01
 - Pediatría 02
 - Alergología 03
 - Cirugía general y digestiva 04
 - Cirugía cardiovascular 05
 - Cirugía vascular 06
 - Aparato digestivo 07
 - Dermatología 08
 - Endocrinología y nutrición 09
 - Geriatria 10
 - Ginecología-obstetricia 11
 - Internista 12 (168)(169)
 - Nefrología 13
 - Cardiología 14
 - Neumología 15
 - Psiquiatría 16

P.10d Y en esa última consulta médica, ¿podría decirme cuánto tiempo tardó, aproximadamente, en llegar desde su domicilio al lugar de la consulta?

_____ minutos (170)(171)(172)
 N.C. 999

P.10e ¿Y cuánto tiempo tuvo que esperar en el lugar de la consulta desde que llegó hasta que fue atendido por el médico?

_____ minutos (173)(174)(175)
 N.C. 999

P.10f El médico al que acudió en esta última consulta realizada por su hijo era:

- De la Seguridad Social 1
 - De la Beneficencia 2
 - De una Sociedad Médica 3 (176)
 - Privado 4
 - Otros 5
 - N.C. 9

A TODOS

P.11 Y hablando de otro tipo de problemas, durante los últimos tres meses ¿ha ido su hijo al dentista, protésico o higienista dental para examen, consejo o tratamiento de problemas de su dentadura o boca?

- Sí 1
 - No 2 (177)
 - N.C. 9

P.11a ¿Cuántas veces?

_____ (178)(179)
 N.C. 99

P.12 Si no ha ido en los últimos tres meses, ¿puede recordar cuánto tiempo hace que su hijo acudió al dentista, protésico o higienista dental?. (ESPECIFICAR LO MAS POSIBLE).

_____ años (180)(181)
 _____ meses (182)(183)

Nunca ha ido al dentista ... 97 → Pasar a P.15
 No recuerda 98
 N.C. 99

P.13 ¿La última vez que acudió su hijo al dentista lo hizo por alguno/s de los motivos siguientes?

	Sí	No
- Revisión o chequeo	1	2 (184)
- Limpieza de boca	1	2 (185)
- Empastes (obturaciones)	1	2 (186)
- Extracción de algún diente/muela	1	2 (187)
- Poner fundas, puentes u otro tipo de prótesis	1	2 (188)
- Tratamiento de las enfermedades de las encías	1	2 (189)
- Ortodoncia	1	2 (190)
- Selladores, aplicación de flúor	1	2 (191)
- Otros	1	2 (192)
- N.C.	9	(193)

P.14 El dentista al que consultó su hijo esta última vez era:

- De la Seguridad Social 1
- Del Ayuntamiento 2
- De una Sociedad Médica 3 (194)
- Privado 4
- Otros 5
- N.C. 9

A TODOS

P.15 Vamos a preguntarle ahora sobre el estado de la dentadura de su hijo:

	Sí	No	
- Tiene caries	1	2	(195)
- Le han extraído dientes/muelas por caries o porque se movían	1	2	(196)
- Tiene dientes/muelas empastados (obturados)	1	2	(197)
- Le sangran las encías al cepillarse o espontáneamente	1	2	(198)

Cols. (199) a (201) anuladas

- Los dientes que tiene están sanos ... 1 2 (202)
- N.C. 9 (203)

P.16 Durante los últimos doce meses, es decir desde finales... hasta el día de ayer, ¿ha estado su hijo hospitalizado como paciente, al menos durante una noche?

- Sí 1
- No 2 (204)
- N.C. 9

P.16a ¿Cuántas veces ha estado su hijo hospitalizado en estos últimos doce meses?

..... (205)

N.C. 9

P.16b Y, refiriéndonos tan sólo al último ingreso hospitalario de su hijo ocurrido en los últimos doce meses, ¿puede Vd. decirnos, aproximadamente, cuántos días estuvo ingresado el niño en el hospital?

..... días (206)(207)(208)

N.C. ... 999

P.16c Y, refiriéndonos también a este último ingreso hospitalario, ¿cuál fue el motivo de la estancia de su hijo en el hospital?

- Intervención quirúrgica 1
- Estudio médico para diagnosticar . 2
- Tratamiento médico (sin intervención quirúrgica) 3 (209)
- Otros 5
- N.C. 9

P.16d ¿Estaba Vd. en la lista de espera para ingresar a su hijo por ese motivo?

- Sí 1
- No 2 (210)
- N.C. 9

P.16e ¿Cuánto tiempo en meses?

..... (211)(212)

N.C. 99

P.16f Y refiriéndonos también al último ingreso hospitalario, ¿la forma de ingreso de su hijo en el hospital fue:

- A través del servicio de urgencias ... 1
- Ingreso ordinario, no ingresó por urgencias 2 (213)
- N.C. 9

P.16g ¿A cargo de quién corrieron los gastos de la hospitalización del niño?

- Seguridad Social 1
- Mutualidad obligatoria (MUFACE, ISFAS, etc.) 2
- Beneficencia 3
- Sociedad médica privada (Sanitas, Asisa, Adeslas, etc.) 4 (214)
- A su propio cargo 5
- Otros 6
- N.C. 9

P.17 En estos últimos doce meses ¿ha tenido su hijo que utilizar algún servicio de urgencias por algún problema o enfermedad propia?

- Sí, acudió a un centro o servicio. 1
- Sí, acudieron a mi domicilio 2 (215)
- No 3
- N.C. 9

P.17a Y en total, ¿cuántas veces tuvo su hijo que utilizar un servicio de urgencias en estos doce últimos meses?

..... nº de veces (216)(217)

N.C. 9

P.17b Refiriéndonos a la última vez que su hijo utilizó un servicio de urgencias en estos doce últimos meses, dígame si dicho servicio de urgencias pertenecía a...

- Un servicio de urgencias no hospitalario de la Seguridad Social 1
- Un hospital de la Seguridad Social 2
- Un centro no hospitalario de la Seguridad Social (ambulatorio, etc.) 3
- Un servicio privado de urgencias 4 (218)
- Un sanatorio, hospital o clínica privada. 5
- Una casa de socorro o servicio de urgencias del Ayuntamiento 6
- Otros 7
- N.C. 9

P.18 ¿Podría decirme ahora, si su hijo es Titular y/o beneficiario de alguna/s de las modalidades de Seguro Sanitario (Público y/o Privado) que aparecen en esta tarjeta? (MOSTRAR TARJETA D.). (DOS RESPUESTAS MÁXIMO).

	<u>Titular y/o Beneficiario</u>	
	(219)(220)	
- Seguridad Social	1	
- Mutualidades del Estado acogidas a la Seguridad Social (MUFACE, ISFAS).....	2	
- Mutualidades del Estado acogidas a un seguro privado (MUFACE, ISFAS)	3	
- Seguro médico privado, concertado individualmente (SANITAS, ASISA, ESFERA MÉDICA, Colegios Profesionales, etc.)	4	
- Seguro médico concertado por su empresa	5	
- No tengo seguro médico, utilizo la beneficencia	6	
- No tengo seguro médico, utilizo siempre médicos privados	7	
- No tengo seguro médico, tengo iguala con un médico	8	
- N.C.	9	

Pregs. 19 a 26 (cuest. adultos). Cols. (221) a (272) anuladas.

P.27 ¿Podría indicarme, aproximadamente, cuántas horas al día duerme su hijo habitualmente?.

_____ horas (273)(274)
N.C. 99

Preg. 28 (cuest. adultos). Col. (275) anulada.

P.29 ¿Qué tipo de ejercicio físico hace su hijo en su tiempo libre, dígame cuál de estas posibilidades describe mejor la mayor parte de sus actividades en su tiempo libre?. (MOSTRAR TARJETA E).

- No hace ejercicio. Su tiempo libre lo ocupa de forma casi completamente sedentaria (leer, ver la televisión, ir al cine, tumbado en la cama, etc.) 1
- Hace alguna actividad física o deportiva ocasional (caminar o pasear en bicicleta, jardinería, gimnasia suave, actividades recreativas de ligero esfuerzo, etc.) 2 (276)
- Hace actividad física regular, varias veces al mes (deportes, gimnasia, correr, natación, ciclismo, juegos de equipo, etc.) 3
- Hace entrenamiento deportivo o físico varias veces por semana 4
- N.C. 9

P.30 Pasando a otro tema, querríamos saber si su hijo se ha vacunado de la gripe en la última campaña?

- Sí 1
- No 2 (277)
- N.C. 9

P.30a ¿Quién se lo indicó?

- El médico, por la edad del niño 1
- El médico, por las enfermedades del niño .. 2
- Le ponen la vacuna en el centro de estudio. 3 (278)
- Nosotros solicitamos la vacuna porque preferimos que el niño esté vacunado 4
- El médico, por otras razones 5
- Otros, ¿cuáles? _____ 6
- N.C. 9

Preg. 31 (cuest. adultos). Cols. (279) a (281) anuladas.

P.32 ¿Podría decirme cuánto pesa su hijo, aproximadamente, sin zapatos ni ropa?.

_____ kilos
N.S. 998 (282)(283)(284)
N.C. 999

P.33 ¿Y cuánto mide, aproximadamente, su hijo sin zapatos?

_____ cms.
N.S. 998 (285)(286)(287)
N.C. 999

P.34 Y, en relación a su estatura, ¿diría Vd. que su peso es...?

- Bastante mayor de lo normal 1
- Algo mayor de lo normal 2
- Normal 3 (288)
- Menor de lo normal 4
- N.S. 8
- N.C. 9

Pregs. 35 a 43 (cuest. adultos). Cols. (289) a (314) anuladas.

HACER SÓLO SI EL NIÑO TIENE ENTRE 6 MESES Y 4 AÑOS

P.44 ¿Qué tipo de lactancia tuvo su hijo durante las primeras 6 semanas: natural, mixta o artificial?. ¿Y hasta los 3 meses?. ¿Y hasta los 6 meses?

	Natural	Mixta	Artificial	NC
- 6 semanas	1	2	3	9 (315)
- 3 meses	1	2	3	9 (316)
- 6 meses	1	2	3	9 (317)

A TODOS LOS NIÑOS A PARTIR DE UN AÑO DE EDAD

P.45 Querría preguntarles sobre los hábitos de su hijo. ¿Con qué frecuencia...?

	Todos los días	5 ó 6 días	3 ó 4 veces a la semana	1 ó 2 veces a la semana	Menos de 1 vez a la semana	NC
- Toma fruta	1	2	3	4	5	9 (318)
- Toma verdura o puré de verdura	1	2	3	4	5	9 (319)
- Pescado, carne.	1	2	3	4	5	9 (320)
- Yogures, petit suises	1	2	3	4	5	9 (321)
- Se lava los dientes por la noche	1	2	3	4	5	9 (322)
- Se baña o ducha	1	2	3	4	5	9 (323)

P.46 ¿Cuánta leche bebe al día?

- Menos de 1 vaso/taza 1
- 1 vaso/taza 2
- Dos vasos/tazas 3 (324)
- Tres o más vasos/tazas .. 4
- N.C. 9

P.47 ¿Suele su hijo ver la televisión todos o casi todos los días?

- Sí 1
- No 2 (325)
- N.C. 9

P.47a ¿Durante cuánto tiempo, aproximadamente?

- Menos de 1 hora 1
- De 1 hora a 2 horas ... 2
- De 2 a 3 horas 3 (326)
- Más de 3 horas 4
- N.C. 9

HACER SÓLO SI EL NIÑO ES MENOR DE 6 AÑOS

P.48 A continuación le voy a leer una serie de enfermedades. ¿En cuáles de ellas cree Vd. que están oficialmente recomendadas las vacunaciones infantiles?

	SÍ	No	NS	NC
- Difteria	1	2	8	9 (327)
- Tétanos	1	2	8	9 (328)
- Tosferina	1	2	8	9 (329)
- Tuberculosis	1	2	8	9 (330)
- Sarampión	1	2	8	9 (331)
- Paperas (parotiditis) ...	1	2	8	9 (332)
- Rubeola	1	2	8	9 (333)
- Polio	1	2	8	9 (334)
- Neumonía neumocócica	1	2	8	9 (335)

A TODOS

P.49 ¿Es Vd. la persona que aporta más ingresos al hogar (cabeza de familia)?

- Sí 1
- No 2 (336)
- N.C. 9

ENTREVISTADOR: LAS SIGUIENTES PREGUNTAS referirlas siempre al cabeza de familia (persona que aporta más ingresos al hogar), independientemente que sea o no la persona que conteste el cuestionario.

P.50 ¿Cuál es el nivel de estudios del cabeza de familia? (MOSTRAR TARJETA F).

- Ningún estudio 1
- Estudios terminados a los 14-15 años o menos 2
- Estudios terminados a los 16-19 años 3
- Estudios posteriores sin ser universitarios 4 (337)
- Estudios universitarios 5
- N.C. 9

P.51 ¿En cuál de las siguientes situaciones se encuentra el cabeza de familia actualmente? (MOSTRAR TARJETA G).

- Trabaja 1
- Jubilado o pensionista (anteriormente trabajando) 2
- Pensionista (anteriormente sus labores) 3
- Parado y ha trabajado antes 4 (338)
- Parado y busca su primer empleo .. 5
- Estudiante 6
- Sus labores 7
- Otra situación, ¿cuál? _____
- 8
- N.C. 9

P.51a ¿Cuál es o era la ocupación del cabeza de familia?

(ENTREVISTADOR: ANOTAR JUNTO CON EL ENTREVISTADO AYUDÁNDOSE DE LA TARJETA OCUPACIÓN). (339)(340)

Codificación Tarjeta Status Social)
(NO RELLENAR POR EL ENTREVISTADOR) (341)

P.52 ¿Le importaría darme su nº de teléfono?

(ENTREVISTADOR: EXPLICAR QUE ES PARA QUE EL CIS PUEDA HACER UNA POSIBLE COMPROBACIÓN TELEFÓNICA DE QUE LA ENTREVISTA HA SIDO REALIZADA).

- Tiene teléfono y da número ... 1 teléfono _____
- No tiene teléfono 2
- Tiene teléfono y no da número. 3 (342)
- N.C. 9

A RELLENAR POR EL ENTREVISTADOR

INCIDENCIAS ENTREVISTA:

- I.1 Número de orden de entrevista (por muestra) (343)(344)
- I.2 Portales en los que el portero impide entrar (345)(346)
- I.3 Viviendas en las que no abren o se niegan a recibir ninguna explicación (347)(348)
- I.4 Negativas de varones a realizar la entrevista (349)(350)
- I.5 Negativas de mujeres a realizar la entrevista (351)(352)
- I.6 Contactos fallidos por no cumplir cuota (353)(354)
- I.7 Contactos fallidos por no existir viviendas (edificios públicos, oficinas, etc.) (355)(356)

ENTREVISTA REALIZADA:

Entrevista conseguida: _____ (calle o plaza) _____ (nº) _____ (piso) _____ (pta.)

- E.1 Fecha de realización: _____
 (Día) (Mes) (Año)
 (357)(358) (359)(360) (361)(362)
- E.2 Día de la semana que se realiza la entrevista: Lunes 1
 Martes 2
 Miércoles 3
 Jueves 4 (363)
 Viernes 5
 Sábado 6
 Domingo 7
- E.3 Duración de la entrevista: _____ (en minutos) (364)(365)(366)
- E.4 Hora de realización: La mañana (9-12) 1
 Mediodía (12-4) 2 (367)
 Tarde (4-8) 3
 Noche (8-10) 4

VALORACIÓN DE LA ENTREVISTA:

- V.1 Desarrollo de la entrevista:
 - Muy buena 1
 - Buena 2
 - Regular 3 (368)
 - Mala 4
 - Muy mala 5
- V.2 Sinceridad del entrevistado:
 - Mucha 1
 - Bastante 2 (369)
 - Poca 3
 - Ninguna 4

A RELLENAR EN CODIFICACIÓN

- C.1 CUESTIONARIO CUMPLIMENTADO:
- Correcta 1 (370)
 - Incorrecta 2
- C.1a MOTIVO: _____ (371)(372)

- C.3 RESULTADO FINAL:
- Entrevista válida 1 (377)
 - Entrevista anulada 2

- C.2 VALORACIÓN DE LA INSPECCIÓN:
- Entrevista no inspeccionada 1
 - Inspección telefónica 2 (373)
 - Inspección personal 3
 - Inspección telefónica y personal 4
- C.2a Resultado inspección:
- Entrevista correcta 1 (374)
 - Entrevista incorrecta 2
- C.2b MOTIVO: _____ (375)(376)

Anexo 6: Cuestionario Infantil Encuesta Nacional de Salud 1997



Centro de Investigaciones Sociológicas

FEBRERO-MARZO 1997



MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

Comunidad Autónoma _____	<input type="text"/>	(10)(11)	"ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 1997"	
Provincia _____	<input type="text"/>	(12)(13)	Nº ESTUDIO	Nº CUESTIONARIO
Municipio _____ (nombre municipio)	<input type="text"/>	(14)(15)(16)	<input type="text" value="2.237"/>	<input type="text"/>
Tamaño de hábitat _____	<input type="text"/>	(17)(18)	(1)(2)(3)(4)	(5)(6)(7)(8)(9)
Distrito _____	<input type="text"/>	(19)(20)	Submuestra _____	<input type="text" value="1"/> (28)
Sección _____	<input type="text"/>	(21)(22)(23)	Bloque _____	(29)(30)
Entrevistador _____	<input type="text"/>	(24)(25)(26)(27)	CUESTIONARIO INFANTIL ...	<input type="text" value="2"/> (31)

Buenos días/tardes. El Centro de Investigaciones Sociológicas por encargo del Ministerio de Sanidad, está realizando una encuesta para conocer el estado de salud de los españoles. Su contribución puede ser muy importante y le agradecemos anticipadamente su valiosa colaboración. Esta vivienda ha sido seleccionada al azar mediante métodos aleatorios. Le garantizamos el absoluto anonimato y secreto de sus respuestas en el más estricto cumplimiento de las Leyes sobre secreto estadístico y protección de datos personales. Una vez grabada la información de forma anónima, los cuestionarios individuales son destruidos inmediatamente.

ENTREVISTADOR: La encuesta será contestada por uno de los padres. Todo el cuestionario se hará relativo a aquel hijo o hija que haya sido designado por la muestra y siempre al mismo. En el caso de que haya dos o más hijos dentro de la misma cuota de edades, elegir siempre al menor de ellos. Rellenar las casillas correspondientes al sexo y edad del niño/a designado/a.

Sexo del hijo:	Edad
Niño ... 1 _____ meses (si menos de 1 año) _____ (33)(34)	
Niña ... 2 (32) _____ años cumplidos (35)(36)	

Persona que contesta la entrevista	Edad de la persona que contesta la entrevista
Padre 1 _____	
Madre 2 _____ (38)(39)	
Responsable (37) o tutor 3 _____	N.C. ... 99

P.1 En los últimos doce meses, es decir, desde finales de febrero de 1996, ¿diría Vd. que el estado de salud de su hijo ha sido muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo?

- Muy bueno 1
- Bueno 2
- Regular 3 (40)
- Malo 4
- Muy malo 5
- N.C. 9

P.2 Durante los últimos doce meses, es decir desde finales de febrero de 1996 hasta hoy, ¿ha tenido su hijo alguna dolencia, enfermedad o impedimento que le haya limitado su actividad normal por más de 10 días?

- Sí 1
- No 2 (41)
- N.C. 9

P.2a ¿Qué tipo de dolencia/s?

_____ (42)(43)

_____ (44)(45)

N.C. 99

Preg. 3 (cuest. adultos). Cols. (46) a (55) anuladas

P.4 ¿Ha tenido su hijo algún accidente de cualquier tipo incluido agresión, intoxicación o quemaduras durante los últimos doce meses?

- Sí 1
- No 2 (56)
- N.C. 9

P.4a Y refiriéndonos en concreto al último accidente que haya tenido, si es que ha tenido varios en estos doce meses, ¿dónde tuvo lugar?

- Casa, escaleras 1
- Accidentes de tráfico en calle o carretera 2
- En la calle, pero no fue de tráfico 3 (57)
- En la escuela, colegio, guardería 4
- Otros 5
- N.C. 9

P.4b ¿Tuvo que consultar a un médico o a una enfermera, tuvo que acudir a un centro de urgencias o tuvo que ser ingresado en un hospital a consecuencia de este accidente?

- Tuvo que consultar a un médico o enfermera 1
- Tuvo que acudir a un centro de urgencias 2
- Tuvo que ser ingresado en un hospital .. 3 (58)
- No fue necesario hacer ninguna consulta ni intervención 4
- N.C. 9

↓

P.4c ¿Qué efecto o daño le produjo al niño este accidente?. (DOS RESPUESTAS).

- Contusiones-hematomas, esguinces-luxaciones o heridas superficiales 1
- Fracturas o heridas profundas 2 (59)
- Envenenamientos o intoxicaciones 3
- Quemaduras 4 (60)
- Otros 5
- N.C. 9

P.5 ¿Durante las dos últimas semanas, es decir desde el día... hasta ayer, ha tenido su hijo que reducir o limitar las actividades que normalmente realiza en su tiempo libre (p.e. diversiones, paseos, visitas, juegos, etc.) por algún dolor o síntoma?

- Sí 1
- No 2 (61)
- N.C. 9

↓

P.5a ¿Cuántos días?

(62)(63)

N.C. 99

P.5b ¿Cuál ha sido ese dolor o síntoma que ha obligado al niño a reducir sus actividades en el tiempo libre durante las últimas dos semanas?. (ANOTAR TODOS LOS QUE ESPONTÁNEAMENTE DIGA EL ENTREVISTADO).

- Dolor de huesos o de las articulaciones ... 1 (64)
- Problemas de nervios, depresión o dificultad para dormir 1 (65)
- Problemas de garganta, tos, catarro o gripe 1 (66)
- Dolor de cabeza 1 (67)
- Contusión, lesión o heridas 1 (68)
- Dolor de oídos, otitis 1 (69)
- Diarrea o problemas intestinales 1 (70)
- Ronchas, picor, alergias 1 (71)
- Molestias de riñón o urinarias 1 (72)
- Problemas de estómago, digestivo 1 (73)
- Fiebre 1 (74)
- Problemas con los dientes o encías 1 (75)

Cols. (76) a (82) anuladas

- Vómitos 1 (83)
- Dolor abdominal 1 (84)
- Otros 1 (85)
- N.C. 9 (86)

P.6 ¿Durante las dos últimas semanas, ha tenido su hijo que reducir o limitar su actividad principal (trabajos, estudios, ayudas en el hogar, vida cotidiana), al menos la mitad de un día, por alguna molestia o síntoma?

- Sí 1
- No 2 (87)
- N.C. 9

↓

P.6a ¿Cuántos días?

(88)(89)

N.C. 99

P.6b ¿Cuál ha sido el síntoma o dolor que le ha obligado a su hijo a limitar su actividad principal?. (SEÑALAR TODOS AQUELLOS QUE ESPONTÁNEAMENTE INDIQUE EL ENTREVISTADO).

- Dolor de huesos o de las articulaciones ... 1 (90)
- Problemas de nervios, depresión o dificultad para dormir 1 (91)
- Problemas de garganta, tos, catarro o gripe 1 (92)

↓

↓

- Dolor de cabeza 1 (93)
- Contusión, lesión o heridas 1 (94)
- Dolor de oídos, otitis 1 (95)
- Diarrea o problemas intestinales 1 (96)
- Ronchas, picor, alergias 1 (97)
- Molestias de riñón o urinarias 1 (98)
- Problemas de estómago, digestivo 1 (99)
- Fiebre 1 (100)
- Problemas con los dientes o encías 1 (101)

Cols. (102) a (108) anuladas

- Vómitos 1 (109)
- Dolor abdominal 1 (110)
- Otros 1 (111)
- N.C. 9 (112)

P.7 Durante las dos últimas semanas ¿se ha visto su hijo obligado a quedarse más de la mitad de un día en la cama por motivos de salud? (contando también los días pasados en el hospital).

- Sí 1
- No 2 (113)
- N.C. 9

↓

P.7a ¿Cuántos días?

(114)(115)

N.C. 99

P.8 En las últimas dos semanas ¿ha tomado su hijo algún tipo de medicamento (gotas, pastillas, inyecciones, supositorios, etc.)?

- Sí 1
- No 2 (116)
- N.C. 9

↓

P.8a ¿Qué tipo de medicamento?. (MOSTRAR TARJETA A y anotar todos lo que cite el entrevistado).

P.8b ¿Los medicamentos consumidos por su hijo fueron recetados por el médico?. (ENTREVISTADOR: Preguntar por cada uno de los mencionados por el entrevistado).

	P.8a Consumido		P.8b Recetado	
	Sí	No	Sí	No
- Medicinas para el catarro, gripe, garganta, bronquios	1	2 (117)	1	2 (139)
- Medicinas para el dolor y/o para bajar la fiebre	1	2 (118)	1	2 (140)
- Reconstituyentes como vitaminas, minerales, tónicos	1	2 (119)	1	2 (141)
- Laxantes	1	2 (120)	1	2 (142)
- Antibióticos	1	2 (121)	1	2 (143)
- Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir	1	2 (122)	1	2 (144)
- Medicamentos para la alergia	1	2 (123)	1	2 (145)
- Medicamentos para la diarrea	1	2 (124)	1	2 (146)

Cols. (125) a (135) anuladas

Cols. (147) a (157) anuladas	
- Medicamentos para los vómitos	1 2 (136) 1 2 (158)
- Otros	1 2 (137) 1 2 (159)
- N.C.	9 (138) 9 (160)

P.9 ¿Ha consultado con algún médico por algún problema, molestia o enfermedad del niño en las dos últimas semanas?. Nos referimos, por supuesto, a una verdadera consulta, y no a una petición de hora o cita ni a la realización de una radiografía o análisis.

- Sí 1
- No 2 (161)
- N.C. 9

↓

P.9a ¿Puede recordar cuánto tiempo hace que consultó a un médico por última vez, por algo que le pasaba a su hijo?. (*ESPECIFICAR LO MAS POSIBLE*).

_____ años (162)(163)
 _____ meses (164)(165)

Nunca ha ido al médico 97
 No recuerda 98
 N.C. 99

PASAR A P. II

P.10 ¿Cuántas veces?

N.C. 9 (166)

P.10a Y refiriéndonos a la última consulta realizada dentro de las dos últimas semanas, ¿dónde tuvo lugar la consulta que hizo Vd. al médico?. (Si ha habido varias consultas en los últimos quince días, referirse a la última de todas). (*MOSTRAR TARJETA B*).

- Centro de Salud/Consultorio 01
- Ambulatorio/Centro de especialidades 02
- Consulta externa de un Hospital ... 03
- Servicio de Urgencia de un Ambulatorio 04 (167)(168)
- Servicio de Urgencia de un Hospital 05
- Consulta del médico particular 06
- Consulta del médico de una sociedad 07
- Empresa o lugar de trabajo 08
- En el domicilio de Vd. 09
- Consulta telefónica 10
- Otras 11
- N.C. 99

P.10b ¿Cuál fue el motivo de esta última consulta al médico?

- Diagnóstico y/o tratamiento 1
- Revisión 2
- Solo dispensación de recetas 3 (169)
- Otros 5
- N.C. 9

P.10c ¿Cuál era la especialidad del médico al que consultó?. (*MOSTRAR TARJETA C*).

- Medicina general 01
- Pediatría 02
- Alergología 03
- Cirugía general y digestiva 04
- Cirugía cardiovascular 05
- Cirugía vascular 06
- Aparato digestivo 07
- Dermatología 08
- Endocrinología y nutrición 09
- Ginecología-obstetricia 11
- Internista 12 (170)(171)
- Nefrología 13
- Cardiología 14
- Neumología 15
- Psiquiatría 16

↓

- Neurología 17
- Neurocirugía 18
- Oftalmología 19
- Otorrinolaringología 20
- Oncología 21
- Rehabilitación 22
- Reumatología 23
- Traumatología 24
- Urología 25
- Otros 26
- N.S. 98
- N.C. 99

P.10d Y en esa última consulta médica, ¿podría decirme cuánto tiempo tardó, aproximadamente, en llegar desde su domicilio al lugar de la consulta?

_____ minutos (172)(173)(174)
 N.C. 999

P.10e ¿Y cuánto tiempo tuvo que esperar en el lugar de la consulta desde que llegó hasta que fue atendido por el médico?

_____ minutos (175)(176)(177)
 N.C. 999

P.10f El médico al que acudió en esta última consulta realizada por su hijo era:

- De la Seguridad Social 1
- De la Beneficencia 2
- De una Sociedad Médica 3 (178)
- Privado 4
- Otros 5
- N.C. 9

A TODOS

P.11 Y hablando de otro tipo de problemas, durante los últimos tres meses ¿ha ido su hijo al dentista, estomatólogo o higienista dental para examen, consejo o tratamiento de problemas de su dentadura o boca?

- Sí 1
- No 2 (179)
- N.C. 9

↓

P.11a ¿Cuántas veces?

N.C. 99 (180)(181)

→ **P.12** Si no ha ido en los últimos tres meses, ¿puede recordar cuánto tiempo hace que su hijo acudió al dentista, protésico o higienista dental?. (*ESPECIFICAR LO MAS POSIBLE*).

_____ años (182)(183)
 _____ meses (184)(185)

Nunca ha ido al dentista ... 97 → Pasar a P. 15
 No recuerda 98
 N.C. 99

P.13 ¿La última vez que acudió su hijo al dentista lo hizo por alguno/s de los motivos siguientes?

	Sí	No
- Revisión o chequeo	1	2 (186)
- Limpieza de boca	1	2 (187)
- Empastes (obturaciones)	1	2 (188)
- Extracción de algún diente/muela	1	2 (189)
- Poner fundas, puentes u otro tipo de prótesis	1	2 (190)
- Tratamiento de las enfermedades de las encías	1	2 (191)
- Ortodoncia	1	2 (192)
- Selladores, aplicación de flúor	1	2 (193)
- Otros	1	2 (194)
- N.C.	9	(195)

P.14 El dentista al que consultó su hijo esta última vez era:

- De la Seguridad Social 1
- Del Ayuntamiento 2
- De una Sociedad Médica 3 (196)
- Privado 4
- Otros 5
- N.C. 9

A TODOS

P.15 Vamos a preguntarle ahora sobre el estado de la dentadura de su hijo:

	Sí	No
- Tiene caries	1	2 (197)
- Le han extraído dientes/muelas por caries o por otro motivo	1	2 (198)
- Tiene dientes/muelas empastados (obturados)	1	2 (199)
- Le sangran las encías al cepillarse o espontáneamente	1	2 (200)

Cols. (201) a (203) anuladas

- Los dientes que tiene están sanos ... 1 2 (204)
- N.C. 9 (205)

P.16 Durante los últimos doce meses, es decir desde finales de febrero de 1996 hasta el día de ayer, ¿ha estado su hijo hospitalizado como paciente, al menos durante una noche?

- Sí 1
- No 2 (206)
- N.C. 9

P.16a ¿Cuántas veces ha estado su hijo hospitalizado en estos últimos doce meses?

..... (207)

N.C. 9

P.16b Y, refiriéndonos tan sólo al último ingreso hospitalario de su hijo ocurrido en los últimos doce meses, ¿puede Vd. decirnos, aproximadamente, cuántos días estuvo ingresado el niño en el hospital?

..... días (208)(209)(210)

N.C. ... 999

P.16c Y, refiriéndonos también a este último ingreso hospitalario, ¿cuál fue el motivo de la estancia de su hijo en el hospital?

- Intervención quirúrgica 1
- Estudio médico para diagnosticar 2
- Tratamiento médico (sin intervención quirúrgica) 3 (211)
- Otros 5
- N.C. 9

P.16d ¿Estaba Vd. en la lista de espera para ingresar a su hijo por ese motivo?

- Sí 1
- No 2 (212)
- N.C. 9

P.16e ¿Cuánto tiempo en meses?

..... meses (213)(214)

N.C. 99

P.16f Y refiriéndonos también al último ingreso hospitalario, ¿la forma de ingreso de su hijo en el hospital fue:

- A través del servicio de urgencias ... 1
- Ingreso ordinario, no ingresó por urgencias 2 (215)
- N.C. 9

P.16g ¿A cargo de quién corrieron los gastos de la hospitalización del niño?

- Seguridad Social 1
- Mutualidad obligatoria (MUFACE, ISFAS, etc.) 2
- Beneficencia 3
- Sociedad médica privada (Sanitas, Asisa, Adeslas, etc.) 4 (216)
- A su propio cargo 5
- Otros 6
- N.C. 9

P.17 En estos últimos doce meses ¿ha tenido su hijo que utilizar algún servicio de urgencias por algún problema o enfermedad propia?

- Sí, acudió a un centro o servicio. 1
- Sí, acudieron a mi domicilio 2 (217)
- No 3
- N.C. 9

P.17a Y en total, ¿cuántas veces tuvo su hijo que utilizar un servicio de urgencias en estos doce últimos meses?

..... nº de veces (218)(219)

N.C. 9

P.17b Refiriéndonos a la última vez que su hijo utilizó un servicio de urgencias en estos doce últimos meses, dígame si dicho servicio de urgencias pertenecía a....

- Un servicio de urgencias no hospitalario de la Seguridad Social 1
- Un hospital de la Seguridad Social 2
- Un centro no hospitalario de la Seguridad Social (ambulatorio, etc.) 3
- Un servicio privado de urgencias 4 (220)
- Un sanatorio, hospital o clínica privada. 5
- Una casa de socorro o servicio de urgencias del Ayuntamiento 6
- Otros 7
- N.C. 9

P.17c ¿Por qué fue Vd. a un servicio de urgencias de un hospital de la Seguridad Social:

- Porque el médico se lo mandó 1
- Porque Vd., sus familiares u otras personas lo consideraron necesario 2 (221)
- N.C. 9

P.18 ¿Podría decirme ahora, si su hijo es Titular y/o beneficiario de alguna/s de las modalidades de Seguro Sanitario (Público y/o Privado) que aparecen en esta tarjeta? (MOSTRAR TARJETA D). (DOS RESPUESTAS MÁXIMO).

	Titular y/o Beneficiario (222)(223)
- Seguridad Social	1
- Mutualidades del Estado acogidas a la Seguridad Social (MUFACE, ISFAS, etc.)	2
- Mutualidades del Estado acogidas a un seguro privado (MUFACE, ISFAS, etc.) ...	3
- Seguro médico privado, concertado individualmente (SANITAS, ASISA, ESFERA MÉDICA, Colegios Profesionales, etc.)	4
- Seguro médico concertado por su empresa	5
- No tengo seguro médico, utilizo la beneficencia	6
- No tengo seguro médico, utilizo siempre médicos privados	7
- No tengo seguro médico, tengo iguala con un médico	8
- N.C.	9

Pregs. 19 a 26 (cuest. adultos). Cols. (224) a (275) anuladas.

P.27 ¿Podría indicarme, aproximadamente, cuántas horas al día duerme su hijo habitualmente?

_____ horas (276)(277)

N.C. 99

Preg. 28 (cuest. adultos). Col. (278) anulada.

P.29 ¿Qué tipo de ejercicio físico hace su hijo en su tiempo libre, dígame cuál de estas posibilidades describe mejor la mayor parte de sus actividades en su tiempo libre?. (MOSTRAR TARJETA E).

- No hace ejercicio. Su tiempo libre lo ocupa de forma casi completamente sedentaria (leer, ver la televisión, ir al cine, tumbado en la cama o la cuna)
- Hace alguna actividad física o deportiva ocasional (caminar o pasear en bicicleta, gimnasia suave, actividades recreativas de ligero esfuerzo, etc.)
- Hace actividad física regular, varias veces al mes (deportes, gimnasia, correr, natación, ciclismo, juegos de equipo, etc.)
- Hace entrenamiento deportivo o físico varias veces por semana
- N.C.

P.30 Pasando a otro tema, querríamos saber si su hijo se ha vacunado de la gripe en la última campaña?

- Sí 1
- No 2 (280)
- N.C. 9

P.30a ¿Quién se lo indicó?

- El médico, por la edad del niño
- El médico, por las enfermedades del niño ..
- Le ponen la vacuna en el centro de estudio.
- Nosotros solicitamos la vacuna porque preferimos que el niño esté vacunado
- El médico, por otras razones
- Otros, ¿cuáles?
- N.C.

Preg. 31 (cuest. adultos). Cols. (282) a (284) anuladas.

P.32 ¿Podría decirme cuánto pesa su hijo, aproximadamente, sin zapatos ni ropa?

_____ kilos
N.S. 998 (285)(286)(287)
N.C. 999

P.33 ¿Y cuánto mide, aproximadamente, su hijo sin zapatos?

_____ cms.
N.S. 998 (288)(289)(290)
N.C. 999

P.34 Y, en relación a su estatura, ¿diría Vd. que su peso es...?

- Bastante mayor de lo normal
- Algo mayor de lo normal
- Normal
- Menor de lo normal
- N.S.
- N.C.

Pregs. 35 a 42 (cuest. adultos). Cols. (292) a (336) anuladas.

HACER SÓLO SI EL NIÑO TIENE ENTRE 6 MESES Y 4 AÑOS

P.43 ¿Qué tipo de lactancia tuvo su hijo durante las primeras 6 semanas: natural, mixta o artificial?. ¿Y hasta los 3 meses?. ¿Y hasta los 6 meses?

	Natural	Mixta	Artificial	NC
- 6 semanas	1	2	3	9 (337)
- 3 meses	1	2	3	9 (338)
- 6 meses	1	2	3	9 (339)

A TODOS LOS NIÑOS A PARTIR DE UN AÑO DE EDAD

P.44 Querría preguntarles sobre los hábitos de su hijo. ¿Con qué frecuencia...?

	Todos los días	5 veces a la semana	6 veces a la semana	3 ó 4 veces a la semana	1 ó 2 veces a la semana	Menos de 1 vez a la semana	NC
- Toma fruta	1	2	3	4	5	9 (340)	
- Toma verdura o puré de verdura	1	2	3	4	5	9 (341)	
- Pescado, carne ..	1	2	3	4	5	9 (342)	
- Yogures, petit suíses	1	2	3	4	5	9 (343)	
- Se lava los dientes por la noche	1	2	3	4	5	9 (344)	
- Se baña o ducha	1	2	3	4	5	9 (345)	

P.45 ¿Cuánta leche bebe al día?

- Menos de 1 vaso/taza
- 1 vaso/taza
- Dos vasos/tazas
- Tres o más vasos/tazas ..
- N.C.

P.46 ¿Suele su hijo ver la televisión todos o casi todos los días?

- Sí 1
- No 2 (347)
- N.C. 9

<p style="text-align: center;">↓</p> <p>P.46a ¿Durante cuánto tiempo, aproximadamente?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menos de 1 hora 1 - De 1 hora a 2 horas ... 2 - De 2 a 3 horas 3 (348) - Más de 3 horas 4 - N.C. 9 	<p style="text-align: center;">↓</p> <p>P.49b ¿Podría decirme qué edad tenía el cabeza de familia cuando terminó esos estudios?</p> <p><i>(ENTREVISTADOR: Si el entrevistado no lo sabe, por lo menos aproximadamente).</i></p> <p>Edad _____ (361)(362)</p>																																																						
<p style="text-align: center;">HACER SÓLO SI EL NIÑO ES MENOR DE 6 AÑOS</p> <p>P.47 A continuación le voy a leer una serie de enfermedades. ¿En cuáles de ellas cree Vd. que están oficialmente recomendadas las vacunaciones infantiles?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Sí</th> <th style="text-align: center;">No</th> <th style="text-align: center;">NS</th> <th style="text-align: center;">NC</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>- Difteria</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: right;">(349)</td> </tr> <tr> <td>- Tétanos</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: right;">(350)</td> </tr> <tr> <td>- Tosferina</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: right;">(351)</td> </tr> <tr> <td>- Hepatitis B</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: right;">(352)</td> </tr> <tr> <td>- Sarampión</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: right;">(353)</td> </tr> <tr> <td>- Paperas (parotiditis) ...</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: right;">(354)</td> </tr> <tr> <td>- Rubeola</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: right;">(355)</td> </tr> <tr> <td>- Polio</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: right;">(356)</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	NS	NC		- Difteria	1	2	8	9	(349)	- Tétanos	1	2	8	9	(350)	- Tosferina	1	2	8	9	(351)	- Hepatitis B	1	2	8	9	(352)	- Sarampión	1	2	8	9	(353)	- Paperas (parotiditis) ...	1	2	8	9	(354)	- Rubeola	1	2	8	9	(355)	- Polio	1	2	8	9	(356)	<p>P.49c (A RELLENAR EN CODIFICACIÓN)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ningún estudio 1 - Estudios terminados a los 14-15 años o menos 2 - Estudios terminados a los 16-19 años 3 - Estudios posteriores sin ser universitarios 4 (363) - Estudios universitarios 5 - N.C. 9
	Sí	No	NS	NC																																																			
- Difteria	1	2	8	9	(349)																																																		
- Tétanos	1	2	8	9	(350)																																																		
- Tosferina	1	2	8	9	(351)																																																		
- Hepatitis B	1	2	8	9	(352)																																																		
- Sarampión	1	2	8	9	(353)																																																		
- Paperas (parotiditis) ...	1	2	8	9	(354)																																																		
- Rubeola	1	2	8	9	(355)																																																		
- Polio	1	2	8	9	(356)																																																		
<p style="text-align: center;">A TODOS</p> <p>P.48 ¿Es Vd. la persona que aporta más ingresos al hogar (cabeza de familia)?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sí 1 - No 2 (357) - N.C. 9 	<p>P.50 ¿En cuál de las siguientes situaciones se encuentra el cabeza de familia <u>actualmente</u>? (MOSTRAR TARJETA F).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trabaja 1 - Jubilado o pensionista (anteriormente trabajando) 2 - Pensionista (anteriormente sus labores) 3 - Parado y ha trabajado antes 4 (364) - Parado y busca su primer empleo .. 5 - Estudiante 6 - Sus labores 7 - Otra situación, ¿cuál? _____ 8 - N.C. 9 																																																						
<p><i>ENTREVISTADOR: LAS SIGUIENTES PREGUNTAS referirlas siempre al cabeza de familia (persona que aporta más ingresos al hogar), independientemente que sea o no la persona que conteste el cuestionario.</i></p> <p>P.49 ¿Podría decirme si el cabeza de familia ha ido a la escuela o cursado algún tipo de estudios?. (<i>ENTREVISTADOR: En caso negativo, preguntar si sabe leer y escribir.</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> - No, es analfabeto 1 - No, pero sabe leer y escribir .. 2 (358) - Sí, ha ido a la escuela 3 - N.C. 9 	<p>P.50a ¿Cuál es o era la ocupación del cabeza de familia?</p> <p style="text-align: right;">_____ (365)(366)</p> <p><i>(ENTREVISTADOR: ANOTAR JUNTO CON EL ENTREVISTADO AYUDÁNDOSE DE LA TARJETA OCUPACIÓN).</i></p> <p>Codificación Tarjeta Status Social) (367)</p> <p><i>(NO RELLENAR POR EL ENTREVISTADOR)</i></p>																																																						
<p>P.49a ¿Cuáles son los estudios de <u>más alto nivel</u> oficial que ha cursado el cabeza de familia (con independencia de que los haya terminado o no)? Por favor especifique lo más posible, diciéndome el <u>curso</u> en que estaba cuando los terminó (o los interrumpió), y también el <u>nombre</u> que tenían entonces esos estudios: (ej.: 3 años de Estudios Primarios, Primaria, 5º de Bachillerato, Maestría Industrial, Preuniversitario, 4ª de EGB, Licenciatura, Doctorado, FP1, etc.).</p> <p><i>(ENTREVISTADOR: Si aún está estudiando, anotar el último curso que haya completado. Si no ha completado la Primaria, anotar nº de años que asistió a la escuela).</i></p> <p>CURSO _____</p> <p>NOMBRE (de los estudios) _____</p> <p>NIVEL (Codificar según T. ESTUDIOS) _____ (359)(360)</p>	<p>P.51 ¿Cuál es el total de ingresos que por todos los conceptos entran en su hogar mensualmente? (MOSTRAR TARJETA INGRESOS).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menos de 60.000 pts/mes 1 - De 60.001 a 100.000 pts/mes 2 - De 100.001 a 150.000 pts/mes 3 - De 150.001 a 200.000 pts/mes 4 (368) - De 200.001 a 300.000 pts/mes 5 - Más de 300.000 pts/mes 6 - N.C. 9 																																																						
<p>P.52 ¿Le importaría darme su nº de teléfono?</p> <p><i>(ENTREVISTADOR: EXPLICAR QUE ES PARA QUE EL CIS PUEDA HACER UNA POSIBLE COMPROBACIÓN TELEFÓNICA DE QUE LA ENTREVISTA HA SIDO REALIZADA).</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Tiene teléfono y da número ... 1 teléfono _____ - No tiene teléfono 2 - Tiene teléfono y no da número. 3 (369) - N.C. 9 	<p style="text-align: center;">↓</p>																																																						

P.5 ¿Alguna de estas personas necesita algún tipo de dedicación especial por el hecho de padecer alguna minusvalía o alguna limitación (no poder quedarse solo por las noches, necesitar ayuda para salir a la calle, aseo personal, etc.) para llevar a cabo con normalidad las actividades de la vida familiar, social o laboral?

- Si 1
 - No 2 (92)
 - N.C. 9

P.5a ¿Cuántos años tiene esta o estas personas?

Una años (93)(94) Otra años (95)(96)

N.S. 98 N.S. 98
 N.C. 99 N.C. 99

P.5b ¿Quién se ocupa habitualmente de esta o estas personas? **(MOSTRAR TARJETA A).**

- El ama de casa (una mujer casada, viuda, soltera, etc., que trabaje o no fuera de casa) 01
 - El cónyuge o pareja del ama de casa 02
 - El ama de casa y su cónyuge o pareja 03
 - El amo de casa (un hombre viudo, soltero, sin pareja o que se ocupa de su pareja) 04 (97)(98)
 - El ama de casa y otra persona 05
 - El amo de casa y otra persona 06
 - Otra persona de la familia 07
 - Una persona contratada (que cobra) 08
 - Otra respuesta, ¿cuál?
 09
 - N.C. 99

SÓLO SI EN LA VIVIENDA HAY NIÑOS DE 14 AÑOS O MENOS

P.6 ¿Quién se ocupa habitualmente de los niños? **(MOSTRAR TARJETA A).**

- El ama de casa (una mujer casada, viuda, soltera, etc., que trabaje o no fuera de casa) 01
 - El cónyuge o pareja del ama de casa 02
 - El ama de casa y su cónyuge o pareja 03
 - El amo de casa (un hombre viudo, soltero, sin pareja o que se ocupa de su pareja) 04 (99)(100)
 - El ama de casa y otra persona 05
 - El amo de casa y otra persona 06
 - Otra persona de la familia 07
 - Una persona contratada (que cobra) 08
 - Otra respuesta, ¿cuál?
 09
 - N.C. 99

P.6a ¿Viene a su vivienda alguna persona de fuera que ayude al cuidado de los niños cobrando por ello?

- Si 1
 - No 2 (101)
 - N.C. 9

P.7 En su vivienda, ¿quién se ocupa principalmente de los trabajos de la casa como limpiar, cocinar, planchar, etc.? **(MOSTRAR TARJETA A).**

- El ama de casa (una mujer casada, viuda, soltera, etc., que trabaje o no fuera de casa) 01
 - El cónyuge o pareja del ama de casa 02
 - El ama de casa y su cónyuge o pareja 03
 - El amo de casa (un hombre viudo, soltero, sin pareja o que se ocupa de su pareja) 04 (102)(103)
 - El ama de casa y otra persona 05
 - El amo de casa y otra persona 06
 - Otra persona de la familia 07
 - Una persona contratada (que cobra) 08
 - Otra respuesta, ¿cuál?
 09
 - N.C. 99

P.8 ¿Viene a su vivienda alguna persona de fuera que ayude en los trabajos domésticos como limpiar, planchar, cocinar, etc. cobrando por ello?

- Si 1
 - No 2 (104)
 - N.C. 9

P.9 Vamos a hablar ahora de la salud de su hijo, el que hemos reseñado al principio del cuestionario. En los últimos doce meses, es decir, desde primeros de noviembre de 2000, ¿diría Ud. que su estado de salud ha sido muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo?

- Muy bueno 1
 - Bueno 2
 - Regular 3
 - Malo 4 (105)
 - Muy malo 5
 - N.S. 8
 - N.C. 9

P.10 Durante los últimos doce meses, es decir, desde primeros de noviembre de 2000 hasta hoy, ¿ha tenido su hijo alguna dolencia, enfermedad o impedimento que le haya limitado su actividad por más de 10 días?

- Si 1
 - No 2 (106)
 - N.C. 9

P.10a ¿Qué tipo de dolencia/s?

..... (107)(108)
 (109)(110)
 N.C. 99

Preg. 11 (cuestionario adultos) CoIs (111) a (121) anuladas

P.12 ¿Ha tenido su hijo algún accidente de cualquier tipo incluido agresión, intoxicación o quemaduras durante los últimos doce meses?

- Si 1
 - No 2 (122)
 - N.C. 9

P.12a Y refiriéndonos en concreto al último accidente que haya tenido, si es que ha tenido varios en estos doce meses, ¿dónde tuvo lugar?

- Casa, escaleras 1
 - Accidentes de tráfico en calle o carretera 2
 - En la calle, pero no fue de tráfico 3 (123)
 - En la escuela, colegio o guardería 4
 - Otros 5
 - N.C. 9

P.12b ¿Tuvo que consultar a un médico o a una enfermera, tuvo que acudir a un centro de urgencias o tuvo que ser ingresado en un hospital a consecuencia de este accidente?

- Tuvo que consultar a un médico o enfermera 1
 - Tuvo que acudir a un centro de urgencias 2
 - Tuvo que ser ingresado en un hospital 3 (124)
 - No fue necesario hacer ninguna consulta ni intervención 4
 - N.C. 9

P.12c ¿Qué efecto o daño le produjo al niño este accidente? **(DOS RESPUESTAS).**

- Contusiones, hematomas, esguinces-luxaciones o heridas superficiales 1
 - Fracturas o heridas profundas 2 (125)
 - Envenenamientos o intoxicaciones 3
 - Quemaduras 4
 - Otros 5 (126)
 - N.C. 9

P.13 Durante las dos últimas semanas, es decir desde el día... hasta ayer, ¿ha tenido su hijo que reducir o limitar las actividades que Ud. normalmente realiza en su tiempo libre (por ejemplo: diversiones, paseos, visitas, juegos, etc.) por algún dolor o síntoma?

- Sí 1
 - No 2 (127)
 - N.C. 9

P.13a ¿Cuántos días?

_____ (128)(129)
 N.C. 99

P.13b ¿Cuál ha sido ese dolor o síntoma que le ha obligado al niño reducir sus actividades en el tiempo libre durante las últimas dos semanas? (**ANOTAR TODOS LOS QUE ESPONTÁNEAMENTE DIGA EL ENTREVISTADO**).

-Dolor de huesos, de columna o de las articulaciones1 (130)
 -Problemas de nervios, depresión o dificultad para dormir1 (131)
 -Problemas de garganta, tos, catarro o gripe1 (132)
 -Dolor de cabeza1 (133)
 -Contusión, lesión o heridas1 (134)
 -Dolor de oídos, otitis1 (135)
 -Diarrea o problemas intestinales1 (136)
 -Ronchas, picor, alergias1 (137)
 -Molestias de riñón o urinarias1 (138)
 -Problemas de estómago, digestivo, hígado o vesícula biliar1 (139)
 -Fiebre1 (140)
 -Problemas con los dientes o encías1 (141)
 - **Cols. (142) a (148) anuladas**
 -Vómitos1 (149)
 -Dolor abdominal1 (150)
 -Otros1 (151)
 -N.C.1 (152)

P.14 ¿Durante las dos últimas semanas, ha tenido su hijo que reducir o limitar su actividad principal (trabajos, estudios, ayudas en el hogar, vida cotidiana), al menos la mitad de un día, por alguna molestia o síntoma?

- Sí 1
 - No 2 (153)
 - N.C. 9

P.14a ¿Cuántos días?

_____ (154)(155)
 N.C. 99

P.14b ¿Cuál ha sido ese dolor o síntoma que le ha obligado a su hijo a limitar su actividad principal? (**ANOTAR TODOS LOS QUE ESPONTÁNEAMENTE DIGA EL ENTREVISTADO**).

-Dolor de huesos, de columna o de las articulaciones...1 (156)
 -Problemas de nervios, depresión o dificultad para dormir1 (157)
 -Problemas de garganta, tos, catarro o gripe1 (158)
 -Dolor de cabeza1 (159)
 -Contusión, lesión o heridas1 (160)
 -Dolor de oídos, otitis1 (161)
 -Diarrea o problemas intestinales1 (162)
 -Ronchas, picor, alergias1 (163)
 -Molestias de riñón o urinarias1 (164)
 -Problemas de estómago, digestivo, hígado o vesícula biliar1 (165)
 -Fiebre1 (166)
 -Problemas con los dientes o encías1 (167)
 - **Cols. (168) a (174) anuladas**
 -Vómitos1 (175)
 -Dolor abdominal1 (176)
 -Otros1 (177)
 -N.C.1 (178)

P.15 Durante las dos últimas semanas, ¿se ha visto su hijo obligado a quedarse más de la mitad de un día en la cama por motivos de salud (contando también los días pasados en el hospital)?

- Sí 1
 - No 2 (179)
 - N.C. 9

P.15a ¿Cuántos días?

_____ (180)(181)
 N.C. 99

P.16 En las últimas dos semanas ¿ha tomado su hijo algún tipo de medicamento (gotas, pastillas, inyecciones, supositorios, etc.)?

- Sí 1
 - No 2 (182)
 - N.C. 9

P.16a ¿Qué tipo de medicamento? (**MOSTRAR TARJETA B y anotar todos los que cite el entrevistado**).

P.16b ¿Y los medicamentos consumidos por su hijo fueron recetados por el médico? (**ENTREVISTADOR: Preguntar por cada uno de los medicamentos consumidos por el entrevistado**).

	P.16a Consumido		P.16b Recetado	
	Sí	No	Sí	No
-Medicinas para el catarro, gripe, garganta, bronquios	1	2 (183)	1	2 (205)
-Medicinas para el dolor y/o para bajar la fiebre	1	2 (184)	1	2 (206)
-Reconstituyentes como vitaminas, minerales, tónicos ..	1	2 (185)	1	2 (207)
-Laxantes.....	1	2 (186)	1	2 (208)
-Antibióticos.....	1	2 (187)	1	2 (209)
-Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir.....	1	2 (188)	1	2 (210)
-Medicamentos para la alergia ..	1	2 (189)	1	2 (211)
-Medicamentos para la diarrea...1	2	(190)	1	2 (212)
Cols. (191) a (201) anuladas				
Cols. (213) a (223) anuladas				
-Medicamentos para los vómitos	1	2 (202)	1	2 (224)
-Otros	1	2 (203)	1	2 (225)
-N.C.....	1	2 (204)	1	2 (226)

P.17 ¿Ha consultado con algún médico por algún problema, molestia o enfermedad del niño en las dos últimas semanas? Nos referimos, por supuesto, a una verdadera consulta, y no a una petición de hora o cita ni a la realización de una radiografía o análisis.

- Sí 1
 - No 2 (227)
 - N.C. 9

P.17a ¿Puede recordar cuánto tiempo hace que consultó a un médico por última vez, por algo que le pasaba a su hijo?. (**ESPECIFICAR LO MÁS POSIBLE**).

_____ años (228)(229) _____ meses (230)(231)

Nunca ha ido al médico97
 No recuerda98
 N.C.99

PASAR A P.19

P.18

P.18 ¿Cuántas veces? _____ (232) (233)
 N.C. 99

P.18a Y refiriéndonos a la última consulta realizada dentro de de las dos últimas semanas, ¿dónde tuvo lugar la consulta que hizo Ud. al médico? (Si ha habido varias consultas en los últimos quince días, referirse a la última de todas).
(MOSTRAR TARJETA C).

- Centro de Salud/Consultorio..... 01
- Ambulatorio/Centro de especialidades..... 02
- Consulta externa de un Hospital..... 03 (234) (235)
- Servicio de Urgencia de un Ambulatorio..... 04
- Servicio de Urgencia de un Hospital..... 05
- Consulta del médico particular..... 06
- Consulta del médico de una sociedad..... 07
- Empresa o lugar de trabajo..... 08
- En el domicilio de Ud..... 09
- Consulta telefónica..... 10
- Otras..... 11
- N.C..... 99

P.18b ¿Cuál fue el motivo de esta última consulta al médico?

- Diagnóstico y/o tratamiento..... 1
- Revisión..... 2
- Sólo dispensación de recetas..... 3 (236)
- Otros..... 5
- N.C..... 9

P.18c ¿Cuál era la especialidad del médico al que consultó?
(MOSTRAR TARJETA D).

- Medicina general..... 01
- Pediatría..... 02
- Alergología..... 03
- Cirugía general y digestiva..... 04
- Cirugía cardiovascular..... 05
- Cirugía vascular..... 06
- Aparato digestivo..... 07
- Dermatología..... 08
- Endocrinología y nutrición..... 08
- Geriatría..... 09
- Ginecología-obstetricia..... 10 (237)(238)
- Intemista..... 11
- Nefrología..... 12
- Cardiología..... 13
- Neumología..... 15
- Psiquiatría..... 16
- Neurología..... 17
- Neurocirugía..... 18
- Oftalmología..... 19
- Otorrinolaringología..... 20
- Oncología..... 21
- Rehabilitación..... 22
- Reumatología..... 23
- Traumatología..... 24
- Urología..... 25
- Otros..... 26
- N.S..... 98
- N.C..... 99

P.18d Y en esa última consulta médica, ¿podría decirme cuánto tiempo tardó, aproximadamente, en llegar desde su domicilio al lugar de la consulta?
 _____ minutos (239)(240)(241)
 N.C..... 999

P.18e ¿Y cuánto tiempo tuvo que esperar en el lugar de la consulta desde que llegó hasta que fue atendido por el médico?
 _____ minutos (242)(243)(244)
 N.C..... 999

P.18f El médico al que acudió en esta última consulta realizada por su hijo era:

- De la Seguridad Social 1
- De la Beneficencia..... 2
- De una Sociedad Médica..... 3 (245)
- Privado..... 4
- Otros..... 5
- N.C..... 9

A TODOS

P.19 Y hablando de otro tipo de problemas, durante los últimos tres meses, ¿ha ido su hijo al dentista, estomatólogo o higienista dental para examen, consejo o tratamiento de problemas de su dentadura o boca?

- Sí 1
- No..... 2 (246)
- N.C..... 9

P.19a ¿Cuántas veces?
 _____ (247)(248)
 N.C..... 99

P.20 Si no ha ido en los últimos tres meses, ¿puede recordar cuánto tiempo hace que su hijo acudió al dentista, protésico o higienista dental? **(ESPECIFICAR LO MÁS POSIBLE).**
 _____ años (249)(250) _____ meses (251)(252)
 Nunca ha ido al dentista 97 ➔ **Pasar a P.23**
 No recuerda 98
 N.C. 99

P.21 ¿La última vez que acudió su hijo al dentista lo hizo por alguno/s de los motivos siguientes?

	Sí	No
-Revisión o chequeo.....	1	2 (253)
-Limpieza de boca.....	1	2 (254)
-Empastes (obturaciones).....	1	2 (255)
-Extracción de algún diente/muela.....	1	2 (256)
-Poner fundas, puentes u otro tipo de prótesis.....	1	2 (257)
-Tratamiento de las enfermedades de las encías.....	1	2 (258)
-Ortodoncia.....	1	2 (259)
-Selladores, aplicación de flúor.....	1	2 (260)
-Otros.....	1	2 (261)
-N.C.....	1	(262)

P.22 El dentista al que consultó esta última vez era?

- De la Seguridad Social 1
- Del Ayuntamiento..... 2
- De una Sociedad Médica..... 3 (263)
- Privado..... 4
- Otros..... 5
- N.C..... 9

A TODOS

P.23 Vamos a preguntarle ahora sobre el estado de la dentadura de su hijo:

	Sí	No	
- Tiene caries.....	1	2	(264)
- Le han extraído dientes/muelas por caries o por otro motivo.....	1	2	(265)
- Tiene dientes/muelas empastados (obturados) ..	1	2	(266)
- Le sangran las encías al cepillarse o espontáneamente.....	1	2	(267)

Cols. (268) a (270) anuladas

- Los dientes que tiene están sanos.....	1	2	(271)
- N.C.....	1		(272)

P.24 Durante los últimos doce meses, es decir, desde primeros de noviembre de 2000 hasta el día de ayer, ¿ha estado su hijo hospitalizado como paciente, al menos durante una noche?

- Sí.....	1		
- No.....	2	(273)	
- N.C.....	9		

P.24a ¿Cuántas veces ha estado su hijo hospitalizado en estos últimos doce meses?

_____ (274)

N.C..... 9

24b Y, refiriéndonos tan sólo al último ingreso hospitalario de su hijo ocurrido en los últimos doce meses, ¿puede Ud. decirnos, aproximadamente, cuántos días estuvo ingresado el niño en el hospital?

_____ (275)(276)(277)

N.C..... 999

P.24c Y, refiriéndonos también a este último ingreso hospitalario, ¿cuál fue el motivo de la estancia de su hijo en el hospital?

- Intervención quirúrgica.....	1		
- Estudio médico para diagnosticar.....	2		
- Tratamiento médico (sin intervención quirúrgica)....	3	(278)	
- Otros.....	4		
- N.C.....	9		

P.24d ¿Estaba Ud. en la lista de espera para ingresar a su hijo por este motivo?

- Sí.....	1		
- No.....	2	(279)	
- N.C.....	9		

P.24e ¿Cuánto tiempo en meses?

_____ (280)(281)

N.C..... 99

P.24f Y refiriéndonos también al último ingreso hospitalario, ¿la forma de ingreso de su hijo en el hospital fue...?

- A través del servicio de urgencias.....	1		
- Ingreso ordinario, no ingresó por urgencias.....	2	(282)	
- N.C.....	9		

P.24g ¿A cargo de quién corrieron los gastos de la hospitalización del niño?

- Seguridad Social.....	1		
- Mutualidad obligatoria (MUFACE, ISFAS, etc.).....	2		
- Beneficencia.....	3		
- Sociedad médica privada (Sanitas, Asisa, Adeslas etc.).....	4	(283)	
- A su propio cargo.....	5		
- Otros.....	6		
- N.C.....	9		

P.25 En estos últimos doce meses ¿ha tenido su hijo que utilizar algún servicio de urgencias por algún problema o enfermedad propia?

- Si, acudió a un centro o servicio.....	1		
- Si, acudieron a mi domicilio.....	2	(284)	
- No.....	3		
- N.C.....	9		

P.25a Y en total, ¿cuántas veces tuvo su hijo que utilizar un servicio de urgencias en estos doce últimos meses

_____ nº de veces (285)(286)

N.C..... 99

P.25b Refiriéndonos a la última vez que su hijo utilizó un servicio de urgencias en estos doce últimos meses, dígame si dicho servicio de urgencias pertenecía a...

- Un servicio de urgencias no hospitalario de la Seguridad Social.....	1		
- Un hospital de la Seguridad Social.....	2		
- Un centro no hospitalario de la Seguridad Social (ambulatorio, etc.).....	3		
- Un servicio privado de urgencias.....	4	(287)	
- Un sanatorio, hospital o clínica privada.....	5		
- Una casa de socorro o servicio de urgencias del Ayuntamiento.....	6		
- Otros.....	7		
- N.C.....	9		

P.25c ¿Por qué fue Ud. a un servicio de urgencias de un hospital de la Seguridad Social:

- Porque el médico se lo mandó.....	1		
- Porque Ud., sus familiares u otras personas lo consideraron necesario.....	2	(288)	
- N.C.....	9		

P.26 En los últimos doce meses, es decir desde noviembre de 2000, ¿alguna vez ha necesitado su hijo asistencia médica y no la ha obtenido?

- Sí.....	1		
- No.....	2	(289)	
- N.S.....	8		
- N.C.....	9		

P.26a ¿Cuál fue la causa principal por la que su hijo no obtuvo asistencia? (**ENTREVISTADOR: no leer respuestas; encuadrar lo que responda en una de las siguientes. Si hay duda o no corresponde a ninguna respuesta, anotar en "otros" para codificar posteriormente**)

- No pudo Ud. conseguir cita.....	01		
- No pudo Ud. dejar el trabajo.....	02		
- Demasiado caro/ Ud. no tenía dinero.....	03		
- Ud. No tenía medio de transporte.....	04		
- Demasiado nervioso y asustado.....	05	(290)(291)	
- El seguro no lo cubría.....	06		
- No tenía seguro.....	07		
- Había que esperar demasiado.....	08		
- Otros (especificar).....	09		
- N.S.....	98		
- N.C.....	99		

P.27 Cambiando de tema, ¿podría decirme ahora, si su hijo es titular y/o beneficiario de alguna/s de las modalidades de Seguro Sanitario (Público y/o Privado) que aparecen en esta tarjeta? **(MOSTRAR TARJETA E). (DOS RESPUESTAS MÁXIMO).**

	Titular y/o Beneficiario (292)(293)
-Seguridad Social	1
-Mutualidades del Estado acogidas a la Seguridad Social (MUFACE, ISFAS, etc.).....	2
-Mutualidades del Estado acogidas a un seguro privado (MUFACE, ISFAS, etc).....	3
-Seguro médico privado, concertado individualmente (SANITAS, ASISA, Colegios Profesionales, etc.).....	4
-Seguro médico concertado por su empresa	5
-No tengo seguro médico, utilizo la beneficencia	6
-No tengo seguro médico, utilizo siempre médicos privados	7
-No tengo seguro médico, tengo iguala con un médico	8
-N.C.	9

Pregs. 28 a 37 (cuestionario adultos) Cols. (294) a (361) anuladas

P.38 ¿Podría indicarme, aproximadamente, cuántas horas al día duerme su hijo, habitualmente?

_____ horas (362)(363)

N.C. 99

Preg. 39 (cuestionario adultos) Col. (364) anulada

P.40 ¿Qué tipo de ejercicio físico hace su hijo en su tiempo libre. Dígame cuál de estas posibilidades describe mejor la mayor parte de su actividad en su tiempo libre?. **(MOSTRAR TARJETA F).**

- No hace ejercicio. Su tiempo libre lo ocupa de forma casi completamente sedentaria (leer, ver la televisión, ir al cine, tumbado en la cama o la cuna etc.)..... 1
- Hace alguna actividad física o deportiva ocasional (caminar o pasear en bicicleta, gimnasia suave, actividades recreativas de ligero esfuerzo, etc.) 2 (365)
- Hace actividad física regular, varias veces al mes (deportes, gimnasia, correr, natación, ciclismo, juegos de equipo, etc.)..... 3
- Hace entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana 4 || -NC | 9 |

ENTREVISTADOR: HACER PREGS. 41 y 42 SÓLO PARA NIÑOS A PARTIR DE UN AÑO DE EDAD

P.41 Nos gustaría saber, a continuación, algo sobre los hábitos alimentarios de su hijo. ¿Qué suele desayunar su hijo habitualmente? **(MOSTRAR TARJETA G).**

- Leche, leche con cacao, yogur, café etc..... 1
- Algo líquido y fruta, zumos 2 || -Algo líquido y cereales, tostada, galletas, bollería, etc. | 3 (366) |
| -Algo líquido y fruta y tostada, galletas o bollería | 4 |
| -Algo líquido y algo más sólido aún (huevos, queso, jamón, etc.)..... | 5 |
| -Nada, no suele desayunar | 6 |
| -N.C | 9 |

P.42 Le voy a leer una serie de alimentos para que me diga si su hijo los consume a diario, tres o más veces a la semana, pero no a diario, una o dos veces a la semana, menos de una vez a la semana o nunca. **(MOSTRAR TARJETA H).**

	1	2	3	4	5	NC
1. A diario						
2. Tres o más veces a la semana, pero no a diario						
3. Una o dos veces a la semana						
4. Menos de una vez a la semana						
5. Nunca o casi nunca						
-Fruta fresca	1	2	3	4	5	9 (367)
-Carne	1	2	3	4	5	9 (368)
-Pescado	1	2	3	4	5	9 (369)
-Pasta, arroz, patatas	1	2	3	4	5	9 (370)
-Pan, cereales	1	2	3	4	5	9 (371)
-Verdura	1	2	3	4	5	9 (372)
-Legumbres	1	2	3	4	5	9 (373)
-Embutidos	1	2	3	4	5	9 (374)
-Productos lácteos (leche, queso, yogur)	1	2	3	4	5	9 (375)
-Dulces (galletas, mermeladas, etc.)	1	2	3	4	5	9 (376)

P.43 Pasando a otro tema, querríamos saber si su hijo se ha vacunado de la gripe en la última campaña?

- Si 1 || - No | 2 (377) |
| - N.C. | 9 |

P.43a ¿Quién se lo indicó?

- El médico, por la edad del niño..... 1
- El médico, por las enfermedades del niño..... 2
- Le ponen la vacuna en el centro de estudio 3 || -Nosotros solicitamos la vacuna porque preferimos que el niño esté vacunado | 4 (378) |
| -El médico, por otras razones | 5 |
| -Otros, ¿cuáles? | 6 |
| -N.C. | 9 |

Preg. 44 (cuestionario adultos) Cols. (379) a (381) anuladas

P.45 ¿Podría decirme cuánto pesa, su hijo aproximadamente, sin zapatos ni ropa?

_____ Kilos (382)(383)(384)

N.S. 998

N.C. 999

P.46 ¿Y cuánto mide, aproximadamente, su hijo sin zapatos?

_____ cms. (385)(386)(387)

NS 998 || N.C | 999 |

P.47 Y, en relación a su estatura, ¿diría Ud. que su peso es...?

- Bastante mayor de lo normal 1 || -Algo mayor de lo normal | 2 |
| -Normal | 3 (388) |
| -Menor de lo normal | 4 |
| -N.S. | 8 |
| -N.C. | 9 |

P48 a P.51 (cuestionario adultos) Cols. (389) a (421) anuladas

SÓLO SI EL NIÑO TIENE ENTRE 6 MESES Y 4 AÑOS

P.52 ¿Qué tipo de lactancia tuvo su hijo durante las primeras 6 semanas: natural, mixta o artificial? ¿Y hasta los tres meses? ¿Y hasta los 6 meses?

	Natural	Mixta	Artificial	NC
-6 semanas.....	1	2	3	9 (422)
-3 meses.....	1	2	3	9 (423)
-6 meses.....	1	2	3	9 (424)

SÓLO SI EL NIÑO ES MENOR DE 6 AÑOS

P.53 A continuación le voy a leer una serie de enfermedades. ¿En cuáles de ellas cree Ud. que están oficialmente recomendadas las vacunaciones infantiles?

	Si	No	NS	NC
-Difteria.....	1	2	8	9 (425)
-Tétanos.....	1	2	8	9 (426)
-Tosferina.....	1	2	8	9 (427)
-Hepatitis B.....	1	2	8	9 (428)
-Sarampión.....	1	2	8	9 (429)
-Paperas (parotiditis).....	1	2	8	9 (430)
-Rubeola.....	1	2	8	9 (431)
-Polio.....	1	2	8	9 (432)

SÓLO SI EL NIÑO ES MAYOR DE UN AÑO

P.54 ¿Suele su hijo ver la televisión todos o casi todos los días?

-Si..... 1
-No..... 2 (433)
-N.C..... 9

P.54a ¿Durante cuánto tiempo, aproximadamente?

-Menos de 1 hora..... 1
-De 1 hora a 2 horas..... 2
-De 2 a 3 horas..... 3 (434)
-Más de 3..... 4
-N.C..... 9

P.55 Sexo (de la persona entrevistada)

-Hombre..... 1
-Mujer..... 2 (435)

P.56 ¿Cuál es su estado civil?

- Casado/a..... 1
- Soltero/a..... 2
- Separado..... 3 (436)
- Divorciado..... 4
- Viudo..... 5
- N.C..... 9

P.56a ¿Vive Ud. actualmente en pareja?

-Si..... 1
-No..... 2 (437)
-N.C..... 9

P.57 ¿Podría decirme si ha ido Ud. a la escuela o ha cursado algún tipo de estudios? (ENTREVISTADOR: en caso negativo, preguntar si sabe leer y escribir).

-No, es analfabeto..... 1
-No, pero sabe leer y escribir..... 2 (438)
-Sí, ha ido a la escuela..... 3
-N.C..... 9

P.57a ↓

P.57a ↓ ¿Cuáles son los estudios de más alto nivel oficial que Ud. ha cursado (con independencia de que los haya terminado o no)? Por favor, especifique lo más posible, diciéndome el curso en que estaba cuando los terminó (o los interrumpió), y también el nombre que tenían entonces esos estudios: (ej: 3 años de Estudios Primarios, Primaria, 5º de Bachillerato, Maestría Industrial, Preuniversitario, 4º de EGB, Licenciatura, Doctorado, FP1, etc.).

(ENTREVISTADOR: Si aún está estudiando, anotar el último curso que haya completado. Si no ha completado la Primaria, anotar nº de años que asistió a la escuela).

CURSO.....
NOMBRE (de los estudios).....
NIVEL (Codificar según T. ESTUDIOS).....(439)(440)

P.58 ¿En cuál de las siguientes situaciones se encuentra Ud. actualmente? (MOSTRAR TARJETA J).

-Trabaja..... 1
-Jubilado o pensionista (anteriormente ha trabajado)..... 2
-Pensionista (anteriormente no ha trabajado, sus labores, etc.)..... 3 (441)
-Parado y ha trabajado antes..... 4
-Parado y busca su primer empleo..... 5
-Estudiante..... 6
-Sus labores..... 7
-Otra situación, ¿cuál?..... 8
-N.C..... 9

P.58a Aunque Ud. no trabaje ahora, ¿me puede decir si ha trabajado antes?

-Si..... 1
-No..... 2 (442)
-N.C..... 9

P.59 ¿Y cuál es/era su actual/última ocupación u oficio? Es decir, ¿en qué consistía específicamente su trabajo? (Precisar lo más posible las actividades realizadas, EJEMPLO: mecánico reparador de automóviles, ayudante de odontología, profesor de enseñanza primaria, etc.). Nos referimos a su ocupación principal: aquella por la que Ud. obtiene/hía mayores ingresos. (ENTREVISTADOR: en el caso de pensionista (anteriormente sus labores), preguntar la ocupación de la persona que ha generado la pensión).

..... (443)(444)(445)
NC..... 999

P.60 ¿Ud. trabaja (o trabajaba) como... (MOSTRAR TARJETA J).

-Asalariado fijo (a sueldo, comisión, jornal, etc., con carácter fijo)..... 1
-Asalariado eventual o interino (a sueldo, comisión, jornal, etc., con carácter temporal o interino)..... 2
-Empresario o profesional con asalariados..... 3
-Profesional o trabajador autónomo (sin asalariados)..... 4 (446)
-Ayuda familiar (sin remuneración reglamentada en la empresa o negocio de un familiar)..... 5
-Miembro de una cooperativa..... 6
-Otra situación, ¿cuál?..... 7
-N.C..... 9

P.60a ↓

P.60a Trabaja/ba Ud. en la Administración Pública, en una Empresa pública, en una empresa privada, en una organización privada sin fines de lucro o en el servicio doméstico?

- Administración Pública 1
- Empresa pública 2
- Empresa privada 3
- Organización sin fines de lucro 4 (447)
- Servicio doméstico 5
- Otros (especificar) _____ 6
- N.C. 9

ENTREVISTADOR: Si se trata de un funcionario, anote también Grupo (A,B,C,D,E) y Nivel del puesto de trabajo (1-30)

Grupo _____ Nivel _____

P.61 ¿A qué actividad se dedica principalmente la empresa u organización donde Ud. trabaja/ba? (EJEMPLOS: fábrica de artículos de deporte, correos, alquiler de coches, electricidad, reparaciones, industria del cuero, etc.).

(Anotar) _____ (448)(449)

N.C. 99

SÓLO PARA LOS QUE ACTUALMENTE TRABAJAN (1 en P.58)

P.62 ¿Qué tipo de jornada tiene en su trabajo?

- Jornada partida 1
- Jornada continua por la mañana 2
- Jornada continua por la tarde 3
- Jornada continua por la noche 4 (450)
- Jornada reducida 5
- Turnos 6
- Otra 7
- N.C. 9

A TODOS

P.63 ¿Es Ud. la persona que aporta más ingresos al hogar (cabeza de familia)?

- Sí 1 → Pasar a P.69 (451)
- No 2
- N.C. 9

P.64 ¿Podría decirme si el cabeza de familia ha ido a la escuela o ha cursado algún tipo de estudios? (**ENTREVISTADOR:** en caso negativo, preguntar si sabe leer y escribir).

- No, es analfabeto 1
- No, pero sabe leer y escribir ... 2 (452)
- Sí, ha ido a la escuela 3
- N.C. 9

P.64a

P.64a ¿Cuáles son los estudios de más alto nivel oficial que ha cursado el cabeza de familia (con independencia de que los haya terminado o no)? Por favor, especifique lo más posible, diciéndome el curso en que estaba cuando los terminó (o los interrumpió), y también el nombre que tenían entonces esos estudios: (ej: 3 años de Estudios Primarios, Primaria, 5º de Bachillerato, Maestría Industrial, Preuniversitario, 4º de EGB, Licenciatura, Doctorado, FP1, etc.).

(ENTREVISTADOR: Si aún está estudiando, anotar el último curso que haya completado. Si no, ha completado la Primaria, anotar nº de años que asistió a la escuela).

CURSO _____

NOMBRE (de los estudios) _____

NIVEL (Codificar según T. ESTUDIOS) _____ (453)(454)

P.65 ¿En cuál de las siguientes situaciones se encuentra el cabeza de familia actualmente? (**MOSTRAR TARJETA J**).

- Trabaja 1
- Jubilado o pensionista (anteriormente ha trabajado) 2 (455)
- Pensionista (anteriormente no ha trabajado, sus labores, etc.) 3
- Parado y ha trabajado antes 4
- Parado y busca su primer empleo 5
- Estudiante 6 → Pasar a P.69
- Sus labores 7
- Otra situación, ¿cuál? _____ 8
- N.C. 9

P.66 ¿Y cuál es/era la actual/última ocupación u oficio del cabeza de familia? Es decir, ¿en qué consiste/ta específicamente su trabajo? (Precisar lo más posible las actividades realizadas, EJEMPLO: mecánico reparador de automóviles, ayudante de odontología, profesor de enseñanza primaria, etc.). Nos referimos a su ocupación principal: aquélla por la que el cabeza de familia obtiene/ha mayores ingresos. (**ENTREVISTADOR: en el caso de pensionista (anteriormente sus labores), preguntar la ocupación de la persona que ha generado la pensión.**)

_____ (456)(457)(458)

N.C. 999

P.67 ¿El cabeza de familia trabaja (o trabajaba) como... (**MOSTRAR TARJETA J**).

- Asalariado fijo (a sueldo, comisión, jornal, etc., con carácter fijo) 1
- Asalariado eventual o interino (a sueldo, comisión, jornal, etc., con carácter temporal o interino) 2
- Empresario o profesional con asalariados 3
- Profesional o trabajador autónomo (sin asalariados) ... 4 (459)
- Ayuda familiar (sin remuneración reglamentada en la empresa o negocio de un familiar) 5
- Miembro de una cooperativa 6
- Otra situación, ¿cuál? _____ 7
- N.C. 9

P.67a

P.67a Trabaja/ba el cabeza de familia en la Administración Pública, en una empresa pública, en una empresa privada, en una organización privada sin fines de lucro o en el servicio doméstico?

- Administración Pública 1
 - Empresa pública 2
 - Empresa privada 3
 - Organización sin fines de lucro 4 (460)
 - Servicio doméstico 5
 - Otros (especificar) _____
 _____ 6
 - N.C 9

ENTREVISTADOR: Si se trata de un funcionario, anote también Grupo (A,B,C,D,E) y Nivel del puesto de trabajo (1-30).
 Grupo _____ Nivel _____

P.68 ¿A qué actividad se dedica principalmente la empresa u organización donde el cabeza de familia trabaja/ba? (EJEMPLOS: fábrica de artículos de deporte, correos, alquiler de coches, electricidad, reparaciones, industria del cuero, etc.).

(Anotar) _____ (461)(462)
 N.C 99

A TODOS

P.69 ¿Cuál es el total de ingresos que por todos los conceptos entran en su hogar mensualmente? (**MOSTRAR TARJETA INGRESOS**).

- Menos de 60.000 pts/mes 1
 - De 60.001 a 100.000 pts/mes 2
 - De 100.001 a 150.000 pts/mes 3
 - De 150.001 a 200.000 pts/mes 4 (463)
 - De 200.001 a 300.000 pts/mes 5
 - Más de 300.000 pts/mes 6
 - N.C 9

P.70 ¿Le importaría darme su nº de teléfono?

(ENTREVISTADOR: EXPLICAR QUE ES PARA QUE EL CIS PUEDA HACER UNA POSIBLE COMPROBACIÓN TELEFÓNICA DE QUE LA ENTREVISTA HA SIDO REALIZADA).

- Tiene teléfono y da número 1 teléfono _____
 - No tiene teléfono 2
 - Tiene teléfono y no da número 3 (464)
 - N.C. 9

A RELLENAR POR EL ENTREVISTADOR

INCIDENCIAS ENTREVISTA:

- I.1 Número de orden de entrevista (por muestra) (465)(466)
- I.2 Dificultad de acceso al edificio, casa, urbanización, etc) (467)(468)
- I.3 Viviendas en las que no hay nadie..... (469)(470)
- I.4 Viviendas en las que se niegan a recibir ninguna explicación (471)(472)
- I.5 Negativas de varones a realizar la entrevista (473)(474)
- I.6 Negativas de mujeres a realizar la entrevista (475)(476)
- I.7 Contactos fallidos por no cumplir cuotas..... (477)(478)
- I.8 Contactos fallidos por no ser una vivienda (oficinas, consultas médicas, etc)..... (479)(480)
- I.9 Viviendas de inmigrantes (481)(482)

ENTREVISTA REALIZADA:

- Entrevista conseguida: _____ (calle o plaza) _____ (nº) _____ (piso) _____ (pta.)
- E.1 Fecha de realización: _____ (Día) _____ (Mes) _____ (Año)
 (483)(484) (485)(486) (487)(488)
- E.2 Día de la semana que se realiza la entrevista: Lunes..... 1
 Martes 2
 Miércoles 3
 Jueves 4 (489)
 Viernes 5
 Sábado 6
 Domingo 7
- E.3 Duración de la entrevista: _____ (en minutos) (490)(491)(492)
- E.4 Hora de realización: La mañana (9-12) 1
 Mediodía (12-4) 2 (493)
 Tarde (4-8) 3
 Noche (8-10) 4

VALORACIÓN DE LA ENTREVISTA:

- V.1 Desarrollo de la entrevista: Muy buena 1
 Buena 2
 Regular 3 (494)
 Mala 4
 Muy mala 5
- V.2 Sinceridad del entrevistado: Mucha 1
 Bastante 2 (495)
 Poca 3
 Ninguna 4

A RELLENAR EN CODIFICACIÓN

C.1 **CUESTIONARIO CUMPLIMENTADO:**
 Correcta 1 (496)
 Incorrecta 2
 C.1a MOTIVO: _____ (497)(498)

C.3 **RESULTADO FINAL:**
 Entrevista válida 1 (503)
 Entrevista anulada 2

C.4 CODIFICADOR Nº _____ (504)(505)

C.2 **VALORACIÓN DE LA INSPECCIÓN:**
 Entrevista no inspeccionada 1
 Inspección telefónica 2 (499)
 Inspección personal 3
 Inspección telefónica y personal 4
 C.2a **Resultado inspección:**
 Entrevista correcta 1 (500)
 Entrevista incorrecta 2
 C.2b MOTIVO: _____ (501)(502)

Anexo 7. Cuestionario Infantil Encuesta Nacional de Salud 2006/07



Encuesta Nacional de Salud Cuestionario de Menores (Personas de 0 a 15 años)



3



1. Datos de identificación de la sección

Provincia _____

Nº de orden de la sección _____

Municipio _____

Distrito/sección _____

Año/trimestre/bisemana _____

2. Identificación de la vivienda y hogar

Nº de orden de la vivienda _____

Nº de hogar dentro de la vivienda _____

3. Identificación del/de la niño/a seleccionado/a

Nombre _____

Nº de orden _____

Fecha de nacimiento _____

Edad _____

4. Identificación del/de la informante

4.1 Relación con el menor seleccionado

Padre/Madre 1 Otros familiares 5

Tutor/a 2 Servicios sociales 6

Hermano/a 3 Otros 7

Abuelo/a 4

Entrevistador/a: ¿El/la informante es miembro del hogar?

Sí 1 → nº de orden _____ → P 4.5

No 6

4.2 Nombre del/de la informante _____

4.3 Edad _____

4.4 Sexo 1 Varón 6 Mujer

4.5 Teléfono del/de la informante _____

5. Fecha de cumplimentación _____

_____ Día Mes Año

_____ Hora Minutos

Naturaleza, características y finalidad

La Encuesta Nacional de Salud es una investigación estadística a nivel estatal, diseñada con la finalidad de obtener datos sobre el estado de la salud, utilización de servicios sanitarios, prevención, factores de riesgo, ... de las personas.

La trascendencia de estos objetivos y las características del servicio público de este estudio nos impulsan a solicitar, de forma voluntaria, su importante y valiosa colaboración.

Legislación

Secreto estadístico: serán objeto de protección y quedarán amparados por el secreto estadístico los datos personales que obtengan los servicios estadísticos, tanto directamente de los informantes como a través de las fuentes administrativas (Art. 13.1 de la Ley de la Función Estadística Pública de 9 de Mayo de 1989, LFEP). Todo el personal tendrá obligación de preservar el secreto estadístico (Art. 17.1 de la LFEP). Los servicios estadísticos podrán solicitar datos de todas las personas físicas y jurídicas, nacionales y extranjeras residentes en España (Art. 10.1 de la LFEP). Todas las personas físicas y jurídicas que suministren datos, tanto si su colaboración es obligatoria como voluntaria, deben contestar de forma veraz, exacta, completa y dentro del plazo a las preguntas ordenadas en la debida forma por parte de los servicios estadísticos (Art. 10.2 de la LFEP). (Ley 12/1989, de la Función Estadística Pública).

Mod. ENS-06-CM

A. Estado de salud

Entrevistador/a, léale a la persona entrevistada: *Vamos a comenzar hablando de la salud de ... (Mencione el nombre del/de la niño/a seleccionado/a para la encuesta).*

1. En los últimos doce meses, ¿diría que su estado de salud ha sido muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo?

- Muy bueno _____ 1
 Bueno _____ 2
 Regular _____ 3
 Malo _____ 4
 Muy malo _____ 5

2. A continuación le voy a leer una lista con una serie de enfermedades o problemas salud, ¿padece o ha padecido (mencione de nuevo el nombre del/de la niño/a seleccionado/a) alguna vez alguna de ellas?

Entrevistador/a: léale a la persona entrevistada las enfermedades que se relacionan una a una anotando la respuesta que proceda. En el caso de que conteste Sí en alguna de las opciones de 2.a formule las preguntas 2.b, 2.c y 2.d.

	2. a ¿Padece o ha padecido alguna vez alguna de ellas?		En caso de respuesta afirmativa en la pregunta 2.a, preguntar y anotar lo que proceda							
	SÍ	NO	2.b ¿La ha padecido en los últimos 12 meses?		2. c ¿Le ha dicho un/a médico/a que la padece?		2. d ¿Está tomando o ha tomado medicación en los últimos 12 meses por este problema?			
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6		
1. Alergia crónica _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6		
2. Asma _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6		
3. Diabetes _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6		
4. Tumores malignos (incluye leucemia y linfoma) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6		
5. Epilepsia _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6		
6. Trastornos de la conducta (incluye hiperactividad) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6		
7. Trastornos mentales (depresión, ansiedad, ...) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6		
¿Ha padecido alguna otra enfermedad crónica?										
8. _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6		
9. _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6		

Entrevistador/a: si todas las respuestas a la columna 2.a son NO → pase al Módulo B. Si alguna respuesta a la columna 2.a es SI → continúe en P3

3. Durante los últimos doce meses, ¿esa/s enfermedad/es o problema/s de salud, le ha/n limitado al/a la niño/a de alguna forma sus actividades habituales?

- Sí _____ 1
 No _____ 6

B. Accidentalidad y agresión (últimos 12 meses)

Entrevistador/a, léale al/a la informante: *A continuación, voy a preguntarle si el/la niño/a ha sufrido algún tipo de accidente, sus consecuencias, tratamiento, ..., en los últimos doce meses.*

4. Durante los últimos doce meses, ¿ha tenido el/la niño/a algún accidente de cualquier tipo, incluido intoxicación o quemadura?

- Sí _____ 1
 No _____ 6 → P9

2

5. ¿De qué tipo y cuántas veces ha tenido este tipo de accidente?

	Sí	Nº de veces	No
1. Caída a desnivel (escalera, silla, ...)	<input type="checkbox"/> 1	→ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 6
2. Caída a nivel del suelo	<input type="checkbox"/> 1	→ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 6
3. Quemadura	<input type="checkbox"/> 1	→ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 6
4. Golpe	<input type="checkbox"/> 1	→ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 6
5. Intoxicación (excluidas las intoxicaciones alimentarias)	<input type="checkbox"/> 1	→ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 6
6. Accidente de tráfico como conductor o pasajero sufriendo daños físicos	<input type="checkbox"/> 1	→ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 6
7. Accidente de tráfico como peatón	<input type="checkbox"/> 1	→ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 6
8. Otros	<input type="checkbox"/> 1	→ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 6

6. Y refiriéndonos, en concreto, al último accidente que haya tenido (si es que ha tenido varios en los últimos doce meses), ¿dónde tuvo lugar?

- En casa, escaleras, portal, ... 1
- En la calle o carretera y fue un accidente de tráfico 2
- En la calle, pero no fue un accidente de tráfico 3
- En la escuela, colegio, guardería, instituto, ... 4
- En una instalación deportiva 5
- En una zona recreativa o de ocio 6
- En otro lugar 7

7. ¿Consultó con algún/a profesional sanitario/a, acudió a un centro de urgencias o ingresó en un hospital a consecuencia de este accidente?

- Consultó a un/a médico/a o enfermero/a 1
- Acudió a un centro de urgencias 2
- Ingresó en un hospital 3
- No fue necesario hacer ninguna consulta ni intervención 4

8. ¿Qué efecto o daño le produjo al/a la niño/a este accidente?

Entrevistador/a: anote dos respuestas como máximo (aquéllas que el/la informante considere más importantes).

- 1. Contusiones, hematomas, esguinces-luxaciones o heridas superficiales
- 2. Fracturas o heridas profundas
- 3. Envenenamiento o intoxicación
- 4. Quemaduras
- 5. Otros efectos

9. Durante los últimos doce meses, ¿ha sufrido el/la niño/a algún tipo de agresión?

- Sí 1
- No 6 → **Módulo C**

10. Y refiriéndonos a la última agresión que haya tenido (si es que ha sufrido varias en los últimos doce meses), ¿dónde tuvo lugar?

- En un lugar de ocio _____ 1
 En la escuela, colegio, guardería, instituto, ... _____ 2
 En la calle _____ 3
 En el hogar del/de la menor _____ 4
 En el edificio donde vive _____ 5
 En una zona deportiva _____ 6
 En otros lugares _____ 7

C. Restricción de la actividad (últimas dos semanas)

Entrevistador/a, léale al/a la entrevistado/a: *A continuación le voy a preguntar sobre restricciones en las actividades habituales del/de la niño/a en las dos últimas semanas. Por favor piense en el tiempo pasado desde _____ (indicar el día que corresponde con dos semanas menos), hasta ayer.*

11. Durante las últimas dos semanas, ¿ha tenido que reducir o limitar sus actividades habituales el/ la niño/a al menos la mitad de un día por alguno o varios dolores o síntomas?

Entrevistador/a: si el tiempo que ha tenido que reducir o limitar sus actividades habituales ha sido la mitad de un día, anote 01.

- Sí _____ 1 → N° de días
 No _____ 6

12. Durante las últimas dos semanas, ¿se ha visto obligado/a el/la niño/a a quedarse más de la mitad de un día en cama por motivos de salud? (Si ha estado hospitalizado considere también los días pasados en el hospital)

Entrevistador/a: si el tiempo que ha tenido que permanecer en la cama ha sido la mitad de un día, anote 01.

- Sí _____ 1 → N° de días
 No _____ 6

Entrevistador/a: si P11 = NO y P12 = NO, pase al Módulo D. Si en P11 ó P12 ha anotado **SÍ**, conteste a la/s columna/s correspondiente/s marcando con una X en P13.a ó P13.b los dolores o síntomas indicados por el entrevistado.

13. ¿Cuáles han sido los dolores o síntomas que han obligado al/a la niño/a a limitar o reducir sus actividades habituales y/o a guardar cama, al menos la mitad de un día?

	13.a Actividad habitual	13.b Guardar cama
01. Dolor de huesos, de espalda o de las articulaciones _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02. Problemas de nervios, depresión o dificultad para dormir _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03. Problemas de garganta, tos, catarro o gripe _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04. Dolor de cabeza _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05. Contusión, lesión o heridas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06. Dolor de oídos, otitis _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07. Diarrea o problemas intestinales _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08. Ronchas, picor, alergias _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09. Molestias de riñón o urinarias _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Fiebre _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Problemas con los dientes o encías _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Vómitos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Dolor abdominal _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Otros dolores o síntomas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4

D. Consumo de medicamentos (últimas dos semanas)

Entrevistador/a, léale al/a la informante: *Pasemos al consumo de medicamentos del/de la niño/a en las dos últimas semanas.*

14. A continuación voy a leerle una lista de medicamentos, por favor dígame, ¿cuál o cuáles de ellos ha consumido el/la niño/a en las últimas dos semanas y cuáles le fueron recetados por el/la médico/a, independientemente de que se hayan consumido?

Entrevistador/a: léale a la persona entrevistada la lista de medicamentos y pregúntele, para cada uno de ellos, si lo ha consumido o no en las últimas dos semanas, y si le fue o no recetado por algún médico. Debe cumplimentar las columnas **Consumido** y **Recetado** con Sí o No para cada uno de los medicamentos salvo en las opciones 14 y 15.

	Consumido		Recetado	
	Sí	No	Sí	No
01. Medicinas para el catarro, gripe, garganta, bronquios _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
02. Medicinas para el dolor _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
03. Medicinas para bajar la fiebre _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
04. Reconstituyentes como vitaminas, minerales, tónicos _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
05. Laxantes _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
06. Antibióticos _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
07. Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
08. Medicamentos para el asma _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
09. Medicamentos para la alergia _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
10. Medicamentos para la diarrea _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
11. Medicamentos para los vómitos _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
12. Medicamentos para la diabetes _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
13. Otros medicamentos _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
14. Productos homeopáticos _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6		
15. Productos naturistas _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6		

Entrevistador/a:
 el/la niño/a tiene menos de 4 años 1 → Módulo F
 el/la niño/a tiene 4 años o más 6 → Módulo E

E. Salud mental (últimos 6 meses)

15. A continuación le voy a leer una serie de frases que pueden describir las capacidades y dificultades del/de la niño/a. Después de cada frase, dígame si *No es cierto*, si es *Un tanto cierto* o *Absolutamente cierto*, dependiendo de cómo se ajusta al comportamiento del/de la niño/a. Por favor, responda basándose en el comportamiento del/de la niño/a durante los últimos seis meses.

	No es cierto	Un tanto cierto	Absolu- tamente cierto
1. Tiene en cuenta los sentimientos de otras personas _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2. Es inquieto/a, hiperactivo/a, no puede permanecer quieto/a por mucho tiempo _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3. Se queja con frecuencia de dolor de cabeza, de estómago o de náuseas _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4. Comparte frecuentemente con otros niños/as chucherías, juguetes, lápices, ... _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
5. Frecuentemente tiene rabietas o mal genio _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
6. Es más bien solitario/a y tiende a jugar solo/a _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
7. Por lo general es obediente, suele hacer lo que le piden los adultos _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
8. Tiene muchas preocupaciones, a menudo parece inquieto/a o preocupado/a _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
9. Ofrece ayuda cuando alguien resulta herido, disgustado o enfermo _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
10. Está continuamente moviéndose y es revoltoso/a _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
11. Tiene por lo menos un/a buen/a amigo/a _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
12. Pelea con frecuencia con otros niños/as o se mete con ellos/as _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
13. Se siente a menudo infeliz, desanimado/a o lloroso/a _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
14. Por lo general cae bien a los otros niños/as _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
15. Se distrae con facilidad, su concentración tiende a dispersarse _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
16. Es nervioso/a o dependiente ante nuevas situaciones, fácilmente pierde la confianza en sí mismo/a _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
17. Trata bien a los/las niños/as más pequeños/as _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
18. A menudo miente o engaña _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
19. Los otros niños se meten con él/ella o se burlan de él/ella _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
20. A menudo se ofrece para ayudar (a padres, maestros, otros niños) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
21. Piensa las cosas antes de hacerlas _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
22. Roba cosas en casa, en la escuela o en otros sitios _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
23. Se lleva mejor con adultos que con otros niños/as _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
24. Tiene muchos miedos, se asusta fácilmente _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
25. Termina lo que empieza, tiene buena concentración _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

F. Utilización de servicios sanitarios

Entrevistador/a, léale al/a la entrevistado/a: *A continuación voy a hacerle preguntas sobre la utilización de los diferentes servicios sanitarios por parte del/de la niño/a.*

F 1. Consultas médicas

Entrevistador/a, léale al/a la informante: *Para empezar, quisiera conocer las consultas médicas que ha realizado el/la niño/a.*

16. ¿Cuánto tiempo hace que realizó una consulta médica (*personalmente o por teléfono*) por última vez, por algún problema, molestia o enfermedad del/de la niño/a?

(No incluya las consultas de estomatología o dentista ni la realización de pruebas diagnósticas como radiografías, análisis, ..., ni las consultas realizadas durante las hospitalizaciones).

Hace cuatro semanas o menos	<input type="checkbox"/>	1			
Hace más de cuatro semanas y menos de un año	<input type="checkbox"/>	2	→ N° de meses	<input type="text"/>	→ P25
Hace un año o más	<input type="checkbox"/>	3	→ N° de años	<input type="text"/>	
Nunca ha ido al/a la médico/a	<input type="checkbox"/>	4			

17. ¿Cuántas veces ha consultado con un/a pediatra o médico/a de familia en las cuatro últimas semanas por algún problema, molestia o enfermedad del/de la niño/a?

N° de veces

No sabe/no recuerda

No contesta

18. ¿Cuántas veces ha consultado con un/a especialista en las cuatro últimas semanas por algún problema, molestia o enfermedad del/de la niño/a?

N° de veces

No sabe/no recuerda

No contesta

19. ¿Cuál era la especialidad del/de la último/a médico/a al/a la que consultó?

Entrevistador/a: no lea la opciones de respuesta, sólo anote la que espontáneamente conteste la persona entrevistada.

Médico de familia	<input type="checkbox"/>	01	Neumología	<input type="checkbox"/>	14
Pediatría	<input type="checkbox"/>	02	Neurocirugía	<input type="checkbox"/>	15
Alergología	<input type="checkbox"/>	03	Neurología	<input type="checkbox"/>	16
Aparato digestivo	<input type="checkbox"/>	04	Oftalmología	<input type="checkbox"/>	17
Cardiología	<input type="checkbox"/>	05	Oncología	<input type="checkbox"/>	18
Cirugía general y digestiva	<input type="checkbox"/>	06	Otorrinolaringología	<input type="checkbox"/>	19
Cirugía cardiovascular	<input type="checkbox"/>	07	Psiquiatría	<input type="checkbox"/>	20
Cirugía vascular	<input type="checkbox"/>	08	Rehabilitación	<input type="checkbox"/>	21
Dermatología	<input type="checkbox"/>	09	Reumatología	<input type="checkbox"/>	22
Endocrinología y nutrición	<input type="checkbox"/>	10	Traumatología	<input type="checkbox"/>	23
Ginecología-obstetricia	<input type="checkbox"/>	11	Urología	<input type="checkbox"/>	24
Medicina interna	<input type="checkbox"/>	12	Otra especialidad	<input type="checkbox"/>	25
Nefrología	<input type="checkbox"/>	13			

7

20. ¿Dónde tuvo lugar la última consulta realizada durante las últimas cuatro semanas?

- Centro de Salud/Consultorio _____ 01
- Ambulatorio/Centro de especialidades _____ 02
- Consulta externa de un hospital _____ 03
- Servicio de Urgencias no hospitalario _____ 04
- Servicio de Urgencias de un hospital _____ 05
- Consulta de médico/a particular _____ 06
- Consulta de médico/a de una sociedad _____ 07
- Escuela, colegio, instituto _____ 08
- Domicilio del/de la menor _____ 09
- Consulta telefónica _____ 10
- Otro lugar _____ 11

→ P24

21. ¿Cuál fue el motivo principal de esta última consulta?

- Diagnóstico de una enfermedad o problema de salud _____ 1
- Un accidente o agresión _____ 2
- Revisión por enfermedad _____ 3
- Control de salud (programa de atención al niño sano) _____ 4
- Vacunación _____ 5
- Sólo dispensación de recetas _____ 6
- Otros motivos _____ 7

→ P23

22. Y esta última vez, ¿cuánto tiempo pasó desde que el/la niño/a empezó a notarse enfermo/a o sintió que tenía algún problema de salud hasta que se pidió cita para consulta?

- 1. Meses _____ No sabe/no recuerda _____
- 2. Días _____ No contesta _____
- 3. Horas _____

23. Y también esta última vez, ¿cuánto tiempo pasó desde que se pidió cita para consulta hasta que el/la médico/a vio al niño/a?

- 1. Meses _____ No sabe/no recuerda _____
- 2. Días _____ No contesta _____
- 3. Horas _____

24. El/la médico/a al/a la que acudió el/la niño/a en esta última consulta realizada era de:

- Sanidad Pública (Seguridad Social) _____ 1
- Sociedad médica _____ 2
- Consulta privada _____ 3
- Otros (Iguala médica, médico escolar, ...) _____ 4

25. En las últimas cuatro semanas, ¿se ha hecho el/la niño/a algún tipo de prueba no urgente, como radiografías, ecografías, análisis, ...?

Sí _____ 1

No _____ 6 → P27

26. ¿Cuáles de las siguientes pruebas se ha hecho y cuánto tiempo tardó en hacérselas desde que pidió cita?

	Sí	Tiempo desde la cita		No sabe/ no recuerda	No contesta
		Meses	Días		
1. Radiografía _____	<input type="checkbox"/> 1	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 6				
2. TAC _____	<input type="checkbox"/> 1	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 6				
3. Ecografía _____	<input type="checkbox"/> 1	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 6				
4. Resonancia magnética _____	<input type="checkbox"/> 1	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 6				
5. Análisis _____	<input type="checkbox"/> 1	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 6				
6. Otra _____	<input type="checkbox"/> 1	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 6				

27. En las últimas cuatro semanas, ¿ha consultado el/la niño/a con alguno de los siguientes profesionales?

	Sí	Nº de veces	No sabe/ no recuerda	No contesta
1. Enfermería _____	<input type="checkbox"/> 1	→ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 6			
2. Fisioterapeuta _____	<input type="checkbox"/> 1	→ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 6			

F 2. Necesidad de asistencia médica en los últimos 12 meses

28. En los últimos 12 meses, ¿alguna vez el/la niño/a ha necesitado asistencia médica y no la ha recibido?

Sí _____ 1

No _____ 6 → Módulo F 3

9

29. ¿Cuál ha sido la causa principal por la que el/la niño/a no ha recibido esa asistencia?

Entrevistador/a: no debe leer a la persona entrevistada las alternativas de respuesta sino señalar aquélla que le facilite espontáneamente, siempre que coincida con alguna de las incluidas en las opciones 1 a 9. Si la respuesta no coincide con ninguna de estas opciones, señale la alternativa 10, *Otra causa*.

- No pudo conseguir cita _____ 01
 No pudo dejar el trabajo y llevar al niño/a _____ 02
 Era demasiado caro/no tenía dinero _____ 03
 No tenía medio de transporte _____ 04
 Porque el/la niño/a estaba demasiado nervioso/a y asustado/a _____ 05
 El seguro no lo cubría _____ 06
 No tenía seguro _____ 07
 Había que esperar demasiado _____ 08
 Nadie podía dejar las obligaciones familiares y llevar al niño/a _____ 09
 Otra causa _____ 10

F 3. Seguro Sanitario

30. ¿Podría decirme ahora de cuál/es de las siguientes modalidades de seguro sanitario (público y/o privado) es el/la niño/a titular o beneficiario?

Entrevistador/a: anote como máximo dos respuestas, las que el/ la informante considere prioritarias.

1. Seguridad Social _____
 2. Empresas colaboradoras de la Seguridad Social _____
 3. Mutualidades del Estado (*MUFACE, ISFAS, ...*) acogidas a la Seguridad Social _____
 4. Mutualidades del Estado (*MUFACE, ISFAS, ...*) acogidas a un seguro privado _____
 5. Seguro médico privado (*SANITAS, ASISA, Colegios Profesionales, ...*), concertado individualmente _____
 6. Seguro médico privado concertado por la empresa _____
 7. No tiene seguro médico, utiliza siempre médicos privados _____
 8. Otras situaciones _____

F 4. Visitas a estomatología, dentista e higienista dental

Entrevistador/a, léale a la persona entrevistada: *A continuación voy a hacerle algunas preguntas sobre la salud dental del/de la niño/a.*

31. ¿Cuánto tiempo hace que acudió el/la niño/a al/a la dentista, estomatólogo/a o higienista dental para examen, consejo o tratamiento de problemas de su dentadura o boca?

- Hace 3 meses o menos _____ 1 → N° de veces en los últimos 3 meses
 Hace más de 3 meses y menos de 12 meses _____ 2 → N° de meses
 Hace un año o más _____ 3 → N° de años
 Nunca ha ido _____ 4 → **P 34**

32. La última vez que acudió el/la niño/a, ¿cuáles de los siguientes tipos de asistencia recibió?

	Sí	No
01. Revisión o chequeo _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
02. Limpieza de boca _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
03. Empastes (obturaciones), endodoncias _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
04. Extracción de algún diente/ muela _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
05. Fundas, puentes u otro tipo de prótesis _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
06. Tratamiento de las enfermedades de las encías _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
07. Ortodoncia _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
08. Aplicación de flúor _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
09. Otro tipo de asistencia _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6

33. El/la dentista, estomatólogo/a o higienista dental al/a la que consultó el/la niño/a esta última vez era de:

Sanidad Pública (Seguridad Social) _____	<input type="checkbox"/> 1
Ayuntamiento _____	<input type="checkbox"/> 2
Sociedad médica _____	<input type="checkbox"/> 3
Consulta privada _____	<input type="checkbox"/> 4
Otros (Iguala médica, ...) _____	<input type="checkbox"/> 5

34. Entrevistador/a: ¿el/la niño/a tiene menos de un año?

Sí _____	<input type="checkbox"/> 1
No _____	<input type="checkbox"/> 6 → P36

35. ¿Le ha salido algún diente?

Sí _____	<input type="checkbox"/> 1	→ Módulo F 5
No _____	<input type="checkbox"/> 6	

36. ¿Cuál es el estado de los dientes y muelas del/de la niño/a?

	Sí	NO
1. Tiene caries _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
2. Le han extraído dientes/ muelas _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
3. Tiene dientes/ muelas empastados (obturados) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
4. Le sangran las encías al cepillarse o espontáneamente _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
5. Los dientes que tiene están sanos _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6

F 5. Hospitalizaciones (últimos 12 meses)

Entrevistador/a: léale al/a la entrevistado/a: *Las siguientes preguntas tratan sobre posibles ingresos del/de la niño/a en hospitales.*

37. Durante los últimos doce meses, ¿ha tenido que ingresar el/la niño/a en un hospital como paciente al menos durante una noche?

Sí _____ 1
 No _____ 6 → P46

38. ¿Cuántas veces ha estado el/la niño/a hospitalizado/a en estos últimos doce meses?

Nº de veces

39. En relación a su último ingreso hospitalario ocurrido en los últimos doce meses, ¿cuántos días estuvo ingresado/a el/la niño/a en el hospital?

Nº de días (mínimo un día)

40. En relación también a este último ingreso hospitalario, ¿cuál fue el motivo del ingreso del/de la niño/a en el hospital?

Intervención quirúrgica _____ 1
 Estudio médico para diagnóstico _____ 2
 Tratamiento médico sin intervención quirúrgica _____ 3
 Otros motivos _____ 4

41. ¿El/la niño/a estuvo en lista de espera por este motivo?

Sí _____ 1
 No _____ 6 → P43

42. ¿Cuánto tiempo en meses estuvo el/la niño/a en lista de espera desde que le dijeron que tenía que ingresar?

Entrevistador/a: si el tiempo que estuvo en lista de espera fue menos de un mes, anote 00.

Nº de meses No sabe/no recuerda No contesta

43. En relación al último ingreso hospitalario del niño/a, ¿cuál fue la forma de ingreso?

A través del servicio de urgencias _____ 1
 Ingreso ordinario (no por urgencias) _____ 2

44. ¿A cargo de quién corrieron los gastos de su hospitalización?

Sanidad Pública (Seguridad Social) _____ 1 No sabe/no recuerda _____ 8
 Mutualidad obligatoria (MUFACE, ISFAS, ...) _____ 2 No contesta _____ 9
 Sociedad médica privada _____ 3
 A cargo del hogar del/de la niño/a _____ 4
 A cargo de otras personas, organismos o instituciones _____ 5

12

45. ¿Le dieron o le enviaron a su domicilio un informe de alta cuando el/la niño/a salió del hospital?

Sí _____ 1 No sabe/no recuerda _____ 8
No _____ 6 No contesta _____ 9

46. Durante los últimos doce meses, ¿ha ingresado el/la niño/a para una intervención, tratamiento o hacerse alguna prueba en un Hospital de día, es decir, permaneciendo en él durante todo o parte del día pero sin tener que pasar allí la noche?

Entrevistador/a: incluye ingresos en cama o sillón cama, no incluye estancias en urgencias ni en observación.

Sí _____ 1
No _____ 6 → **Módulo F6**

47. ¿Cuál fue el motivo del último ingreso del/de la niño/a en el Hospital de día?

Un tratamiento _____ 1
Una intervención quirúrgica _____ 2 → **Módulo F6**
Otros motivos _____ 3 → **Módulo F6**

48. ¿Cuántas veces ha tenido que acudir el/la niño/a al Hospital de día para recibir este tratamiento?

Nº de veces No sabe/no recuerda No contesta

F 6. Servicios de urgencias (últimos 12 meses)

Entrevistador/a, léale al entrevistado/a: Para terminar con la utilización de servicios sanitarios, voy a preguntarle por la posible utilización de los servicios de urgencias por parte del/de la niño/a.

49. En estos últimos doce meses, ¿ha tenido el/la niño/a que utilizar algún servicio de urgencias por algún problema o enfermedad?

Sí _____ 1
No _____ 6 → **Módulo G**

50. Y en total, ¿cuántas veces tuvo que utilizar el/la niño/a un servicio de urgencias en estos doce meses?

Nº de veces No sabe/no recuerda No contesta

51. ¿Dónde fue atendido/a?

	Sí	No
1. En el lugar donde se encontraba (domicilio, lugar de estudio, ...)	_____ <input type="checkbox"/> 1	_____ <input type="checkbox"/> 6
2. En una unidad móvil	_____ <input type="checkbox"/> 1	_____ <input type="checkbox"/> 6
3. En un centro o servicio de urgencias	_____ <input type="checkbox"/> 1	_____ <input type="checkbox"/> 6

52. La última vez que el/la niño/a utilizó un servicio de urgencias, ¿cuánto tiempo pasó desde que empezó a notarse enfermo/a o sintió que tenía algún problema de salud hasta que se pidió asistencia?

1. Días _____ No sabe/no recuerda _____

2. Horas _____ No contesta _____

3. Minutos _____

53. Y también esta última vez que utilizó un servicio de urgencias, ¿cuánto tiempo pasó desde que se pidió asistencia hasta que el/la niño/a fue atendido/a?

Entrevistador/a: si la asistencia fue inmediata anotar 00 en horas y en minutos.

1. Horas _____ No sabe/no recuerda _____

2. Minutos _____ No contesta _____

54. Y también esta última vez que utilizó un servicio de urgencias en estos doce últimos meses, ¿qué tipo de servicio utilizó?

Hospital de la Sanidad Pública (Seguridad Social) _____	<input type="checkbox"/>	1	→ Módulo G
Servicio de urgencias no hospitalario de la Sanidad Pública (Seguridad Social) _____	<input type="checkbox"/>	2	
Centro no hospitalario de la Sanidad Pública (Centro de Salud, ...) _____	<input type="checkbox"/>	3	
Servicio privado de urgencias _____	<input type="checkbox"/>	4	
Sanatorio, hospital o clínica privada _____	<input type="checkbox"/>	5	
Casa de socorro o servicio de urgencias del Ayuntamiento _____	<input type="checkbox"/>	6	
Otro tipo de servicio _____	<input type="checkbox"/>	7	

55. ¿Por qué fue el/ la niño/a a un servicio de urgencias?

Porque el/la médico/a se lo mandó _____ 1

Porque sus familiares u otras personas lo consideraron necesario _____ 2

G. Hábitos de vida

Entrevistador/a, léale al/a la entrevistado/a: *Las siguientes preguntas se refieren a hábitos de vida del/de la niño/a relacionados con la salud.*

G.1. Descanso y ejercicio físico

Entrevistador/a, continúe leyendo al entrevistado/a: *Para comenzar le preguntaré sobre los hábitos de descanso y ejercicio físico del/de la niño/a.*

56. ¿Podría indicarme, aproximadamente, cuántas horas duerme habitualmente el/la niño/a al día?. Incluya las horas de siesta

Nº de horas diarias _____ No sabe/no recuerda _____ No contesta _____

57. ¿Cuál de estas posibilidades describe mejor la frecuencia con la que el/la niño/a realiza alguna actividad física en su tiempo libre?

- No hace ejercicio. Su tiempo libre lo ocupa de forma casi completamente sedentaria (leer, ver la televisión, ir al cine, tumbado en la cama o la cuna, ...) 1
- Hace alguna actividad física o deportiva ocasional (caminar o pasear en bicicleta, gimnasia suave, actividades recreativas de ligero esfuerzo, ...) 2
- Hace actividad física, varias veces al mes (deportes, gimnasia, correr, natación, ciclismo, juegos de equipo, ...) 3
- Hace entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana 4

Entrevistador/a:

el/la niño/a tiene menos de 1 año 1 → **Módulo G2**

el/la niño/a tiene 1 año o más 6 → **P58**

58. ¿Suele el/la niño/a ver la televisión todos o casi todos los días? (Incluye programación, vídeo y DVD)

- Sí 1
- No 6 → **P60**

59. ¿Durante cuánto tiempo, aproximadamente, suele el/la niño/a ver la televisión cada día?

	Menos de 1 hora	Una hora o más	Nº de horas diarias (promedio diario)	No sabe/ no recuerda	No contesta
1. De lunes a viernes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	→ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. En fin de semana	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	→ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

60. ¿Suele el/la niño/a jugar con videojuegos, ordenador o internet todos o casi todos los días?

- Sí 1
- No 6 → **P62**

61. ¿Durante cuánto tiempo, aproximadamente, suele el/la niño/a jugar con videojuegos, ordenador o internet cada día?

	Menos de 1 hora	Una hora o más	Nº de horas diarias (promedio diario)	No sabe/ no recuerda	No contesta
1. De lunes a Viernes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	→ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. En fin de semana	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	→ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

62. Entrevistador/a:

el/la niño/a tiene menos de 5 años 1 → **Módulo G2**

el/la niño/a tiene 5 años o más 6 → **Lea la introducción del Módulo G2 y pase a P70**

G 2. Alimentación

Entrevistador/a, léale al entrevistado: *Para terminar con los hábitos de vida le voy a hacer unas preguntas sobre los hábitos de alimentación del/de la niño/a.*

63. ¿Ha recibido el/la niño/a lactancia materna durante los primeros meses de su vida?

Sí _____ 1
 No _____ 6 → **P67**

64. ¿Durante cuánto tiempo ha recibido el/la niño/a lactancia materna?

Entrevistador/a: si actualmente se le está dando el pecho, indíquese su edad actual en meses y días.

1. Meses _____ No sabe/no recuerda _____
 2. Días _____ No contesta _____

65. ¿Ha recibido el/la niño/a durante algún tiempo leche materna como único alimento y bebida? (Excluye agua, zumos, leches artificiales y cualquier alimento. Sólo incluye vitaminas, minerales y medicamentos)

Sí _____ 1
 No _____ 6 → **P68**

66. ¿Durante cuánto tiempo ha recibido exclusivamente lactancia materna?

Entrevistador/a: en el caso de lactantes a los que únicamente se les ha dado el pecho, indíquese su edad actual en meses y días.

1. Meses _____ No sabe/no recuerda _____
 2. Días _____ No contesta _____

67. ¿Ha recibido el/la niño/a durante algún tiempo lactancia artificial?

Sí _____ 1
 No _____ 6 → **P69**

68. ¿A qué edad ha comenzado con la lactancia artificial?

1. Meses _____ No sabe/no recuerda _____
 2. Días _____ No contesta _____

69. Entrevistador/a: ¿el/la niño/a tiene 1 año o más?

Sí _____ 1
 No _____ 6 → **Módulo H**

70. ¿Qué desayuna el/la niño/a habitualmente?

	Sí	No
1. Café, leche, té, chocolate, cacao, yogur, ... _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
2. Pan, tostadas, galletas, cereales, bollería, ... _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
3. Fruta y/o zumo _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
4. Alimentos como huevos, queso, jamón, ... _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
5. Otro tipo de alimentos _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
6. Nada, no suele desayunar _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6

71. ¿Con qué frecuencia consume el/la niño/a los siguientes alimentos?

Entrevistador/a: muestre a la persona entrevistada la **Tarjeta Men-1** y anote las frecuencias de consumo de cada uno de los alimentos que se relacionan.

	A diario	Tres o más veces a la semana, pero no a diario	Una o dos veces a la semana	Menos de una vez a la semana	Nunca o casi nunca
01. Fruta fresca _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
02. Carne (pollo, ternera, cerdo, cordero, ...) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
03. Huevos _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
04. Pescado _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
05. Pasta, arroz, patatas _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
06. Pan, cereales _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
07. Verduras y hortalizas _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
08. Legumbres _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
09. Embutidos y fiambres _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. Productos lácteos (leche, queso, yogur) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Dulces (galletas, bollería, caramelos, mermeladas, ...) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12. Refrescos con azúcar _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13. Comida rápida (pollo frito, bocadillos, pizzas, hamburguesas, ...) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. Snacks o comidas saladas (patatas fritas, ganchitos, galletitas saladas o pepinillos) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

72. En el momento actual, ¿sigue el/la niño/a alguna dieta o régimen especial?

Sí _____ 1
 No _____ 6 → **Módulo H**

73. ¿Cuál es la razón principal por la que el/la niño/a sigue esta dieta o régimen especial?

Para perder peso _____	<input type="checkbox"/> 1
Para mantener su peso actual _____	<input type="checkbox"/> 2
Para vivir más saludablemente _____	<input type="checkbox"/> 3
Por una enfermedad o problema de salud _____	<input type="checkbox"/> 4
Por otra razón _____	<input type="checkbox"/> 5

H. Prácticas preventivas

Entrevistador/a, léale al entrevistado/a: *A continuación le voy a hacer unas preguntas sobre prácticas preventivas relacionadas con la salud del/de la niño/a.*

74. Entrevistador/a:

el/la niño/a tiene menos de 3 años 1 → P76

el/la niño/a tiene 3 años o más 6 → P75

75. Ahora le voy a preguntar sobre la higiene dental del niño/a, ¿con qué frecuencia se cepilla los dientes habitualmente?

(Se considera que un/a niño/a se ha cepillado los dientes tanto si la limpieza dental la realiza únicamente el/la menor como si un adulto la completa o ayuda a completar).

Entrevistador/a: anote lo que responda espontáneamente la persona encuestada.

Más de tres veces al día 01

Tres veces al día 02

Por la mañana y por la noche 03

Por la mañana y después de comer 04

Después de comer y por la noche 05

Una vez al día por la mañana 06

Una vez al día después de comer 07

Una vez al día por la noche 08

Ocasionalmente, no todos los días 09

Nunca 10

Otra 11

76. ¿Alguna persona fuma en la vivienda delante del/de la niño/a?

Nunca 1

Casi nunca 2

Algunas veces 3

Casi siempre 4

Siempre 5

77. Cuando va en automóvil, ¿va sujeto/a el/la niño/a con algún sistema de seguridad adecuado a su edad, como el cuco, la sillita, el cojín-elevador, el cinturón de seguridad?

	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
01. Por ciudad <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
02. Por carretera <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

78. ¿Se ha vacunado el/la niño/a de la gripe en la última campaña?

Sí 1

No 6 → Módulo I

79. ¿Quién indicó que se vacunara al/a la niño/a?

- Un/a profesional sanitario/a, por la edad del/de la niño/a 1
 Un/a profesional sanitario/a, por las enfermedades del/ de la niño/a 2
 Un/a profesional sanitario/a, por otras razones 3
 Le ponen la vacuna en el centro de estudio 4
 Solicitaron la vacuna porque prefieren que el/ la niño/a esté vacunado/a 5
 Otros 6

I. Discriminación

Entrevistador/a, léale al entrevistado/a: *A continuación quisiera hacerle unas preguntas sobre discriminación. Por favor intente responder pensando en lo que el/la niño/a respondería.*

80. En el último año, ¿el/la niño/a ha experimentado discriminación, no se le ha permitido hacer algo, se le ha molestado o hecho sentir inferior a causa de su sexo, etnia, país de origen, clase social o religión?

- Sí 1
 No 6 → **P82**

81. Indique, para cada una de las siguientes situaciones, si en el último año el/la niño/a se ha sentido discriminado/a, las causas y la frecuencia

Entrevistador/a, dígame al/a la entrevistado/a: *Voy a entregarle una hoja con las respuestas a las preguntas sobre la frecuencia con la que el/la niño/a ha podido experimentar discriminación. Cuando le pregunte dígame sólo el número de su respuesta. Entregue la tarjeta Men-2. Plantee una a una cada situación, y en caso de respuesta afirmativa pregúntele, para cada causa, la frecuencia de esta discriminación.*

¿Se ha sentido discriminado en alguna de las siguientes situaciones?		¿Por cuál/les de las siguientes causas se ha sentido discriminado el niño/a?			
		A. ¿Por sexo?	B. ¿Por etnia o país?	C. ¿Por clase social?	D. ¿Por religión?
1. En el colegio	Sí <input type="checkbox"/> 1 →	Nunca <input type="checkbox"/> 1	Nunca <input type="checkbox"/> 1	Nunca <input type="checkbox"/> 1	Nunca <input type="checkbox"/> 1
		Algunas veces <input type="checkbox"/> 2	Algunas veces <input type="checkbox"/> 2	Algunas veces <input type="checkbox"/> 2	Algunas veces <input type="checkbox"/> 2
		Muchas veces <input type="checkbox"/> 3	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3
	No <input type="checkbox"/> 6 ↓	Constantemente <input type="checkbox"/> 4	Constantemente <input type="checkbox"/> 4	Constantemente <input type="checkbox"/> 4	Constantemente <input type="checkbox"/> 4
2. Al recibir asistencia sanitaria	Sí <input type="checkbox"/> 1 →	Nunca <input type="checkbox"/> 1	Nunca <input type="checkbox"/> 1	Nunca <input type="checkbox"/> 1	Nunca <input type="checkbox"/> 1
		Algunas veces <input type="checkbox"/> 2	Algunas veces <input type="checkbox"/> 2	Algunas veces <input type="checkbox"/> 2	Algunas veces <input type="checkbox"/> 2
		Muchas veces <input type="checkbox"/> 3	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3
	No <input type="checkbox"/> 6 ↓	Constantemente <input type="checkbox"/> 4	Constantemente <input type="checkbox"/> 4	Constantemente <input type="checkbox"/> 4	Constantemente <input type="checkbox"/> 4
3. En un sitio público (incluye la calle)	Sí <input type="checkbox"/> 1 →	Nunca <input type="checkbox"/> 1	Nunca <input type="checkbox"/> 1	Nunca <input type="checkbox"/> 1	Nunca <input type="checkbox"/> 1
		Algunas veces <input type="checkbox"/> 2	Algunas veces <input type="checkbox"/> 2	Algunas veces <input type="checkbox"/> 2	Algunas veces <input type="checkbox"/> 2
		Muchas veces <input type="checkbox"/> 3	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3
	No <input type="checkbox"/> 6 ↓	Constantemente <input type="checkbox"/> 4	Constantemente <input type="checkbox"/> 4	Constantemente <input type="checkbox"/> 4	Constantemente <input type="checkbox"/> 4

82. Entrevistador/a:

el/la niño/a tiene menos de 8 años 1 → Módulo K

el/la niño/a tiene 8 años o más 6 → Módulo J

J. Calidad de vida (últimos 7 días)

Entrevistador/a, léale al entrevistado/a: *Las siguientes preguntas hacen referencia a cómo se ha sentido _____ (mencione el nombre del/de la niño/a objeto de las preguntas) en los últimos siete días. Por favor, conteste las preguntas pensando en qué contestaría el/la niño/a. Es decir procure dar la respuesta que daría el/la niño/a.*

83. Durante los últimos 7 días, ¿el/la chico/a se ha sentido bien y en forma?

- Nada 1
- Un poco 2
- Moderadamente 3
- Mucho 4
- Muchísimo 5

84. Durante los últimos 7 días, ¿el/la chico/a se ha sentido lleno de energía?

- Nunca 1
- Casi nunca 2
- Algunas veces 3
- Casi siempre 4
- Siempre 5

85. Durante los últimos 7 días, ¿el/la chico/a se ha sentido triste?

- Nunca 1
- Casi nunca 2
- Algunas veces 3
- Casi siempre 4
- Siempre 5

86. Durante los últimos 7 días, ¿el/la chico/a se ha sentido solo/a?

- Nunca 1
- Casi nunca 2
- Algunas veces 3
- Casi siempre 4
- Siempre 5

87. Durante los últimos 7 días, ¿el/la chico/a ha tenido suficiente tiempo para él/ella?

- Nunca 1
- Casi nunca 2
- Algunas veces 3
- Casi siempre 4
- Siempre 5

88. Durante los últimos, 7 días ¿el/la chico/a ha podido hacer las cosas que quería en su tiempo libre?

- Nunca _____ 1
Casi nunca _____ 2
Algunas veces _____ 3
Casi siempre _____ 4
Siempre _____ 5
-

89. Durante los últimos 7, días ¿los padres del/de la chico/a le han tratado de forma justa?

- Nunca _____ 1
Casi nunca _____ 2
Algunas veces _____ 3
Casi siempre _____ 4
Siempre _____ 5
-

90. Durante los últimos 7 días, ¿el/la chico/a se ha divertido con sus amigos/as?

- Nunca _____ 1
Casi nunca _____ 2
Algunas veces _____ 3
Casi siempre _____ 4
Siempre _____ 5
-

91. Durante los últimos 7 días, ¿al/a la chico/a le ha ido bien en el colegio? Si no va a clase en estos días, piense en la última semana que ha ido al colegio

- Nada _____ 1
Un poco _____ 2
Moderadamente _____ 3
Mucho _____ 4
Muchísimo _____ 5
-

92. Durante los últimos 7 días, ¿el/la chico/a ha podido prestar atención?

- Nunca _____ 1
Casi nunca _____ 2
Algunas veces _____ 3
Casi siempre _____ 4
Siempre _____ 5
-

K. Características personales

93. Durante al menos los últimos 6 meses, ¿en qué medida se ha visto el/la niño/a limitado/a debido a un problema de salud para realizar las actividades que los/las niños/as habitualmente hacen?

- Gravemente limitado/a _____ 1
 Limitado/a pero no gravemente _____ 2
 Nada limitado/a _____ 3 → Nota entrevistador/a previa a P95

94. ¿Qué tipo de problema es la causa de su dificultad para realizar las actividades que los/las niños/as habitualmente hacen?

- Físico _____ 1
 Mental _____ 2
 Ambos _____ 3

Entrevistador/a, léale al entrevistado/a: Para terminar, le voy a hacer unas preguntas sobre las características físicas del niño/a.

95. ¿Podría decirme cuánto pesa el/la niño/a, aproximadamente, sin zapatos ni ropa?

- Peso en Kg → No sabe/no recuerda No contesta

96. ¿Y cuánto mide, aproximadamente, sin zapatos?

- Altura en cm. → No sabe/no recuerda No contesta

97. Y, en relación a su estatura, diría que el peso del/de la niño/a es:

- Bastante mayor de lo normal _____ 1
 Algo mayor de lo normal _____ 2
 Normal _____ 3
 Menor de lo normal _____ 4

98. Hora de finalización de la entrevista: _____ Hora Minutos

