



GOBIERNO DEL
PRINCIPADO DE ASTURIAS

CONSEJERÍA DE SALUD
Y SERVICIOS SANITARIOS

ENCUESTA DE SALUD INFANTIL ASTURIAS

AÑO 2009

Informe

Dirección General de Salud Pública y Participación

Promueve: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios

Edita: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios

Distribuye: Dirección General de Salud Pública y Participación

Catalogación y archivo editorial: Servicio de Publicaciones de la Consejería de la Presidencia

Coordinación general: Mario Margolles Martins e Ignacio Donate Suárez

Diseño de la Encuesta:

Grupo de trabajo de diseño de la Encuesta: Mario Margolles, Ignacio Donate, Marian Uría, Federico Fernández, Mercedes García, Belén Aguirrezabalaga, Carlos Bencedóniz, Margarita Eguiagaray

Participaron en el diseño de manera puntual alumnas de la Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Oviedo.

Trabajo de campo:

Grupo de Consejería de Salud y Servicios Sanitarios: Mario Margolles, Ignacio Donate

Grupo de empresa Media Factory

Análisis y realización del informe: Mario Margolles, Ignacio Donate y Pilar Alonso

Octubre-2010

INDICE:

1. Fases teóricas
2. Desarrollo práctico de elaboración de la encuesta
 - Objetivos y propósitos
 - Población y unidad de análisis
 - Elementos organizativos
 - Diseño de recogida de información
 - Diseño del muestreo
 - Proceso de codificación y tabulación
 - Definición de procedimientos de análisis e interpretación de resultados
 - Difusión
3. Modelo de trabajo desarrollado
4. Fases del trabajo
5. Definición del campo de estudio y delimitación de contenidos
 - Contenidos
 - Objetivos por grandes campos de información
 - Organización del trabajo
 - Participantes en los grupos de trabajo
6. Formación en diseño de encuestas de salud
 - Módulo de experiencias y diseño de cuestionarios
 - Módulo de muestreo
7. Diseño muestral
8. Trabajo de campo
9. Ficha técnica de la encuesta y del trabajo de campo
10. Características sociodemográficas de la población muestral
11. Notas metodológicas
12. Resultados de la Encuesta:

ANALISIS GENERAL BASICO:

1.- Morbilidad declarada

- 1.1.- Morbilidad crónica
- 1.2.- Reducción, limitación de actividades o quedarse en cama en las últimas dos semanas
 - 1.2.1.- Frecuencia de reducción o limitación
 - 1.2.2.- Motivo de la reducción o limitación
- 1.3.- Limitación de actividades por problema de salud en los últimos seis meses
 - 1.2.1.- Frecuencia de la limitación
 - 1.2.2.- Motivo de la limitación
- 1.4.- Discapacidades
- 1.5.- Minusvalías reconocidas
- 1.6.- Accidentabilidad
 - 1.6.1.- Frecuencia de accidentes
 - 1.6.2.- Tipo de accidente (el último)
 - 1.6.3.- Lugar donde se produjo el accidente (el último)
 - 1.6.4.- Consecuencias inmediatas del accidente (el último)
 - 1.6.5.- Efectos o daños causados por el accidente (el último)
- 1.7.- Estado de salud

2.- Calidad de vida

- 2.1.- Magnitudes de la calidad de vida
- 2.2.- Análisis global de calidad de vida

3.- Redes sociales y salud mental

- 3.1.- Agresiones
 - 3.1.1.- Frecuencia de agresiones
 - 3.1.2.- Lugar donde se produjo la agresión
- 3.2.- Discriminación
 - 3.2.1.- Frecuencia de discriminación
 - 3.2.2.- Lugar donde se produjo y debido a que
- 3.3.- Salud mental

4.- Estilos de Vida

- 4.1.- Ejercicio físico
 - 4.1.1.- Periodicidad de la actividad
 - 4.1.2.- Frecuencia de la actividad
- 4.2.- Actividades extraescolares
 - 4.2.1.- Periodicidad de la actividad
 - 4.2.2.- Frecuencia de la actividad
- 4.3.- Medidas antropométricas
 - 4.3.1.- Peso y talla
 - 4.3.2.- Opinión sobre el peso y talla
 - 4.3.3.- Índice de masa corporal
- 4.4.- Descanso
 - 4.4.1.- Magnitud del descanso
 - 4.4.2.- Problemas en el sueño
- 4.5.- Alimentación y nutrición:
 - 4.5.1.- Lactancia
 - 4.5.1.1.- Frecuencia de lactancia
 - 4.5.1.2.- Duración de la lactancia
 - 4.5.2.- Alimentación:
 - 4.5.2.1.- Desayuno habitual
 - 4.5.2.2.- Frecuencia de consumo de determinados alimentos
 - 4.5.2.3.- Comidas realizadas
 - 4.5.2.3.1.- Tipo de comidas realizadas
 - 4.5.2.3.2.- Lugar de realización de comida principal
 - 4.5.2.3.3.- Bebida consumida con las comidas
 - 4.5.3.- Dietas y regímenes alimenticios:
 - 4.5.3.1.- Frecuencia de seguimiento de una dieta
 - 4.5.3.2.- Motivos de seguimiento de una dieta

5.- Prácticas preventivas

- 5.1.- Higiene dental:
 - 5.1.1.- Limpieza dental
 - 5.1.2.- Revisiones dentales de Programa de Salud Bucodental
- 5.2.- Vacunas de calendario
- 5.3.- Vacunación antigripal
- 5.4.- Exposición al humo de tabaco
- 5.5.- Revisiones periódicas de programa del niño sano.
- 5.6.- Seguridad vial
 - 5.6.1.- Uso de medidas de seguridad adecuadas cuando viaja en automóvil
 - 5.6.2.- Uso de casco en viajes en bicicleta

6.- Situación sociodemográfica y económica

- 6.1.- Persona informante
- 6.2.- Situación personal y convivencia
 - 6.2.1.- Sexo y edad
 - 6.2.2.- Origen de la población infantil
 - 6.2.3.- Convivencia en su hogar
 - 6.2.3.1.- Convivencia con padres o madres

- 6.2.3.2.- Convivencia con hermanos/as
- 6.2.3.3.- Convivencia con otras personas
- 6.2.3.4.- Convivencia global con otras personas
- 6.3.- Nivel de estudios de padres o madres
 - 6.3.1.- Formación de los padres
 - 6.3.2.- Formación de las madres
- 6.4.- Situación laboral
 - 6.4.1.- Trabajo de padres y madres
 - 6.4.1.1.- Trabajo de los padres
 - 6.4.1.2.- Trabajo de las madres
 - 6.4.2.- Ocupación de padres y madres
 - 6.4.3.- Situación de empleo en la actual o última ocupación
- 6.5.- Clase social del hogar

7.- Uso de servicios sanitarios

- 7.1.- Utilización de servicios sanitarios
 - 7.1.1.- Utilización de servicios considerados como "cuidados primarios"
 - 7.1.1.1.- Frecuentación de servicios
 - 7.1.1.2.- Lugar de prestación de los servicios
 - 7.1.1.3.- Motivos de la consulta
 - 7.1.1.4.- Tiempo de espera para consulta
 - 7.1.1.5.- Consulta de determinados profesionales
 - 7.1.2.- Utilización de especialistas
 - 7.1.2.1.- Frecuentación de servicios
 - 7.1.2.2.- Lugar de prestación de los servicios
 - 7.1.2.3.- Motivos de la consulta
 - 7.1.2.4.- Consulta de determinados profesionales
 - 7.1.3.- Utilización de servicios farmacéuticos
 - 7.1.4.- Utilización de servicios dentales
 - 7.1.4.1.- Frecuentación de servicios
 - 7.1.4.2.- Tipo de servicio dental recibido
 - 7.1.4.3.- Provisión del servicio dental recibido
 - 7.1.5.- Utilización de ingresos hospitalarios en el último año
 - 7.1.5.1.- Frecuentación de servicios
 - 7.1.5.2.- Motivo y tipo de ingreso hospitalario
 - 7.1.5.3.- Financiación del ingreso
 - 7.1.6.- Utilización de atención urgente en el último año
 - 7.1.6.1.- Frecuentación de servicios
 - 7.1.6.2.- Lugar donde se realizó la atención sanitaria urgente
 - 7.1.6.3.- Remisión para atención sanitaria urgente
- 7.2.- Aseguramiento sanitario
 - 7.2.1.- Aseguramiento que posee
- 7.3.- Consumo de fármacos
 - 7.3.1.- Consumo global de fármacos
 - 7.3.2.- Consumo de fármacos autoprescritos

8.- Cuestionario de la entrevista

FASES TEÓRICAS:

1. **Delimitación del campo de estudio:** Información a recoger, redacción de preguntas, búsqueda de validez y fiabilidad
2. **Diseño:** Diseño del cuestionario, realizar diseño muestral y cálculo de errores muestrales
3. **Trabajo de campo:** Recogida de datos y preparar explotación de esos datos
4. **Introducción y primer análisis:** Informatización y control de calidad de datos, explotación preliminar, codificación
5. **Publicación de tablas de resultados**
6. **Presentación y difusión de las publicaciones**

DESARROLLO PRACTICO DE LA ELABORACIÓN DE LA ENCUESTA:

Premisas desde las que se realizó la Encuesta de Salud Infantil en Asturias (ESI-AS2009):

- Definición clara y precisa de los objetivos y propósitos de la Encuesta.
- Definir claramente la población que queremos estudiar así como la unidad de análisis.
- Definir los recursos materiales, humanos y organizativos que podíamos utilizar

1.- Objetivos y propósitos de la ESI-AS2009:

- Conocer y monitorizar en un futuro la salud percibida para la población infantil, los hábitos o estilos de vida y la utilización de los servicios sanitarios.
- Identificar los principales grupos a riesgo en la salud de la infancia, en los hábitos de vida y en el acceso a los servicios sanitarios.

2.- Población y unidad de análisis de la ESI-AS2009:

- La población universo a la que nos referiremos y para la que realizamos las estimaciones obtenidas del análisis de la muestra es la población infantil asturiana no institucionalizada **menor de 16 años de edad**.
- El ámbito territorial, es la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias.
- El ámbito temporal es la del año de su ejecución (2009). En una estación intermedia (otoño) y un poco del invierno y en una única oleada.

3.- Elementos organizativos:

3.a.- Diseño de recogida de la información:

Tipo de encuesta: Se ha elegido la realización de una encuesta basada en entrevista estructurada, dado que estábamos intentando sondear el comportamiento, las intenciones, las actitudes, etc.

Para ello, con el trabajo de unos/as encuestadores/as se cumplimentaron unos cuestionarios de los que se definió: La información de la que se quería disponer, el número de preguntas a realizar, el tipo de preguntas más adecuado (cerradas/abiertas), la redacción de las preguntas, el orden y disposición de las preguntas, los aspectos formales del cuestionario, la redacción de la información que acompañaba a la entrevista y la cita con el/la entrevistado/a.

Entrevista: Para la realización de las entrevistas se seleccionó y formó a los/las entrevistadores/as, así como se definió el dónde, cuándo y de qué forma se iba a realizar la encuesta. Para ello, el/la entrevistador/a debía conocer los objetivos de la entrevista, y dar la justificación necesaria de ella al/a la entrevistado/a, recalcando la confidencialidad de los datos aportados. Se formaron, asimismo, evitando que el/la entrevistador/a diese su opinión o llegase a discutir o discrepar con el/la entrevistado/a. Cada entrevista estaba adecuadamente controlada en su calidad, cantidad y discrepancias. Para ello se definió protocolo de la entrevista, que debía ser seguido obligatoriamente por el/la entrevistador/a.

3.b.- Diseño del muestreo: se determinó el grado de error asumido, intervalo de confianza deseado, estimación del número de la muestra, la búsqueda de representatividad por espacio geográfico, edad, sexo, etc., se decidió si el muestreo se realizaba con reemplazo o no, el tipo de muestreo, el tipo de encuesta, la elección de proporcionalidad en la muestra, las distintas fases del muestreo, y si el muestreo se debía hacer en período único o mediante oleadas

3.c.- Proceso de codificación y tabulación: era necesaria una absoluta confidencialidad de la información y de las entrevistadas. Se debía, asimismo, determinar la exactitud de la entrada de datos con doble entrada de una muestra de entrevistas, con control de calidad de cada persona codificadora. Se concretó la base de datos o programas de encuesta a utilizar para la introducción de datos y formar al personal en la introducción de datos y en el manejo de ese programa. Se realizó una ficha de recogida de datos que incluía todas las variables y se designaron todos sus valores. Se determinó el tipo de tabulación a realizar: frecuencias de variables, tabulaciones cruzadas descriptivas, analíticas (determinación de diferencias, búsqueda de relación entre variables, etc.). Se procedió a destruir el soporte papel de la información una vez finalizadas las etapas anteriores.

3.d.- Definición de procedimientos de análisis e interpretación de resultados: Tipo de análisis estadístico a realizar, así como el programa a usar. El análisis de este estudio identificó elementos como la media, la distribución, la variación, ausencias de respuestas y ayudó a determinar cuanto había sido de útil cada elemento.

3.e.- Difusión: proceso de difusión de los resultados de la Encuesta.

MODELO DE TRABAJO DE DESARROLLO DE LA ENCUESTA:

En la fase inicial (diseño, elección de variables, elección de indicadores y diseño muestral se optó por el trabajo en forma de trabajo en equipo en un único grupo que tenía como función la coordinación y la elección de contenido.

El Diseño general de la totalidad de la Encuesta las decisiones fueron tomadas por los coordinadores de la misma: Mario Margolles e Ignacio Donate.

Los distintos apartados específicos de la Encuesta fueron establecidos por el único grupo de trabajo que, al ser su composición multidisciplinar se tuvo contar con las distintas tareas, objetivos y cargas de trabajo que cada uno tenía para asignar fechas concretas de fin de resultados.

FASES DE TRABAJO:

Fase I: correspondiente al año 2009: Delimitación del campo de estudio y diseño del cuestionario.

Fase II: correspondiente al año 2009: Diseño muestral de la encuesta, trabajo de campo, Introducción de datos y primer análisis.

Fase III: correspondiente al año 2010: Publicación tablas resultados y presentación y difusión de las publicaciones

DEFINICION DE CAMPO DE ESTUDIO Y DELIMITACION DE CONTENIDOS:

CONTENIDOS: Por parte de los coordinadores de la ESI-AS2009 se estudió y valoró la información disponible y se consideró que la Encuesta debería abordar los siguientes grandes ámbitos de información:

- 1.- **Morbilidad declarada:** morbilidad crónica, limitación de actividades, discapacidades, minusvalías y accidentes
- 2.- **Calidad Vida:** Calidad de vida relacionada con la salud
- 3.- **Redes sociales y salud mental:** agresiones, discriminación, salud mental, escala prosocial
- 4.- **Estilos de Vida:** Actividad física, actividades extraescolares, peso y talla, IMC, sobrepeso y obesidad, descanso, alimentación y nutrición
- 5.- **Prácticas preventivas:** higiene dental, actividades de vacunación, exposición al humo de tabaco, revisiones sistemáticas y seguridad vial
- 6.- **Situación sociodemográfica y económica:** Información personal, estudios realizados, actividad laboral, nivel de empleo, tipo de ocupación y clase social
- 7.- **Uso de servicios sanitarios:** Aseguramiento, prestaciones solicitadas, utilización en Atención Primaria, utilización en Atención Especializada, hospitalización, utilización de servicios dentales, uso de urgencias, consumo de fármacos.

Estos contenidos debían ser abordados de manera que tras revisión de la experiencia de realización de otras encuestas (nacionales, autonómicas, etc.) incluyesen los habituales campos de información de valoración de estado de salud, morbilidad percibida, utilización de servicios sanitarios, hábitos de vida, características personales y demográficas. A ello, se debería intentar añadir información sobre medida del ejercicio físico, del sueño, de la discapacidad, de la salud mental, de los niveles de estado de crecimiento, etc. Además deberíamos intentar alcanzar la medición de otros fenómenos muy importantes con la medición del nivel social (al menos a partir de la clasificación propuesta por la Sociedad Española de Epidemiología), intentar medir la calidad de vida, las medidas de apoyo social, ampliar información sobre accesibilidad al sistema sanitario y garantizar que se pueda realizar un análisis de género al igual que en las Encuestas de Salud en adultos realizadas previamente en Asturias (2002 y 2008).

OBJETIVOS POR GRANDES CAMPOS DE LA INFORMACION:

1.- Morbilidad declarada

- Conocer la morbilidad infantil declarada
- Conocer la morbilidad y la prevalencia de procesos y discapacidades crónicas
- Estimar la reducción de autonomía y de las actividades de la vida diaria
- Conocer la cantidad y el tipo de accidentes sufridos (domésticos, laborales, de tránsito, etc.) y su repercusión

2.- Calidad de Vida

- Conocer como se ha sentido la población infantil en un período determinado
- Conocer la calidad de vida relacionada con la salud en la población infantil

3.- Redes sociales y ayuda social

- Conocer el grado de salud mental de la población infantil
- Conocer las magnitudes de los componentes de la salud mental infantil
- Conocer el grado de relación social negativa: discriminación, agresiones

4.- Estilos de Vida

- Conocer el nivel de descanso en la población infantil
- Conocer el grado de actividad física y sus características
- Conocer la cantidad y la actividad en las horas de descanso y de ocio
- Conocer el peso y la talla de la población infantil y la valoración de las mismas
- Conocer la duración y características de la lactancia
- Conocer la alimentación, nutrición y los alimentos consumidos en la población infantil

5.- Prácticas preventivas

- Conocer la realización de controles periódicos saludables programados
- Conocer el grado de higiene dental
- Estudiar el grado de coberturas vacunales en calendario o en vacunación contra la gripe
- Conocer el uso de medidas de seguridad en los vehículos a motor y bicicletas
- Conocer el grado de exposición al humo de tabaco

6.- Situación sociodemográfica y económica

- Conocer la composición de los hogares
- Conocer el nivel de estudios de los padres y las madres de la población infantil estudiada
- Conocer los datos laborales y la actividad laboral de los padres y las madres de la población infantil estudiada

7.- Uso de servicios sanitarios

- Conocer el número y tipo de visitas médicas realizadas
- Conocer el número y causa de las hospitalizaciones
- Conocer el tipo de aseguramiento y demanda de servicios en nuestra CA
- Conocer el grado de autoprescripción de la población
- Conocer el consumo de medicamentos en la población infantil

ORGANIZACIÓN de TRABAJO:

- Constitución de la coordinación de la ESI-AS2009.
- Elección por parte de los coordinadores del Grupo de Trabajo que constaría de 4-7 personas.
- El Grupo de Trabajo, dentro del campo de información y los objetivos asignados, debía definir las variables a integrar en la encuesta, así como las categorías a establecer para medir dichas variables.
- El Grupo no estaba limitado en el número de variables que debía proponer, si bien debía considerar que atendiendo a que el criterio mayoritario de diseño una Encuesta debería tener alrededor de 90 preguntas y abarcar 7 grandes campos de la información.
- El Grupo de Trabajo debía definir correctamente los contenidos del manual de la encuesta y del/la Entrevistador/a en cuanto a las variables que hubiera elegido.
- El Grupo de Trabajo de la Encuesta decidía, posteriormente, las variables que iban a integrar el cuestionario de la Encuesta así como la redacción de las preguntas, de manera que quedase una Encuesta ponderada y equilibrada en cuanto al número, características y enunciados concretos de las preguntas.

PARTICIPANTES DEL GRUPO DE TRABAJO :

Mario Margolles, Ignacio Donate, Marian Uría, Federico Fernández, Mercedes García, Belén Aguirrezabalaga, Carlos Bencedóniz, Margarita Eguiagaray.

FASE DE FORMACION EN DISEÑO DE ENCUESTAS DE SALUD

Cuando se realizó la primera Encuesta de Salud para Asturias, 2002 se realizó un curso al que asistieron la mayoría de los integrantes del Grupo de Trabajo de esta Encuesta ESI-AS2009, si bien varios miembros no habían podido participar en aquel curso de siete años antes.

RECOGIDA DE INFORMACIÓN Y EXPLOTACIÓN DE BASES DE DATOS compuesto por dos módulos:

- ***Módulo de EXPERIENCIAS Y DISEÑO DE CUESTIONARIOS*** para Diseño de Encuestas de Salud:

- 1.- Metodología de encuesta
- 2.- Las encuestas de salud en España. Experiencias prácticas
- 3.- Objetivos de la encuesta
- 4.- Recogida de datos: selección de variables, escalas de medida, calidad de los datos
- 5.- Cuestionarios: Tipos y formas, Etapas en la elaboración. Tipos de preguntas. Códigos, puntuaciones, escalas. Redacción y orden de las preguntas. Formato.
- 6.- Formación de los/las encuestadores/as
- 7.- Pruebas piloto. Validación de cuestionarios

- ***Módulo de MUESTREO*** para Diseño de Encuestas de Salud:

- 1.- Tamaño de las muestras: variabilidad, precisión, nivel de confianza
- 2.- Ventajas del muestreo
- 3.- Muestreo probabilístico: aleatorio simple, estratificado, de etapas múltiples, sistemático
- 4.- Muestreo no probabilístico: consecutivo, por voluntarios/as, mediante cuotas.
- 5.- Medición de variables: fiabilidad de la medida: fuentes de error, evaluación y análisis de la fiabilidad.

DISEÑO MUESTRAL:

Previamente a la realización de todo el diseño muestral y cara a la contratación de una empresa para la realización del trabajo de campo se procedió a condicionar el mismo en cuanto a las siguientes características:

- La probabilidad de manifestación de un suceso (una respuesta u otra): para ello, partiendo de lo más básico: variables dicotómicas, estimamos en cuando al conjunto de las variables a estudio que reúnen estas características, niveles de probabilidad entre el 25% y el 50% (máxima indeterminación), si bien parece estar centrado alrededor de un 30% (p de 0,3). Evidentemente a mayor probabilidad (hasta el 50%) necesitaríamos una mayor muestra para valorar este hecho.
- El nivel de precisión que deseábamos: así como para determinadas variables pueden necesitarse niveles de precisión relativamente altos (+/- 2,5%), se considera que puede situarse, para esta fase, sin riesgos de grandes errores en un +/-5%.
- El nivel de confianza con la que se deseaba realizar la estimación, o sea, la probabilidad de que el verdadero valor de la variable en la población esté situada en el intervalo. Se podían elegir entre valores del 90 al 99%, si bien hemos optado por un nivel relativamente estandarizado, como es el del 95%, para todas las variables.

A su vez, debemos tener en consideración los niveles de representatividad que podíamos querer obtener para nuestras estimaciones, entre ellas siempre se sitúan estas tres: ámbito geográfico, ámbito de género y ámbito etario

Con todo ello, y teniendo en cuenta los anteriores condicionantes, se hizo una estimación del tamaño muestral que se concluyó en una muestra alrededor de dos mil quinientas personas a entrevistar, para tener niveles de precisión adecuados, así como definir que el nivel de representatividad serán la población total (personas menores de 16 años, no institucionalizadas) de la Comunidad Autónoma, ambos sexos y los grupos etarios siguientes: 0-2 años de edad, de 3-5 años, de 6-10 años y 11-15 años de edad.

Se procedió a seleccionar la muestra mediante una estratificación de la misma en cuanto a las variables lugar de residencia (por Área Sanitaria, agrupadas en zonas), género (sexo) y edad (los cuatro grupos citados) proporcional a la población real asturiana en cada estrato (excepto para la variable Área de residencia)

Agrupación de las Áreas Sanitarias en ámbitos

ZONA	ÁREA SANITARIA
Zona 1	I Jarrío II Cangas del Narcea VI Arriendas
Zona 2	III Avilés
Zona 3	IV Oviedo
Zona 4	V Gijón
Zona 5	VII Mieres VIII Langreo

ENCUESTA DE SALUD INFANTIL EN ASTURIAS. 2009
Cronología, metodología de trabajo y resultados

Distribución del universo, la muestra y el error muestral por ámbito

ZONA	UNIVERSO HASTA 16 AÑOS	MUESTRA	ERROR MUESTRAL
Zona 1: Áreas I, II y VI	13.378	446	4,6%
Zona 2: Área III	17.370	467	4,5%
Zona 3: Área IV	39.019	562	4,1%
Zona 4: Área V	32.214	538	4,2%
Zona 5: Áreas VII y VIII	14.543	448	4,6%
ASTURIAS	116.524	2.461	2,0%

Distribución de la muestra final por estratos etarios, sexo y ámbito

ZONA	Niños					Niñas					TOTAL
	De 0 a 2 años	De 3 a 5 años	De 6 a 10 años	De 11 a 15 años	Total	De 0 a 2 años	De 3 a 5 años	De 6 a 10 años	De 11 a 15 años	Total	
Zona 1: Áreas I, II y VI	40	42	76	75	233	29	42	72	70	213	446
Zona 2: Área III	49	48	68	70	235	43	47	71	71	232	467
Zona 3: Área IV	54	55	93	84	286	57	48	77	94	276	562
Zona 4: Área V	57	57	94	85	293	45	49	73	78	245	538
Zona 5: Áreas VII y VIII	46	36	80	81	243	49	37	60	59	205	448
TOTAL	246	238	411	395	1.290	223	223	353	372	1.171	2.461

TRABAJO DE CAMPO:

Al objeto de realizar el trabajo de campo (entrevistas e informatización) se procedió a la contratación mediante concurso de la ejecución del mismo.

Las tareas a realizar por la empresa adjudicataria eran las siguientes:

Fase 1:

- Diseño de la muestra
- Edición e impresión del material a utilizar en la encuesta
- Formación y entrenamiento de los entrevistadores: Elaboración del protocolo de recogida de información (normas e instrucciones específicas para la adecuada aplicación de los cuestionarios)

Fase 2:

- Realización de pretest
- Trabajo de campo
- Supervisión (al menos del 15% de las entrevistas realizadas)
- Codificación
- Elaboración del protocolo de explotación y análisis de datos en colaboración con la dirección del estudio.

Fase 3:

- Validación, grabación y verificación de datos
- La Consejería se reserva la creación de un número de variables finales a partir de las variables originales del estudio que deberán incluirse en la tabulación de los datos del estudio.
- Tratamiento y análisis de datos
- Tabulación de resultados finales y elaboración de informe

A la finalización de las fases 1 y 2, se debía presentar un informe del trabajo de campo (metodología utilizada, cuestionarios, diseño muestral, incidencias del trabajo de campo, plan de códigos, etc.) junto con el protocolo de explotación de datos. A la finalización del trabajo se presentaba un Informe de resultados que debería ajustarse a la propuesta técnica. El informe debía ir acompañado de:

- Metodología utilizada
- Anexo estadístico con las tablas de resultados obtenidos
- Ficheros de datos de la encuesta en soporte informático compatible con Microsoft Acces y paquete estadístico SPSS, el correspondiente libro de códigos y la estructura del fichero.

La dirección técnica del trabajo corría a cargo de la Dirección General de Salud Pública y Participación.

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/99, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal la entidad adjudicataria y el personal encargado de la realización de las tareas debían guardar secreto profesional sobre todas las informaciones, documentos y asuntos a los que tuviera acceso o conocimiento durante la vigencia del contrato, estando obligados a no hacer públicos o enajenar cuantos datos conozcan como consecuencia o con ocasión de su ejecución, incluso después de finalizar el plazo contractual.

ENCUESTA DE SALUD INFANTIL EN ASTURIAS. 2009
Cronología, metodología de trabajo y resultados

El resultado de las tareas realizadas, así como el soporte utilizado (papel, fichas, discos, etc.) fueron definidas como propiedad de la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias.

El plazo total para la ejecución del proyecto de trabajo de campo iba desde el 1 de Octubre del 2009 al 31 de Marzo del 2010.

El presupuesto total de la investigación no podía exceder de los 72.000.-€, IVA incluido como presupuesto de salida en la de licitación, siendo adjudicado finalmente a la empresa Media Factory en 67.628.-€ IVA incluido. (66.000.- del ejercicio 2009 y 1.628.- del ejercicio 2010).

FICHA TECNICA DE LA ENCUESTA Y TRABAJO DE CAMPO:

Universo: personas residentes en Asturias no institucionalizadas menores de 16 años en el momento de la entrevista.

Muestra: se han realizado un total de 2.461 entrevistas personales válidas.

Criterio de selección muestral:

1. Muestreo aleatorio estratificado por Área Sanitaria de residencia, edad al momento de la entrevista y sexo.
2. Muestreo no proporcional (respecto al Área Sanitaria de residencia) a la población menor de 16 años cumplidos.

Selección de la muestra: Polietápica, mediante selección en gabinete de concejos y hábitats de Área Sanitaria y selección posterior de los/las entrevistados/as por el sistema de rutas aleatorias según criterios de selección por cuotas.

Entrevista (unidad informante): Encuesta domiciliaria personal con reemplazo a padres, madres o personas tutoras de la población objeto.

Cuestionario: estructurado, cerrado y codificado.

Fecha del trabajo de campo: entre el 3 de diciembre de 2009 al 15 de enero del año 2010.

Error: Para $p=q=50\%$ (0,50) y un nivel de confianza del 95,5% (2σ) el error estimado para el conjunto de la muestra es del $\pm 2,0\%$.

Área Sanitaria de residencia	Muestra	Error muestral
Area I	175	7,5
Area II	119	9,0
Area III	467	4,7
Area IV	562	4,2
Area V	538	4,3
Area VI	152	7,9
Area VII	178	7,5
Area VIII	270	5,9
Asturias	2.461	2,0

Realización del trabajo de campo, codificación e informatización de los datos: empresa Media Factory.

Características sociodemográficas de la población:

Algunas de las variables sociodemográficas han sido controladas mediante una estratificación proporcional en el muestreo de la población a encuestar (excepto la variable Área de residencia), representando la población con esas mismas características existente en Asturias en el año de 2009. Esas variables son el grupo etario y el género. No obstante, a efectos de iluminar la totalidad de características sociodemográficas las vamos a exponer junto al resto de variables que no han sido controladas en el muestreo.

Porcentajes sobre la totalidad de la población muestral:	
<i>(*) variable controlada</i>	
<p>Género de la unidad de estudio: (*) Hombres: 51,4% Mujeres: 48,6%</p> <p>Edad de la unidad de estudio: (*) 0-2 años: 18,9% 3-5 años: 19,1% 6-10 años: 30,5% 11-15 años: 31,5%</p> <p>Edad de la persona informante: 16-29 años: 8,2% 30-44 años: 73,6% 45-64 años: 17,9% >64 años: 0,3%</p> <p>Sexo de la persona informante: Hombres: 27,2% Mujeres: 72,6%</p> <p>Relación de la persona informante: Padres/madres: 98,1% Tutores/as: 0,6% Abuelos/as: 1,1% Otros/as: 0,2%</p> <p>Area Sanitaria de residencia: Muestreo NO proporcional (*) Area I: 7,5% Area II: 5,1% Area III: 14,5% Area IV: 24,1% Area V: 23,1% Area VI: 6,5% Area VII: 7,6% Area VIII: 11,6% Asturias: 100%</p>	<p>Tipo de hábitat de residencia: Rural: 19,1% Centro: 61,7% Cuencas Mineras: 19,2%</p> <p>Hábitat de residencia: (tamaño del municipio) 0-2.999 habitantes: 3,1% 3.000-24.999 habitantes: 34,6% 25.000-79.999 habitantes: 17,1% 80.000 y más habitantes: 45,2%%</p> <p>Nivel de estudios completados: Primarios: padres (27,1%) madres (22,8%) Medios: padres (51,8) madres (50,2%) Universitarios: padres (17,6%) madres (25,0%)</p> <p>Personas con las que convive (excluyendo al niño/a):: Una persona: 6,7% De 2-4 personas: 90,6% Más de 4 personas: 2,7% Media: 2,5 (DE: 0,9) Máximo: 8.</p> <p>Lugar de nacimiento de la unidad de observación: Asturias: 91,5% Otra CA: 4,9% Otro país: 3,4%</p> <p>Clase social del hogar: I : 12,1% II: 15,5% III: 41,8% IV: 23,4% V: 7,2%</p>

Notas metodológicas:

Toda encuesta estudia poblaciones mediante la selección y análisis de muestras representativas. A partir de estas muestras se hacen inferencias sobre la población completa a estudio. Los contenidos básicos de una encuesta de salud se basan en recoger hechos vitales, creencias, opiniones, actitudes, motivaciones, conducta, etc. que pueda afectar sobre la calidad de vida, sobre la salud, sobre la interacción con el medio (entre él el sector sanitario), etc.

El tipo de encuesta elegido para la Encuesta de Salud Infantil en Asturias en el año 2009 es el de **entrevista estructurada con preguntas cerradas** como método de recogida de información, lo que genera una difícil elaboración, exige mucho tiempo y es bastante costosa, pero la calidad de la información suministrada es mucho más elevada que en otras alternativas de encuesta.

La mayor ventaja de estas encuestas es que nos facilita mucha información de una población numerosa. Por el contrario, los datos suministrados por este tipo de encuesta son exactos, pero dentro de su propio error de muestreo.

En relación a este último apartado, se ha intentado, dentro del diseño muestral, el conseguir una población muestral lo suficientemente amplia que nos permitiese alcanzar una buena precisión en las estimaciones, con un total de 2.461 entrevistas válidas, a lo que añadimos el control de la selección de la muestra mediante estratificación previa de la población por las variables de género (dos grupos), Área Sanitaria de residencia (ocho grupos), y grupo etario (en cuatro grupos), de manera que la población muestral dentro de cada estrato fuera similar a la asturiana. Si bien, para darle un número mínimo de sujetos a cada Área Sanitaria se ha tomado la decisión de realizar un muestreo no proporcional en función del Área Sanitaria de residencia.

A pesar de ello, las distintas prevalencias detectadas en las preguntas de la Encuesta hacen que los intervalos de confianza para las inferencias realizadas sean variables. Se debe tener en cuenta este hecho a la hora de extraer el adecuado significado de cada información suministrada en este informe.

En el análisis realizado en esta aproximación básica, se han elegido todas las preguntas realizadas en la Encuesta con información relevante y se ha analizado la prevalencia para la población total, por cada sexo y por cada grupo etario (recordemos: cuatro grupos etarios). Se expone la información en distintas tablas de frecuencia, eligiéndose la representación de frecuencias relativas en forma de porcentajes. Cuando la tasa de no respuesta es muy baja no se han incluido los valores de no respuesta en las tablas al objeto de facilitar su lectura. Cuando sucede lo contrario, se exponen dentro de la tabla. Para algún tipo de variable se han hecho algoritmos de cálculo de manera que expresasen mejor los contenidos de la misma.

A su vez, las distintas prevalencias expuestas en forma de frecuencia relativa son analizadas en forma de estimación puntual, y cuando se realizan comparaciones (de género, por edad, etc.), se indican las diferencias detectadas, y, si estas son estadísticamente significativas, se hace mención expresa de las mismas.

CUADRO DE EQUIVALENCIAS EN EL ANÁLISIS:

Debido a la necesidad de reducir las distintas opciones de determinadas preguntas o de poder ajustar adecuadamente determinadas variables en algunas se hace una recodificación de las mismas de distinta importancia.

Los ajustes se han hecho para las siguientes variables:

HABITAT:

Se ha elegido la localidad de residencia y, como paso intermedio, se le asigna el Área Sanitaria que según el actual mapa sanitario tiene asignado el concejo al que pertenece, (independientemente del tamaño que tiene el núcleo de población en el que reside la persona entrevistada) y se le asignan las siguientes opciones:



Tipo de hábitat	Personas en edad pediátrica residentes en las Áreas Sanitaria (con su localidad de cabecera):
Zona rural	I (Jarrio), II (Cangas del Narcea) y VI (Arriondas)
Zona centro	III (Avelés), IV (Oviedo) y V (Gijón)
Cuencas Mineras	VII (Mieres) y VIII (Langreo)

Número y porcentaje de cada grupo en la muestra:

Tipo de hábitat	NIÑOS		NIÑAS		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Zona rural	233	18,1	213	18,2	446	18,1
Zona centro	814	63,1	753	64,3	1.567	63,7
Cuencas Mineras	243	18,8	205	17,5	448	18,2
Total	1.290	100,0	1.171	100,0	2.461	100,0

GRUPOS ETARIOS:

Grupo etario
(0-2 años) Niños/as pequeños/as
(3-5 años) Preescolares
(6-10 años) Escolares
(11-15 años) Pre y adolescentes

Número y porcentaje de cada grupo en la muestra:

Grupo etario	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
0-2	246	19,1	223	19,0	469	19,1
3-5	238	18,4	223	19,0	461	18,7
6-10	411	31,9	353	30,1	764	31,0
11-15	395	30,6	372	31,8	767	31,2
Total	1.290	100,0	1.171	100,0	2.461	100,0

ENCUESTA DE SALUD INFANTIL EN ASTURIAS. 2009
Cronología, metodología de trabajo y resultados

CLASES SOCIALES:

Clase social	Contenidos	Códigos CON (1)
I	Directivos/as de la Administración Pública y empresas con 10 o más asalariados/as Profesiones asociadas a titulaciones de 2º y 3º ciclo universitario	0010, 1011-1139, 1042-1043, 2011- 2434
II	Directivos/as de la Administración Pública y empresas con menos de asalariados/as (2) Profesiones asociadas a titulaciones de 1º ciclo universitario Técnicos/as Artistas y deportistas	0020, 1210-1409 2511-2530, 2611-2950, 3010-3319, 3541-3546
III	Empleados/as de tipo administrativo y profesionales de apoyo a la gestión administrativa Trabajadores/as de servicios personales y seguridad Trabajadores/as por cuenta propia Supervisores/as de trabajadores/as manuales	0030, 3320-3519, 4011-4605, 3521-3539, 5010-5330, 1510-1709
IV	Trabajadores/as cualificados/as Trabajadores/as semicualificados/as	6011-8640
V	Trabajadores/as no cualificados/as	9001-9800

(1) CON: Clasificación Nacional de Ocupaciones (INE). (2) Excluye a trabajadores/as autónomos/as

Número y porcentaje de cada grupo en la muestra: Clase social del hogar de la persona objeto de estudio, que es la clase social superior cuando existan varias personas objeto de clasificación:

Clase social	TOTAL	
	N	%
I	298	12,1
II	381	15,5
III	1029	41,8
IV	576	23,4
V	177	7,2

Entre aquellas personas que se han podido clasificar

NIVEL DE ESTUDIOS:

Nivel de estudios	
Básicos o primarios	Sin estudios o estudios primarios incompletos: menos de 6 años o cursos de primaria aprobados. Estudios primarios completos: 6º EGB aprobado, Certificado de Escolaridad, 6 años o cursos de primaria aprobados.
Medios	Estudios secundarios 1ª etapa: 8º EGB aprobado, Graduado Escolar, Bachillerato Elemental, Formación Profesional de 1º Grado o Ciclos Formativos de Grado Medio aprobados, ESO aprobada, 4 años o cursos de secundaria aprobados. Estudios secundarios 2ª etapa: BUP, Bachillerato Superior, Bachillerato LOGSE, COU, Preu, Formación Profesional 2º Grado o Ciclos Formativos de Grado Superior, 5 o más años o cursos de secundaria aprobados
Universitarios	Estudios universitarios medios (diplomatura, magisterio, arquitectura o ingeniería técnica). Estudios universitarios superiores (licenciatura, arquitectura o ingeniería superior, doctorado).

Número y porcentaje de cada grupo en la muestra:

Nivel de estudios	DEL PADRE O TUTOR		DE LA MADRE O TUTORA	
	N	%	N	%
Básicos o primarios	642	28,1	555	23,4
Medios	1225	53,7	1215	51,2
Universitarios	415	18,2	605	25,4

RESULTADOS

1.- Morbilidad declarada

OBJETIVOS:

- Conocer la morbilidad infantil declarada
- Conocer la morbilidad y la prevalencia de procesos y discapacidades crónicas
- Estimar la reducción de autonomía y de las actividades de la vida diaria
- Conocer la cantidad y el tipo de accidentes sufridos (domésticos, laborales, de tránsito, etc.) y su repercusión

1.1.- Morbilidad:

Contestación a la pregunta: *¿Padece o ha padecido el niño/la niña en los últimos 12 meses alguna de estas enfermedades?*

El tipo de morbilidad en la infancia recogida en la encuesta es fundamentalmente de carácter crónico mucho más fácil de recoger y con mayor impacto para el análisis que el de las enfermedades de carácter y resolución agudas, sobre todo, en estudios de prevalencia como el que nos ocupa.

La patología crónica más frecuente en las edades infantiles resulta ser el asma (11,7%), seguido de las otitis y /o amigdalitis de repetición (10,1%), las alergias crónicas (9,7%) y el estreñimiento habitual (5,2%). El resto de morbilidad es mucho menos frecuente como se observa en la tabla adjunta.

Incluso con la baja frecuencia de todas las patologías crónicas infantiles llega a haber diferencias marcadas de género en algunas patologías, en perjuicio, en todas las existentes, de los hombres. Así, se manifiesta que un 13,6 de los niños padecen asma por un 9,6% de las niñas (OR: 1,48, IC95%: 1,15-1,9). Además, se indica que un 11,1% de los niños padecen alergias crónicas por solo un 8,3% de las niñas (OR: 1,38, IC95%: 1,05-1,8). Y, dentro de las patologías menos frecuentes, un 1,7% de los niños se indica que padecen trastornos de la conducta (hiperactividad, déficit de atención, etc.) por un 0,5% de las niñas ((OR: 3,44, IC95%: 1,4-8,5). En todos estos casos citados, existe una diferencia de género estadísticamente significativa.

Frecuencia de morbilidad crónica por sexo:

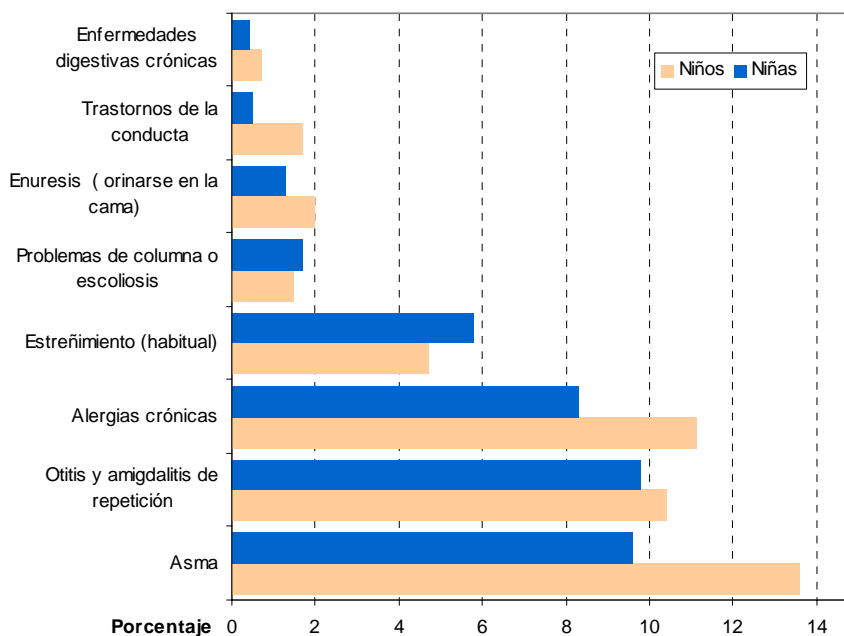
	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
Asma	13,6	9,6	11,7
Otitis y amigdalitis de repetición	10,4	9,8	10,1
Alergias crónicas	11,1	8,3	9,7
Estreñimiento (habitual)	4,7	5,8	5,2
Problemas de columna o escoliosis	1,5	1,7	1,6
Enuresis (orinarse en la cama)	2,0	1,3	1,7
Trastornos de la conducta (hiperactividad, déficit de atención, etc.)	1,7	0,5	1,2
Algún tipo de discapacidad	0,8	0,5	0,7
Enfermedades digestivas crónicas (úlceras, hepatitis, celiacía)	0,7	0,4	0,6
Ansiedad o depresión	0,3	0,4	0,4
Diabetes	0,1	0,1	0,1
Epilepsia	0,1	0,2	0,1
Tumores malignos, leucemias	0,1	0,2	0,1
Otras enfermedades o problemas de salud:	7,4	10,0	8,7
Bronquiolitis	0,5	0,3	0,4
Dermatitis	0,7	0,9	0,8
Neumonía	0,2	0,5	0,3

En relación a la edad, existe una mayor prevalencia de declaración de morbilidad a medida que aumenta la edad del grupo en muchas patologías, en concreto en aquellas más frecuentes, como ya era previsible dado el conocimiento

ENCUESTA DE SALUD INFANTIL EN ASTURIAS. 2009
Cronología, metodología de trabajo y resultados

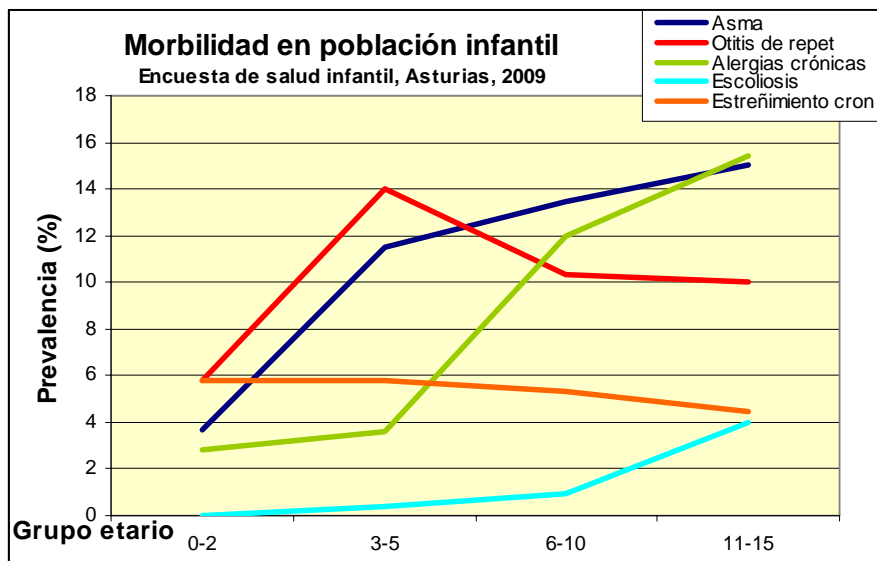
científico: los adolescentes presentan más frecuentemente asma y alergias crónicas así como escoliosis. Los chicos y chicas escolares son los presentan más frecuentemente otitis y amigdalitis de repetición. En otras patologías menos frecuentes la ansiedad o depresión es observada más frecuentemente en adolescentes.

Morbilidad declarada. Encuesta de Salud Infantil Asturias, 2009



Frecuencia de morbilidad crónica por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
Asma	3,7	11,5	13,5	14,9	11,7
Otitis y amigdalitis de repetición	5,8	14,0	10,3	10,1	10,1
Alergias crónicas	2,8	3,6	12,0	15,4	9,7
Estreñimiento (habitual)	5,8	5,8	5,3	4,5	5,2
Problemas de columna o escoliosis	0	0,4	0,9	4,0	1,6
Enuresis (orinarse en la cama)	0	1,5	2,1	1,3	1,7
Trastornos de la conducta (hiperactividad, déficit de atención, etc.)	0	0,8	1,9	1,2	1,2
Algún tipo de discapacidad	0	0,4	1,5	0,4	0,7
Enfermedades digestivas crónicas (úlceras, hepatitis, celiaquía)	0,6	1,1	0,4	0,4	0,6
Ansiedad o depresión	0	0	0,1	1,0	0,4
Diabetes	0	0	0,1	0,1	0,1
Epilepsia	0	0	0,3	0,1	0,1
Tumores malignos, leucemias	0	0	0,3	0,1	0,1
Otras enfermedades o problemas de salud:	8,4	8,9	8,1	9,1	8,7



Contestación a la pregunta: **¿Padece o ha padecido el niño/la niña en los últimos 12 meses alguna de estas enfermedades? ¿Le ha dicho el médico que la padece?: Se presenta una lista de enfermedades**

La mayoría de estas patologías han sido diagnosticadas por personal facultativo, habitualmente en un 70-100% de las situaciones. No obstante, solo consta que en tres de cada cuatro casos de asma o de ansiedad o depresión esa categorización la haya hecho un facultativo. Las cifras son menores en el caso de enuresis (52%) o de otitis y amigdalitis de repetición (44%). No hay diferencias de género de la unidad de observación relevantes.

Contestación a la pregunta: **¿Padece o ha padecido el niño/la niña en los últimos 12 meses alguna de estas enfermedades? ¿Le ha dicho el médico que la padece?: Se presenta una lista de enfermedades**

La mayoría de estas patologías han estado presentes en el último año de vida, excepto en aquellas circunstancias ya superadas, como tumores.

El análisis por otras variables nos manifiesta desigualdades de salud en función de las mismas:

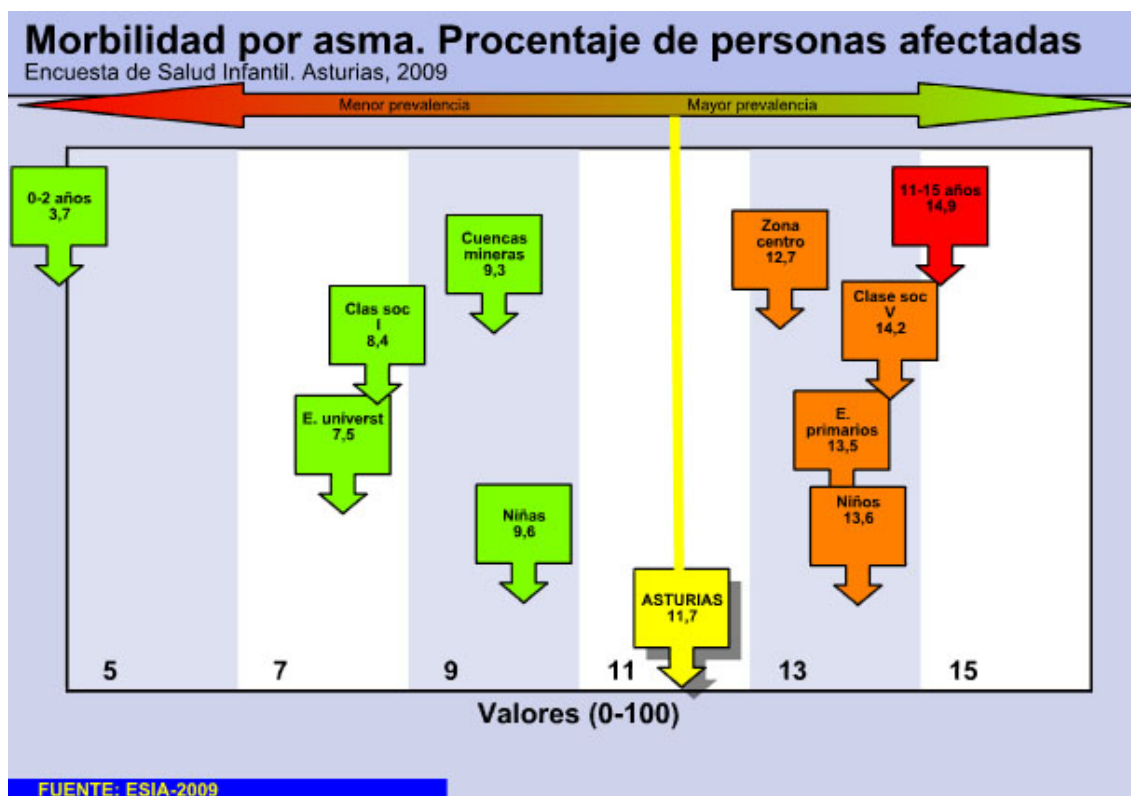
Alergias crónicas: son más frecuentes en los niños/as de las cuencas mineras (10,4%) respecto a un 8,7% en niños/as de zona rural. Son más frecuentes en niños/as procedentes de familias con estudios medios (11,8% vs 7,3% en familias con estudios universitarios). Son considerablemente más frecuentes a medida que bajamos de clase social: un 14,2% de los niños/as clasificados en clase social V las presentan por solo un 3,9% en niños/as de las clase sociales más aventajadas (I).

Diabetes: es muy poco frecuente en la población infantil, no observándose diferencias muy sustanciales, No obstante, parecen ser más frecuentes en niños/as procedentes de clase sociales más altas (I, 0,4%) estando ausente en niños/as de clases sociales III y V.

Discapacidad: un 1,5% de los niños/as residentes en zonas rurales tienen algún tipo de discapacidad respecto a las cuencas mineras en que en nuestra muestra no aparece ninguno/a. Más frecuente en familias con estudios primarios (0,8% vs

0,5% en familias con estudios universitarios). Un 1% de la población en clase social III la manifiesta, siendo más baja la frecuencia en el resto de clases sociales.

Ansidad/Depresión: un 0,7% de los niños/as residentes en zona rural manifiestan este padecimiento, es menos frecuentes en niños/as de cuencas mineras (0,2%). Más frecuente en familias de estudios medios (0,6%). Mucho más frecuente en niños/as procedentes de clases sociales menos favorecidas (1,3% en clase social V).



Epilepsia: muy poco frecuente, pero más en niños/as residentes en zonas rurales (0,2%), en familias con estudios primarios o medios (0,2%) y en niños/as de familias con clase social media (III, 0,3%).

Trastornos de la conducta (hiperactividad, déficit de la atención,...): más frecuente en niños/as de zonas rurales (1,2%, en centro de Asturias, 0,9% en cuencas mineras). Las familias con estudios medios tienen más frecuencia de este tipo de procesos (1,4% vs 0,8 en niños/as de familias con estudios universitarios). Los niños/as de clase social III tiene más frecuencia (2,2% vs 0,1% en niños/as de clase social I).

Tumores: muy escasa frecuencia, pero focalizada en zonas rurales (0,4% de sus niños/as), estudios medios (0,3% de ellos/as) y en clases sociales medias (III, 0,3%).

Asma infantil: en este caso el proceso es mucho más frecuente, y focalizado en la zona central asturiana (12,7% vs 9,3% en cuencas mineras). Más frecuente en niños/as de familias con estudios primarios (13,5% vs 7,5% en universitarios). Más frecuente en niños/as procedentes de clases sociales IV y V (en IV: 14,2% vs 8,4% en clase social I).

Otitis y amigdalitis de repetición: situación inversa es la que aparece con este tipo de procesos: más frecuente en zonas rurales (10,8% vs 8,9% en cuencas

mineras), en niños/as procedentes de familias universitarias (11,4% vs 8,8% en familias con estudios primarios); y en niños/as en clase social I (11,5% vs 8,3% en clase social V).

Enuresis: más frecuente en niños/as de cuencas mineras (2,4% vs 1,4% en centro), en niños/as procedentes de familias con estudios medios (2,1% vs 0,8% estudios primarios), y en niños/as clasificados con que su hogar es de clase social I (3,6% vs 1,1% en clase social III).

Escoliosis o problemas de columna: más frecuente en niños/as de zona rural (1,8% vs 0,8% en cuencas mineras; en niños/as procedentes de familias con estudios universitarios (1,9% vs 1,4% en familias de estudios medios); y en familias en clase social II (2,2% vs familias en clase social III, 1,3%).

1.2.- Reducción, limitación de actividades o quedarse en cama en las últimas dos semanas:

Contestación a las preguntas: ***Durante las dos últimas semanas ¿ha tenido que reducir sus actividades habituales al menos la mitad de un día por alguno o varios dolores o síntomas?***

1.2.1.- Frecuencia de reducción o limitación de actividades

Durante las dos últimas semanas ¿se ha visto obligado el niño a quedarse más de la mitad de un día en cama por motivos de salud? (Incluyendo días hospitalizado, si hubiere)

La limitación de actividades en las últimas dos semanas nos intenta aproximar a la incapacidad o discapacidad de carácter crónico, pero también agudo.

Un 18,4% de la población infantil asturiana ha tenido que reducir o limitar sus actividades habituales debido a la presencia de algún dolor, molestia o tipo de síntoma.

Esta circunstancia es más frecuente en niños (19,2%) que en niñas (17,6%) con diferencias no significativas.

A su vez, ha existido una mayor reducción en las edades más pequeñas de la vida, llegando a ser su frecuencia un 50% superior a la de los adolescentes, habiendo una reducción gradual a medida que aumenta la edad del grupo a estudio.

Por otra parte, un 12% de la población infantil asturiana ha tenido que quedarse más de la mitad de un día en la cama por motivos de salud.

Esta circunstancia es igual de frecuente en niños que en niñas.

A su vez, es menos frecuente en niños escolares (6-10 años) que en el resto de niños o niñas.

ENCUESTA DE SALUD INFANTIL EN ASTURIAS. 2009
Cronología, metodología de trabajo y resultados

Frecuencia de reducción de actividades y quedarse en cama por motivo de salud por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
Reducción en actividades:			
SI	19,2	17,6	18,4
Quedarse en cama por motivo de salud:			
SI	11,2	12,0	11,6

Frecuencia de reducción de actividades y quedarse en cama por motivo de salud por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
Reducción en actividades:					
SI	24,1	25,3	14,3	16,1	18,4
Quedarse en cama por motivo de salud:					
SI	14,4	12,7	8,8	12,4	11,6

1.2.2.- Motivo de reducción o limitación de actividades

Cuando les preguntamos,

¿Cuales han sido los dolores o síntomas que han obligado a limitar o reducir sus actividades habituales o quedarse en cama al menos la mitad de un día?:

Encontramos que un 59% de los motivos para dejar de hacer menos actividades que las habituales ha sido por tener problemas de garganta, tos, catarro o gripe y un 34% por fiebre. El resto de causas son relativamente mucho menos frecuentes: un 10% por dolor de cabeza, un 7,5% por diarrea o problemas intestinales, un 3% por crisis asmática.

Por género, es más frecuente el no realizar actividades habituales por problemas de garganta, tos, catarro, etc. en niñas que en niños, así como por dolor de cabeza, y fiebre. Por el contrario, es más frecuente en niños que en niñas el dejar de hacer cosas en las actividades habituales por dolor de huesos, por contusiones, lesiones o heridas, dolor de oídos, vómitos y crisis asmática. No obstante, todas las diferencias no son significativas estadísticamente.

Frecuencia de motivo de reducción o limitación de actividades por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
Dolor de huesos, de espalda o articulaciones	4,1	3,1	3,5
Problemas de nervios, depresión o dificultad para dormir	0	0	0
Problemas de garganta, tos, catarro, gripe	54,3	65,1	59,3
Dolor de cabeza	8,5	10,8	9,6
Contusión, lesión o heridas	2,3	0,5	1,4
Dolor de oídos, otitis	4,1	1,5	2,9
Diarrea o problemas intestinales	10,4	4,1	7,5
Ronchas, picor, alergia	0,	0,5	0,2
Fiebre	32,3	35,9	34,0
Problemas en dientes o encías	1,4	2,1	1,7
Vómitos	5,4	4,1	4,8
Crisis asmática	3,6	2,6	3,1

Analizando por edad, observaremos que el dejar de hacer cosas habituales es más frecuente en población infantil mayor (adolescentes) en el caso de padecer dolor de huesos, en el caso de dolor de cabeza, por contusiones o heridas, y por dolor abdominal y crisis asmáticas. Sucede lo contrario en situaciones de dolor de oídos u otitis, fiebre y problemas con dientes o encías.

Frecuencia de motivo de reducción o limitación de actividades por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
Dolor de huesos, de espalda o articulaciones	0	0	6,5	6,4	3,5
Problemas de nervios, depresión o dificultad para dormir	0	0	0	0	0
Problemas de garganta, tos, catarro, gripe	60,2	62,2	54,6	60,0	59,3
Dolor de cabeza	6,2	6,7	9,3	13,6	9,6
Contusión, lesión o heridas	0,0	0,8	1,9	2,4	1,4
Dolor de oídos, otitis	4,5	4,2	1,9	1,6	2,9
Diarrea o problemas intestinales	7,7	6,7	8,3	7,2	7,5
Ronchas, picor, alergia	0,0	0,0	0,0	0,8	0,2
Fiebre	36,9	38,7	31,5	30,4	34,0
Problemas en dientes o encías	3,1	0,8	1,9	1,6	1,7
Vómitos	3,1	6,7	5,6	4,0	4,8
Crisis asmática	1,5	2,5	3,7	4,0	3,1

1.3.- Limitación de actividades por problemas de salud:

Contestación a la pregunta: *Durante al menos los últimos seis meses ¿en qué medida se ha visto (nombre del niño/a...) limitado/a debido a un problema de salud para realizar las actividades que los niños/as habitualmente hacen?*

1.3.1.- Frecuencia de limitaciones:

En este apartado se valoraba la presencia de limitaciones debidas a un problema de salud para realizar las actividades que los niños/as habitualmente hacen.

Frecuencia de limitación de actividades por problemas de salud por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
Gravemente limitado/a	0,6	0,2	0,4
Limitado/a pero no gravemente	2,2	1,5	1,9
Nada limitado/a	95,6	96,7	96,1

Se considera al 0,4% de la población infantil como gravemente limitado/a para la realización de actividades que los niños/as hacen habitualmente debido a problemas de salud. Si consideramos el nivel de limitación a cualquier tipo (leve o

ENCUESTA DE SALUD INFANTIL EN ASTURIAS. 2009
Cronología, metodología de trabajo y resultados

grave) los resultados nos indican que el 2,3% de la población infantil tiene algún tipo de limitación para realizar tareas habituales de los niños y niñas.

En todas estas limitaciones existe una mayor proporción de niños afectados que de niñas (2,8% vs 1,7%), no obstante esa proporción es tan pequeña que los resultados no son estadísticamente significativos como diferentes por género.

Frecuencia de limitación de actividades por problemas de salud por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
Gravemente limitado/a	0,2	0,2	0,5	0,4	0,4
Limitado/a pero no gravemente	1,1	1,1	1,7	3,0	1,9
Nada limitado/a	94,4	96,8	97,1	95,6	96,1

Por edades, se observa que a medida que aumenta la edad aumenta la proporción de niños y niñas con este tipo de limitaciones llegando a ser del 3,4% en adolescentes.

Por otro tipo de variables como el hábitat de residencia, clase social y nivel de estudios de la familia en que reside el niño/a observamos que es más frecuente algún tipo de limitación de actividades debido a problemas de salud en niños/as residentes en zonas rurales (3%, por un 1,2% en cuencas mineras), así como en niños/as procedentes de familias con estudios universitarios (3,2% frente a un 1,0% en estudios primarios). Un 4,3% de los niños/as clasificados en clase social I presentaron este tipo de limitaciones por un muy escasa frecuencia en niños/as procedentes de familias en clase social V.

1.3.2.- Causa limitaciones:

Frecuencia de causa de limitación de actividades por problemas de salud por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
Física	45,6	28,2	38,5
Mental	3,6	2,6	3,1
Ambas	3,5	5,1	4,2

De las personas que han contestado en referencia a las limitaciones de la persona infantil que se estudia se menciona que un 80% de ellas son debidas a problemas físicos y solo un 8% a problemas mentales. La proporción de problemas físicos causantes de la limitación es mayor en niños que en niñas.

Por edades es mayor la referencia a problemas físicos en adolescentes si bien también el componente mixto.

Frecuencia de causa de limitación de actividades por problemas de salud por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
Físico	7,7	20,0	57,1	58,8	38,5
Mental	0	6,7	4,8	2,9	3,1
Ambos	0	0	4,8	8,8	4,2

Es muy escasa la frecuencia de niños/as con limitaciones para establecer diferencias por sus causas en relación a otras variables.

1.4.- Discapacidades:

Contestación a la pregunta: *¿Qué tipo de ayuda requiere para...?*

En este apartado se valoraba la presencia de necesidad de ayuda como variable ordinal con las opciones siguientes: no necesito ayuda, puedo hacerlo solo/a con un medio técnico y no puedo hacerlo ni con ayuda técnica. Se consideraba medio técnico a los aparatos correctores como gafas, audífonos, andadores, muletas, bastones, etc.

Frecuencia de tipo de ayuda para realizar determinadas acciones por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
Para ver			
Con ayuda	8,5	13,3	10,8
De ninguna manera	0,1	0,1	0,1
Para oír			
Con ayuda	0,1	0,1	0,1
De ninguna manera	0,1	0	0
Para comunicarse			
Con ayuda	2,1	1,6	1,8
De ninguna manera	0,8	0,4	0,6
Para desplazarse			
Con ayuda	2,3	2,1	2,2
De ninguna manera	0,7	0,7	0,7
Para utilizar brazos y manos			
Con ayuda	0,8	0,3	0,6
De ninguna manera	0,2	0,3	0,2
Para desplazarse fuera del hogar			
Con ayuda	19,2	20,3	19,7
De ninguna manera	1,0	1,0	1,0
Para cuidarse por sí mismo/a			
Con ayuda	25,8	24,1	24,9
De ninguna manera	1,8	2,2	2,0
Para realizar tareas del hogar			
Con ayuda	20,1	18,2	19,2
De ninguna manera	6,1	6,2	6,2
Para relacionarse con otras personas			
Con ayuda	4,1	3,8	4,0
De ninguna manera	1,0	0,8	0,9
Para aprender, aplicar conocimientos y desarrollar			
Con ayuda	8,9	8,9	8,9
De ninguna manera	1,9	1,4	1,7
Para leer			
Con ayuda	9,0	10,8	9,9
De ninguna manera	6,5	5,9	6,2

Un 10% de la población infantil necesita al menos ayuda para ver. No ve incluso sin ayuda un 0,1% de la población infantil (un niño/a entre mil niños/as). Problemas de comunicación los tiene un niños/a por cada 40. Para desplazarse uno de cada 33, para cuidar por si mismo uno de cada 4, para relacionarse con otras personas una de cada veinte, para leer uno de cada seis.

Por sexo, necesita menos frecuentemente ayuda para ver los niños que las niñas (OR: 0,6; IC95%:0,5-0,8). Para el resto de discapacidades no hay diferencias de género.

ENCUESTA DE SALUD INFANTIL EN ASTURIAS. 2009
Cronología, metodología de trabajo y resultados

Por edades aumenta la necesidad de medios materiales para ver con la edad. Uno de cada cinco adolescentes necesita ayuda para ver. La autonomía aumenta a su vez con la edad.

Por otro tipo de variables como el hábitat de residencia, clase social y nivel de estudios de la familia en que reside el niño/a observamos que es más frecuente algún la discapacidad para ver (con ayuda o de ninguna manera) en niños/as residentes en zonas rurales (12,5%, por un 5,5% en cuencas mineras), así como en niños/as procedentes de familias con estudios universitarios (12,7% frente a un 9,8% en estudios medios). Un 13,3% de los niños/as clasificados en clase social I presentaron este tipo de limitaciones por una menor frecuencia (10,7%) en niños/as procedentes de familias en clase social V.

Frecuencia de tipo de ayuda para realizar determinadas acciones por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
Para ver					
Con ayuda	0,2	2,3	12,6	20,7	10,8
De ninguna manera	0	0,2	0,1	0	0,1
Para oír					
Con ayuda	0	0	0,3	0	0,1
De ninguna manera	0	0	0,1	0	0
Para comunicarse					
Con ayuda	8,4	0,4	0,3	0,1	1,8
De ninguna manera	2,8	0	0,3	0	0,6
Para desplazarse					
Con ayuda	9,9	1,3	0,8	0,3	2,2
De ninguna manera	3,2	0	0,3	0,1	0,7
Para utilizar brazos y manos					
Con ayuda	1,3	1,1	0,3	0,1	0,6
De ninguna manera	0,9	0	0,3	0	0,2
Para desplazarse fuera del hogar					
Con ayuda	41,1	40,0	16,9	2,6	19,7
De ninguna manera	6,3	0,9	0,3	0	1,0
Para cuidarse por sí mismo/a					
Con ayuda		52,1	27,2	6,3	24,9
De ninguna manera		7,2	0,8	0	2,0
Para realizar tareas del hogar					
Con ayuda		32,1	24,7	6,1	19,2
De ninguna manera		22,5	1,9	0,4	6,2
Para relacionarse con otras personas					
Con ayuda	17,4	4,0	0,5	0,5	4,0
De ninguna manera	4,5	0,2	0,3	0	0,9
Para aprender, aplicar conocimientos y desarrollar					
Con ayuda	24,9	17,2	5,5	1,5	8,9
De ninguna manera	9,7	1,7	0,3	0,3	1,7
Para leer					
Con ayuda		34,5	3,5	1,2	9,9
De ninguna manera		25,1	0,5	0,1	6,2

1.5.- Minusvalía:

Contestación a la pregunta: *¿Tiene reconocida el niño o niña algún grado de minusvalía por alguna incapacidad?:*

Frecuencia de minusvalía reconocida por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
Si	2,1	2,3	2,2
No	97,9	97,7	97,8

De las personas que han contestado, mencionan que solo un 2,2% de la población infantil tiene reconocida una minusvalía legalmente.

No hay diferencias de género en esta variable.

Por edades existe una mayor proporción de niños/as con minusvalía reconocida en la población de 6-10 años de edad.

Frecuencia de minusvalía reconocida por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
Si	1,9	2,5	2,7	1,7	2,2
No	98,1	97,5	97,3	98,3	98,8

Por otro tipo de variables como el hábitat de residencia, clase social y nivel de estudios de la familia en que reside el niño/a observamos que es más frecuente alguna minusvalía reconocida en niños/as residentes en zonas rurales (2,8%, por un 1,1% en cuencas mineras), así como en niños/as procedentes de familias con estudios primarios (3,5% frente a un 1% en estudios universitarios). Un 0,8% de los niños/as clasificados en clase social II presentaron este tipo de limitaciones por una mayor frecuencia (3%) en niños/as procedentes de familias en clase social V.

1.6.- Accidentabilidad:

Contestación a la pregunta: *¿Nos podría decir si durante el último año el niño/la niña ha tenido algún accidente de cualquier tipo, intoxicación/quemadura, etc...?:*

Se ha considerado a estos efectos y asimilado a accidente la existencia de haber sufrido alguna agresión, quemadura, intoxicación, etc.

1.6.1.- Frecuencia de accidentes:

Los resultados obtenidos de la Encuesta, nos indican que un 16% de la población infantil asturiana ha sufrido al menos un incidente de este tipo en el último año.

Existen diferencias de género en cuanto a la prevalencia de haber padecido estos incidentes con un mayor riesgo en niños que en niñas (OR: 1,29, IC95%: 1,04-1,6).

ENCUESTA DE SALUD INFANTIL EN ASTURIAS. 2009
Cronología, metodología de trabajo y resultados

Frecuencia de accidentes por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
Sí, Sufrió un accidente...	17,7	14,3	16,0

No hay muchas diferencias en relación a la edad si bien son los niños y niñas de 3-5 años las que se accidentan más.

Frecuencia de accidentes por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
Sí, Sufrió un accidente	12,9	18,3	16,8	15,7	16,0

Por tipo de hábitat, los niños/as residentes en la zona central de Asturias han tenido más frecuencia de accidentes (17,9% de ellos/as) y han tenido menos frecuencia en las cuencas mineras (9,9%).

Por tipo de estudios de la familia en la que residen, han sido más frecuentes los accidentes en familias universitarias (21,6%) respecto a un 9,7% de las familias con estudios universitarios.

Por clase social del hogar, los niños/as clasificados como en clase social I han tenido más frecuencia de accidentes (21,4%) respecto a los clasificados como en clase social V (8,3%).

1.6.2.- Tipo de accidente (el último):

Para intentar aproximarnos a la tipología de estos incidentes se ha preguntado a las personas entrevistadas el tipo de incidente padecido en el último que haya padecido el niño o la niña. De ellos, el más frecuente es el referente a las caídas al mismo nivel (tres cuartas partes lo han padecido), seguido de caídas de dos niveles distintos (una de cada nueve personas en edad infantil que han sufrido un accidente) y del golpe (misma frecuencia). El resto de accidentes ha sido mucho menos frecuente.

Por género, el incidente accidentable más frecuente en hombres son las caídas desde el mismo nivel al igual que en niñas. Sí existen diferencias en cuanto a los golpes que son mucho más frecuente en niños que en niñas (OR: 2,29, IC95%:1,2-4,4). En el resto de accidente no hay diferencias significativas entre niños y niñas.

Frecuencia de tipo de accidentes por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
Caídas de dos niveles distintos	12,0	10,5	11,4
Caída mismo nivel	74,6	76,0	75,2
Quemaduras	4	4,7	4,3
Golpe	13,8	7,6	11,1
Intoxicación no alimentaria	1,3	1,2	1,3
Accidente de tráfico como ocupante	0,9	0,6	0,8
Accidente de tráfico como peatón	0,9	1,2	1,0
Otros	4,0	2,9	3,5

ENCUESTA DE SALUD INFANTIL EN ASTURIAS. 2009
Cronología, metodología de trabajo y resultados

Por edades, sucede que a medida que aumenta la edad existe una menor prevalencia de caídas de dos niveles distintos llegando a cifras en niños pequeños del 20% de aquellos que han sufrido un accidente, circunstancia que no sucede con las caídas desde el mismo nivel que aunque son más frecuente no hay diferencias en función de la edad. Las quemaduras también son más frecuentes en los niños/as pequeños/as, al igual que las intoxicaciones no alimentarias. Los accidentes de tráfico son muy poco frecuentes en estas poblaciones comparadas con las sucedidas en adultos.

Por tipo de accidente, del total de personas que han tenido este tipo de incidentes, las caídas de distinto nivel han sido más frecuentes en niños/as de cuencas mineras (un 25,5% de los que han tenido accidentes y residen ahí lo han tenido respecto a un 9,1% de los niños/as en zona rural); en niños/as de familias con estudios primarios (14% por un 10,3% en estudios universitarios), y en clase social II (20,6% respecto a un 7,1% en clase social V).

En caídas al mismo nivel, estas han sido más frecuente en los niños/as que han sufrido un accidente y residen en las cuencas mineras (74,3%, por un 52,2% de los niños/as de las cuencas mineras), en niños/as procedentes de familias con estudios universitarios (78,7% de ellos/as por un 60,3% de las familias con estudios primarios), y en clases sociales más desfavorecidas (V, 85,7% por un 68,3% de las de clase social II).

En las quemaduras, estas han sido más frecuentes en los niños/as de las cuencas mientras (8,5% por un 3% en niños/as de zona centro), en niños/as con familias con estudios primarios (12,3% por un 2,4% en estudios universitarios) y en clase social II (9,5%).

Respecto a los golpes, han sido más frecuentes en niños de zonas rurales (15,4% por un 8,9% de la zona centro), en niños/as de familias con estudios primarios (13,8% respecto a un 10,6% en universitarias) y en clases sociales medias (15,9% en clase social II por un 7,4% en clase social III).

Las intoxicaciones alimentarias fueron más frecuentes en zonas rurales (9%), en familias con estudios primarios (3,4%) y en clases sociales medias (2,3%).

Los accidentes de tráfico como pasajeros/as, fueron más frecuentes en niños/as de zonas rurales (2,6%), en familias con estudios primarios (3,4%) y en clases sociales medias (III, 1,7%).

Frecuencia de tipo de accidentes por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
Caídas de dos niveles distintos	19,7	14,0	7,1	8,9	11,4
Caída mismo nivel	70,0	79,1	78,6	71,3	75,2
Quemaduras	8,3	2,3	4,0	3,3	4,3
Golpe	3,3	12,8	8,7	15,6	11,1
Intoxicación no alimentaria	3,3	0	0,8	1,6	1,3
Accidente de tráfico como ocupante	1,7	0	0,8	0,8	0,8
Accidente de tráfico como peatón	1,7	0		1,6	1,0
Otros	5,0	2,3	3,7	3,3	3,5

1.6.3.- Lugar donde se produjo el accidente (el último):

Respecto al lugar donde se produjeron estos incidentes, un 36% se produjeron en el mismo domicilio o en el edificio en el que está situado el mismo, un 22% se produjeron en una zona recreativa o de ocio y un 17% en una instalación deportiva.

Las diferencias de lugar por género son muy considerables: los niños han tenido más frecuencia de que sus accidentes los hayan sufrido en una instalación deportiva (OR: 3,06, IC95%:2,4-3,9), en la calle pero sin accidente de tráfico (OR: 1,46, IC95%:1,1-1,9): En cambio los niños han tenido mucha menos frecuencia que las niñas de de que sus accidentes sucedieran en casa o el edificio en el que viven (OR: 0,67, IC95%:0,6-0,8), en una zona recreativa o de ocio (OR: 0,72, IC95%:0,6-0,9) o bien en una guardería, escuela o instituto (OR: 0,61, IC95%:0,5-0,8).

Frecuencia de lugar donde se produjo el accidente por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
En casa, escaleras, portal	32,1	41,2	36,0
En una zona recreativa o de ocio	20,1	25,9	22,5
En una instalación deportiva	22,8	8,8	16,8
En calle, pero no accidente de tráfico	10,7	7,6	9,4
Guardería, en la escuela, o instituto	7,1	11,2	8,9
En calle o carretera que fue accidente de tráfico	4,9	2,6	3,8
En otro lugar	0,9	1,2	1,0

Por edades, la mayor accidentabilidad en domicilio o edificio de su casa y aquí es donde mayoritariamente tienen accidentes los niños pequeños (0-2 años de edad)(80%). Esa cifra va bajando a medida que la población infantil se socializa y aumenta la frecuencia de accidentes en otros ámbitos: instalaciones deportivas (34% en adolescentes, 0% en bebés), en la calle, etc.

Frecuencia de lugar donde se produjo el accidente por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
En casa, escaleras, portal	80,2	41,7	30,1	16,5	36,0
En una zona recreativa o de ocio	10,0	32,0	27,5	17,3	22,5
En una instalación deportiva	0,0	1,2	18,8	33,7	16,8
En calle, pero no accidente de tráfico	3,4	5,9	6,6	17,5	9,4
Guardería, en la escuela, o instituto	0	12,1	11,2	8,5	8,9
En calle o carretera que fue accidente de tráfico	1,6	5,0	4,1	4,1	3,8
En otro lugar	3,4	0,9	0	0,6	1,0

1.6.4.- Consecuencias inmediatas del accidente (el último):

La acción inmediata tras el último accidente sufrido (si había sufrido alguno) fue con mayor frecuencia fue el no acudir a ningún centro sanitario ni intervenir 59%. Acudieron a un centro de urgencias un 32%, seguido de acudir a una consulta de medicina o enfermería un 5%. Solo ingresaron tras el accidente un 1,6% de los/las afectados/as en un hospital.

Las niñas consultaron menos a un médico/a o enfermero/a que los niños y acudieron más a un centro de urgencias en el Centro de Salud u Hospital. Sin embargo, ingresaron menos en un hospital (resultados estadísticamente no significativos).

Frecuencia de consecuencias inmediatas del accidente por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
No fue necesario hacer ninguna consulta ni intervención	58,9	59,4	59,1
Acudió a un centro de urgencias en el Centro de Salud u Hospital	30,8	32,9	31,8
Consultó a un médico/a enfermero/a	5,8	2,9	4,6
Ingresó en el hospital	1,8	1,2	1,6
Otro tipo de centro (farmacia u otro lugar)	0,9	1,8	1,3

Similar situación a la general sucede cuando analizamos la información por grupo etario. No obstante, es de reseñar que más de la mitad de los incidentes en esta población se resuelve sin ser necesaria asistencia sanitaria. No obstante, este hecho es menos frecuente en adolescentes. Estos son los que acuden ante un accidente más frecuentemente a urgencias de Centro de Salud u Hospital e incluso es más frecuente que ingresen en un hospital.

Frecuencia de consecuencias inmediatas del accidente por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
No fue necesario hacer ninguna consulta ni intervención	65,0	76,7	61,1	41,3	59,1
Acudió a un centro de urgencias en el Centro de Salud u Hospital	25,0	18,6	29,4	47,1	31,8
Consultó a un médico/a enfermero/a	6,7	1,2	4,8	5,8	4,6
Ingresó en el hospital	1,7	1,2	0,8	2,5	1,6
Otro tipo de centro (farmacia u otro lugar)	0,0	1,2	1,6	1,7	1,3

1.6.5.- Efectos o daños causados por el accidente (el último):

El análisis de los efectos o daños causados por el último accidente nos muestra que en un 81% de las ocasiones los accidentes infantiles producen contusiones, hematomas, esguinces o luxaciones, en un 12,2% fracturas de huesos y, a niveles menos frecuentes, en un 3% de las ocasiones quemaduras, un 2% envenenamiento o intoxicación.

Por género, no existen diferencias significativas en relación a los efectos o daños producidos por el accidente.

ENCUESTA DE SALUD INFANTIL EN ASTURIAS. 2009
Cronología, metodología de trabajo y resultados

Frecuencia de efectos o daños causados por el accidente por grupo etario:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
Contusiones, hematomas, esguinces, luxaciones o heridas superficiales	79,9	81,9	80,9
Fracturas o heridas profundas	12,9	11,7	12,2
Quemaduras	3,1	2,4	2,8
Envenenamiento o intoxicación	1,8	2,9	2,3
Otros efectos	0,7	1,4	1,1

El análisis de las consecuencias por edad, nos muestra la frecuencia de consecuencia de contusión, hematoma, etc. es relativamente estable en todos los grupos etarios y que, en cambio las fracturas o heridas profundas son mucho más frecuentes en adolescentes (un 18% de los accidentes por solo un 5% en bebés).

Frecuencia de efectos o daños causados por el accidente por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
Contusiones, hematomas, esguinces, luxaciones o heridas superficiales	81,7	87,2	78,6	78,0	80,9
Fracturas o heridas profundas	5,0	8,1	12,7	18,0	12,2
Quemaduras	5,0	1,2	2,4	3,3	2,8
Envenenamiento o intoxicación	3,3	1,2	2,4	2,5	2,3
Otras	1,7	0	1,6	0,8	1,1

1.7.- Estado de salud:

Contestación a la pregunta: *¿Cómo diría Ud que es la salud del niño/a?*

Pregunta de valoración global sobre el estado de salud integral del niño o niña. En un 59% de los casos se considera muy buena y en un 36% buena, con lo que agrupando ambos grupos se llega a un total del 95,4% que es muy buena o buena. Hay una escasísima frecuencia de mala o muy mala.

Frecuencia de valoración de la salud del niños/a por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
Muy buena	58,6	59,4	59,0
Buena	35,9	36,8	36,4
Regular	4,7	2,9	3,8
Mala	0,2	0,1	0,2
Muy mala	0	0,2	0,1

ENCUESTA DE SALUD INFANTIL EN ASTURIAS. 2009
Cronología, metodología de trabajo y resultados

Por edades, la peor valoración se hace en las edades de de 3-5 años con un 93,7%. En todos los grupos etarios la frecuencia de mala o muy mala es muy pequeña.

Frecuencia de valoración de la salud del niños/a por grupo etario:

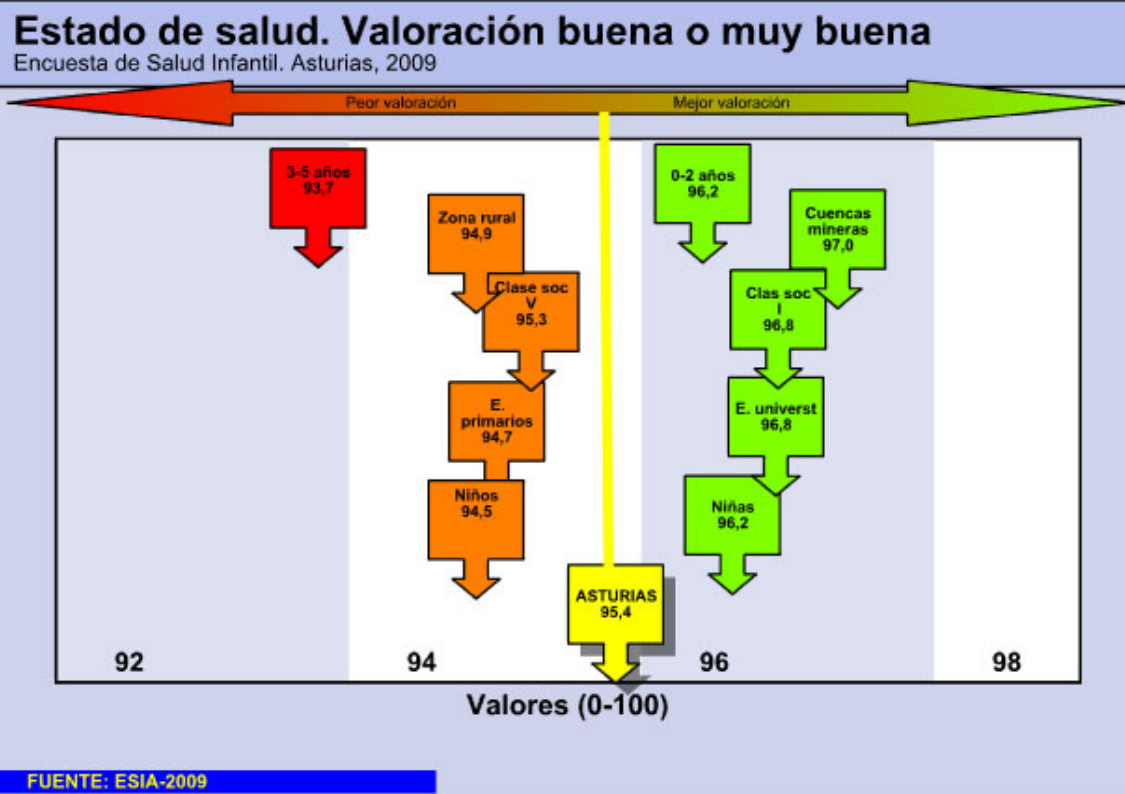
	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
Muy buena	65,2	52,8	58,5	59,4	59,0
Buena	31,0	40,9	37,6	35,9	36,4
Regular	3,4	5,5	2,7	4,3	3,8
Mala	0,2	0	0,3	0,1	0,2
Muy mala	0	0	0,3	0	0,1

No hay diferencias muy grandes entre los distintos subgrupos, manifestando un 95% de los padres o madres que sus hijos o hijas tienen una salud buena o muy buena (un 59% consideran que muy buena). En el lado negativo en solo un 0,3% se considera que es mala o muy mala.

Por tipo de habitat, se indica que los niños/as de las cuencas mineras tienen un mejor estado de salud (97%, buena o muy buena) y en los de las zonas rurales se manifiesta ese hecho con menor frecuencia (94,9%). Sin embargo, en este mismo habitat es donde se manifiesta con menor frecuencia que los niños/as tienen una salud mala o muy mala (0,2%) siendo más frecuente este hecho en las zonas central y cuenca mineras (0,6%).

Por nivel de estudios de los padres/madres, aquellos con menor nivel de estudios manifiestan más frecuentemente que sus hijos tienen peor salud (0,4% mala o muy mala; 94,7%, buena o muy buena), respecto a los de estudios universitarios (0,2%, mala o muy mala; 96,8%, buena o muy buena).

Por clase social, los niños/as cuyos hogares se pueden clasificar en clase social I tienen mejor estado de salud (96,8%, buena o muy buena, ninguna en mala o muy mala) que los de clase social V (95,3%, buena o muy buena, 0,3% en mala o muy mala).



2.- Calidad de Vida:

OBJETIVOS:

- Conocer como se ha sentido la población infantil en un período determinado
- Conocer la calidad de vida relacionada con la salud en la población infantil

2.1.- Valoración de magnitudes:

2.1.1.- Sentirse bien y en forma:

Contestación a la pregunta: *¿Con qué frecuencia diría Ud. que (el niño/a) se ha sentido en los últimos siete días?: Sentirse bien y en forma*

Frecuencia de sentirse bien y en forma por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
Nada	0,3	0,4	0,3
Un poco	0,8	2,2	1,5
Moderadamente	8,2	12,2	10,1
Mucho	54,5	51,4	53,0
Muchísimo	34,9	32,9	33,9

La magnitud de sentirse bien y en forma en nuestra población infantil se muestra como que la respuesta que el 87% de la infancia se consideran que se han sentido recientemente mucho o muchísimo bien y en forma en los últimos siete días. A la inversa, un 1,8% en la misma población se manifiesta sentirse un poco o nada bien y en forma.

Por sexos, así como para la buena consideración de sentirse mucho o muchísimo bien y en forma no tiene respuestas distintas en relación al género, en cambio, para la consideración de un poco o nada bien y en forma los niños tienen un menor riesgo que las niñas de este tipo de percepción (OR: 0,26; IC95%:0,1-0,56).

Frecuencia de sentirse bien y en forma por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
Nada			0,1	0,5	0,3
Un poco			1,6	1,5	1,5
Moderadamente			9,9	10,3	10,1
Mucho			52,4	53,4	53,0
Muchísimo			34,7	33,2	33,9

También tiene una distribución similar en función de la edad, atendiendo a que para este tipo de información recogemos únicamente dos tramos etarios de 6-10 y de 11-15 años de edad. No existen diferencias en sentirse bien y en forma ni en cuanto a las dimensiones más alta ni a las más bajas.

2.1.2.- Sentirse lleno/a de energía:

Contestación a la pregunta: *¿Con qué frecuencia diría Ud. que (el niño/a) se ha sentido en los últimos siete días?: Sentirse lleno/a de energía*

Frecuencia de sentirse lleno/a de energía por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
Nada	0,3	0,1	0,2
Un poco	1,7	1,8	1,7
Moderadamente	8,9	12,3	10,6
Mucho	52,0	49,1	50,6
Muchísimo	35,9	35,7	35,8

La magnitud de sentirse lleno/a de energía en nuestra población infantil se muestra como que la respuesta que el 86% (al igual que para bien y en forma) de la infancia se consideran que se han sentido recientemente mucho o muchísimo llenos/as de energía en los últimos siete días. A la inversa, un 1,9% en la misma población se manifiesta sentirse un poco o nada bien y en forma.

Por sexos, así como para la mala consideración de sentirse mucho o muchísimo llenos de energía no tiene respuestas distintas en relación al género, en cambio, para la consideración de mucho o muchísimo llenos de energía los niños manifiestan unos mejores resultados que las chicas de este tipo de percepción (OR: 1,3; IC95%: 1,03-1,64).

Frecuencia de sentirse lleno/a de energía por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
Nada			0	0,4	0,2
Un poco			1,5	1,9	1,7
Moderadamente			10,1	11,0	10,6
Mucho			49,3	51,9	50,6
Muchísimo			37,7	34,0	35,8

Para este tipo de información recogemos únicamente dos tramos etarios de 6-10 y de 11-15 años de edad. No existen diferencias sustanciales en este caso, los y las adolescentes manifiestan sentirse llenos/as de energía en menor proporción que los chicos y chicas escolares (86% vs 87%).

2.1.3.- Sentirse triste:

Contestación a la pregunta: *¿Con qué frecuencia diría Ud. que (el niño/a) se ha sentido en los últimos siete días?: Sentirse triste*

Frecuencia de sentirse triste por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
Nada	86,5	85,9	86,2
Un poco	8,1	10,1	9,1
Moderadamente	2,7	2,2	2,4
Mucho	0,6	0,7	0,7
Muchísimo	0,6	0,1	0,4

El 94% de la infancia se consideran que se han sentido recientemente nada o un poco triste en los últimos siete días. A la inversa, un 1,1% en la misma

población se manifiesta que se ha sentido mucho o muchísimo triste en la última semana.

Por sexos, no hay diferencias entre género en la respuesta a sentirse triste.

Frecuencia de sentirse triste por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
Nada			86,6	86,0	86,2
Un poco			9,1	9,1	9,1
Moderadamente			1,9	3,0	2,4
Mucho			0,4	0,9	0,7
Muchísimo			0,5	0,3	0,4

Para este tipo de información recogemos únicamente dos tramos etarios de 6-10 y de 11-15 años de edad. No existen diferencias en este caso.

2.1.4.- Sentirse solo/a:

Contestación a la pregunta: *¿Con qué frecuencia diría Ud. que (el niño/a) se ha sentido en los últimos siete días?: Sentirse solo/a*

Frecuencia de sentirse solo por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
Nada	92,1	91,6	91,9
Un poco	3,8	4,1	4,0
Moderadamente	1,5	1,9	1,7
Mucho	1,0	1,5	1,2
Muchísimo	0,1	0,1	0,1

El 96% de la infancia se consideran que se han sentido recientemente nada o un poco solos/as en los últimos siete días. A la inversa, un 1,3% en la misma población se manifiesta que se ha sentido mucho o muchísimo triste en la última semana.

Por sexos, no hay diferencias entre género en la respuesta a sentirse solos/as.

Frecuencia de sentirse solo por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
Nada			91,6	92,1	91,9
Un poco			3,6	4,4	4,0
Moderadamente			2,3	1,2	1,7
Mucho			1,1	1,4	1,2
Muchísimo			0,1	0,1	0,1

Para este tipo de información recogemos únicamente dos tramos etarios de 6-10 y de 11-15 años de edad. No existen diferencias estadísticamente significativas en este caso.

2.1.5.- Tener suficiente tiempo para sí mismo/a:

Contestación a la pregunta: *¿Con qué frecuencia diría Ud. que (el niño/a) se ha sentido en los últimos siete días?: Tener suficiente tiempo para él o ella(sí mismo/a)*

Frecuencia de tener suficiente tiempo para sí mismo/a por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
Nada	1,0	0,8	0,9
Un poco	2,5	3,2	2,9
Moderadamente	22,9	22,5	22,7
Mucho	54,6	53,5	54,1
Muchísimo	17,3	19,1	18,2

El 72% de la infancia se consideran que se ha tenido tiempo suficiente para sí mismo/a en los últimos siete días. A la inversa, un 3,8% en la misma población se manifiesta que se has tenido nada o solo un poco de tiempo en la última semana.

Por sexos, no hay diferencias entre género en la respuesta a sentirse solos/as.

Frecuencia de tener suficiente tiempo para sí mismo/a por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
Nada			0,9	0,9	0,9
Un poco			2,1	3,6	2,9
Moderadamente			23,0	22,4	22,7
Mucho			53,9	54,2	54,1
Muchísimo			18,7	17,8	18,2

Para este tipo de información recogemos únicamente dos tramos etarios de 6-10 y de 11-15 años de edad. Para los y las adolescente se menciona más frecuentemente que tienen nada o solo un poco de tiempo para sí mismos/as (4,5% vs 3%).

2.1.6.- Ha podido elegir que hacer en su tiempo libre:

Contestación a la pregunta: *¿Con qué frecuencia diría Ud. que (el niño/a) se ha sentido en los últimos siete días?: Ha podido elegir que hacer en su tiempo libre*

Frecuencia de haber podido elegir que hacer en su tiempo libre por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
Nada	0,5	0,7	0,6
Un poco	3,2	2,0	2,6
Moderadamente	25,2	20,7	23,0
Mucho	54,5	57,3	55,8
Muchísimo	15,1	18,2	16,6

El 72% de la infancia se consideran que ha podido elegir que hacer en su tiempo libre en los últimos siete días. A la inversa, un 3,2% en la misma población se manifiesta que se ha tenido nada o solo un poco de tiempo en la última semana.

Por sexos, parece que para los chicos se menciona con menos frecuencia que han hecho mucho o muchísimo elegir que hacer con su tiempo libre (OR: 0,74; IC95%:0,6-0,9).

Frecuencia de haber podido elegir que hacer en su tiempo libre por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
Nada			0,4	0,8	0,6
Un poco			3,7	1,7	2,6
Moderadamente			22,0	23,9	23,0
Mucho			55,4	56,2	55,8
Muchísimo			16,8	26,3	16,6

Para este tipo de información recogemos únicamente dos tramos etarios de 6-10 y de 11-15 años de edad. Para los y las adolescentes se menciona más frecuentemente que han podido elegir que hacer en su tiempo libre mucho o muchísimo (82,5% vs 72% en niños y niñas más pequeñas).

2.1.7.- Sus padres y madres le han tratado de forma justa:

Contestación a la pregunta: *¿Con qué frecuencia diría Ud. que (el niño/a) se ha sentido en los últimos siete días?: Sus padres y madres le han tratado de forma justa (PREGUNTA CONTESTADA POR LOS PADRES/MADRES...)*

Frecuencia de haber sido tratados/as de forma justa por sus padres y madres por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
Nada	2,2	1,2	1,7
Un poco	1,1	0,8	1,0
Moderadamente	6,4	10,0	8,1
Mucho	58,7	55,3	57,0
Muchísimo	29,9	31,1	30,5

El 87% de las personas encuestadas mencionan que sus hijos/as han sido tratados/as de forma (mucho o muchísimo) justa en los últimos siete días. A la inversa, un 2,7% en la misma población se manifiesta que se lo ha hecho nada o solo un poco justa.

Por sexos, parece que se trata relativamente de forma más injusta a los chicos que a las chicas. No obstante, para esta respuesta en el caso de los chicos la respuesta está polarizada (mayor frecuencia de tratarlos muy justamente y mayor respuesta de tratarlos injustamente) y más matizada en el caso de las niñas. No obstante, las diferencias son significativas estadísticamente únicamente en el caso del trato injusto (un 3,3 ha sido tratado nada o solo un poco justo por un 2% en el caso de las niñas) (OR: 1,67; IC95%:1,1-2,8).

Frecuencia de haber sido tratados/as de forma justa por sus padres y madres por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
Nada			1,9	1,4	1,7
Un poco			0,8	1,2	1,0
Moderadamente			6,8	9,4	8,1
Mucho			57,8	56,3	57,0
Muchísimo			30,4	30,5	30,5

Para este tipo de información recogemos únicamente dos tramos etarios de 6-10 y de 11-15 años de edad. No hay diferencias en el trato justo entre edades.

2.1.8.- Se ha divertido con sus amigos y amigas:

Contestación a la pregunta: *¿Con qué frecuencia diría Ud. que (el niño/a) se ha sentido en los últimos siete días?: Se ha divertido con sus amigos y amigas*

Frecuencia de haberse divertido con sus amigos y amigas por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
Nada	0,5	0,1	0,3
Un poco	0,8	1,1	0,9
Moderadamente	4,5	6,0	5,2
Mucho	54,5	50,9	52,7
Muchísimo	38,3	40,9	39,5

El 92% de las personas encuestadas mencionan que sus hijos/as se ha divertido mucho o muchísimo con sus amigos y amigas en los últimos siete días. A la inversa, un 1,2% en la misma población se manifiesta que se lo ha hecho nada o solo un poco.

Por sexos, no hay diferencias de género en las respuestas en cuanto a divertirse con los y las amigas.

Frecuencia de haberse divertido con sus amigos y amigas por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
Nada			0,4	0,3	0,3
Un poco			0,7	1,2	0,9
Moderadamente			5,3	5,0	5,2
Mucho			52,2	53,3	52,7
Muchísimo			39,9	39,1	39,5

Para este tipo de información recogemos únicamente dos tramos etarios de 6-10 y de 11-15 años de edad. No hay diferencias entre edades en cuanto a divertirse con los y las amigas.

2.1.9.- Le ha ido bien en el colegio:

Contestación a la pregunta: *¿Con qué frecuencia diría Ud. que (el niño/a) se ha sentido en los últimos siete días?: le ha ido bien en el colegio*

Frecuencia de haberle ido bien en el colegio por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
Nada	0,5	0,1	0,3
Un poco	2,5	1,9	2,2
Moderadamente	14,4	13,0	13,7
Mucho	52,9	51,4	52,2
Muchísimo	28,1	32,3	30,1

El 82% de las personas encuestadas mencionan que a sus hijos/as les ha ido bien el colegio en los últimos siete días. A la inversa, un 2,5% en la misma población se manifiesta que se lo ha hecho nada o solo un poco.

Por sexos, no hay diferencias de género en las respuestas en cuanto a irles bien en el colegio.

Frecuencia de haberle ido bien en el colegio por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
Nada			0,1	0,5	0,3
Un poco			1,5	3,1	2,2
Moderadamente			10,1	17,0	13,7
Mucho			52,7	51,5	52,2
Muchísimo			34,0	26,4	30,1

Para este tipo de información recogemos únicamente dos tramos etarios de 6-10 y de 11-15 años de edad. Hay diferencias entre edades en cuanto a irles bien en el colegio. Los y las adolescentes tienen una menor proporción de mencionar irles mucho o muchísimo bien en el cole que los niños y niñas más pequeñas (78% vs 87%).

2.1.10.- Ha podido mantener la atención:

Contestación a la pregunta: *¿Con qué frecuencia diría Ud. que (el niño/a) se ha sentido en los últimos siete días?: ha podido mantener la atención*

Frecuencia de haber podido mantener la atención por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
Nada	0,6	0,3	0,5
Un poco	3,2	2,8	3,0
Moderadamente	19,1	14,5	16,8
Mucho	51,7	53,0	52,3
Muchísimo	23,9	28,4	26,4

ENCUESTA DE SALUD INFANTIL EN ASTURIAS. 2009
Cronología, metodología de trabajo y resultados

El 79% de las personas encuestadas mencionan que a sus hijos/as han podido mantener la atención en los últimos siete días. A la inversa, un 3,5% en la misma población se manifiesta que se lo ha hecho nada o solo un poco.

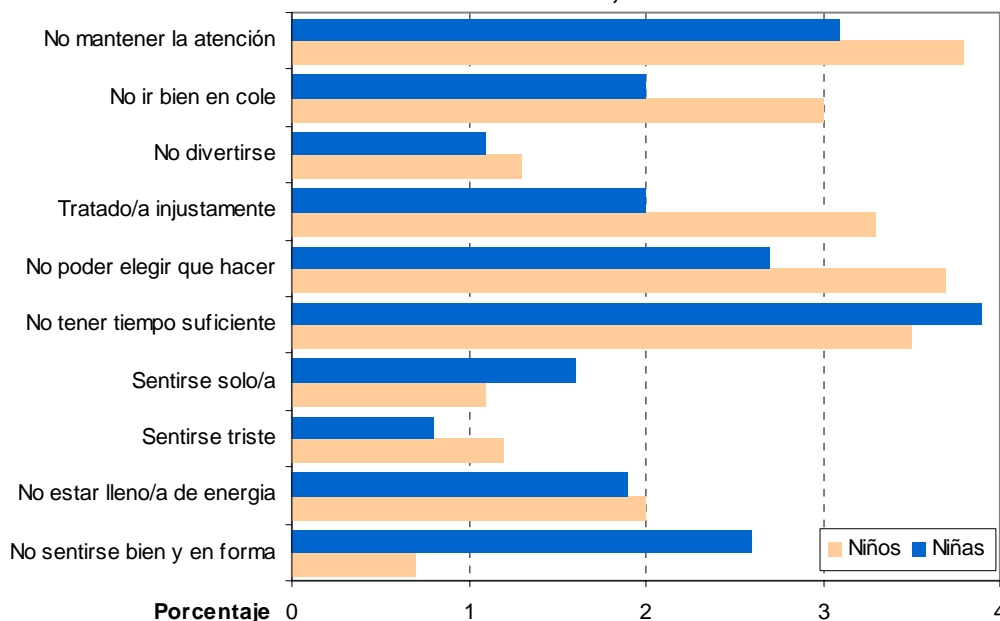
Por sexos, las niñas han podido mantener la atención menos que los niños (OR: 0,7; IC95%: 0,6-0,8) (75,6% vs 81,6%).

Frecuencia de haber podido mantener la atención por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
Nada			0,3	0,5	0,4
Un poco			2,5	3,5	3,0
Moderadamente			15,5	18,2	16,8
Mucho			52,3	52,3	52,3
Muchísimo			27,8	24,5	26,2

Para este tipo de información recogemos únicamente dos tramos etarios de 6-10 y de 11-15 años de edad. Hay diferencias entre edades en cuanto a irles bien en el colegio. Los y las adolescentes tienen una menor proporción de mencionar mantener la atención mucho o muchísimo que los niños y niñas más pequeñas (77% vs 81,4%).

Problemas en algunas Escalas de Calidad de Vida. Encuesta de Salud Infantil Asturias, 2009



2.2.- Valoración global de calidad de vida:

Para valorar la calidad de vida relacionada con la salud de los niños/as se utilizó el Índice Kidscreen-10, instrumento desarrollado dentro de un proyecto financiado por la Comisión Europea, que valora la calidad de vida del niño/a-joven, de 8 a 18 años, en términos de su bienestar físico, mental y social y permite identificar a la población infantil-juvenil en riesgo en términos de su salud subjetiva.

El Índice Kidscreen-10 es una medida unidimensional cuyo resultado se compara con el promedio de una población de referencia que sirve de umbral y permite clasificar el resultado como "normal" (Valores alrededor de la media) o "sensible" (valores por debajo de la media), en cuyo caso deberían buscarse los motivos del mal resultado.

Calculado el Índice Kidscreen-10 en la población infantil de Asturias (8-15 años), y comparado con los valores de referencia de la población Europea y de España, se han obtenido los siguientes resultados:

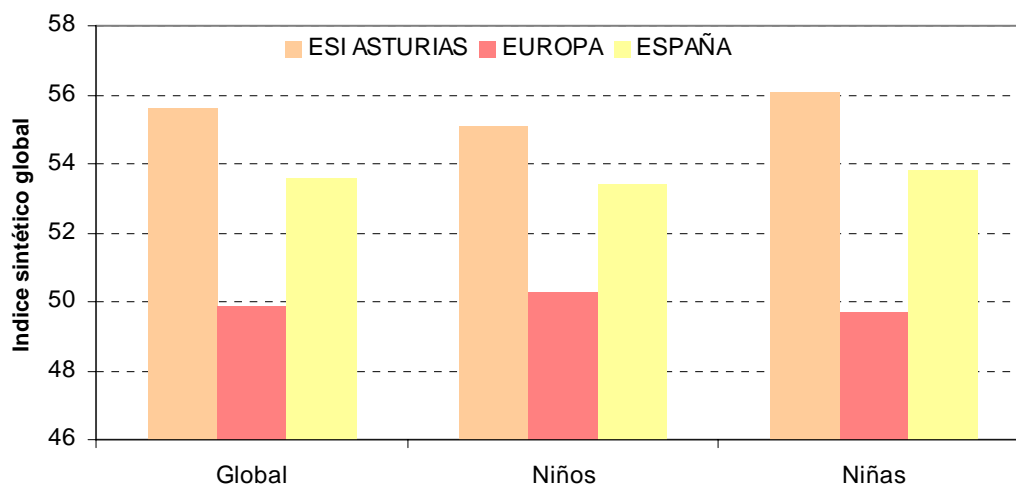
Índice Kidscreen-10	ESI		DATOS EUROPEOS*		DATOS ESPAÑA*	
	Media	Desv típica	Media	Desv típica	Media	Desv típica
Global	55,6	11,7	49,9	10	53,6	10,4
Niños/Chicos	55,1	11,1	50,3	9,8	53,4	9,6
Niñas/Chicas	56,1	11,1	49,7	10,1	53,8	11,1

* Grupos de referencia: Niños de 8 a 18 años

Por tanto, la calidad de vida relacionada con la salud de los niños y niñas asturianas es buena, lo cual se interpreta como que los niños y niñas se sienten felices, capaces y satisfechas con su vida familiar y escolar.

Por grupos de edad, los grupos de referencia son niños/as 8 a 11 años y adolescentes de 12 a 18 años.

CVRS. Kidscreen-10. Valoración global, según ámbito y sexo



Niños/as de 8 a 11 años

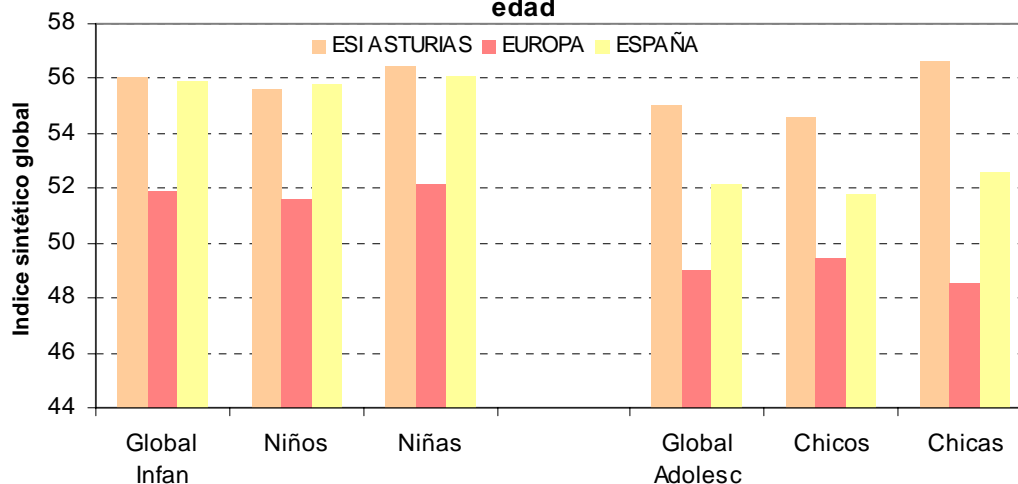
Índice Kidscreen-10	ESI		DATOS EUROPEOS		DATOS ESPAÑA	
	Media	Desv típica	Media	Desv típica	Media	Desv típica
Global	56,0	12,2	51,9	9,8	55,9	10,2
Niños/Chicos	55,6	11,8	51,6	9,8	55,8	9,7
Niñas/Chicas	56,5	12,7	52,2	9,8	56,1	10,6

Adolescentes de 12 a 18 años

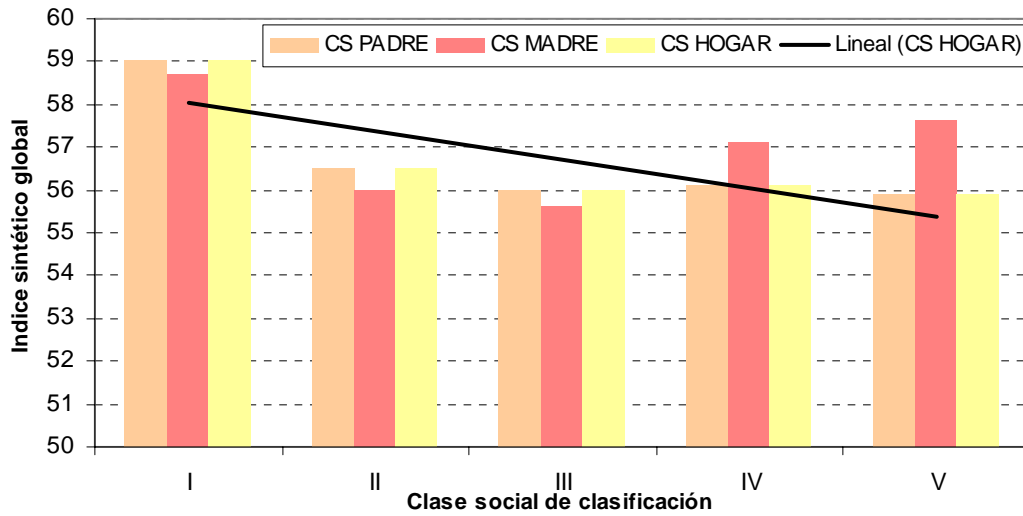
Índice Kidscreen-10	ESI *		DATOS ** EUROPEOS		DATOS ESPAÑA **	
	Media	Desv típica	Media	Desv típica	Media	Desv típica
Global	55,0	10,9	49	9,9	52,2	10,3
Niños/Chicos	54,6	10,4	49,5	9,8	51,8	9,2
Niñas/Chicas	56,6	11,5	48,5	10,1	52,6	11,2

Niños/as de 12 a 15 años de edad. **Chicos/as de 12-18 años

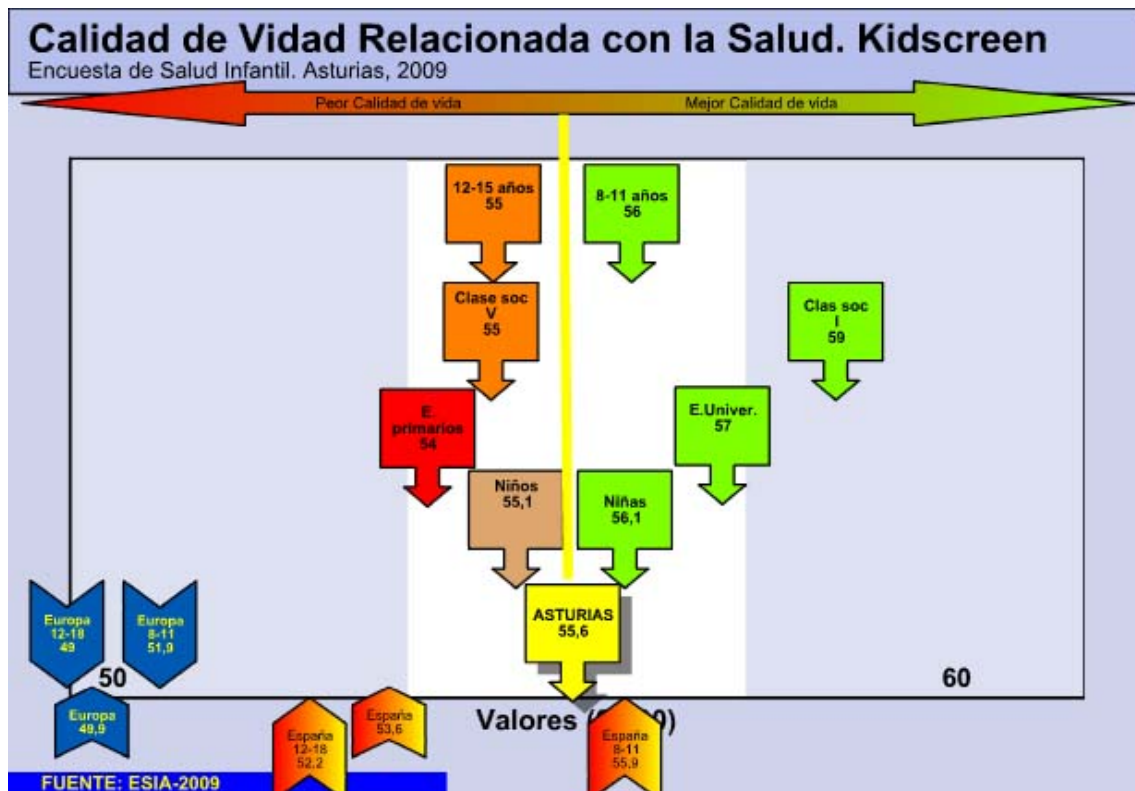
CVRS. Kidscreen-10. Valoración global, según ámbito y sexo y edad



CVRS. Kidscreen-10. Valoración global, según clase social



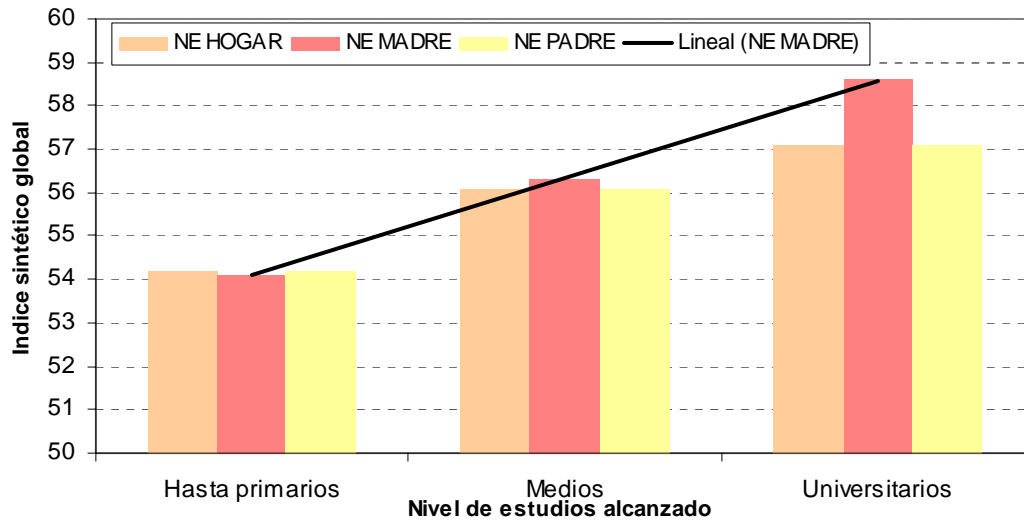
En relación a la clase social asignada a los niños/as se observa un mayor índice sintético de CVRS tanto valorando la clase social del padre, de la madres como del hogar, con una buena recta de regresión a medida que disminuye la clase social.



En relación al nivel de estudios de los padres/madres de los niños/as que a mayor nivel educativo sea del padre, madre o del hogar se observa un mayor índice sintético de CVRS cuando tienen estudios universitarios y un nivel inferior cuando los estudios son estudios primarios con una buena recta de regresión a medida que

umenta el nivel de estudios. Los mayores niveles de CVRS se relacionan con el nivel de estudios de las madres.

CVRS. Kidscreen-10. Valoración gobal, según nivel de estudios



La calidad de vida relacionada con la salud será objeto de un análisis e informe específico.

3.- Redes sociales y salud mental:

OBJETIVOS:

- Conocer el grado de salud mental de la población infantil
- Conocer las magnitudes de los componentes de la salud mental infantil
- Conocer el grado de relación social negativa: discriminación, agresiones

3.1.- Agresiones:

3.1.1.- Frecuencia de las agresiones sufridas:

Contestación a la pregunta: **Durante los últimos 12 meses ¿ha sufrido el/la niños/a algún tipo de agresión física?**

Se ha considerado a estos efectos solo un 1,2% de la población pediátrica asturiana ha tenido este tipo de actuaciones en el último año.

Existen diferencias de género en cuanto a la prevalencia de haber padecido estos incidentes con un mayor riesgo en niños que en niñas (OR: 3,85, IC95%:1,6-9,5).

Frecuencia de haber sufrido una agresión por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
Sí, Sufrió una agresión...	1,9	0,5	1,2

Existen marcadas diferencias en relación a la edad, siendo los adolescentes aquellos que más las han padecido.

Frecuencia de haber sufrido una agresión por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
Sí, Sufrió un agresión...	0,6	1,1	1,1	1,7	1,2

Han tenido más frecuencia de agresión física los niños/as residentes en zona rural (1,9%, en comparación con los de las cuencas mineras, 0,4%).

Los niños/as con padres/madres con estudios primarios han tenido más frecuencia de agresiones (1,7%, si lo comparamos con los procedentes de familias con personas universitarias, 0,7%).

Con respecto a la clase social, los niños/as en clase social IV son los que más frecuentemente han tenido agresiones (2%) y los que menos los clasificados en clase social I (0,4%).

3.1.2.- Lugar donde se produjo la agresión (la última):

Respecto al lugar donde se produjeron estos incidentes, un 67% se produjeron en la guardería, escuela o instituto y un 13% en zona recreativa o de ocio.

Las diferencias de lugar por género son muy considerables dado que son los niños los que han tenido una frecuencia más alta de agresiones si bien el número es tan escaso que las diferencias no son estadísticamente significativas.

ENCUESTA DE SALUD INFANTIL EN ASTURIAS. 2009
Cronología, metodología de trabajo y resultados

Frecuencia de lugar donde se sufrió una agresión por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
En una zona recreativa o de ocio	4,2	42,9	12,9
En una instalación deportiva	8,3	0,0	6,5
En calle	8,3	0	6,5
Guardería, en la escuela, o instituto	70,8	57,1	66,7

Por edades, la mayor cantidad de agresiones por edad que suceden en adolescentes, suceden en instalaciones deportivas. Cuando los niños son un poco menos mayores (escolares) las agresiones suceden en guardería, escuela e instituto y con lo son aún más pequeños (preescolares) las agresiones suceden más frecuentemente en zona recreativa o de ocio.

Frecuencia de lugar donde se sufrió una agresión por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
En una zona recreativa o de ocio	0	20,0	4,1	15,4	12,9
En una instalación deportiva	0	0	0	15,4	6,5
En calle	0	0	11,1	7,7	6,5
Guardería, en la escuela, o instituto	100	40,0	77,8	61,5	66,7

3.2.- Discriminación:

Contestación a la pregunta: ***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, religión o discapacidad?:***

3.2.1.- Frecuencia:

Frecuencia de haber experimentado discriminación por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
SI	1,6	2,5	2,0

Un 2% de la población infantil 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, religión o discapacidad.

A pesar de que en frecuencia absoluta hay mayor porcentaje de niñas que de niños en los que se manifiesta haber sufrido discriminación, las diferencias no son estadísticamente significativas.

Por edades, la mayor frecuencia de referencia de haber sufrido discriminación aumenta con la edad y recae en los y las adolescentes (un 3%).

Frecuencia de haber experimentado discriminación por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
SI	0	0,8	1,7	3,0	2,0

3.2.2.- Lugar donde se produjo y debido a qué:

Del escaso nivel citado de discriminación, la mayor parte de estos actos suceden en el colegio o en la calle en la población infantil. No se menciona ninguna manifestación de discriminación al recibir asistencia sanitaria por ninguno de los motivos presentados.

En el colegio, se mencionan más frecuentemente los actos de discriminación por la etnia o país de origen (45%) seguido de por discapacidad y por sexo (ambos con un 17,5%).

En un sitio público incluida la calle es más frecuente que la discriminación provenga de pertenecer a una etnia o país de origen.

No existen diferencias significativas según el sexo, debido al escaso número de sujetos que han sufrido este tipo de conductas.

Por edades, la mayor frecuencia de referencia de haber sufrido discriminación aumenta con la edad y recae en los y las adolescentes (un 3%).

ENCUESTA DE SALUD INFANTIL EN ASTURIAS. 2009
Cronología, metodología de trabajo y resultados

Frecuencia de lugar y motivo donde se haber experimentó discriminación por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
En el colegio:			
Por sexo	18,8	16,7	17,5
Por etnia o país	43,8	45,8	45,0
Por clase social	6,3	12,5	10,0
Por religión	0	8,3	5,0
Por discapacidad	12,5	20,8	17,5
Al recibir asistencia sanitaria			
Por sexo	0	0	0
Por etnia o país	0	0	0
Por clase social	0	0	0
Por religión	0	0	0
Por discapacidad	0	0	0
En un sitio público, incluida la calle			
Por sexo	6,3	0	2,5
Por etnia o país	37,5	16,7	25,0
Por clase social	0	4,2	2,5
Por religión	0	0	0
Por discapacidad	6,3	4,2	5,0

Por edades, la mayor cantidad de actos de discriminación o menosprecio en adolescentes. Tanto en el colegio como en un lugar público incluida la calle fueron más frecuentes debido a la etnia o país de procedencia. Les sigue en frecuencia en el colegio debido al sexo (muy frecuentes en adolescentes) y por discapacidad (en todas las edades).

Frecuencia de lugar y motivo donde se haber experimentó discriminación por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
En el colegio:					
Por sexo		0	0,8	22,7	17,5
Por etnia o país		25,0	15,4	43,5	45,0
Por clase social		0	50,0	8,7	10,0
Por religión		0	15,4	4,3	5,0
Por discapacidad		25,0	15,4	18,2	17,5
Al recibir asistencia sanitaria					
Por sexo		0	0	0	0
Por etnia o país		0	0	0	0
Por clase social		0	0	0	0
Por religión		0	0	0	0
Por discapacidad		0	0	0	0
En un sitio público, incluida la calle					
Por sexo		0	0	4,3	2,5
Por etnia o país		25,0	14,3	30,4	25,0
Por clase social		0	0	4,3	2,5
Por religión		0	0	0	0
Por discapacidad		0	7,7	4,3	5,0

3.3.- Salud mental:

Contestación a la pregunta: ***A continuación le haremos unas preguntas sobre el comportamiento de [...nombre del niño o de la niña] durante los últimos SEIS meses. Responda si no es cierto, si es un tanto cierto, o es absolutamente cierto dependiendo de cómo se ajusta al comportamiento de ... (nombre del niño o de la niña) durante los últimos seis meses el/la niño/a (SOLO PARA NIÑOS DE 4 AÑOS Y MÁS).***

	No es cierto	Es más o menos cierto	Es absolutamente cierto
1. Tiene en cuenta o respeta los sentimientos de otras personas	1	1	1
2. Es inquieto/a, hiperactivo/a, no puede estarse quieto/a durante mucho tiempo	2	2	2
3. Se queja con frecuencia de dolor de cabeza, de estómago o de náuseas	3	3	3
4. Comparte enseguida con otros/as niños/as (caramelos, juguetes, etc)	4	4	4
5. Tiene a menudo ataques de nervios o es irascible	5	5	5
6. Es más bien solitario/a y tiende a jugar solo/a	6	6	6
7. Generalmente es obediente, suele hacer lo que los adultos le piden	7	7	7
8. Tiene muchas preocupaciones, a veces parece preocupado	8	8	8
9. Ayuda cuando alguien se hace daño o se encuentra mal	9	9	9
10. Está moviéndose continuamente, da tumbos sin parar	10	10	10
11. Tiene como mínimo un/a buen/a amigo/a	11	11	11
12. Se pelea con frecuencia con otros/as niños/as o los/las amenaza	12	12	12
13. A menudo es infeliz, está triste o con ganas de llorar	13	13	13
14. En general, es querido/a por otros/as niños/as	14	14	14
15. Se distrae con facilidad, no se concentra	15	15	15
16. Se pone nervioso/a en situaciones nuevas, pierde fácilmente la confianza en sí mismo/a	16	16	16
17. Es amable con niños/as más pequeños/as	17	17	17
18. A menudo miente o engaña	18	18	18
19. Es amenazado/a o molestado/a por otros/as niños/as	19	19	19
20. A menudo se ofrece a ayudar (a padres/madres, a profesores/as, a otros/as niños/as)	20	20	20
21. Piensa antes de actuar	21	21	21
22. Roba cosas de casa, de la escuela o de otros sitios	22	22	22
23. Se comporta mejor con adultos que con otros/as niños/as	23	23	23
24. Tiene muchos miedos, se asusta fácilmente	24	24	24
25. Acaba lo que comienza, tiene buena concentración	25	25	25

Para evaluar la salud mental de la población infantil, se utilizó el Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ), instrumento que detecta casos probables de trastornos mentales y del comportamiento en la población de 4 a 15 años y que se puede utilizar como método de screening en una población amplia o en estudios comunitarios.

Este cuestionario consta de 25 ítems que se dividen en 5 escalas de 5 ítems cada una de ellas. Cuatro escalas miden conductas problemáticas. Dichas escalas hacen referencia a aspectos diferentes del niño: síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad y problemas con compañeros. La quinta escala hace referencia a los comportamientos positivos, es la denominada escala de conducta prosocial.

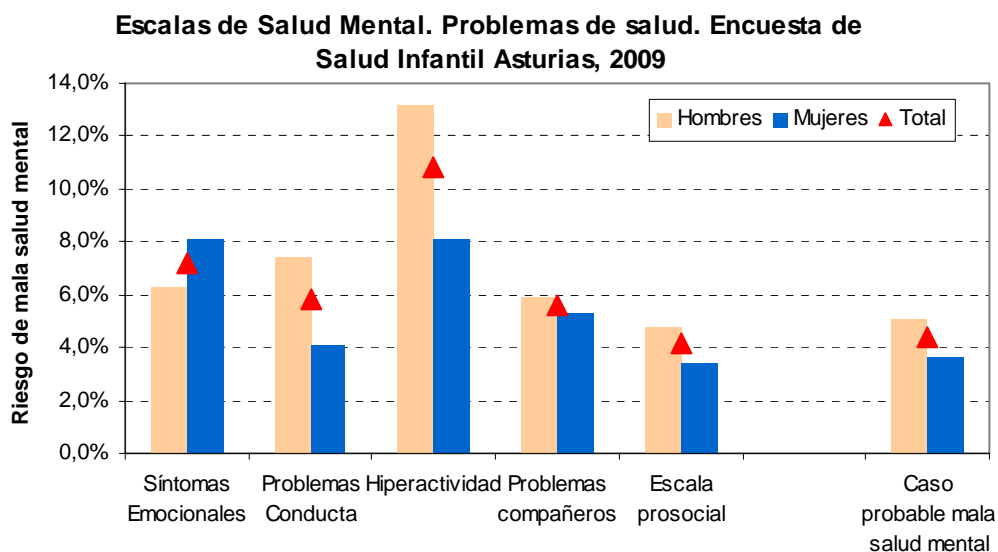
Las cuatro escalas que miden conductas problemáticas conforman a su vez la denominada **escala total** de dificultades. Esta escala se puntúa entre 0 y 40 (cada ítem puntúa entre 0 y 2).

Para la obtención del indicador sintético de riesgo de mala salud mental se han utilizado las puntuaciones consideradas de caso "probable" (17 ó más puntos obtenidos de la suma de las cuatro primeras escalas. No se han utilizado los 14 puntos o más utilizados en la Encuesta Nacional de Salud de España 2006 al incluir los niños "límite", lo cual puede proporcionar un gran número de falsos positivos).

Frecuencia de problemas de salud mental según escalas por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
Síntomas Emocionales	6,3	8,1	7,2
Problemas Conducta	7,4	4,1	5,8
Hiperactividad	13,2	8,1	10,8
Problemas compañeros	5,9	5,3	5,6
Escala prosocial	4,8	3,4	4,2
Caso probable mala salud mental	5,1	3,6	4,4

En la Encuesta de Salud Infantil realizada en Asturias en 2009 y utilizando estos criterios, se encontró que el **4,4%** (IC95%: 3.4%-5.3%) de la población infantil de **4 a 15 años** presentó unos índices considerados de **riesgo de mala salud mental** siendo éste del 5,1% en niños (IC95%: 3,3-6,6%) y del 3,6% en niñas (IC95%: 2,3-5,0%), diferencias no significativas. (Datos para España obtenidos en la última Encuesta Nacional de Salud 2006: 11,96±1.16; mujeres 10,99±1.50; hombres 12,88±1.67). Por edades, se observa un incremento del riesgo de mala salud mental a medida que aumenta la edad llegando a ser del 4,9% en adolescentes.



Valorando cada una de las escalas individualmente, se observa como es la **hiperactividad** la escala en la que un mayor porcentaje de niños muestran problemas: el 10,8% de niños de modo global. Presentan problemas en esta dimensión un 8,1% de mujeres y 13,2% hombres (OR: 1,87; IC95%: 1,3-2,7). Los problemas de hiperactividad son más frecuentes en niños preescolares reduciéndose con la edad.

En la **escala emocional**, un 7% de la población pediátrica presenta resultados problemáticos, siendo más frecuentes en niñas que en niños, si bien la diferencia no es estadísticamente significativa por muy poco. En relación a la edad, los valores de la escala de síntomas emocionales son peores a medida que aumenta la edad llegando a ser del 8,7% en adolescentes.

ENCUESTA DE SALUD INFANTIL EN ASTURIAS. 2009
Cronología, metodología de trabajo y resultados

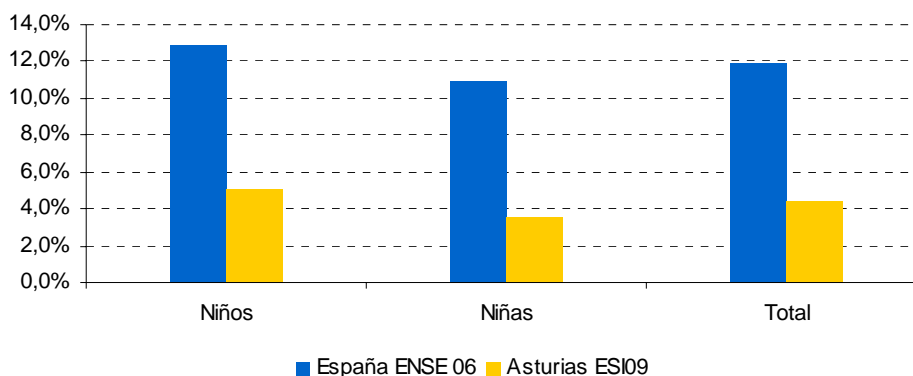
La tercera escala en frecuencia de problemas es la de **problemas de conducta**, con un 5,8% de niños y niñas con resultados problemáticos. Estos problemas son más frecuentes en niños que en niñas (OR: 1,73; IC95%:1,3-2,2). En relación a la edad, los valores de la escala de problemas de conducta son peores en niños y niñas de 4-5 años de edad.

Frecuencia de problemas de salud mental según escalas por grupo etario:

	0-4	4-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
Síntomas Emocionales		3,7	6,9	8,7	7,2
Problemas Conducta		8,3	5,2	5,6	5,8
Hiperactividad		16,0	9,4	10,3	10,8
Problemas compañeros		6,1	6,3	4,7	5,6
Escala prosocial		9,7	3,6	2,8	4,2
Caso probable mala salud mental		2,8	4,5	4,9	4,4

Le sigue en frecuencia los **problemas con compañeros**, con un 5,6% de niños y niñas con resultados problemáticos. No hay diferencias de género en esta escala. En relación a la edad, los valores de la escala no varían considerablemente en los distintos grupos etarios, si bien son más altos en niños/as en edad escolar.

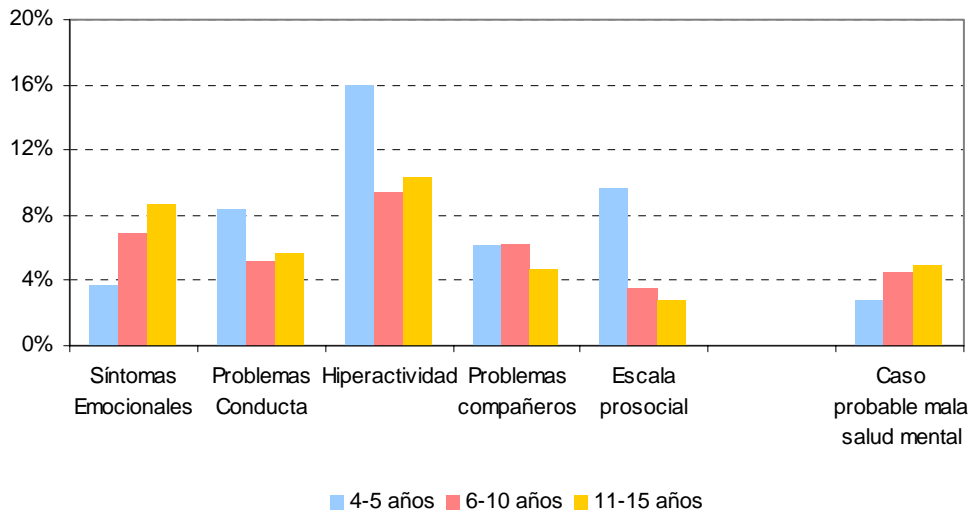
Prevalencia de Riesgo de mala salud mental. Asturias y España (2006).
Encuesta de Salud Infantil Asturias, 2009 y ENSE-2006



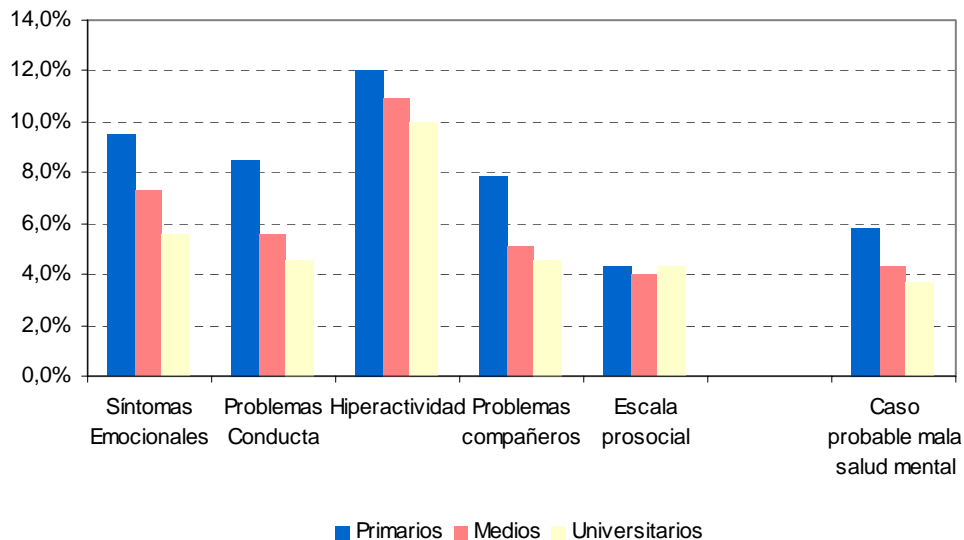
En cuanto a la escala positiva, la **prosocial** manifiestan problemas solo un 4,2% de la población infantil, no habiendo diferencias de género por muy poco dado que los niños tienen niveles superiores de problemas que las niñas pero los resultados no son estadísticamente significativos. La frecuencia de problemas es mucho mayor en las edades más pequeñas (9,7%) reduciéndose con la edad (2,85% en adolescentes).

En función de la escala, se observa como los **problemas emocionales** aumentan con la edad (3,7% en niños de 4-5 años; 6,9% en niños de 6 a 10 años y 8,7% en los niños de más edad; p: 0,02) mientras que los **problemas de conducta**, de **hiperactividad** (p: 0,01) y de la **escala prosocial** (p: 0,00) disminuyen en función de la edad. Esto se muestra en el siguiente gráfico:

ENCUESTA DE SALUD INFANTIL EN ASTURIAS. 2009
Cronología, metodología de trabajo y resultados



Por nivel de estudios del cabeza de familia, aunque se observa una disminución del riesgo de problemas de salud mental al aumentar el grado de formación de los padres, las diferencias no son significativas.



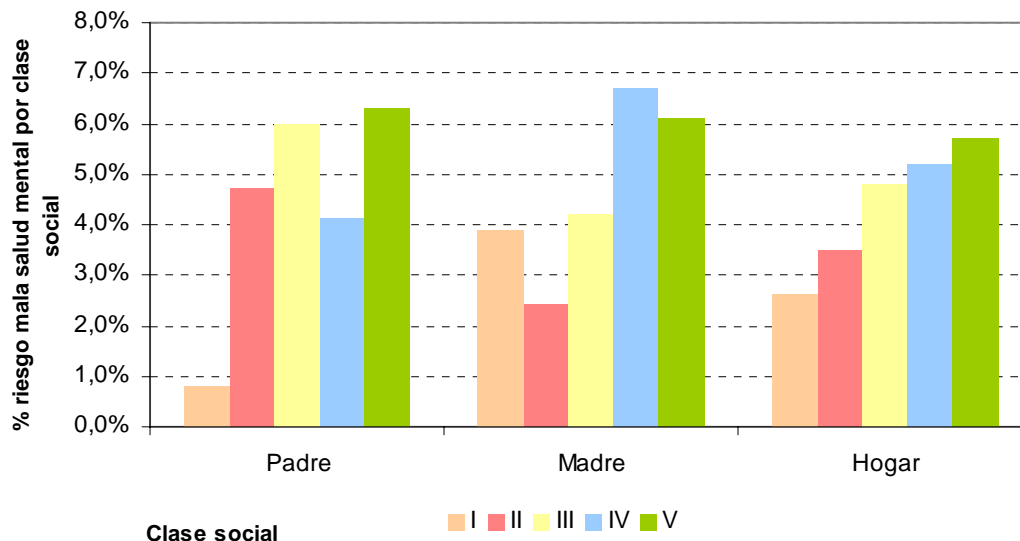
Asimismo, no existen diferencias significativas en el riesgo de mala salud mental ni por **tipo de hábitat**: Rural (6,3%), Centro (4,0%) y Cuenca (3,9%) ni por **lugar de nacimiento**: Asturias (4,3%), otra CCAA (5,3%), otro país (4,3%).

Por **clase social**, las diferencias no son significativas.

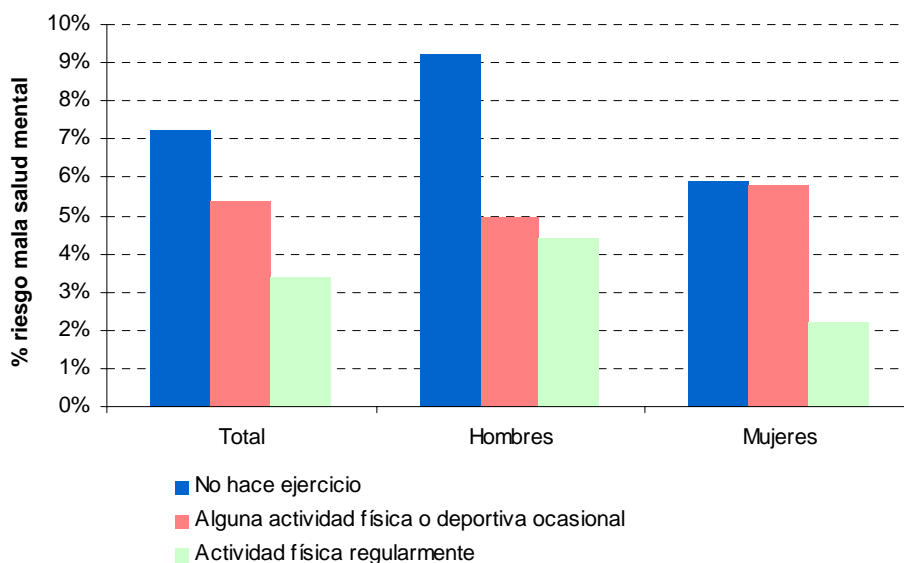
% de riesgo de mala salud mental por clase social del padre, de la madre y del hogar

Clase social	Padre		Madre		Hogar	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
I	0,8%	(0,0%-4,4%)	3,9%	(1,1%-9,7%)	2,6%	(0,8%-5,9%)
II	4,7%	(1,2%-8,2%)	2,4%	(0,6%-5,9%)	3,5%	(1,1%-6,0%)
III	6,0%	(3,2%-8,9%)	4,2%	(2,6%-5,8%)	4,8%	(3,1%-6,6%)
IV	4,1%	(2,6%-5,6%)	6,7%	(1,4%-12,0%)	5,2%	(2,9%-7,5%)
V	6,3%	(2,4%-10,2%)	6,1%	(2,6%-9,5%)	5,7%	(1,2%-10,2%)

ENCUESTA DE SALUD INFANTIL EN ASTURIAS. 2009
Cronología, metodología de trabajo y resultados



En relación con el **ejercicio físico**, el riesgo de mala salud mental va en relación inversa con el nivel de actividad física o deportiva desarrollada por el niño.



Ejercicio físico	Total	Hombres	Mujeres
No hace ejercicio	7,2%	9,2%	5,9%
Alguna actividad física o deportiva ocasional	5,4%	5,0%	5,8%
Actividad física regularmente	3,4%	4,4%	2,2%

p: 0,017 p: 0,1 p: 0,02

Analizado el riesgo de mala salud mental en relación con las **actividades de ocio** del niño, se observa que las actividades extraescolares (deportivas o no deportivas) son protectoras mientras que el riesgo aumenta en los niños que juegan con videojuegos, ordenador o Internet.

ENCUESTA DE SALUD INFANTIL EN ASTURIAS. 2009
Cronología, metodología de trabajo y resultados

Se observa un aumento del riesgo de problemas de salud mental en los niños que viven en el hogar con sólo un padre o con ninguno con respecto a los que viven con los dos

Incluidas en una regresión logística multivariante, todas estas variables junto a la edad y el sexo del niño, el modelo las incluye a todas salvo la edad y el sexo. Los resultados que se obtienen son los siguientes:

Variables incluidas por el modelo	OR	P
No realizar Activ extraescolares deportivas	1,75	0,02
No realizar Activ extraescolares de otro tipo	2,1	0,008
Jugar con videojuegos, ordenador o internet	2,3	0,007
Nº padres con los que convive	0,68	0,095

La SALUD MENTAL INFANTIL será objeto de un análisis e informe específico.

4.- Estilos de Vida:

OBJETIVOS:

- Conocer el nivel de descanso en la población infantil
- Conocer el grado de actividad física y sus características
- Conocer la cantidad y la actividad en las horas de descanso y de ocio
- Conocer el peso y la talla de la población infantil y la valoración de las mismas
- Conocer la duración y características de la lactancia
- Conocer la alimentación, nutrición y los alimentos consumidos en la población infantil

4.1.- Ejercicio físico:

Para valorar el ejercicio practicado por la población infantil asturiana se han recogido las respuestas de una pregunta, una referida al ejercicio físico realizado en el tiempo libre.

Contestación a la pregunta: *¿Cuál de estas posibilidades describe mejor la frecuencia con la que el/la niño/a realiza alguna actividad física en su tiempo libre? (fuera del horario escolar): (Niños/as mayores de tres años).*

4.1.1.- Periodicidad de la actividad:

En relación a esta pregunta la mitad de la población infantil considera que el tiempo de su actividad principal **hace entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana** (48%). Un sexto no hace ejercicio y un quinto hace alguna actividad física o deportiva ocasional.

Existen disparidades de tipo de tareas físicas realizadas entre géneros: los niños tienen una mayor probabilidad de que hagan entrenamiento deportivo físico varias veces a la semana que las niñas (OR: 1,6; IC95%: 1,3-1,8) mientras que tienen menor probabilidad de hacer actividades completamente sedentarias (OR: 0,6; IC95%: 0,5-0,7)

Frecuencia de periodicidad de realización de ejercicio físico por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
No hace ejercicio. Su tiempo libre lo ocupa de forma casi completamente sedentaria	13,7	20,9	17,2
Hace alguna actividad física o deportiva ocasional	17,4	20,7	19,0
Hace actividad física, varias veces al mes	7,8	7,9	7,9
Hace entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana	54,0	42,6	48,4

Por edades, las personas en edad pediátrica también tienen diferencias de actividad: así es más probable el sedentarismo en niños y niñas en edad preescolar (24%) que en adolescentes (16%). A la inversa, hacen entrenamiento deportivo habitual más frecuentemente la población infantil a partir de los 6 años de edad.

Frecuencia de periodicidad de realización de ejercicio físico por grupo etario:

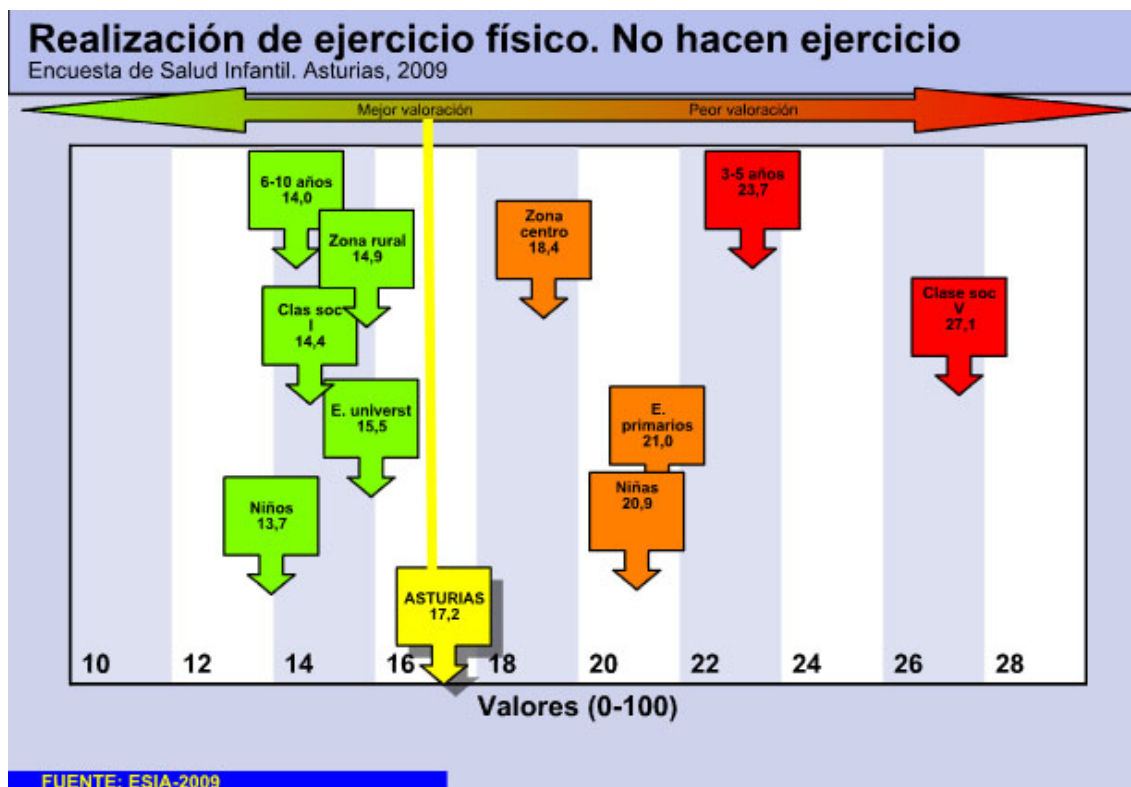
	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
No hace ejercicio. Su tiempo libre lo ocupa de forma casi completamente sedentaria		23,7	14,0	16,3	17,2
Hace alguna actividad física o deportiva ocasional		20,6	18,9	18,2	19,0
Hace actividad física, varias veces al mes		6,4	8,6	8,1	7,9
Hace entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana		27,8	54,9	54,8	48,4

Por otras variables de interés, observamos que un 18,4% de los niños/as residentes en zona central no hacen ejercicio y su tiempo libre lo ocupa de forma casi completamente sedentaria, mientras que la frecuencia de ese tipo de actividad es de un 14,9% en población infantil de zonas rurales.

ENCUESTA DE SALUD INFANTIL EN ASTURIAS. 2009
Cronología, metodología de trabajo y resultados

Un 21% de los niños/as procedentes de familias con estudios primarios no hacen ejercicio y su tiempo libre lo ocupa de forma casi completamente sedentaria, mientras que la frecuencia de ese tipo de actividad es de un 15,5% en población infantil procedentes de familias universitarias.

Un 27,1 de los niños/as procedentes de clase social tipo V no hacen ejercicio y su tiempo libre lo ocupa de forma casi completamente sedentaria, mientras que la frecuencia de ese tipo de actividad es de un 14,4% en población infantil más aventajada (clase social II).



4.1.2.- Frecuencia de la actividad:

Frecuencia de frecuencia de ejercicio físico por sexo:

	Niños	Niñas	Total
DIAS A LA SEMANA			
Media (DIAS/SEMANA)	2,84	2,65	2,75
D.E.	1,1	1,1	1,1
HORAS AL DIA			
Media (HORAS/DIA)	1,49	1,35	1,43
D.E.	0,4	0,6	0,5

La población infantil practica una media de 2,75 días a la semana actividades extraescolares de carácter deportivo. Cada día, en promedio se practica este tipo de actividades por parte de la población infantil mayor de 3 años de edad unas 1,4 horas diarias.

En promedio, practican actividad física más frecuentemente los niños que las niñas, tanto en número de días a la semana como en la cantidad de horas dedicadas cada semana a esta actividad.

Frecuencia de frecuencia de ejercicio físico por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
DIAS A LA SEMANA					
Media (DIAS/SEMANA)		2,35	2,71	2,93	2,75
D.E.		1,1	1,1	1,1	1,1
HORAS AL DIA					
Media (HORAS/DIA)		1,15	1,36	1,58	1,43
D.E.		0,3	0,9	1,1	0,5

Por edades, en promedio, practican actividad física más frecuentemente actividades extraescolares deportivas los adolescentes (2,9 días/semana) y más horas cada día (1,6 horas/día).

4.2.- Actividades extraescolares:

Contestación a la pregunta: *Durante la semana pasada, ¿hizo (nombre del niño o de la niña...) alguna de las siguientes actividades de ocio?. En caso afirmativo, señalar cuáles y el tiempo dedicado a cada una?: (sólo mayores de 3 años).*

4.2.1.- Periodicidad de la actividad:

La actividad más frecuente en la población infantil asturiana dentro de las planteadas ha sido el ver la televisión (un 88%). Le sigue en frecuencia el jugar en el parque o en la calle (76%). Las actividades extraescolares no deportivas solo las realizan un 41% de la población infantil asturiana.

Frecuencia de realización de actividades extraescolares por sexo:

	Niños %	Niñas %	Total %
Actividades extra-escolares deportivas	69,5	56,4	63,1
Actividades extra-escolares no deportivas (música, idiomas, pintura, etc.)	37,5	43,8	40,6
Ver la televisión	88,3	88,0	88,1
Leer	63,4	72,9	68,0
Jugar con videojuegos, ordenador o Internet	69,4	62,7	66,1
Jugar en el parque o en la calle	79,4	73,2	76,4

Hay grandes diferencias por género: los niños son más propensos a realizar actividades extraescolares deportivas (OR: 1,76; IC95%:1,5-2,1), así como a jugar con videojuegos, ordenador o Internet (OR: 1,35; IC95%:1,14-1,6) y en jugar en el parque o en la calle (OR: 1,41; IC95%:1,2-1,7). Pero son menos propensos que las niñas a realizar actividades extraescolares NO deportivas (OR: 0,77; IC95%:0,6-0,9), o gastar el tiempo libre en leer (OR: 0,64; IC95%:0,5-0,8).

ENCUESTA DE SALUD INFANTIL EN ASTURIAS. 2009
Cronología, metodología de trabajo y resultados

Frecuencia de realización de actividades extraescolares por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
Actividades extra-escolares deportivas		41,8	70,0	69,5	63,1
Actividades extra-escolares no deportivas (música, idiomas, pintura, etc.)		28,0	42,7	46,1	40,6
Ver la televisión		73,6	91,5	93,8	88,1
Leer		35,2	77,9	78,4	68,0
Jugar con videojuegos, ordenador o Internet		34,6	67,1	84,4	66,1
Jugar en el parque o en la calle		71,1	85,8	70,5	76,4

Por edades (en mayores de 3 años de edad), las personas en edad pediátrica también tienen diferencias de actividad: así es más probable la práctica de actividades extraescolares deportivas así como las no deportivas en niños y niñas a partir de los 5 años de edad, manteniendo patrones similares en las edades de 6-10 años como en 11-15 años. No obstante, hay una mayor tendencia a jugar con videojuegos, ordenador o Internet en adolescentes y a jugar en el parque o en la calle en niños y niñas de 6-10 años de edad.

Por otras variables de interés, observamos que un 40,7% de los niños/as residentes en cuencas mineras no realizan **actividades extraescolares deportivas** mientras que la frecuencia de ese tipo de actividad es de un 35,1% en población infantil de zonas rurales. Un 42,4% de los niños/as procedentes de familias con estudios primarios no realizan estas actividades mientras que la frecuencia de no hacer este tipo de actividad es de un 34,8% en población infantil procedentes de familias de estudios medios. Un 48 de los niños/as procedentes de clase social tipo V no hacen estas actividades, mientras que la frecuencia de ausencia de este tipo de actividad es de un 30,7% en población infantil más aventajada (clase social I).

Un 57,3% de los niños/as residentes en zonas centrales no realizan **actividades extraescolares no deportivas (música, idiomas, pintura, etc.)** mientras que la frecuencia de ausencia de este tipo de actividad es de un 65,7% en población infantil de zonas rurales. Un 69,9% de los niños/as procedentes de familias con estudios primarios no realizan estas actividades mientras que la frecuencia de no hacer este tipo de actividad es de un 50,1% en población infantil procedentes de familias de estudios universitarios. Un 68% de los niños/as procedentes de clase social tipo V no hacen estas actividades, mientras que la frecuencia de ausencia de este tipo de actividad es de un 43% en población infantil más aventajada (clase social II).

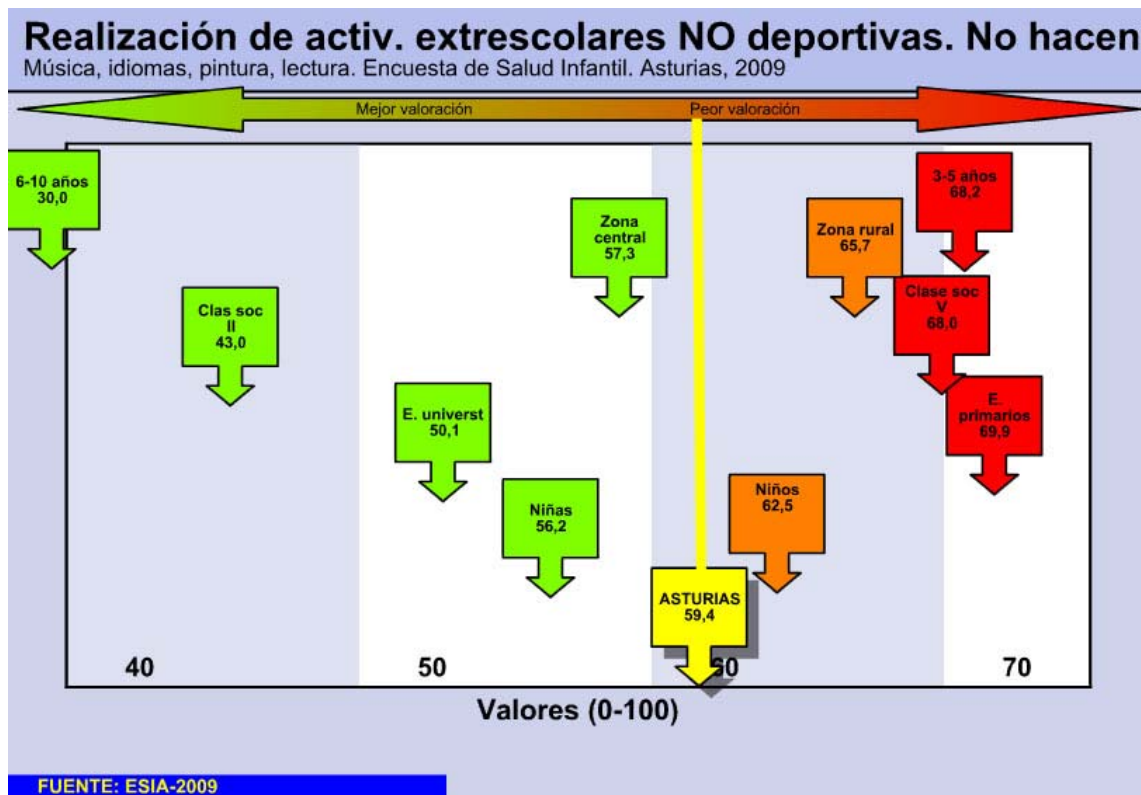
Un 89,7% de los niños/as residentes en zonas centrales **ven la TV** diariamente mientras que la frecuencia de este tipo de actividad es de un 83,9% en población infantil de zonas mineras. Un 88,6% de los niños/as procedentes de familias con estudios medios realizan estas actividades mientras que la frecuencia de hacer este tipo de actividad es de un 88% en población infantil procedentes de familias de estudios universitarios (no hay diferencias en función del nivel de estudio de los padres/madres). Un 93% de los niños/as procedentes de clase social tipo II hacen estas actividades, mientras que la frecuencia de este tipo de actividad es de un 89% en población infantil de clase social I.

Un 68,7% de los niños/as residentes en zonas centrales **leen frecuentemente** mientras que la frecuencia de este tipo de actividad es de un 66,3% en población infantil de zonas mineras. Un 69,9% de los niños/as

procedentes de familias con estudios primarios realizan estas actividades mientras que la frecuencia de hacer este tipo de actividad es de un 67,7% en población infantil procedentes de familias de estudios universitarios (no hay diferencias en función del nivel de estudio de los padres/madres). Un 73,9% de los niños/as procedentes de clase social tipo II hacen estas actividades, mientras que la frecuencia de este tipo de actividad es de un 61,9% en población infantil de clase social I.

Un 69,4% de los niños/as residentes en zonas mineras **juegan a videojuegos, están con el ordenador o en Internet** diariamente mientras que la frecuencia de este tipo de actividad es de un 63,1% en población infantil de zonas rurales. Un 75,2% de los niños/as procedentes de familias con estudios medios realizan estas actividades mientras que la frecuencia de hacer este tipo de actividad es de un 58,6% en población infantil procedentes de familias de estudios universitarios. Un 63% de los niños/as procedentes de clase social tipo I hacen estas actividades, mientras que la frecuencia de este tipo de actividad es de un 73% en población infantil de clase social menos aventajada (V).

Un 74,9% de los niños/as residentes en zonas centrales **juegan en el parque o en la calle** mientras que la frecuencia de este tipo de actividad es de un 81,9% en población infantil de cuencas mineras. Un 78% de los niños/as procedentes de familias con estudios primarios realizan estas actividades mientras que la frecuencia de hacer este tipo de actividad es de un 70,5% en población infantil procedentes de familias de estudios universitarios. Un 69,9% de los niños/as procedentes de clase social tipo I hacen estas actividades, mientras que la frecuencia de este tipo de actividad es de un 86,33% en población infantil de clase social menos aventajada (V).



4.2.2.- Frecuencia de las actividades:

La población infantil practica una media de 6,3 días a la semana viendo la televisión, 5,2 días a la semana lee como actividad extraescolar no deportivas, juega a videojuegos o Internet de promedio unos 4 días a la semana y sale a jugar al parque o calle 2,5 días.

De promedio cada día con la actividad se gastan 1,6 horas viendo la TV, menos de una hora al día leyendo, 1,2 horas jugando a videojuegos o Internet y 2,3 horas jugando en el parque o calle.

Frecuencia de periodicidad de actividades extraescolares por sexo:

	Niños	Niñas	Total
DIAS A LA SEMANA			
Media (DIAS/SEMANA)			
Actividad extraescolar:			
Ver TV	6,3	6,3	6,3
Leer	5,1	5,3	5,2
Jugar videojuegos, Internet	4,2	3,9	4,0
Jugar Parque o calle	4,5	4,5	4,5
Otras	2,7	4,5	2,6
HORAS AL DIA			
Media (HORAS/DIA)			
Actividad extraescolar:			
Ver TV	1,6	1,6	1,6
Leer	0,9	0,9	0,9
Jugar videojuegos, Internet	1,3	1,2	1,2
Jugar Parque o calle	1,8	1,7	1,7
Otras	1,9	1,7	2,2

Por géneros, las niñas leen como una actividad extraescolar de carácter no deportivo más que los niños y juegan menos a videojuegos o Internet en frecuencia semanal. En intensidad diaria cuando se realiza el número de horas diarias es relativamente similar.

Por grupos etarios, se definen más las actividades extraescolares no deportivas, en promedio, hacen más frecuentemente estas actividades los y las adolescentes. No obstante ver la TV es más frecuente que se haga en población de 3-5 años aunque la intensidad diaria es la misma en todos los grupos etarios. Leen más como actividad extraescolar los niños y niñas de 3-5 años en días/semana pero más intensamente lo hacen los y las adolescentes. Juegan a videojuegos o Internet mucho más los y las adolescentes tanto en días por semana (4,5) como en horas al día. Por el contrario juegan en el parque o calle más los niños y niñas de 3.5 años de edad.

ENCUESTA DE SALUD INFANTIL EN ASTURIAS. 2009
Cronología, metodología de trabajo y resultados

Frecuencia de periodicidad de actividades extraescolares por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
DIAS A LA SEMANA					
Media (DIAS/SEMANA)					
Actividad extradeportiva:					2,6
Ver TV		6,5	6,2	6,2	6,3
Leer		6,0	5,3	4,8	5,2
Jugar videojuegos, Internet		3,5	3,6	4,5	4,0
Jugar Parque o calle		5,1	4,4	4,2	4,5
Otras		3,4	2,2	2,4	2,6
HORAS AL DIA					
Media (HORAS/DIA)					
Actividad extradeportiva:					1,2
Ver TV		1,6	1,6	1,6	1,6
Leer		0,8	0,8	0,9	0,9
Jugar videojuegos, Internet		1,0	1,1	1,3	1,2
Jugar Parque o calle		1,8	1,7	1,8	1,7
Otras		1,0	1,7	2,7	2,2

4.3.- Medidas antropométricas:

4.3.1.- Peso y talla:

Contestación a las preguntas: *¿Podría indicarnos cuanto pesa el/la niño/niña aproximadamente sin zapatos ni ropa?. ¿Podría indicarnos cuánto mide, aproximadamente, sin zapatos?*

Las variables son numéricas: Peso: en Kg. sin zapatos ni ropa. Altura: medida en cm, sin zapatos. La altura y peso medios declarados de la población infantil asturiana de cualquier edad realizada en el año 2009 en Asturias no se puede calcular de una manera precisa al ser precisamente estas edades que estamos investigando aquellas que están sometidas a un proceso de crecimiento y desarrollo en todas las variables ponderales (peso y talla), entre otras.,

No obstante sí podemos hacer una aproximación por edades, año a año o por grupos etarios que se exponen en las siguientes tablas.

Por grupo etario: Media del peso en Kg (DE)

Media del peso por edad y sexo:

Edad en años	Niños	Niñas	Total
0-2	11,3 (3,7)	11,2 (4,0)	11,2 (3,9)
3-5	19,1 (5,1)	18,2 (4,0)	18,7 (4,6)
6-10	30,9 (8,4)	31,5 (8,3)	31,2 (8,4)
11-15	50,9 (12,3)	47,7 (10,0)	49,4 (11,4)

Por grupo etario: Media de la talla en cm (DE)

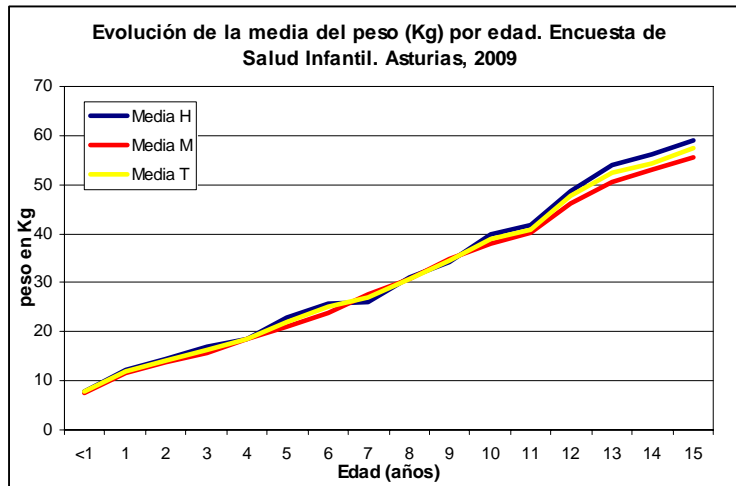
Media de la talla por edad y sexo:

Edad en años	Niños	Niñas	Total
0-2	78,0 (13,3)	78,0 (12,5)	78,0 (12,9)
3-5	106,9 (12,4)	104,7 (12,5)	105,8 (12,5)
6-10	130,7 (15,3)	132,2 (12,2)	131,4 (13,9)
11-15	158,9 (13,1)	154,8 (9,9)	156,9 (11,8)

Los niños/as residentes en zona central de Asturias tienen un peso medio mayor (31,1Kg (DE, 16,6)) que los de las cuencas mineras (29,7Kg (DE,17)). Por nivel de estudios de los padres, es mayor el peso medio en niveles de estudios inferiores (32,7Kg (DE,17)) que en niveles de estudio universitarios (27,2Kg (DE,15)). Por clase social, son los de clase social menos aventajada (clase social V) aquellos que tienen un mayor peso (34,4Kg (DE, 18,7)) que los de clase social I (29,5Kg (DE,14,2)).

Los niños/as residentes en zona central de Asturias tienen una altura media mayor (126,4 cm (DE, 31)) que los de las cuencas mineras (122,2 cm (DE,32)). Por nivel de estudios de los padres, es mayor la altura media en niveles de estudios inferiores (128 cm (DE,31)) que en niveles de estudio universitarios (119,6 cm (DE,32)). Por clase social, son los de clase social menos aventajada (clase social V) aquellos que tienen una mayor altura media (131 cm (DE, 30,9)) que los de clase social I (123 cm (DE,33)).

ENCUESTA DE SALUD INFANTIL EN ASTURIAS. 2009
Cronología, metodología de trabajo y resultados



Todo esto es debido a la distinta composición demográfica en función de dichos parámetros:

Por año de edad: Media del peso en Kg. (DE)

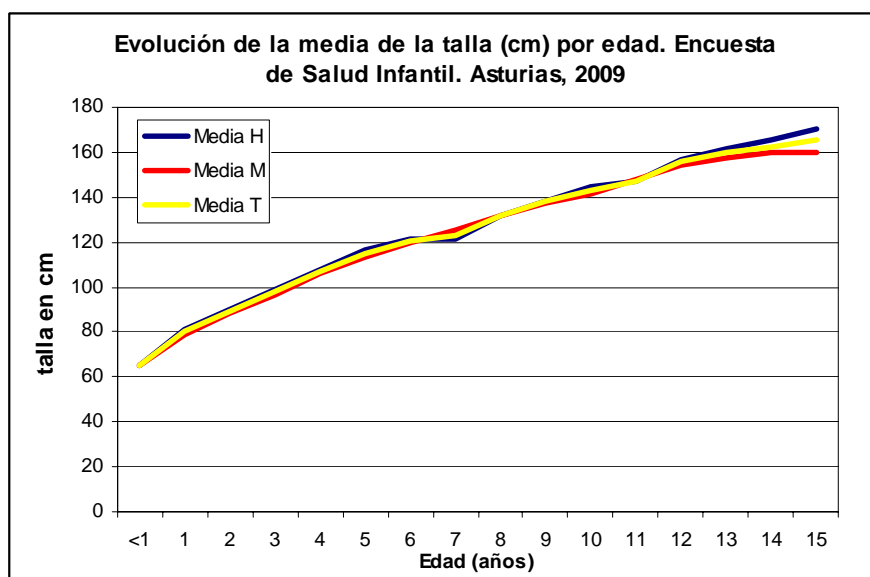
Media del peso por año de edad y sexo:

Años	Niños		Niñas		Total	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE
<1	7,9	2,1	7,4	1,9	7,7	2
1	12,1	2,7	11,7	3,9	11,9	3,4
2	14,3	3	13,9	2,9	14,1	2,9
3	16,9	2,9	15,8	2,9	16,4	2,9
4	18,6	3,4	18,4	3,4	18,5	3,4
5	22,8	6,8	21,1	3,9	21,9	5,6
6	25,8	6,2	24	5,7	25,1	6
7	26	5,8	27,7	5,5	26,9	5,7
8	31,1	7,3	30,7	5,9	30,9	6,7
9	34,1	6,6	35	7,8	34,6	7,3
10	40	8,3	37,9	8,7	38,8	8,6
11	41,6	9,3	40,1	7,4	40,8	8,4
12	48,7	11	46,2	8,3	47,7	10,1
13	53,9	11,9	50,4	8,4	52,5	10,7
14	56,2	11,4	52,9	8,8	54,4	10,2
15	59,1	9,8	55,6	8,2	57,4	9,2

Por año de edad: Media de la talla en cm (DE)

Media de la talla por año de edad y sexo:

Años	Niños		Niñas		Total	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE
<1	65,4	8,9	65,3	9,9	65,4	9,2
1	81,3	7,9	78,8	6,6	80,1	7,4
2	90,3	9,8	88,6	9,2	89,4	9,5
3	99,2	11,1	96,3	11,6	97,8	11,4
4	107,6	6,4	105,8	8,9	106,7	7,7
5	116,4	12,3	113,7	10	115,1	11,3
6	121,1	12,3	119,9	8,5	120,7	10,9
7	121,1	17,8	125,5	9,8	123,3	14,4
8	131,4	10,2	131,7	9,5	131,6	9,9
9	138,1	9,1	137,7	10,9	137,9	10
10	144,3	11,8	141,6	9,6	142,9	10,7
11	146,7	13,1	147,9	9,1	146,9	11,1
12	156,6	8,2	153,9	9,3	155,5	8,8
13	161,8	9,5	157,9	7,5	160,2	8,9
14	165,4	10,3	160	6,4	162,4	8,8
15	170,3	9,8	159,8	9,3	165,3	10,9



Por géneros, ambos sexos tienen resultados muy parejos en cuanto al peso hasta los 10 años de edad. A partir de ahí, comienzan los chicos a manifestar un mayor tamaño en términos de peso. Parecida situación sucede con la talla, hasta los 7 años de edad hay una mayor talla en niños, entre los 7 y los 11 años se van alternando ambos sexos y a partir de los 12 años de edad los chicos empiezan a tener una talla media superior a las chicas.

4.3.2.- Opinión sobre el peso y talla:

La opinión de cual es su peso y su talla es fundamental para la propia percepción de su esquema corporal, y más aún para la instauración de políticas

encaminadas a modificar el comportamiento de consumo de nutrientes o de la intervención en relación a la obesidad. Para conocer como se percibe la población infantil en relación a su peso y talla se realizó la siguiente pregunta:

Contestación a la pregunta: ***Diría que el peso del niño/a en relación a su estatura es...?***

Un 83% de las personas consideran que la relación entre el peso y la talla del niño/a es normal, mientras que un 8% considera que el peso está por encima del peso para su talla. Un 6% de la población cree que el peso es menor del que debería tener para su talla.

Frecuencia de opinión sobre peso y talla por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
Por encima del peso	7,5	8,0	7,8
En su peso	82,7	83,8	83,2
Menos del peso	6,7	5,7	6,2

Por sexo, no hay diferencias significativas entre chicos y chicas.

Por edades, la consideración de la persona que contesta la entrevista se menciona un incremento en la valoración por encima de la talla con la edad llegando a un 11% en los y las adolescentes. Similar situación sucede con el bajo peso. Parece como que a medida que aumentamos la edad se polariza la percepción del peso en relación a la talla, disminuyendo consiguientemente el número de personas consideradas en su peso.

Frecuencia de opinión sobre peso y talla por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
Por encima del peso	4,7	2,8	8,9	11,5	7,8
En su peso	86,5	88,7	82,5	78,5	83,2
Menos del peso	4,9	6,4	5,6	7,6	6,2

Por otro tipo de variables como el hábitat de residencia, clase social y nivel de estudios de la familia en que reside el niño/a observamos que es más frecuente que se piense que se está por encima del peso en zonas rurales (8,5% frente a un 6,6% en cuencas mineras), así como en niños/as procedentes de familias con estudios primarios (10,9% frente a un 5,6% en estudios universitarios). Un 5,3% de los niños/as clasificados en clase social I presentaron este tipo creencia por una mayor frecuencia (13%) en niños/as procedentes de familias en clase social V.

4.3.3.- Índice de masa corporal:

Si valoramos la relación peso-talla con un criterio cuantitativo, para el que pueden existir varias aproximaciones, siendo en la población infantil varias, una de la OMS, otras de los CDC y otras de la Fundación Orbegozo, las más usadas en pediatría en España. La estimación de la obesidad en la infancia se realiza a partir

del IMC, definiendo el sobrepeso y la obesidad mediante la utilización de percentiles.

Actualmente, no existe un criterio comparativo consensuado por la comunidad científica internacional sobre la definición de obesidad en estas edades. En algunos países se define la obesidad con el percentil 95 y en otros con el percentil 97 (sobrepeso: percentil 85 o 90).

En la población española se ha utilizado el percentil 85 como límite de sobrepeso y el percentil 95 como punto de corte para definir la obesidad, como recomienda el Grupo Europeo de Obesidad Infantil. Las tablas de referencia nacionales utilizadas son las de Orbegozo.

Para facilitar su lectura, las tablas de crecimiento se basan en percentiles. Sin embargo, los percentiles corresponden a una escala no lineal que se alarga en las colas de la distribución, por lo que desde un punto de vista estadístico, es más apropiado hablar de Desviación Estándar o puntaje Z. si se expresa el valor del IMC en desviaciones estándar y se calcula el valor de z-score se pueden categorizar mejor los grados de obesidad y realizar estudios asociativos con otros parámetros. Así, valores de z score superiores a 1,88 se consideran indicativos de obesidad y de sobrepeso cuando superan 1,03.

Metodología para la clasificación del peso de los niños incluidos en la Encuesta de Salud Infantil

- Se calculó el IMC en base al peso y talla de los niños indicado por padres/tutores.
- Se calculó el z score del IMC según tablas de Orbegozo
- Se utilizaron distintos puntos de corte para la clasificación del niño en las siguientes categorías: bajo peso, riesgo de bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad según la mediante la siguiente clasificación:

Categorización del IMC:

	Niños y Niñas
Concepto	IMC
Bajo peso	<percentil 3 (p3) media - 1,88DE
Normopeso	p3 - p85
Sobrepeso	<p85- p97 (media + 1,03DE)-(media+1,88DE)
Obesidad	>p97 (media+1,88DE)
Sobrepeso+Obesidad	>p85 (media+1,03DE)

Los resultados que nos da la Encuesta son que el 70% de la población infantil asturiana tiene cifras de normopeso, un 11% tiene problema de sobrepeso, un 13% tiene problemas de obesidad y un 5% de bajo peso.

Por género, los niños tienen una mayor proporción de obesidad que las chicas (OR: 1,37; IC95%: 1,1-1,7) lo mismo que cuando combinamos sobrepeso más obesidad (OR: 1,29; IC95%: 1,1-1,5)

Frecuencia de categorización de IMC por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
Bajo peso	5,5	4,7	5,0

ENCUESTA DE SALUD INFANTIL EN ASTURIAS. 2009
Cronología, metodología de trabajo y resultados

Normopeso	67,6	73,1	70,5
Sobrepeso	11,5	10,6	11,5
Obesidad	15,4	11,5	13,4
Sobrepeso +Obesidad	26,9	22,1	24,9

Por edades, en chicos o niños la mayor proporción de personas en normopeso corresponde a los adolescentes (74%): El mayor porcentaje de bajo peso corresponde a las etapas preescolares. La obesidad es mayor en las primeras etapas de la vida y el sobrepeso es superior a medida que aumentamos la edad. En chicas o niñas la situación es similar: la frecuencia de normopeso aumenta con la edad siendo mayor en adolescentes. El bajo peso descende en frecuencia con la edad lo mismo que la prevalencia de obesidad. El sobrepeso es más importante en las edades prepúberes.

Niños:

Frecuencia de categorización de IMC por grupo etario en niños:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
Bajo peso	7,8	12,6	3,7	1,9	5,5
Normopeso	64,6	60,1	66,8	74,1	67,6
Sobrepeso	9,7	9,6	11,5	13,6	11,5
Obesidad	18,0	17,7	18,0	10,4	15,4
Sobrepeso +Obesidad	27,7	27,3	29,5	24,0	26,9

Niñas:

Frecuencia de categorización de IMC por grupo etario en niñas:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
Bajo peso	11,4	10,5	1,3	1,2	4,7
Normopeso	61,4	66,9	71,9	83,7	73,1
Sobrepeso	8,5	9,4	14,2	9,2	10,6
Obesidad	18,8	13,3	12,6	5,9	11,5
Sobrepeso +Obesidad	27,3	22,7	26,8	15,1	22,1

La obesidad infantil será objeto de un análisis e informe específico.

4.4.- Descanso:

Contestación a la pregunta: *¿Cuántas horas duerme el (nombre del niño o de la niña ...) habitualmente? (incluyendo siesta): (nota: días de la semana de lunes a viernes)*

La media de horas de sueño en la población infantil asturiana es de 9 horas al día en días de semana. La cifra es similar en niños que en niñas.

Por edades, los niños y niñas más pequeños/as duermen más horas de sueño (de media 10,6 horas) y los y las adolescentes menos (8,1 horas de promedio) en días de semana.

No hay diferencias sustanciales en cuanto al número de horas dedicadas al sueño en función de tipo de hábitat, nivel de estudios de padres/madres o clase social asignada.

Duración del sueño por edad y sexo:

	Media	DE
	Horas	Horas
Total:	9,0	10,9
Niños	8,9	11,3
Niñas	8,9	11,1
Edades:		
0-2	10,6	14,0
3-5	9,9	7,0
6-10	8,2	12,4
11-15	8,1	9,6

Contestación a la pregunta: *¿El niño o niña tiene algún problema de sueño? ¿Cual?*

Las personas entrevistadas refieren que un 2,2% de la población infantil para la que se recogía información tenían problemas de sueño. No hay diferencias de género apreciables en esta frecuencia.

Frecuencia de problemas de sueño por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
SI	2,4	2,1	2,2

Frecuencia de problemas de sueño por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
SI	2,8	3,0	1,3	2,2	2,2

Por edades es más frecuente la existencia de problemas de sueño en las edades más pequeñas pero no son sustanciales.

El tipo de problema de sueño, dentro de aquellos que lo tienen, más frecuente es el de tener pesadillas por la noche (32,7%) seguido de tener pesadillas o miedos (27%). Parecen tener más pesadillas o miedos las niñas que los niños pero las diferencias no son estadísticamente significativas.

Frecuencia de tipo de problema de sueño por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
Se despierta varias veces por la noche	33,3	32,0	32,7
Pesadillas, miedos	23,3	32,0	27,3
Tarda en dormirse	3,3	20,0	10,9
Insomnio	13,3	8,0	10,9
Sonambulismo, habla durante el sueño	20,0	0	10,9
Problemas de salud, dolores	6,7	4,0	5,5

Por edades, es más frecuente que se despierten varias veces por la noche en edades pequeñas y el tener pesadillas o miedos en los niños y niñas de 3-5 años de edad.

Frecuencia de tipo de problema de sueño por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
Se despierta varias veces por la noche	69,2	28,6	9,1	23,5	32,7
Pesadillas, miedos	0	71,4	10,2	17,6	27,3
Tarda en dormirse	15,4	0	9,1	17,6	10,9
Insomnio	7,7	0	18,2	17,6	10,9
Sonambulismo, habla durante el sueño	0	0	27,3	17,6	10,9
Problemas de salud, dolores	7,7	0	9,1	5,9	5,5

No hay diferencias sustanciales en cuanto a la presencia de problemas de sueño en función de tipo de hábitat, nivel de estudios de padres/madres o clase social asignada.

4.5.- Alimentación y nutrición:

4.5.1.- Lactancia:

Contestación a la pregunta: ***Ha recibido el niño/a lactancia materna durante el primer año de vida: ¿Durante cuánto tiempo?: Lactancia materna exclusivamente Lactancia materna combinada o artificial. Si recibido el niño/a lactancia artificial durante el primer año de vida. ¿A qué meses comenzó?:***

4.5.1.1.- Frecuencia de los distintos tipos de lactancia:

De las contestaciones realizadas por la persona informante respecto a la situación de la alimentación en la primera infancia de los niños y niñas sujetos a investigación se desprende que casi el 60% de los niños y niñas estuvieron sometidos a un régimen de lactancia materna exclusiva durante un período determinado. Un 23% a un régimen de lactancia combinada y un 17% a uno de lactancia artificial exclusivamente.

Frecuencia de tipo de lactancia por sexo:

ENCUESTA DE SALUD INFANTIL EN ASTURIAS. 2009
Cronología, metodología de trabajo y resultados

	Niños	Niñas	Total
Durante un periodo de tiempo...	%	%	%
Lactancia materna exclusivamente	60,0	59,6	59,8
Lactancia materna combinada	24,1	22,9	23,5
Lactancia artificial exclusivamente	15,9	17,5	16,7

No se observa diferencias del tipo de lactancia en función del sexo del lactante o de la lactante.

Frecuencia de tipo de lactancia por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
Durante un periodo de tiempo...	%	%	%	%	%
Lactancia materna exclusivamente	57,2	59,1	60,1	61,2	59,8
Lactancia materna combinada	26,0	23,8	24,4	21,0	23,5
Lactancia artificial exclusivamente	16,8	17,1	15,5	17,8	16,7

Por edades en los niños y niñas en el momento actual su historial de lactancia muestra un descenso en la proporción de lactantes sometidos a régimen de lactancia exclusiva en los niños y niñas de los últimos años, si bien eso no significa que se produzca un cambio de comportamiento a regímenes de lactancia artificial exclusiva, más bien se produce a expensas de una mayor frecuencia de la lactancia materna combinada.

Por otro tipo de variables, un 61,7% de los niños/as residentes en cuencas mineras han recibido **lactancia materna exclusivamente** en algún período por un 55,7% de la población infantil residente en zonas rurales. Un 64,2% de los niños/as cuyas familias tienen estudios universitarios han recibido este tipo de lactancia por un 54,7% en familias de estudios primarios. Un 64,7% de los niños/as clasificados como en clase social I han recibido lactancia materna exclusivamente en algún período de tiempo por un 51,5% de los niños/as clasificados en clase social V.

Un 82% de los niños/as residentes en zonas centrales han recibido **lactancia artificial durante el primer año de vida** por un 74% de la población infantil residente en cuencas mineras. Un 84% de los niños/as cuyas familias tienen estudios universitarios han recibido este tipo de lactancia por un 77,3% en familias de estudios primarios. Un 86% de los niños/as clasificados como en clase social I han recibido lactancia artificial en el primer año de vida por un 79,3% de los niños/as clasificados en clase social V.

En aquellos niños/as que recibieron lactancia artificial durante el primer año de vida, la misma comenzó antes de los 4 meses de edad en el 36% de los niños/as residentes en zonas rurales por un 43% en residentes en zonas centrales. Ese mismo hecho sucedió en el 49% de los niños/as residentes en familias de nivel de estudios primarios por un 33% en familias universitarias. Por clase social asignada comenzó la lactancia artificial antes de los 4 meses de edad en un 36% de los niños/as de clase social II por un 50% en niños/as asignados a clase social V.

4.5.1.2.- Duración de los distintos tipos de lactancia:

El promedio de días de lactancia materna de carácter exclusivo entre aquellos niños y niñas que estuvieron sometidos a un régimen de lactancia materna exclusiva fue de cerca de 5 meses de duración (147,6 días). El promedio de los regímenes combinados fue de 134 días de duración. La media de comienzo de la

ENCUESTA DE SALUD INFANTIL EN ASTURIAS. 2009
Cronología, metodología de trabajo y resultados

lactancia artificial en aquellos niños y niñas que estuvieron con lactancia materna exclusiva en algún momento fue a los 4,5 meses de edad.

Duración de los tipos de lactancia por sexo:

	Niños	Niñas	Total
LACTANCIA MATERNA			
Días de lactancia materna exclusiva	149,8	145,3	147,6
Días de lactancia combinada materna y artificial	129,7	137,8	133,6
Mes de comienzo de lactancia artificial	4,5	4,4	4,5

Por sexo del lactante no hay diferencias significativas en cuanto a la duración de los distintos regímenes de lactancia.

Duración de los tipos de lactancia por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
LACTANCIA MATERNA					
Días de lactancia materna exclusiva	141,3	159,1	150,5	141,5	147,6
Días de lactancia combinada materna y artificial	113,9	137,9	136,9	141,8	133,6
Mes de comienzo de lactancia artificial	4,4	4,6	4,7	4,2	4,5

Por edades en los niños y niñas en el momento actual su historial de lactancia muestra que el promedio de la duración de la lactancia en los menores de 2 años de edad es el menor de todos los niños y niñas. En cambio el comienzo más precoz de lactancia artificial fue el de los niños y niñas que hoy tienen entre 11-15 años, manifestando que son los que mayor frecuencia de lactancia materna exclusiva tuvieron pero no significa que los períodos fueran los más prolongados.

4.5.1.3.- Prevalencia de lactancia materna exclusiva:

La prevalencia de lactancia materna exclusiva a los 7 días del parto se cifra en la totalidad de la muestra encuestada en el 59% reduciéndose progresivamente. Así, a los 28 días baja al 57% siendo a los tres meses del 34% y a los 120 días del 27% y a los seis meses de solo el 14%.

Prevalencia de lactancia materna exclusiva en distintos periodos por sexo:

	Niños	Niñas	Total
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Prevalencia a los:	%	%	%
7 días	59,2	59,0	59,1
28 días	56,8	57,6	57,0
90 días	34,4	34,0	34,3
120 días	27,8	25,8	26,8
180 días	14,3	12,7	13,6

Por sexo del lactante no hay diferencias significativas en cuanto a la prevalencia de la lactancia exclusiva materna en los distintos periodos de tiempo.

Prevalencia de lactancia materna exclusiva en distintos periodos por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Prevalencia a los:	%	%	%	%	%
7 días	56,4	58,5	60,4	59,8	59,1
28 días	54,4	57,0	57,9	57,6	57,0
90 días	32,8	36,8	36,4	31,4	34,3

ENCUESTA DE SALUD INFANTIL EN ASTURIAS. 2009
Cronología, metodología de trabajo y resultados

120 días	25,9	29,6	28,7	23,9	26,8
180 días	11,7	16,0	14,0	12,7	13,6

Por edades en los niños y niñas en el momento actual su historial de lactancia muestra que la prevalencia de aquellas cohortes de lactantes más pequeñas es la más baja de todas en casi todos los períodos de análisis (7, 28, 90 y 180 días).

4.5.2.- Alimentación:

4.5.2.1.- Desayuno habitual:

Contestación a la pregunta: *¿Qué desayuna el niño o la niña habitualmente?:*

Esta pregunta hacía referencia al tipo de desayuno realizado en un día habitual y no extraordinario.

Las respuestas ofrecidas por las personas entrevistadas indican que aquel desayuno que es más frecuente es el que contiene café. Leche, té chocolate, cacao o yogur. Un 94% de la población infantil lo consume. Un 90% consume pan, tostadas, galletas, cereales o bollería. Solo la tercera parte de la población infantil desayuna con fruta y/o zumo. Únicamente un 1,3% de la población infantil no desayuna nada en un día habitual

Frecuencia de contenidos del desayuno por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
Café, leche, té, chocolate, cacao, yogur, .	94,8	93,2	94,0
Pan, tostadas, galletas, cereales, bollería, ..	89,7	89,1	89,4
Fruta y/o zumo	33,3	32,3	32,8
Alimentos como huevos, queso, jamón, ...	2,3	2,0	2,2
Otro tipo de alimentos	0,5	0,1	0,3
Nada, no suele desayunar	0,7	1,7	1,3

En el análisis de género se observa que no hay diferencias de ningún tipo en cuanto al consumo de diferentes alimentos en un el desayuno diario habitual.

Frecuencia de de contenidos del desayuno por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
Café, leche, té, chocolate, cacao, yogur,..	85,8	97,0	95,3	94,2	94,0
Pan, tostadas, galletas, cereales, bollería, ..	76,6	92,6	91,1	91,0	89,4
Fruta y/o zumo	16,8	29,7	35,4	38,8	32,8
Alimentos como huevos, queso, jamón, ...	1,0	1,3	2,1	3,1	2,2
Otro tipo de alimentos	0	0,2	0,1	0,6	0,3
Nada, no suele desayunar	0	0,6	0,9	2,6	1,3

En el análisis por edades, se observa que el desayuno contiene café, leche, té, chocolate, cacao o yogur más frecuentemente en niños y niñas de 3-5 años de edad. Situación similar sucede en el consumo de pan, tostadas, galletas, cereales, bollería. Mucha menor frecuencia en este último grupo de alimentos la realizan los niños y niñas de 0-2 años (tres cuartas partes de ellos). El consumo de zumo o fruta es casi anecdótico en niños y niñas más pequeñas (17%) siendo mayor a medida que aumentamos la edad. No obstante, solo el 39% de los y las adolescentes consume fruta y/o zumo en el desayuno. A gran distancia y mucho menos frecuente se sitúa el desayuno de huevos, queso, jamón con el mismo patrón de incremento de la frecuencia con la edad.

En relación a otras variables como hábitat, nivel de estudios de la familia y clase social asignada, observamos claras diferencias en todas estas variables, que, por lo general, indican que la población infantil procedentes de familias con niveles de estudios mayores así como las clases sociales más aventajadas tienen un patrón de consumo más saludables y, al contrario, en niveles educativos pobres así como en clases sociales más desfavorecidas el patrón de consumo alimentario es menos saludables. Veamos varios ejemplos.

El consumo de café, leche, té, chocolate, cacao, yogur en el desayuno es más frecuente en población infantil residente en zonas centrales (94,7%, por un 91,8% en cuencas mineras). También es más frecuente en niños/as procedentes de familias universitarias (96,0% por un 93,4% en niveles educativos primarios). A su vez, es más frecuente en niños/as procedentes de familias asignadas en clase social I (96,2%, por un 89,2% de los niños/as en clase social más pobre, la V).

Por su parte, en el consumo en el desayuno de alimentos sólidos como pan, tostadas, galletas, cereales, bollería es más frecuente en niños/as de zonas centrales (90,8%) y menor en las cuencas mineras, de nuevo (85,7%). Es también menor en población infantil con familias con menor educativo (88,5% por un 91,5% en familias universitarias). Por clase social, se repite la misma pauta anterior, niños/as clasificadas en clase social I los consumen con más frecuencia (93,6%, por un 86,7% en clase social V).

El consumo de fruta y/o zumo en el desayuno es más frecuente en población infantil residente en zonas rurales (34,9%, por un 32,3% en cuencas mineras). También es más frecuente, incluso con mayor diferencia, en niños/as procedentes de familias universitarias (40,1% por un 24,6% en niveles educativos primarios). A su vez, es más frecuente en niños/as procedentes de familias asignadas en clase social I (44,4%, por un 22,9% de los niños/as en clase social más pobre, la V).

Por su parte, en el consumo en el desayuno de alimentos más fuertes como huevos, queso, jamón es menos frecuente en niños/as de zonas rurales (1,3%) y mayor en las cuencas mineras, de nuevo (2,0%). Es también menor en población infantil con familias con estudios medios (1,9% por un 2,5% en familias universitarias). Por clase social, se repite la misma pauta anterior, niños/as clasificadas en clase social I los consumen con más frecuencia (2,3%, por un 1,7% en clase social IV).

4.5.2.2.- Frecuencia de consumo de determinados alimentos:

Contestación a la pregunta: *¿Con qué frecuencia consume el/la niño/a los siguientes alimentos?:*

El **consumo de fruta fresca** es más frecuente que se realice diariamente. Aún así, solo un 70% de los niños y niñas consume fruta diariamente. Uno de cada veinte niños o niñas NO consume NUNCA fruta o lo hace menos de una vez a la semana. Un 82% de la población infantil consume 3 o más veces por semana **carne**. Más de un 2% los hace menos de una vez por semana. Un 0,7% no come NUNCA carne. Un 21% de la población infantil **consume huevos** 3 ó más veces por semana. Un 3% NUNCA consume huevos. Un 41% de la población infantil **consume pescado** al menos tres veces por semana. Un 3% no lo consume nunca. Un 72% refiere **consumir pasta, arroz o patatas** al menos tres veces por semana. Un 86% de la población infantil consume pan o cereales todos los días, un 1% nunca.

Frecuencia de consumo de determinados alimentos por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
Fruta fresca			
Diariamente	68,6	72,5	70,5
3 ó más a la semana	15,6	14,7	15,1
1-2 veces/semana	7,2	5,1	6,2
<1 vez/semana	1,7	1,7	1,7
Nunca o casi nunca	2,6	3,0	2,8
Carne (pollo, ternera, cerdo, cordero, ...)			
Diariamente	13,3	11,0	12,2
3 ó más a la semana	68,2	71,6	69,9
1-2 veces/semana	11,7	11,7	11,7
<1 vez/semana	1,7	1,3	1,5
Nunca o casi nunca	0,4	1,0	0,7
Huevos			
Diariamente	1,5	0,9	1,2
3 ó más a la semana	17,8	20,1	18,9
1-2 veces/semana	55,2	55,5	55,3
<1 vez/semana	16,8	17,1	17,0
Nunca o casi nunca	3,3	2,5	2,9
Pescado			
Diariamente	3,2	3,4	3,3
3 ó más a la semana	35,9	40,3	38,0
1-2 veces/semana	43,4	42,9	43,2
<1 vez/semana	9,8	6,7	8,3
Nunca o casi nunca	2,8	2,8	2,8
Pasta, arroz, patatas			
Diariamente	26,0	27,8	26,8
3 ó más a la semana	44,7	45,0	44,8
1-2 veces/semana	19,9	18,4	19,1
<1 vez/semana	3,3	3,1	3,2
Nunca o casi nunca	1,0	1,2	1,1
Pan, cereales			
Diariamente	86,6	85,8	86,2
3 ó más a la semana	4,9	6,3	5,6
1-2 veces/semana	1,7	2,2	2,0
<1 vez/semana	0,7	0,8	0,7
Nunca o casi nunca	1,1	1,1	1,1

Un 20% consume verduras diariamente y un 40% más lo hace 3 ó más veces semanales. Un 2,5% nunca consume **verduras**. Un 46% de la población infantil consume **legumbres** 3 ó más veces a la semana. Un 57% consume

ENCUESTA DE SALUD INFANTIL EN ASTURIAS. 2009
Cronología, metodología de trabajo y resultados

fiambres o embutidos al menos tres veces por semana, y un 7% nunca consume embutidos. Un 91% consume **productos lácteos** diariamente. Un 69% consume **dulces** tres o más veces por semana. Un 7% nunca los consume. Un 10% consume refrescos tres o más veces por semana. Un 50% nunca los consume. Un 4% consume 3 o más veces por semana **comida rápida**, la mitad nunca. Un 10% pica con **snacks** frecuentemente y un 32% nunca los consume. Un 16% consume **chucherías** 3 o más veces por semana, no consumiéndolas nunca un 28%.

Frecuencia de consumo de determinados alimentos por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
Verduras y hortalizas			
Diariamente	19,9	20,6	20,2
3 ó más a la semana	39,5	41,1	40,3
1-2 veces/semana	26,4	26,3	26,4
<1 vez/semana	7,2	6,0	6,6
Nunca o casi nunca	2,4	2,6	2,5
Legumbres (garbanzos, fabes, lentejas ...)			
Diariamente	7,5	8,2	7,8
3 ó más a la semana	39,5	37,6	38,6
1-2 veces/semana	33,8	35,2	34,5
<1 vez/semana	11,3	12,0	11,7
Nunca o casi nunca	2,2	2,3	2,2
Embutidos y fiambres			
Diariamente	26,2	26,2	26,2
3 ó más a la semana	31,9	29,6	30,8
1-2 veces/semana	22,3	22,9	22,6
<1 vez/semana	7,2	8,9	8,0
Nunca o casi nunca	7,1	6,8	7,0
Productos lácteos (leche, queso, yogur)			
Diariamente	91,4	91,4	91,4
3 ó más a la semana	2,2	2,3	2,2
1-2 veces/semana	0,6	0,9	0,7
<1 vez/semana	0	0,5	0,2
Nunca o casi nunca	0,8	0,9	0,9
Dulces (galletas, bollería, mermeladas)			
Diariamente	46,9	46,9	46,9
3 ó más a la semana	21,6	22,2	21,9
1-2 veces/semana	13,9	14,0	14,0
<1 vez/semana	5,3	6,5	5,9
Nunca o casi nunca	7,1	6,7	6,9
Refrescos, bebidas con gas			
Diariamente	4,1	3,6	3,8
3 ó más a la semana	6,1	7,2	6,6
1-2 veces/semana	16,9	13,1	15,0
<1 vez/semana	20,7	16,1	18,5
Nunca o casi nunca	46,3	55,5	50,8

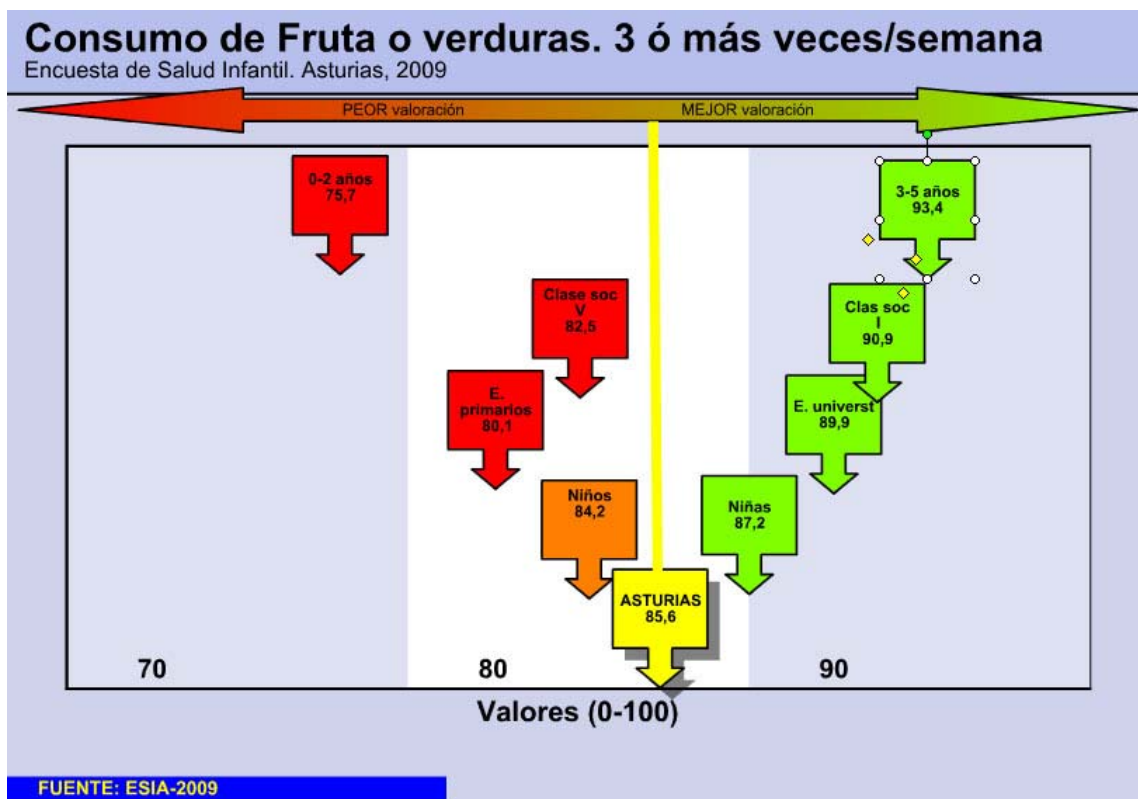
En el análisis de género se observa que hay diferencias en cuanto a la frecuencia alimentos. Así, los niños tienen menos frecuencia de **consumo diario de fruta fresca** que las niñas (OR: 0,83, IC95%:0,7-0,9). No hay diferencia de género en la población infantil en cuanto al **consumo de carne**, ni en cuanto al **consumo de huevos**. Los niños tienen menos frecuencia de **consumo de pescado al menos 3 veces por semana** que las niñas (OR: 0,83, IC95%:0,7-0,9). No hay diferencias de género significativa en el consumo de **pasta, arroz o patatas**, ni de **pan o cereales**, ni de **verduras**, ni de **legumbres**, ni de **embutidos o fiambres**, tampoco de **productos lácteos** ni de **dulces**. La referencia a nunca consumir de **refrescos o bebidas con gas** es menos frecuente en niños que en niñas (OR: 0,69, IC95%:0,6-0,8), incluso cuando la frecuencia es la menos inferior a un día por semana (OR: 0,79, IC95%:0,7-0,9). La misma pauta observamos para el consumo de **comida rápida y precocinada** (OR: 0,74, IC95%:0,6-0,9) y el consumo de **chucherías** (OR: 0,82, IC95%:0,7-0,9): la

ENCUESTA DE SALUD INFANTIL EN ASTURIAS. 2009
Cronología, metodología de trabajo y resultados

frecuencia de nunca consumir cada uno de estos productos es menor en niños que en niñas. Para el consumo de **snacks o comidas saladas** la diferencia es no significativa estadísticamente.

Frecuencia de consumo de determinados alimentos por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
Comida rápida y precocinada (pollo frito, bocadillos, pizzas, hamburguesas, ...)			
Diariamente	0,6	0,6	0,6
3 ó más a la semana	2,9	3,2	3,1
1-2 veces/semana	14,5	11,8	13,2
<1 vez/semana	32,1	28,5	30,3
Nunca o casi nunca	44,8	52,0	48,3
Snacks o comidas saladas (barritas de chocolate, patatas fritas, ganchitos, galletitas saladas)			
Diariamente	1,3	1,9	1,6
3 ó más a la semana	9,8	7,8	8,9
1-2 veces/semana	26,7	22,8	24,8
<1 vez/semana	27,9	28,8	28,3
Nunca o casi nunca	29,4	35,1	32,2
Chucherías (caramelos, chicles...)			
Diariamente	3,2	3,3	3,2
3 ó más a la semana	13,6	12,8	13,2
1-2 veces/semana	28,2	25,6	26,9
<1 vez/semana	22,9	24,8	23,9
Nunca o casi nunca	26,9	29,8	28,3



En el análisis de edad se observa que hay diferencias también en cuanto a la frecuencia alimentos. Así, los niños y niñas de 3-10 años de edad consumen más frecuentemente fruta fresca (más del 90%). Son los y la adolescentes las que con mayor frecuencia refieren NO consumir NUNCA **fruta fresca**. El **consumo de carne** es muy similar en todas las edades, excepto para niños y niñas muy pequeñas donde solo lo consumen un 70% tres o más veces por semana en

menores de 2 años. La frecuencia de consumo de **huevos** va aumentando con la edad siendo de un 21% de 3 ó más veces por semana en adolescentes. En los niños y niñas más pequeñas es de un 13%. Consumen más frecuentemente **pescado** los niños y niñas menores de 6 años de edad (un 50% tres o más veces a la semana). El consumo de **pasta, arroz o patatas** es más frecuente en adolescentes. Consumen más frecuentemente **pan o cereales** los y las adolescentes. El consumo diario de **verduras** va disminuyendo a medida que aumentamos de edad tanto en el consumo diario como en el consumo muy frecuente. Un 4% de los y las adolescentes No consume nunca verduras. La frecuencia de consumo de **legumbres** es relativamente estable a partir de los 3 años de edad, situándose alrededor de la mitad de la población infantil en frecuencias de consumo de al menos tres o más veces semanales. El consumo de **embutidos o fiambres** no se modifica con la edad a partir de los 3 años de edad. El consumo de **productos lácteos** es similar en todas las edades si contamos la lactancia natural. El consumo de **dulces** se incrementa con la edad, lo mismo que (aunque mucho más frecuente) el consumo de **refrescos o bebidas con gas**. Los consumos de **comida rápida y precocinada** aumentan con la edad, siendo mayor en adolescentes lo mismo que los consumos de **snacks o comidas saladas** siendo mayor a partir de los 6 años de vida, y similar presentación tiene el consumo de **chucherías** (en este caso a partir de los tres años de edad).

En relación a otras variables como hábitat, nivel de estudios de la familia y clase social asignada, observamos, de nuevo, claras diferencias en todas estas variables, que, por lo general, indican que la población infantil procedentes de familias con niveles de estudios mayores así como las clases sociales más aventajadas tienen un patrón de consumo más saludables y, al contrario, en niveles educativos pobres así como en clases sociales más desfavorecidas el patrón de consumo alimentario es menos saludables. Veamos varios ejemplos.

El consumo de fruta fresca con una periodicidad de al menos 3 veces ó más a la semana es similar en los distintos hábitats de residencia, pero es mucho más frecuente en niños/as procedentes de familias universitarias (89,9%) que en familias con estudios primarios (80,1%). A su vez, es más frecuente en niños/as procedentes de familias asignadas en clase social I (90,9%, por un 86,5% de los niños/as en clase social más pobre, la V).

Por su parte, en el consumo de carne (pollo, ternera, cerdo, cordero) con una periodicidad de al menos 3 veces ó más a la semana es más frecuente en niños/as de zonas centrales (85,3%) y menor en las cuencas mineras, de nuevo (70,1%). Es similar en función del nivel educativo. Por clase social, se repite la misma pauta anterior, niños/as clasificadas en clase social I los consumen con más frecuencia (87,0%, por un 80,7% en clase social V).

El consumo de huevos con una periodicidad de al menos 1 vez ó más a la semana es similar en los distintos hábitats de residencia, pero es más frecuente en niños/as procedentes de familias universitarias (78%) que en familias con estudios primarios (72%). A su vez, es más frecuente en niños/as procedentes de familias asignadas en clase social I (80,5%, por un 73,1% de los niños/as en clase social más pobre, la V).

Por su parte, en el consumo de pescado con una periodicidad de al menos 3 veces ó más a la semana es más frecuente en niños/as de zonas rurales (43,1%) y menor en las cuencas mineras, de nuevo (40,8%). Es más frecuente en niños/as procedentes de familias universitarias (43,7%) que en familias con estudios primarios (35,9%). Por clase social, se repite la misma pauta anterior, niños/as clasificadas en clases sociales aventajadas, en este caso la II, los consumen con más frecuencia (46,9%, por un 33% en clase social V).

El consumo de pasta, arroz, patatas con una periodicidad de al menos 3 veces ó más a la semana es mayor en niños/as residentes en zonas centrales (74%, por un 60,3% en cuencas mineras. Es similar en función del nivel educativo de las familias. A su vez, es más frecuente en niños/as procedentes de familias asignadas en clase social I (76,3%, por un 71,1% de los niños/as en clases sociales más pobres, la III).

Por su parte, en el consumo de pan y cereales con una periodicidad de al menos 3 veces ó más a la semana es más frecuente en niños/as de zonas rurales (92,9%) y menor en las cuencas mineras, de nuevo (89,8%). Es menos frecuente en niños/as procedentes de familias universitarias (93,6%) que en familias con estudios primarios (96%). Por clase social, se repite la misma pauta anterior, niños/as clasificadas en clases sociales aventajadas, en este caso la I, los consumen con más frecuencia (93,1%, por un 89,9% en clase social V).

El consumo de verduras y hortalizas con una periodicidad de al menos 3 veces ó más a la semana es mayor en niños/as residentes en zonas centrales (62%, por un 56,6% en zonas rurales. Es mayor también en familias con niveles educativos superiores (66,1% en universitarias por un 57,5% en estudios primarios). A su vez, es más frecuente en niños/as procedentes de familias asignadas en clase social I (65,6%, por un 56,9% de los niños/as en clases sociales más pobres, la V).

A su vez, en el consumo de Legumbres (garbanzos, fabes, lentejas) con una periodicidad de al menos 3 veces ó más a la semana es más frecuente en niños/as de zonas rurales (47,6%) y menor en las cuencas mineras (43,9%). Es menos frecuente en niños/as procedentes de familias universitarias (42,1%) que en familias con estudios primarios (59,2%). Por clase social, niños/as clasificadas en clases sociales aventajadas los consumen con menos frecuencia (40,2%, por un 55,1% en clase social V).

El consumo de embutidos y fiambres con una periodicidad de al menos 3 veces ó más a la semana es mayor en niños/as residentes en zonas rurales (61%, por un 48,8% en zonas centrales). Es menor también en familias con niveles educativos superiores (56,3% en universitarias por un 58,8% en estudios primarios). A su vez, es similar en todas las clases sociales.

Por otra parte, en el consumo diario de productos lácteos (leche, queso, yogur) es más frecuente en niños/as de zonas centrales (92%) y menor en las cuencas mineras (89,9%). Es más frecuente en niños/as procedentes de familias universitarias (92,8%) que en familias con estudios primarios (94,3%). Por clase social, niños/as clasificadas en clases sociales aventajadas los consumen con más frecuencia (95,3%, por un 87,2% en clase social V).

El consumo de dulces (galletas, bollería o mermeladas) con una periodicidad de al menos 3 veces ó más a la semana es menor en niños/as residentes en zonas rurales (65,5%, por un 70% en zonas centrales). Es mayor en familias con niveles educativos superiores (70,6% en estudios medios por un 55,6% en estudios primarios). A su vez, niños/as clasificadas en clases sociales aventajadas los consumen con más frecuencia (72,2%, por un 67,5% en clase social V).

Por otra parte, en el consumo al menos 3 veces ó más a la semana de refrescos o bebidas con gas es más frecuente en niños/as de zonas cuencas mineras (12%) y menor en las zonas rurales (10%). Es menos frecuente en niños/as procedentes de familias universitarias (7,1%) que en familias con estudios primarios (12,6%). Por clase social, los/las niños/as clasificadas en clases sociales

aventajadas los consumen con menos frecuencia (7,6%, por un 15,5% en clase social IV).

El consumo de comida rápida y precocinada (pollo frito, bocadillos, pizzas, hamburguesas) con una periodicidad de al menos una vez ó más a la semana es mayor en niños/as residentes en cuencas mineras (18,2%, por un 15% en zonas rurales). Es menor en familias con niveles educativos superiores (14,8% en estudios medios por un 17% en estudios primarios). A su vez, niños/as clasificadas en clases sociales aventajadas los consumen con más frecuencia (21,3% en clase social II, por un 15,1% en clase social V).

En el consumo al menos 3 veces ó más a la semana de Snacks o comidas saladas (barritas de chocolate, patatas fritas, ganchitos, galletitas saladas) es más frecuente en niños/as de zonas centrales (11,4%) y menor en las zonas rurales (7,4%). Es más frecuente en niños/as procedentes de familias universitarias (11%) que en familias con estudios primarios (8%). Por clase social, los/las niños/as clasificadas en clases sociales aventajadas los consumen con más frecuencia (13%, por un 7,3% en clase social IV).

El consumo de chucherías (caramelos, chicles) con una periodicidad de al menos 3 veces ó más a la semana es mayor en niños/as residentes en zonas centrales (17,5%, por un 14,8% en zonas rurales). Es menor en familias con niveles educativos superiores (13,6% en estudios medios por un 18,8% en estudios primarios). A su vez, niños/as clasificadas en clases sociales aventajadas los consumen con menos frecuencia (14,1% en clase social I, por un 19,2% en clase social IV).

ENCUESTA DE SALUD INFANTIL EN ASTURIAS. 2009
Cronología, metodología de trabajo y resultados

Frecuencia de consumo de determinados alimentos por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
Fruta fresca					
Diariamente	68,1	74,7	73,2	66,8	70,5
3 ó más a la semana	7,7	18,7	15,6	16,4	15,1
1-2 veces/semana	3,0	4,7	5,6	9,2	6,2
<1 vez/semana	0,7	0,6	1,3	3,2	1,7
Nunca o casi nunca	2,0	0,6	3,6	3,7	2,8
Carne (pollo, ternera, cerdo, cordero, ...)					
Diariamente	13,6	8,7	12,8	12,9	12,2
3 ó más a la semana	55,9	74,4	70,4	74,0	69,9
1-2 veces/semana	7,4	14,4	13,5	10,6	11,7
<1 vez/semana	0	1,7	2,0	1,8	1,5
Nunca o casi nunca	2,7	0,2	0,4	0,1	0,7
Huevos					
Diariamente	1,7	0,2	1,7	0,9	1,2
3 ó más a la semana	11,6	17,4	19,1	23,5	18,9
1-2 veces/semana	38,9	59,4	58,5	58,2	55,3
<1 vez/semana	15,8	20,0	17,7	15,1	17,0
Nunca o casi nunca	9,9	1,5	1,5	1,7	2,9
Pescado					
Diariamente	4,5	4,3	2,7	2,7	3,3
3 ó más a la semana	42,2	45,7	34,4	34,8	38,0
1-2 veces/semana	24,6	40,4	48,7	49,2	43,2
<1 vez/semana	2,7	7,0	10,8	9,8	8,3
Nunca o casi nunca	5,2	1,3	2,3	3,0	2,8
Pasta, arroz, patatas					
Diariamente	23,8	23,4	27,2	30,2	26,8
3 ó más a la semana	30,7	46,6	47,9	48,3	44,8
1-2 veces/semana	15,6	23,8	19,2	18,0	19,1
<1 vez/semana	2,2	4,0	3,9	2,4	3,2
Nunca o casi nunca	5,9	0,2	0,1	0	1,1
Pan, cereales					
Diariamente	70,4	88,1	88,1	91,4	86,2
3 ó más a la semana	5,4	6,8	6,4	4,2	5,6
1-2 veces/semana	1,5	2,3	1,7	2,2	2,0
<1 vez/semana	0,2	1,3	1,1	0,4	0,7
Nunca o casi nunca	2,5	0,2	1,5	0,5	1,1
	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
Comida rápida y precocinada (pollo frito...)					
Diariamente	0,2	1,1	0,3	0,8	0,6
3 ó más a la semana	0,2	1,1	3,3	5,4	3,1
1-2 veces/semana	2,7	7,7	15,0	20,1	13,2
<1 vez/semana	6,9	25,5	37,4	38,8	30,3
Nunca o casi nunca	68,6	63,2	42,4	34,4	48,3
Snacks o comidas saladas (chocolate...)					
Diariamente	2,0	1,7	1,3	1,4	1,6
3 ó más a la semana	5,9	11,1	7,9	10,1	8,9
1-2 veces/semana	11,9	21,1	30,2	28,6	24,8
<1 vez/semana	15,1	30,4	32,6	29,8	28,3
Nunca o casi nunca	44,4	34,7	27,1	29,2	32,2
Chucherías (caramelos, chicles...)					
Diariamente	0,7	3,4	2,5	5,0	3,2
3 ó más a la semana	4,7	15,1	15,1	14,7	13,2
1-2 veces/semana	12,4	27,2	31,6	29,8	26,9
<1 vez/semana	12,6	24,4	27,2	26,2	23,9
Nunca o casi nunca	49,0	28,9	22,1	23,2	28,3

ENCUESTA DE SALUD INFANTIL EN ASTURIAS. 2009
Cronología, metodología de trabajo y resultados

Frecuencia de consumo de determinados alimentos por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
Verduras y hortalizas					
Diariamente	40,0	21,4	14,9	14,3	20,2
3 ó más a la semana	27,0	45,4	43,7	40,7	40,3
1-2 veces/semana	9,7	27,0	30,7	30,7	26,4
<1 vez/semana	2,0	4,0	7,1	10,1	6,6
Nunca o casi nunca	2,0	0,8	2,5	3,6	2,5
Legumbres (garbanzos, fabes, lentejas ...)					
Diariamente	5,2	7,4	9,1	8,2	7,8
3 ó más a la semana	25,4	40,8	40,9	41,9	38,6
1-2 veces/semana	28,6	37,8	35,9	34,1	34,5
<1 vez/semana	8,6	11,7	11,7	13,3	11,7
Nunca o casi nunca	8,4	1,1	0,9	1,0	2,2
Embutidos y fiambres					
Diariamente	14,8	24,2	30,7	29,2	26,2
3 ó más a la semana	17,8	31,8	32,7	35,0	30,8
1-2 veces/semana	18,8	24,4	23,6	22,5	22,6
<1 vez/semana	8,6	9,1	6,9	8,1	8,0
Nunca o casi nunca	17,5	8,5	4,0	3,4	7,0
Productos lácteos (leche, queso, yogur)					
Diariamente	77,0	94,0	94,9	94,1	91,4
3 ó más a la semana	1,2	2,1	1,7	3,2	2,2
1-2 veces/semana	0,7	1,3	0,7	0,4	0,7
<1 vez/semana	0	0,6	0	0,4	0,2
Nunca o casi nunca	2,0	0,6	0,5	0,8	0,9
Dulces (galletas, bollería, mermeladas)					
Diariamente	34,8	51,4	49,8	47,7	46,9
3 ó más a la semana	14,8	18,7	24,6	25,0	21,9
1-2 veces/semana	10,4	16,3	14,0	14,2	14,0
<1 vez/semana	5,2	6,4	5,3	6,6	5,9
Nunca o casi nunca	14,3	5,7	4,7	5,8	6,9
Refrescos, bebidas con gas					
Diariamente	0,7	1,1	3,5	7,6	3,8
3 ó más a la semana	0,5	3,2	5,3	13,0	6,6
1-2 veces/semana	2,5	5,3	19,1	23,5	15,0
<1 vez/semana	5,2	18,2	21,4	22,8	18,5
Nunca o casi nunca	68,9	70,3	48,1	31,8	50,8

4.5.2.3.- Comidas realizadas:

4.4.2.3.1.- Tipo de comidas realizadas:

Contestación a la pregunta: *¿Cuál de las siguientes comidas realiza habitualmente?:*

Frecuencia de tipo de comidas realizadas por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
Desayuno	96,9	97,4	97,2
Media mañana	77,0	78,0	77,5
Comida	97,5	98,3	97,9
Merienda	93,6	94,2	93,9
Cena	97,3	97,7	97,5

ENCUESTA DE SALUD INFANTIL EN ASTURIAS. 2009
Cronología, metodología de trabajo y resultados

Un 97% de la población infantil se menciona que realiza la comida del desayuno, un 98% la comida principal lo mismo que la cena. La comida menos realizada es la de media mañana (77%).

En el análisis de género se observa que no hay diferencias de ningún tipo en cuanto a las diferentes comidas a lo largo del día realizadas.

Frecuencia de tipo de comidas realizadas por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
Desayuno	92,1	99,4	98,4	97,4	97,2
Media mañana	68,6	84,7	79,6	75,6	77,5
Comida	91,6	99,4	98,8	99,5	97,9
Merienda	90,8	97,2	96,7	90,7	93,9
Cena	91,3	98,9	98,3	99,1	97,5

Analizando por grupos etarios observamos que realizan menos las comidas programadas la población más pequeña por la lactancia, siendo en el resto más frecuente el desayuno en niños y niñas de 3-5 años, lo mismo que la comida de media mañana y la merienda. La comida y la cena programadas son más frecuentes en adolescentes.

En relación a otras variables como hábitat, nivel de estudios de la familia y clase social asignada, observamos, de nuevo, claras diferencias en todas estas variables, que, por lo general, indican que la población infantil procedentes de familias con niveles de estudios mayores así como las clases sociales más aventajadas tienen un patrón de consumo más saludables y, al contrario, en niveles educativos pobres así como en clases sociales más desfavorecidas el patrón de consumo alimentario es menos saludables.

La proporción de población infantil que no desayuna nunca es mucho menor en zonas rurales (2,4%, por un 3,9% en cuencas mineras). Es similar en función del nivel educativo. A su vez, es menos frecuente en niños/as procedentes de familias asignadas en clase social I (1,1 por un 4,8% de los niños/as en clase social más pobre, la V).

El consumo de la comida de media mañana no lo realiza más frecuentemente los/las niños/as de zonas mineras (28,6%) y menor en las zonas mineras (21,1%). Es más frecuente la ausencia de consumo en niños/as procedentes de familias universitarias (25,8%) que en familias con estudios primarios (21,1%). Por clase social, los/las niños/as clasificadas en clases sociales aventajadas los consumen con más frecuencia (27,1%, por un 18,1% en clase social IV).

La proporción de población infantil que no realiza como tal la comida de mediodía es escasa pero este hecho es más frecuente en zonas rurales (2%, por un 2,6% en cuencas mineras). También es mayor la frecuencia de no realizar la comida en niños/as procedentes de familias universitarias (2,9% por un 1,9% en niveles educativos primarios). A su vez, es más frecuente la ausencia de esta comida en niños/as procedentes de familias asignadas en clase social I (2,5% por un 1,4% de los niños/as en clase social II).

La proporción de población infantil que no merienda nunca es mucho menor en zonas rurales (5,7%, por un 7% en cuencas mineras). Es mayor la frecuencia de no tomar la merienda en niños/as procedentes de familias con estudios primarios (7,7% por un 4,8% en estudios universitarios). A su vez, es menos frecuente la no

práctica de la merienda en niños/as procedentes de familias asignadas en clase social I (4,3 por un 11% de los niños/as en clase social más pobre, la V).

La ausencia de consumo de la cena es más frecuente en los/las niños/as de zonas mineras (3,0%) y menor en las zonas mineras (2,1,1%). Es más frecuente la ausencia de cena en niños/as procedentes de familias universitarias (3,1%) que en familias con estudios primarios (2,1%). Por clase social, los/las niños/as clasificadas en clases sociales aventajadas que no cenan es menos frecuente (1,4%, por un 4,5% en clase social IV).

4.4.2.3.2.- Lugar de realización de la comida principal:

Contestación a la pregunta: *¿Dónde se realiza la comida principal? (en un día habitual de lunes a viernes y durante le curso escolar)*

Frecuencia de lugar de la comida principal por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
En su casa	77,3	78,1	77,7
En el colegio	17,7	17,0	17,3
En casa de otro familiar	0,6	1,3	0,9
En otro lugar	0,1	0,3	0,2

Un 78% de la población infantil se menciona que realiza la comida principal en un día habitual de lunes a viernes, en su propio domicilio. Un 17% lo realiza en el colegio/instituto.

En el análisis de género se observa que no hay diferencias de ningún tipo en cuanto al lugar de celebración de la comida principal.

Frecuencia de lugar de la comida principal por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
En su casa	71,0	76,6	72,5	86,7	77,7
En el colegio	6,9	21,4	25,6	12,1	17,3
En casa de otro familiar	1,2	0,8	1,2	0,6	0,9
En otro lugar	0,5	0,2	0,2	0	0,2

Analizando por grupos etarios observamos que es más frecuente la comida principal en el domicilio en los y las adolescentes. La toman más frecuentemente en el colegio los niños y niñas de 6-10 años de edad (26%).

En relación a otras variables como hábitat, nivel de estudios de la familia y clase social asignada, observamos, de nuevo, claras diferencias en todas estas variables, que, por lo general, indican que la población infantil procedentes de familias con niveles de estudios mayores así como las clases sociales más aventajadas tienen un patrón de consumo más saludables y, al contrario, en niveles educativos pobres así como en clases sociales más desfavorecidas el patrón de consumo alimentario es menos saludables. La proporción de población infantil que come en su domicilio es mayor en zonas rurales (79,1%, por un 75,2% en cuencas mineras). Es también diferente en función del nivel educativo: los niños/as procedentes de familias universitarias comen menos en su domicilio (66,7%, por un 80,6% en familias con estudios primarios). A su vez, es menos frecuente la realización de la comida en el domicilio en niños/as procedentes de familias

asignadas en clase social I (68,1% por un 84,5% de los niños/as en clase social más pobre, la V).

4.4.2.3.3.- Bebida en la comida principal:

Contestación a la pregunta: *¿Qué bebida toma habitualmente en la comida? Se puede contestar solo una, la más frecuente.*

Frecuencia de bebida en la comida principal por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
Agua	84,0	84,4	84,2
Leche	5,8	5,7	5,7
Refrescos	3,4	3,2	3,3
Zumos	4,2	4,5	4,4
Otras	0,2	0,3	0,2

Un 84% de la población infantil se menciona que la bebida más frecuentemente usada en sus comidas es el agua, un 6% la leche un 3% los refrescos y un 4% los zumos de fruta.

En el análisis de género se observa que no hay diferencias de ningún tipo en cuanto a las diferentes bebidas consumidas en la comida.

Frecuencia de bebida en la comida principal por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
Agua	78,1	82,5	86,5	85,3	84,2
Leche	8,9	9,0	5,2	3,2	5,7
Refrescos	0,4	0,6	1,9	7,3	3,3
Zumos	4,8	5,3	4,4	3,5	4,4
Otras	0,4	0,6	0,1	0	0,2

Analizando por grupos etarios observamos que es más frecuente el consumo de leche en niños y niñas preescolares (9%), más frecuente el consumo de refrescos en adolescentes (7%) y más consumo de zumos en preescolares.

En relación a otras variables como hábitat, nivel de estudios de la familia y clase social asignada, observamos, de nuevo, claras diferencias en todas estas variables, que, por lo general, indican que la población infantil procedentes de familias con niveles de estudios mayores así como las clases sociales más aventajadas tienen un patrón de consumo más saludables y, al contrario, en niveles educativos pobres así como en clases sociales más desfavorecidas el patrón de consumo alimentario es menos saludables.

La proporción de población infantil que bebe agua con las comidas es mayor en zonas centrales (84,9%, por un 81,6% en cuencas mineras). Es también diferente en función del nivel educativo: los niños/as procedentes de familias universitarias beben más frecuentemente agua en las comidas (87,5%, por un 80,7% en familias con estudios primarios). A su vez, es más frecuente el consumo de agua en comidas en niños/as procedentes de familias asignadas en clase social I (87,6% por un 81,5% de los niños/as en clase social menos aventajada, la IV).

Situación similar la tenemos en la proporción de población infantil que bebe leche con las comidas, que es mayor en zonas centrales (5,4%, por un 7% en cuencas mineras). Es también diferente en función del nivel educativo: los niños/as procedentes de familias universitarias beben más frecuentemente leche en las comidas (7,1%, por un 5,8% en familias con estudios primarios). A su vez, es más frecuente el consumo de leche en comidas en niños/as procedentes de familias asignadas en clase social I (8,1% por un 3,9% de los niños/as en clase social V).

Al contrario, la proporción de población infantil que bebe refrescos con las comidas es mayor en zonas centrales (3,5%, por un 2,8% en cuencas mineras). Es también diferente en función del nivel educativo: los niños/as procedentes de familias universitarias beben menos frecuentemente refrescos en las comidas (1%, por un 5,8% en familias con estudios primarios). A su vez, es menos frecuente el consumo de refrescos en comidas en niños/as procedentes de familias asignadas en clase social I (0,8% por un 7,1% de los niños/as en clase social V).

La proporción de población infantil que bebe zumos con las comidas es mayor en cuencas mineras (4,9%, por un 4,1% en zonas rurales). Es también diferente en función del nivel educativo: los niños/as procedentes de familias universitarias beben menos frecuentemente zumos en las comidas (2,4%, por un 5,2% en familias con estudios primarios). A su vez, es menos frecuente el consumo de refrescos en comidas en niños/as procedentes de familias asignadas en clase social I (1,9% por un 7,0% de los niños/as en clase social poco aventajada, la IV).

4.5.3.- Dietas:

4.5.3.1.- Frecuencia de seguir una dieta:

Contestación a la pregunta: *En el momento actual, ¿sigue el/la niño/a alguna dieta o régimen especial?*

Frecuencia de realización de dieta o régimen y motivo por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
SI	1,7	1,1	1,4
Motivos:			
Perder peso	23,8	28,6	25,7
Mantener peso actual	38,1	14,3	28,6
Por enfermedad o problema de salud	28,6	50,0	37,1
Otros motivos	0	7,1	2,9
Vivir saludablemente	0	0	0
Ganar peso	0	0	0

Muy pocos niños o niñas están en el momento de la entrevista sometidos a una dieta o régimen alimenticio especial. Un 1,4% del total de población infantil lo está.

En el análisis de género se observa que no hay diferencias de ningún tipo en cuanto a la presencia de dieta o régimen.

Analizando por grupos etarios observamos que no hay una tendencia clara en cuanto a la presencia de dieta o régimen alimenticio especial.

Frecuencia de realización de dieta o régimen y motivo por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
SI	1,7	1,3	1,1	1,5	1,4
Motivos:					
Perder peso	11,1	16,7	37,5	33,3	25,7
Mantener peso actual	33,3	16,7	25,0	33,3	28,6
Por enfermedad o problema de salud	44,4	50,0	25,0	33,3	37,1
Otros motivos	0	16,7	0	0	2,9
Vivir saludablemente	0	0	0	0	0
Ganar peso	0	0	0	0	0

La proporción de población infantil que está a dieta es mayor en zonas centrales (1,8%, por un 0,4% en cuencas mineras). Es también diferente en función del nivel educativo: los niños/as procedentes de familias universitarias están más frecuentemente a dieta (2,3%, por un 0,9% en familias con estudios medios). A su vez, es más frecuente el estar a dieta en población infantil clasificada en clase social I (2,1% por un 0,6% en clase social V).

4.5.3.2.- Motivos de seguir una dieta:

Contestación a la pregunta: ***Si sigue alguna dieta o régimen especial. ¿Cual es el motivo?***

Son muy pocos niños o niñas los que están en el momento de la entrevista sometidos a una dieta o régimen alimenticio especial. Los motivos mencionados más frecuentemente son por una enfermedad o problema de salud (37%) seguidos de mantener peso actual (29%) y perder peso (26%).

En el análisis de género se observa que no hay diferencias significativas estadísticamente de ningún tipo en cuanto a los motivos de dieta o régimen.

Analizando por grupos etarios observamos que es más frecuente la dieta para perder peso a medida que aumentamos la edad siendo más frecuente en adolescentes.

5.- Prácticas preventivas

OBJETIVOS:

- Conocer la realización de controles periódicos saludables programados
- Conocer el grado de higiene dental
- Estudiar el grado de coberturas vacunales en calendario o en vacunación contra la gripe
- Conocer el uso de medidas de seguridad en los vehículos a motor y bicicletas
- Conocer el grado de exposición al humo de tabaco

5.1.- Higiene dental:

5.1.1: Limpieza dental

Contestación a la pregunta: *¿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).

Un 81% de la población infantil asturiana se cepilla los dientes 2 ó más veces al día. Un 4,5% nunca u ocasionalmente. Los niños se cepillan menos frecuentemente los dientes que las niñas (dos o más veces al día, OR: 0,70, IC95%:0,57-0,86)). En niños hay más proporción de nunca cepillarse o hacerlo solo ocasionalmente (OR: 2,03, IC95%:1,35-3,04).

Por edades es más frecuente un mayor cepillado en niños y niñas a partir de los 6 años de edad.

Frecuencia de periodicidad de realización de limpieza dental por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
Nunca	1,4	0,4	0,9
Ocasionalmente	4,5	2,6	3,6
Una vez al día	15,4	12,3	13,9
Dos veces al día	41,2	39,3	40,3
Tres veces al día	35,9	42,3	39,0
Más de tres veces al día	1,4	2,7	2,0

Frecuencia de periodicidad de realización de limpieza dental por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
Nunca		1,3	0,7	0,9	0,9
Ocasionalmente		7,6	2,3	2,3	3,6
Una vez al día		23,1	10,8	11,3	13,9
Dos veces al día		39,7	45,1	36,1	40,3
Tres veces al día		26,3	38,9	46,8	39,0
Más de tres veces al día		1,3	1,9	2,4	2,0

Se cepillan los dientes, al menos tres veces al día, un 62,2% de los niños/as procedentes de zonas rurales por un 58,5% de los procedentes de zonas centrales de Asturias.

No hay diferencias sustanciales en frecuencia del cepillado dental en función de nivel de estudios de los padres/madres.

En cuanto a la clase social las desigualdades son considerables: un 80% de los niños/as clasificados como en clase social I se cepillan los dientes al menos tres veces al día, por solo un 60% de los procedentes de clase social V.

5.1.2: Revisiones dentales

Contestación a la pregunta: *¿Ha acudido a la última citación para la revisión del programa de salud bucodental en su Centro de Salud?*

Frecuencia de realización de exámenes bucodentales programados por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
Si	77,5	75,9	76,7
No	16,9	18,0	17,8

Frecuencia de realización de exámenes bucodentales programados por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
Si			78,8	73,4	76,7
No			16,1	20,6	17,8

Un 78% de los niños y niñas para los que se ha respondido acuden a las revisiones del programa de salud bucodental cuando son citados. La proporción es similar por género y por edades (en los dos tramos etarios en los que son citados).

Han acudido a la realización de exámenes bucodentales programados un 74,9% de los niños/as procedentes de cuencas mineras por un 77,5% de los procedentes de zonas centrales de Asturias.

Hay diferencias ligeras en acudir a la realización de exámenes bucodentales programados en función de nivel de estudios de los padres/madres: un 78% en estudios medios y un 73,6% en estudios primarios.

En cuanto a la clase social las diferencias son mayores: un 79% de los niños/as clasificados como en clase social II y III acuden a la realización de exámenes bucodentales programados por solo un 70% de los procedentes de clase social I.

5.2.- Vacunaciones de calendario:

Contestación a las preguntas:

- *¿Ha recibido (nombre del niño o de la niña) todas la vacunaciones correspondientes a su edad?*
- *¿Cuál es la razón de no haberlas recibido?*

El calendario vacunal en la población infantil, tal y como se refiere en la Encuesta es casi completo: un 99% lo tiene completo.

Frecuencia de calendario vacunal completo y motivos de no estar vacunado (si procede) por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
SI	98,7	98,7	98,7
Motivos de no haberlas recibido:			
Desconocimiento	42,9	33,3	39,1
No estoy de acuerdo con alguna de ellas	28,6	33,3	30,4

ENCUESTA DE SALUD INFANTIL EN ASTURIAS. 2009
Cronología, metodología de trabajo y resultados

En las personas que no lo completaron el motivo para no hacerlo más frecuente es el desconocimiento en todas las edades y sexos.

Por edades, la cobertura es mayor en los niños y niñas mayores.

Frecuencia de calendario vacunal completo y motivos de no estar vacunado (si procede) por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
SI	97,2	98,7	99,3	99,0	98,7
Motivos de no haberlas recibido:					
Desconocimiento	30	66,7	40	40	39,1
No estoy de acuerdo con alguna de ellas	20	33,3	60	20	30,4

Tanto este tipo de vacunación basada en calendario como en la antigripal es la variable que menos diferencias presenta en esta encuesta entre los distintos subgrupos de población en función de hábitat de residencias, nivel de estudios y clase social. No hay diferencias entre ellas, en el caso del calendario vacunal manifiestan en un 99% estar con el mismo realmente aplicado. El resto, el motivo de no haber aplicado la vacunación es debido a desconocimiento o a no estar de acuerdo con alguna o ninguna de ellas. En ambos casos, la frecuencia es mayor en zona central de Asturias, en nivel educativo familiar de estudios primarios y en clase social V.

5.3.- Vacunaciones antigripales:

Contestación a las preguntas:

- ***¿Se ha tenido que vacunar niño/a en la última campaña de la gripe este otoño... (2009)?***

Un 8% de la población infantil asturiana se ha tenido que vacunar en la última temporada de gripe estacional de 2009. La cobertura de vacunación antigripal fue del 8,2% en niños y del 7,6% en niñas. Las edades con mayor cobertura fueron las de 6-10 años de edad.

Frecuencia de vacunación contra la gripe por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
SI	8,2	7,6	8,0

Frecuencia de vacunación contra la gripe por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
SI	0	6,8	9,9	6,8	8,0

Tanto la vacunación basada en calendario como en la antigripal es la variable que menos diferencias presenta en esta encuesta entre los distintos subgrupos de población en función de hábitat de residencias, nivel de estudios y clase social. No hay diferencias entre ellas.

5.4.- Exposición al humo de tabaco:

Contestación a la pregunta: *De las personas que viven en el domicilio de (nombre del niño o de la niña), ¿hay alguna que fuma delante de él o de ella?*

Un 14% de los niños y niñas asturianas están expuestas siempre o casi siempre que se fuma en SU DOMICILIO al humo ambiental del tabaco. NO SE FUMA en el 40% de los domicilios en el que residen niños o niñas. Además, en aquellos domicilios en los que se fuma un 27% de la población infantil no están expuestos por que no se fuma delante suyo. Si añadimos las exposiciones ocasionales, podemos concluir que **casi una de cada tres personas en edad infantil está expuesta** dentro de su domicilio al humo de tabaco.

Frecuencia de exposición al humo de tabaco por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
Siempre	10,5	9,0	9,8
Casi siempre	4,4	5,1	4,7
Algunas veces	16,8	18,0	17,4
Nunca	26,7	27,6	27,1
No se fuma	40,9	39,7	40,3

No hay diferencias de exposición entre géneros.

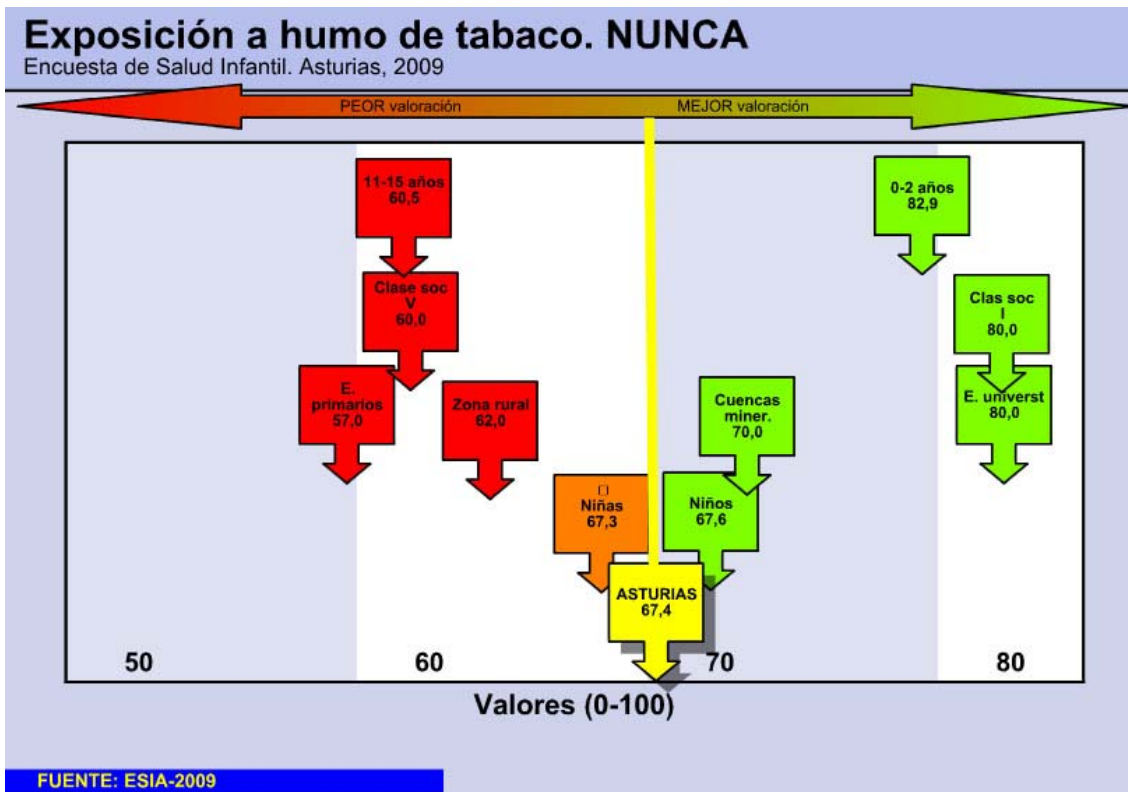
Por edades, son los y las adolescentes, la población infantil que más expuesta está al humo de tabaco en su domicilio (un 39,5%) mientras que la de los niños y niñas pequeñas lo está menos (16%). No se fuma o nunca delante de los niños/as en el 82% de los domicilios con niños pequeños, lo que también indica que se hace delante de los niños en una elevada proporción.

Frecuencia de exposición al humo de tabaco por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
Siempre	4,1	7,0	9,7	14,9	9,8
Casi siempre	1,9	3,6	5,5	6,3	4,7
Algunas veces	10,3	18,9	20,5	17,6	17,4
Nunca	38,1	28,7	26,0	20,6	27,1
No se fuma	44,8	41,2	37,6	39,9	40,3

Existen considerables diferencias de exposición al humo de tabaco en función de otras variables: no están expuestos al humo de tabaco en su hogar (porque nunca se fuma delante de los niños/as o porque no fuma nadie de los componentes del hogar) un 70% de los niños/as procedentes de cuencas mineras por un 62% de los procedentes de zonas rurales de Asturias.

Hay diferencias ligeras en exposición al humo de tabaco en función de nivel de estudios de los padres/madres: en un 80% de los niños/as procedentes de familias con estudios universitarios no se está expuesto al humo por un 57% en familias con estudios primarios.



En cuanto a la clase social las diferencias son aún mayores: un 80% de los niños/as clasificados como en clase social I no se está expuesto al humo de tabaco por solo un 60% de los procedentes de clase social menos favorecida (V).

Si solo consideramos los hogares en los que no fuma ninguno de sus miembros y donde hay población infantil observamos considerables diferencias de exposición al humo de tabaco en función de otras variables: no fuma nadie de los componentes del hogar en un 44% de los niños/as objeto de encuesta procedentes de zonas centrales de Asturias por un solo un 34% de los procedentes de zonas rurales de Asturias.

Hay diferencias ligeras en no fumar nadie de los componentes del hogar en función de nivel de estudios de los padres/madres: en un 58% de los niños/as procedentes de familias con estudios universitarios que tienen niños/as objeto de este estudio no hay miembros del hogar que fumen por solo un 26% en familias con estudios primarios.

En cuanto a la clase social las diferencias son similares: un 58,2% de los niños/as clasificados como en clase social I no están expuesto al humo de tabaco porque ninguno de los miembros de su hogar fuma por solo un 30,4% de los procedentes de clase social menos favorecida (V).

5.5.- Revisiones periódicas:

Contestación a la pregunta: *¿Acude a todas las revisiones periódicas que le marca su pediatra dentro del Programa del niño/a sano/a?:*

Frecuencia de acudir a revisiones de salud programadas por sexo:

ENCUESTA DE SALUD INFANTIL EN ASTURIAS. 2009
Cronología, metodología de trabajo y resultados

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
SI	96,2	95,5	95,9
NS/NC	2,1	3,2	2,6

Consta que se acude a las revisiones periódicas programadas del niño/a sano/a en un 96% de las ocasiones. No hay diferencia de género. Tampoco la hay según manifiestan las personas entrevistadas según la edad.

Frecuencia de acudir a revisiones de salud programadas por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
SI	95,9	96,2	96,0	95,6	95,9
NS/NC	3,0	2,1	2,8	2,4	2,6

No existen muchas diferencias en esta encuesta entre los distintos subgrupos de población en función de hábitat de residencia, nivel de estudios y clase social. Si las hay en cambio, en relación a la clase social asignada al niño/a: acude un 98% de los niños/as asignados a clase social menos favorecida (V).

5.6.- Seguridad vial:

5.6.1.- Uso de seguridad adecuada en el automóvil:

Contestación a las preguntas:

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?

La casi totalidad de niños y niñas para los que se preguntó en esta Encuesta señalan que estos y estas SIEMPRE van con las medidas de sujeción adecuadas a su edad, tanto circulando por ciudad como por carretera.

No hay diferencias de género en la proporción de transporte de población infantil. Por edades, tampoco hay diferencias sustanciales en la frecuencia de uso de medidas de seguridad cuando se viaja en automóvil, tanto en ciudad como en carretera.

Frecuencia de uso de medios de sujeción cuando se viaja por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
Circulando por CIUDAD:			
Siempre	98,4	98,3	98,4
Nunca	0,2	0,1	0,1
Circulando por CARRETERA:			
Siempre	98,9	98,9	98,9
Nunca	0	0,3	0,2

Frecuencia de uso de medios de sujeción cuando se viaja por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
Circulando por CIUDAD:					
Siempre	98,5	98,9	99,1	97,4	98,4
Nunca	0	0	0	0,4	0,1
Circulando por CARRETERA:					
Siempre	98,5	99,8	99,3	97,6	98,9
Nunca	0	0,1	0,1	0,3	0,2

No existen casi diferencias en el uso de medios de sujeción infantil en función de tipo de habitat de residencia ni de nivel de estudios de la familia. Si lo hay en cambio en función de la clase social: un 99,3% de los niños/as clasificados en clase social I utilizan siempre este tipo de medios de sujeción cuando van en coche por un 96% de los niños/as clasificados en clase social V.

5.6.2.- Uso de casco en viajes con bicicleta:

Contestación a la pregunta: *Cuando va (nombre del o de la niña) en bicicleta, ¿utiliza el casco?*

Un 47% de la población infantil cuando viaja en bicicleta en ciudad utiliza SIEMPRE el casco. Un 29% no lo usa NUNCA en ciudad. Cuando se viaja en bicicleta por carretera usa el casco SIEMPRE un 49% de la población infantil, y un 21% no lo usa NUNCA. Por género de la persona a informar, hay una mayor proporción de niñas que no usan NUNCA el casco sea por ciudad o por carretera pero dichas diferencias no son estadísticamente significativas.

Frecuencia de uso de casco cuando se viaja en bicicleta por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
Circulando por CIUDAD:			
Siempre	46,8	48,0	47,4
Casi siempre	7,8	8,6	8,2
Casi nunca	9,4	7,3	8,2
Nunca	28,3	30,1	29,1
Ns/nc	7,7	6,0	7,1
Circulando por CARRETERA:			
Siempre	49,1	50,0	49,5
Casi siempre	3,4	5,3	4,3
Casi nunca	7,7	4,7	6,3
Nunca	21,5	23,0	21,5
NS/NC	18,4	17,0	18,4

ENCUESTA DE SALUD INFANTIL EN ASTURIAS. 2009
Cronología, metodología de trabajo y resultados

Frecuencia de uso de casco cuando se viaja en bicicleta por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
Circulando por CIUDAD:					
Siempre	32,0	57,6	51,1	39,1	47,4
Casi siempre	4,0	8,3	8,9	7,5	8,2
Casi nunca	2,0	5,8	8,2	11,0	8,2
Nunca	8,0	19,8	28,4	37,3	29,1
Ns/nc	54,0	8,6	3,5	5,1	7,1
Circulando por CARRETERA:					
Siempre	25,0	52,7	56,1	45,8	49,5
Casi siempre	0	6,3	2,6	5,4	4,3
Casi nunca	0	3,6	6,1	8,7	6,3
Nunca	0	12,5	20,9	28,2	21,5
Nunca	75,0	25,0	14,3	11,5	18,4
NS/NC					

Por edades, usan más el casco en el uso de la bicicleta los niños y niñas de entre 3 y 10 años de edad sea circulando en ciudad o por carretera. Es preocupante que hasta un 37% de la población adolescente asturiana no use NUNCA el casco cuando circula por ciudad o un 28% cuando lo hace por carretera.

No existen casi diferencias en el uso de medios de sujeción infantil en función del nivel de estudios de la familia. Si lo hay en cambio en función de la clase social: un 49,3% de los niños/as clasificados en clase social I utilizan siempre casco cuando viajan en bicicleta o motocicleta por un 43,7% de los niños/as clasificados en clase social V. También hay diferencias en función del hábitat: un 40% de los niños/as residentes en cuencas mineras usan siempre el casco por un 52% de los niños/as residentes en las zonas centrales de Asturias.

6.- Situación sociodemográfica y económica:

OBJETIVOS:

- Conocer la composición de los hogares
- Conocer el nivel de estudios de los padres y las madres de la población infantil estudiada
- Conocer los datos laborales y la actividad laboral de los padres y las madres de la población infantil estudiada

6.1.- Persona informante:

Contestación a la pregunta: *¿Qué relación mantiene con el menor o la menor a estudio?:*

La Encuesta fue casi en su totalidad contestada por los padres o madres de los niños y niñas (98,0%). Los abuelos y las abuelas, son los siguientes en frecuencia, representando un 1,1% del total de informantes. Cuando fueron padres o madres, las madres respondieron más frecuentemente (73%) que los padres (27%).

Frecuencia de parentesco de la persona informante:

	Total
	%
Padres/madres	98,0
Abuelos/as	1,1
Tutores/as	0,6
Hermanos/as (Mayores de edad)	0,1
Otros familiares	0,2

Las edades más frecuentes de las personas informantes fueron los 30-44 años de edad, que corresponden, como vimos, más frecuentemente a los padres o madres.

Frecuencia de edad de la persona informante:

	Total
	%
17-29	6,5
30-44	72,0
45-64	21,5
65 y más	0

6.2.- Situación personal y convivencia:

6.2.1.- Sexo y edad de los niños o niñas:

Contestación a la pregunta: *Fecha de nacimiento del niño o de la niña seleccionada:*

A efectos de análisis los niños y las niñas se agrupado en varios tramos etarios. Los grupos con mayor cantidad de población estudiada son los de niños y niñas de entre 6-15 años de edad.

Frecuencia de edad y sexo en la muestra de la encuesta:

	Niños	Niñas	Total
Grupo etario	%	%	%
0 a 2 años	18,9	18,9	18,9
3 a 5 años	19,0	19,3	19,1
6 a 10 años	30,8	30,1	30,5
11 a 15 años	31,3	31,7	31,5

6.2.2.- Origen de los niños o niñas:

Contestación a la pregunta: *¿Dónde ha nacido el niño o niña? Si nació en otro país, se preguntaba cuál y el año de llegada a España*

La población infantil estudiada ha nacido en un 91,5% en Asturias. Un 4,9% lo ha hecho en otras comunidades autónomas y un 3,4% ha nacido en otro país.

Frecuencia de origen de los niños y niñas por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
En Asturias	91,8	91,2	91,5
En otra CA	4,5	5,3	4,9
En otro país:	3,5	3,3	3,4
Colombia			10,7 (0,36)
Argentina			9,5 (0,32)
Cuba			9,5 (0,32)
Ecuador			7,1 (0,24)
Brasil			4,7 (0,16)
Venezuela			3,6 (0,12)
Resto...			

No hay diferencias entre géneros en relación al origen.

Por edades, son los y las adolescentes, la población infantil que más proporción de nacidos/as fuera de España tiene. Un 6% de los y las adolescentes investigadas han nacido fuera de España.

Frecuencia de origen de los niños y niñas por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
En Asturias	97,4	91,1	90,9	88,7	91,5
En otra CA	2,4	6,2	5,6	5,0	4,9
En otro país:	0	2,3	3,3	6,2	3,4
Colombia					10,7(0,36)
Argentina					9,5 (0,32)
Cuba					9,5 (0,32)
Ecuador					7,1 (0,24)
Brasil					4,7 (0,16)
Venezuela					3,6 (0,12)
Resto...					

Por continentes de origen el más frecuente dentro de las personas nacidas fuera es Sudamérica (casi la mitad).

Frecuencia de origen de los niños y niñas por continente (nacidos/as fuera de España):

	Total
	%
Sudamérica	46,4
Norte y Centroamérica	20,2
Europa	15,5
Otra zona	9,5

Por tiempo de estancia e niños y niñas de origen extranjero, la mayor frecuencia corresponde a una llegada a España entre 2007-09 (la tercera parte) reflejando un incremento en la llegada en los último años.

Frecuencia de año de llegada a España de los niños y niñas nacidos/as fuera de España:

	Total
	%
1998-00	18,5
2001-03	24,6
2004-06	24,6
2007-09	32,3

6.2.3.- Convivencia:

Contestación a la pregunta: *¿Cuántas personas viven con el niño o niña en el mismo hogar de manera habitual.*

6.2.3.1.- Convivencia con padres o madres

Un 1% de la población pediátrica no institucionalizada no convive con ninguno de sus padres o madres. Un 13,5% convive únicamente con un/a solo/a progenitor/a. Un 85% convive con su padre y su madre.

Frecuencia de convivencia con padres y madres por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
Ninguno/a	0,6	1,8	1,2
Uno/a	13,1	13,9	13,5
Los dos	85,5	83,9	84,7

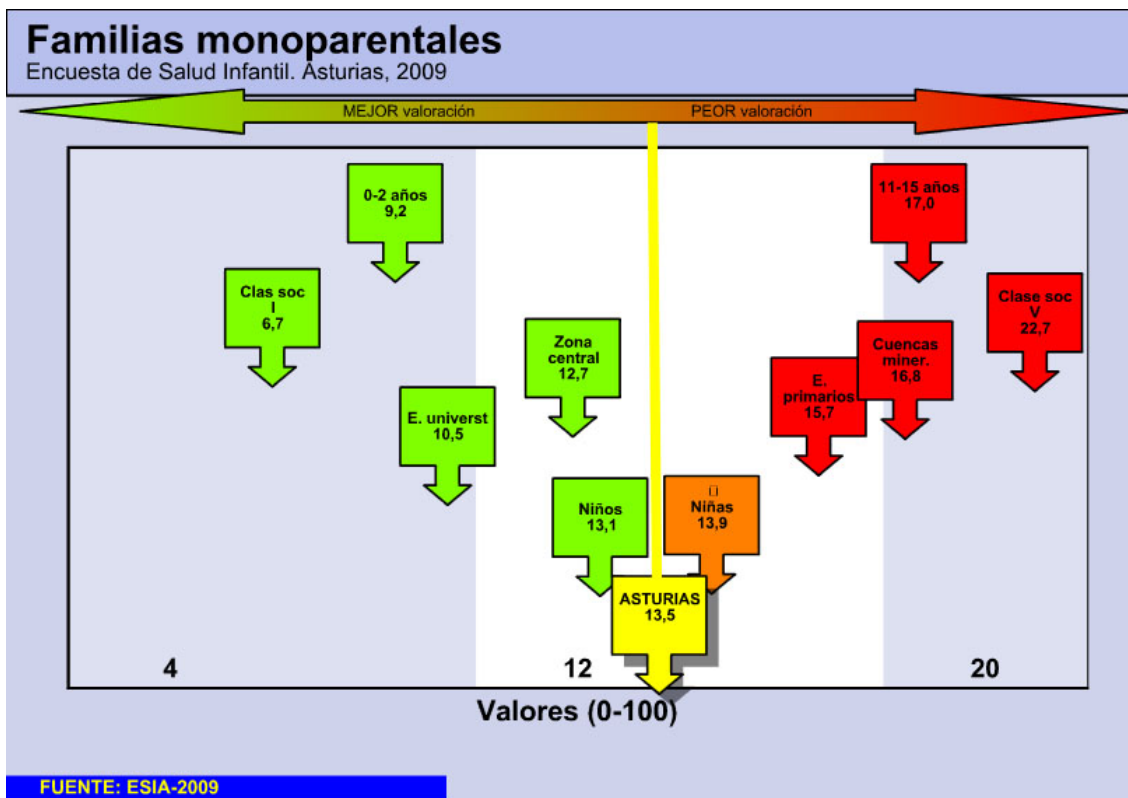
No hay diferencias entre géneros de los niños o niñas en relación al tipo de convivencia con sus padres o madres.

Por edades, son los y las adolescentes, la población infantil que más proporción de convivencia con un único progenitor tiene. Un 91% de la población infantil menor de 2 años de edad vive con ambos.

Por otro tipo de variables, hay una mayor frecuencia de familias monoparentales en las cuencas mineras (16,8% frente a un 12,7% en zonas centrales de Asturias). A su vez, es más frecuente en familias con niveles de estudios primarios (15,7%, frente a un 10,5% en familias universitarias). Por clase social, las niños/as en familias en clase social V tienen una mayor frecuencia de estar ante una familia monoparental (22,7%) frente a solo un 6,7% en familias en clase social I.

Frecuencia de convivencia con padres y madres por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
Ninguno/a	0	0,4	2,1	1,6	1,2
Uno/a	9,2	10,5	14,4	17,0	13,5
Los dos	90,8	88,6	82,9	80,6	84,7



6.2.3.2.- Convivencia con hermanos/as

Contestación a la pregunta: *¿Cuántos/as hermanos/as viven con el niño o niña en el mismo hogar de manera habitual? Excluyendo al niño/a objeto de investigación.*

Más de la mitad de los niños y niñas de la Encuesta de Salud conviven solos con sus padres. Solo un 1% tienen 3 o más hermanos/as.

Frecuencia de convivencia con hermanos/as por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
0	53,4	52,8	53,1
1-2	45,0	46,1	45,6
3 o más	1,6	1,1	1,3

No hay diferencias entre géneros de los niños o niñas en relación al tipo de convivencia con sus hermanos/as.

Por edades, son los y las adolescentes, la población infantil que más proporción de convivencia con más hermanos/as tiene.

Frecuencia de convivencia con hermanos/as por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
0	69,2	65,0	47,9	41,3	53,1
1-2	29,9	35,0	51,0	56,0	45,6
3 o más	0,9	0	1,1	2,7	1,3

6.2.3.3.- Convivencia con otras personas

Contestación a la pregunta: *¿Cuántas otras personas (excluyendo padres, madres, hermanos/as) viven con el niño o niña en el mismo hogar de manera habitual?*

Solo en un 9% de los niños y niñas investigadas manifiestan que aparte de la familia nuclear viven otras personas con ellos/as.

Frecuencia de convivencia con otras personas por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
Ninguna	91,6	89,7	90,8
Una o más	8,4	10,3	9,2

No hay diferencias entre géneros de los niños o niñas en relación al tipo de convivencia con otras personas.

Por edades, son los y las adolescentes, la población infantil que más proporción de convivencia con otras personas que no sean sus progenitoras o hermanos/as tiene.

Frecuencia de convivencia con otras personas por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
Ninguna	92,1	93,2	89,8	89,3	90,8
Una o más	7,9	6,8	10,2	10,7	9,2

6.2.3.4.- Convivencia global con otras personas

Contestación a la pregunta: *¿Con cuántas personas (excluyendo a ellos/as mismos/as) convive el niño o niña en el mismo hogar de manera habitual?*

Un 2,4 de los niños y niñas investigadas manifiestan que en su hogar conviven 5 ó más personas (excluidas la persona investigada). La mayoría de niños y niñas de Asturias viven en hogares formados por tres o cuatro personas.

Frecuencia de convivencia global por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
1-2	53,0	51,5	52,2
3-4	30,3	46,5	45,4
5 o más	16,7	2,0	2,4

Por edades, son los y las adolescentes, la población infantil que más proporción de convivencia con más personas tiene.

Frecuencia de convivencia global por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
1-2	67,2	63,3	46,5	42,3	52,2
3-4	30,3	35,6	51,7	53,9	45,4
5 o más	2,5	1,1	1,8	3,8	2,4

6.3.- Nivel educativo:

6.3.1.- Nivel de estudios de padres y madres o tutores/as:

Contestación a la pregunta: *¿Cuáles son los estudios más altos que ha terminado el padre y la madre o tutor del niño/a?*

6.3.1.1.- Formación del padre o tutor

Frecuencia de nivel educativo alcanzado por el padre por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
Sin estudios	0,9	1,1	1,0
Primarios	25,0	27,3	26,1
Secundarios	56,4	54,3	55,3
Universitarios	17,7	17,3	17,6

El nivel de estudios más alto cursado por las personas responsables de la población pediátrica son los estudios medios en más de la mitad de los hogares (55% de los padres o tutores y 52% de las madres o tutoras).

No hay diferencias entre géneros de los niños o niñas en relación al tipo de nivel de estudios de sus padres o madres o tutores/as.

Por edades, son los y las adolescentes, la población infantil que más proporción de convivencia con un padre con estudios primarios. Las nuevas cohortes tienen una mayor proporción de padres con estudios universitarios.

ENCUESTA DE SALUD INFANTIL EN ASTURIAS. 2009
Cronología, metodología de trabajo y resultados

Frecuencia de nivel educativo alcanzado por el padre por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
Sin estudios	0,5	1,1	0,8	1,4	1,0
Primarios	22,5	23,5	27,3	28,8	26,1
Secundarios	54,9	54,2	54,4	44,8	55,3
Universitarios	22,1	21,2	15,5	15,0	17,6

6.2.1.2.- Formación de la madre o tutora

Existe una mayor proporción de mujeres universitarias, la cuarta parte de las madres o tutoras tiene estudios universitarios (25,0%), mientras que solo un 17,6% de los padres o tutores tienen estos estudios.

Frecuencia de nivel educativo alcanzado por la madre por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
Sin estudios	1,1	0,8	0,9
Primarios	21,6	22,4	22,0
Secundarios	53,0	51,1	52,1
Universitarios	24,3	25,7	25,0

No hay diferencias entre géneros de los niños o niñas en relación al tipo de nivel de estudios de sus padres o madres o tutores/as.

Por edades, son los y las adolescentes, la población infantil que más proporción de convivencia con una madre con estudios primarios. Las nuevas cohortes tienen una mayor proporción de madres con estudios universitarios (hasta un 30% de ellas en menores de 2 años).

Frecuencia de nivel educativo alcanzado por la madre por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
Sin estudios	0,2	0,9	0,9	1,2	0,9
Primarios	20,1	18,3	22,0	25,5	22,0
Secundarios	49,2	52,0	52,6	53,7	52,1
Universitarios	30,5	28,8	24,5	19,6	25,0

6.4.- Situación laboral:

6.4.1.- Trabajo de los padres y madres o tutores/as:

Contestación a la pregunta: *¿Cuál es la situación laboral a día de hoy de padre y la madre o tutor del niño/a?*

6.4.1.1.- Situación laboral de padre o tutor

Frecuencia de situación laboral del padre por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
Trabajando	81,5	79,6	80,6
Trabajando con baja de tres meses o superior	0,9	0,3	0,7
En desempleo tras haber trabajado	8,3	9,3	8,8
Buscando primer empleo	0	0,09	0,04
Jubilado/a o pensionista	4,0	4,5	4,3
Estudiante	0,8	0	0,5
Trabajo doméstico no remunerado	0	0,2	0,1
Otras situaciones	0,9	0,8	0,9

Cuatro de cada cinco padres está trabajando actualmente. Un 9% en desempleo y un 4% están jubilados o son pensionistas. Solo un 0,1% de los padres realiza trabajo doméstico no remunerado.

No hay diferencias entre géneros de los niños o niñas en relación a la situación laboral de sus padres o tutores.

Por edades, son los y las adolescentes, la población infantil que más proporción de de padres tienen jubilados o pensionistas (7% vs 0,7 en niños/as menores de 2 años de edad) y los que menor proporción de padres trabajando tienen. Un 11% de los niños y niñas de menos de 2 años tienen a su padre en desempleo tras haber trabajado.

Frecuencia de situación laboral del padre por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
Trabajando	84,5	82,0	79,8	77,9	80,6
Trabajando con baja de tres meses o superior	0,2	0,4	0,4	1,2	0,7
En desempleo tras haber trabajado	10,9	9,6	8,3	7,4	8,8
Buscando primer empleo	0,2	0	0	0	0,04
Jubilado/a o pensionista	0,7	2,2	5,1	7,0	4,3
Estudiante	0,2	0	0	0	0,5
Trabajo doméstico no remunerado	0	0,2	0	0,1	0,1
Otras situaciones	0,7	0,9	0,3	1,6	0,9

Por otro tipo de variables, hay una frecuencia similar de padres trabajando en los distintos hábitats de residencia en Asturias. A su vez, es más frecuente el estar trabajando en familias con padres con niveles de estudios universitarios (90,9%, frente a un 68,8% en familias con estudios primarios). Por clase social, las niñas/as en familias en clase social V tienen una mayor frecuencia de que su padre no esté trabajando (34,6%) frente a solo un 7% en familias en clase social I.

6.4.1.2.- Situación laboral de la madre o tutora

Frecuencia de situación laboral de la madre por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
Trabajando	52,3	56,4	54,3
Trabajando con baja de tres meses o superior	1,0	1,2	1,1
En desempleo tras haber trabajado	12,0	11,8	11,9
Buscando primer empleo	0,2	0	0,1
Jubilado/a o pensionista	0,7	1,1	0,9
Estudiante	0,0	0,0	0,0
Trabajo doméstico no remunerado	28,7	25,9	27,4
Otras situaciones	1,9	1,6	1,8

Solo la mitad de las madres o tutoras (en padres era del 80%) está trabajando actualmente. Un 12% está en desempleo tras haber trabajado y un 1% están jubilados o son pensionistas. Un 27% de las madres realiza trabajo doméstico no remunerado por solo un 0,1% de los padres.

No hay diferencias significativas entre géneros de los niños o niñas en relación a la situación laboral de sus padres o tutores.

Por edades, son los y las adolescentes, la población infantil que más proporción de de madres tienen que realizan trabajo doméstico no remunerado y que están jubiladas o pensionistas. Un 18% de los niños y niñas de menos de 2 años tienen a su madre en desempleo tras haber trabajado. Además, este grupo etario es el que tiene a una menor proporción de madres o tutoras trabajando.

Frecuencia de situación laboral de la madre por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
Trabajando	49,9	58,7	54,7	54,1	54,3
Trabajando con baja de tres meses o superior	2,4	0,2	0,4	1,4	1,1
En desempleo tras haber trabajado	18,2	1,3	10,9	8,3	11,9
Buscando primer empleo	0,4	0,2	0	0	0,1
Jubilado/a o pensionista	0,2	0,7	0,7	1,6	0,9
Estudiante	0,7	0,2	0,1	0	0,0
Trabajo doméstico no remunerado	23,7	24,2	29,0	29,9	27,4
Otras situaciones	1,8	1,3	1,8	1,9	1,8

Por otro tipo de variables, hay una frecuencia mayor de madres trabajando en niños/as residiendo en zonas rurales (58,9%) que en las cuencas mineras (50,6%). A su vez, es más frecuente el estar trabajando en familias con madres con niveles de estudios universitarios (69,3%, frente a un 37,1% en familias con estudios primarios). Por clase social, las niños/as en familias en clase social IV tienen una mayor frecuencia de que su madre no esté trabajando (69,5%) frente a solo un 21,4% en familias en clase social I.

6.4.2.- Ocupación de padres y madres

Contestación a la pregunta: ***A continuación queremos que nos diga el último trabajo que tuvieron o tienen los padres, madres o tutores/as..***

Atendiendo a la Clasificación Nacional de Ocupaciones (CNO-94) y la Clasificación Nacional de Actividades Económicas (CNAE-93) observamos en la muestra de la Encuesta que la mayoría de los padres (30,5%) trabaja en el grupo de artesanos y trabajadores cualificados de las industrias manufactureras, la construcción y la minería seguido del grupo de operadores de instalaciones y maquinaria, y montadores (12,1%) y del de los trabajadores no cualificados (11,1%). Solo un 7% realiza tareas de dirección de empresas y de las Administraciones Públicas.

En cambio entre las madres o tutoras, la ocupación más habitual se centra en el grupo de trabajadoras de los servicios de restauración, personales, de protección y vendedoras de los comercios (26,5%) y en el de técnicas y profesionales científicas e intelectuales (un 11,9%) y trabajadoras no cualificadas (11,2%) así como el empleo de tipo administrativo (11,0%). Solo un 4% realiza tareas de dirección de empresas y de las Administraciones Públicas.

Así como no contesta a la ocupación en el 9% de los padres, la cifra llega al 26% en el caso de las madres.

Frecuencia de tipo de ocupación de padres y madres:

Ocupación (según clasificación CNO-94)	Padres %	Madres %
Fuerzas armadas	0,2	0,0
Dirección de las empresas y de las administraciones públicas	6,7	4,3
Técnicos y profesionales científicos e intelectuales	9,3	11,9
Técnicos y profesionales de apoyo	9,5	5,6
Empleados de tipo administrativo	2,0	11,0
Trabajadores de los servicios de restauración, personales, protección y vendedores de los comercios	8,7	26,5
Trabajadores cualificados en la agricultura y en la pesca	0,9	0,5
Artesanos y trabajadores cualificados de las industrias manufactureras, la construcción y la minería, excepto los operadores de instalaciones y maquinaria	30,5	2,0
Operadores de instalaciones y maquinaria, y montadores	12,1	1,0
Trabajadores no cualificados	11,1	11,2
NS/NC	9,0	26,0

6.4.3.- Situación de empleo en la actual o última ocupación

Contestación a la pregunta: ***A continuación queremos que nos diga la situación de empleo en el actual o último trabajo que tuvieron o tienen los padres, madres o tutores/as..***

Atendiendo a la Clasificación Nacional de Ocupaciones (CNO-94) y la Clasificación Nacional de Actividades Económicas (CNAE-93) observamos en la muestra de la Encuesta que tres cuartas partes de los padres son asalariados sin tener responsabilidad en la empresa y un 14% son trabajadores por cuenta propia. En el caso de las madres o tutoras, dos tercios son asalariadas sin cargos de responsabilidad en las empresas y en una cuarta parte no nos han querido contestar a esta pregunta.

Frecuencia de tipo de situación de empleo de padres y madres:

Situación de empleo	Padres %	Madres %
Trabajador por cuenta propia	13,9	9,8
Gerente de empresa	0,6	0,0
Capataz, supervisor/a, encargado/a	2,7	0,8
Otro tipo de asalariado	75,4	63,8
NS/NC	7,4	25,6

6.5.- Clase social del hogar.

Existen múltiples aproximaciones hacia el cálculo de la clase social en un medio determinado dependiendo, entre otras, de la formación recibida, de los ingresos económicos, de la actividad realizada, de la ocupación actual, etc.

Una de ellas, es la propuesta por la recomendación de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) que propone la clasificación a partir de las ocupaciones de las personas, dividiéndola en cinco clases con dos subclases en la clase IV.

Siguiendo dicha recomendación, a partir de la clasificación nacional de ocupaciones (INE, 1994) en este estudio se propone la utilización de determinados códigos en asimilación a los contenidos propuestos por la SEE que se muestran en la tabla siguiente:

Atendiendo a la Clasificación Nacional de Ocupaciones (CNO-94) y la Clasificación Nacional de Actividades Económicas (CNAE-93) así como el nivel de estudios alcanzados, se categoriza a las personas y hogar en clase sociales según se indica en el apartado correspondiente de este informe.

Categorización de clases sociales:

Clase social	Contenidos	Códigos CON (1)
I	Directivos/as de la Administración Pública y empresas con 10 o más asalariados/as Profesiones asociadas a titulaciones de 2º y 3º ciclo universitario	0010, 1011-1139, 1042-1043, 2011-2434
II	Directivos/as de la Administración Pública y empresas con menos de asalariados/as (2) Profesiones asociadas a titulaciones de 1º ciclo universitario Técnicos/as Artistas y deportistas	0020, 1210-1409, 2511-2530, 2611-2950, 3010-3319, 3541-3546
III	Empleados/as de tipo administrativo y profesionales de apoyo a la gestión administrativa Trabajadores/as de servicios personales y seguridad Trabajadores/as por cuenta propia Supervisores/as de trabajadores/as manuales	0030, 3320-3519, 4011-4605, 3521-3539, 5010-5330, 1510-1709
IV	Trabajadores/as cualificados/as Trabajadores/as semicualificados/as	6011-8640
V	Trabajadores/as no cualificados/as	9001-9800

(1) CON: Clasificación Nacional de Ocupaciones (INE). (2) Excluye a trabajadores/as autónomos/as

Número y porcentaje de cada grupo en la muestra: Clase social del hogar de la persona objeto de estudio, que es la clase social superior cuando existan varias personas objeto de clasificación:

ENCUESTA DE SALUD INFANTIL EN ASTURIAS. 2009
Cronología, metodología de trabajo y resultados

Frecuencia de categorización de clase social del Hogar por sexo:

Aproximación a la clase social DEL HOGAR	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
I	11,9	11,4	11,6
II	13,8	15,7	14,7
III	41,5	38,3	39,9
IV	22,2	22,4	22,3
V	6,4	7,4	6,9

No están incluidas las personas inclasificables.

Una vez analizada dicha variable, de aquellas personas que conocemos la distinta información, un 40% de la población infantil se situaría en la clase social del hogar III, seguida de un 22% de personas en clase social IV. Un 12% correspondería a la clase social I, un 15% a la clase social II y un 7% a la clase social V.

Por género de la población infantil objeto de estudio no hay diferencia en cuanto a la clase social del hogar.

Por edades, son los y las adolescentes, la población infantil que más proporción de categoría IV o V tienen. Por el contrario, en las cohortes más jóvenes (menores de 2 años de edad) son aquellas que están clasificados los hogares como de clase social más elevada (tipo I o II).

Frecuencia de categorización de clase social del Hogar por grupo etario:

Aproximación a la clase social DEL HOGAR					
	%	%	%	%	%
I	12,9	13,6	10,3	11,0	11,6
II	15,5	12,5	16,6	13,9	14,7
III	43,5	43,9	38,2	37,0	39,9
IV	16,6	21,7	21,4	27,1	22,3
V	6,3	4,5	7,8	7,7	6,9

No están incluidas las personas inclasificables

7.- Uso de servicios sanitarios

OBJETIVOS:

- Conocer el número y tipo de visitas médicas realizadas
- Conocer el número y causa de las hospitalizaciones
- Conocer el tipo de aseguramiento y demanda de servicios en nuestra CA
- Conocer el grado de autoprescripción de la población
- Conocer el consumo de medicamentos en la población infantil

7.1.- Utilización de servicios sanitarios:

7.1.1.- Utilización de servicios considerados como "cuidados primarios":

7.1.1.1.- Frecuentación de servicios:

¿Cuánto tiempo hace que acudió (nombre del niño o niña....) por última vez a una consulta de atención primaria, pediatría o medicina general o le han atendido en su domicilio?. Nos referimos, por supuesto, a una verdadera consulta, y no una petición de hora o cita, ni a la realización de una radiografía o análisis.

Un 40% de la población infantil encuestada menciona haber acudido a su médico/a de cabecera en el último mes. Destaca que un 0,1% (una persona por cada mil no ha acudido NUNCA al médico para este tipo de consultas o al menos así lo mencionan.

Por género, no hay diferencias en cuanto a la frecuentación a este tipo de servicios sanitarios.

Frecuencia de frecuentación de servicios de atención primaria por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
En las últimas 2 semanas	25,0	24,2	24,6
De 2 a 4 semanas	14,6	15,4	15,4
Más de un mes y menos de 1 año	53,6	52,7	52,7
Más de un año	4,9	5,9	5,9
Nunca ha ido al/a la médico/a	0,2	0,1	0,1

Por edades, sí las hay, en el sentido de que más de un 60% de los/las niños/as pequeños/as han acudido en el último mes y únicamente lo han hecho el 26% de los/las adolescentes. Este hecho va disminuyendo con la edad. Al contrario es la opción de personas que han acudido hace más de un años: un 10% de los/as adolescentes han acudido hace más de un año, por solo por solo un 1% de los niños y niñas más pequeños/as.

Frecuencia de frecuentación de servicios de atención primaria por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
En las últimas 2 semanas	42,4	26,3	19,9	14,6	24,6
De 2 a 4 semanas	21,3	18,5	12,1	11,7	15,4
Más de un mes y menos de 1 año	33,5	46,6	60,3	62,1	52,7
Más de un año	0,9	1,9	6,0	9,7	5,9
Nunca ha ido al/a la médico/a	0,4	0,2	0,1	0,1	0,1

Han acudido más durante el último mes a consulta de atención primaria los niños/as residentes en cuencas mineras (42,1% vs 38% en zonas centrales). A su vez, han acudido más en ese período de tiempo los niños/as procedentes de familias con estudios primarios (42%) que en familias universitarias (36%). Los niños/as clasificados como en clase social II han acudido menos frecuentemente (35%) que los de clase social III (41%).

En las cuatro últimas semanas, ¿cuántas veces acudió?:

Cuando hacemos el análisis cuantitativo, observamos el mismo hecho; en las últimas 4 semanas el promedio de veces que se ha acudido a servicios de atención primaria ha sido de 1,27 (DE:0,77). La frecuentación, aunque no significativa ha sido mayor en niños (promedio, 1,3 (DE:0,9)) que en niñas (promedio, 1,2 (DE:0,6)). Por edades presentan la misma representación que en el análisis ordinal: los niños y niñas más pequeños han acudido más veces en el último mes (promedio, 1,4 (DE:0,9)) y a medida que aumentamos de edad disminuye dicha frecuentación.

Media de frecuentación de servicios de atención primaria por edad y sexo:

	Media	DE
	Días	Días
Total:	1,27	0,77
Niños:	1,31	0,9
Niñas:	1,23	0,6
0-2 años	1,4	0,9
3-5 años	1,25	0,6
6-10 años	1,2	0,5
11-15 años	1,2	0,9

7.1.1.2.- Lugar de prestación de los servicios:

Contestación a la pregunta: **¿Dónde tuvo lugar la última consulta de las 4 últimas semanas? (Pediatria o medicina general)**

Los servicios utilizados, cuando lo hicieron, lo fueron con mayor frecuencia (93%) en el ámbito de un Centro de Salud/EAP. El resto de opciones su presencia fue casi anecdótica, incluyendo el uso de urgencias.

Por género, no existen diferencias sustanciales (estadísticamente significativas) en la utilización de un lugar o centro sanitario para la última consulta.

Lugar de prestación de servicios de atención primaria por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
Centro de Salud/EAP	92,0	93,9	92,9
Servicios de urgencias no hospitalario	1,2	0,6	0,9
Servicios de urgencias hospitalarias	1,4	0,8	1,1
Consulta médica de una sociedad (seguro médico privado)	1,2	0,8	1,0
Consulta médico particular	0,8	1,5	1,1
Escuela, colegio, instituto	0,2	0,2	0,2

Por grupo etario, la población infantil más pequeña es la atendida con más frecuencia en un centro de salud o EAP (94,3%) si bien las diferencias no son sustanciales. En cambio, si se observa que, también, la población infantil de menor edad es la que ha acudido más a consulta médicas de tipo particular (1,7%).

Lugar de prestación de servicios de atención primaria por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
Centro de Salud/EAP	94,3	93,6	91,3	92,6	92,9
Servicios de urgencias no hospitalario	0,0	1,3	1,3	1,3	0,9
Servicios de urgencias hospitalarias	0,7	0,0	1,3	1,3	1,1
Consulta médica de una sociedad (seguro médico privado)	0,7	1,3	1,7	1,7	1,0
Consulta médico particular	1,7	1,3	0,8	0,8	1,1
Escuela, colegio, instituto	0	0	0,8	0,8	0,2

7.1.1.3.- Motivos de la consulta:

Contestación a la pregunta *¿Cuál fue el motivo principal de esa última consulta?:*

El uso que ha hecho la población infantil de su última consulta sanitaria en el ámbito de la Atención Primaria fue, principalmente, el de acudir por una enfermedad o problema de salud (52%), seguida de los controles de salud (programa de atención al niño sano) (24%). Muy lejos quedan motivos como la revisión por enfermedad (9%) o el acto de vacunación (8%).

No se observan diferencias de género en los motivos de consulta ofertados a las personas encuestadas.

En cambio, si se observan diferencias de los motivos, como es lógico, de consulta. Los niños y niñas más pequeños/as son los que acuden más frecuentemente por control de salud (39%) por solo un 14% de los y las adolescentes. Esto genera, a su vez, que aquellas personas que más acuden por enfermedad o problema de salud sean los y las adolescentes (61%) por solo un 37% de los niños y niñas más pequeñas. Van más frecuentemente a vacunarse la población infantil más pequeña y los y las adolescentes (10% y 12%, respectivamente). El uso de los servicios por accidente o agresión es mayor a partir de la mayor socialización de la población pediátrica: a partir de los 5 años de vida.

Motivos para acudir a servicios de atención primaria por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
Control de salud (programa de atención al niño sano)	22,7	25,6	24,1
Vacunación	9,0	7,6	8,3
Sólo dispensación de recetas	0,2	0,2	0,2
Accidente o agresión	1,2	1,1	1,1
Revisión por enfermedad	10,2	7,8	9,0
Enfermedad o problema de salud	51,4	53,5	52,4
Otros motivos	1,8	2,7	2,3

Lugar de prestación de servicios de atención primaria por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
Control de salud (programa de atención al niño sano)	39,1	18,4	23,0	14,3	24,1
Vacunación	9,8	6,0	5,9	11,8	8,3
Sólo dispensación de recetas	0,3	0	0,4	0	0,2
Accidente o agresión	0,3	0,4	2,1	2,0	1,1
Revisión por enfermedad	9,4	8,5	8,4	9,8	9,0
Enfermedad o problema de salud	37,4	62,0	54,4	61,3	52,4
Otros motivos	1,0	2,6	3,8	1,5	2,3

Los motivos de acudir a consulta para control de salud han acudido más durante el último mes a consulta de atención primaria los niños/as residentes en cuencas mineras (32% vs 22% en zonas rurales). A su vez, han acudido menos en ese período de tiempo para control de salud los niños/as procedentes de familias con estudios primarios (21%) que en familias universitarias (29%). Los niños/as clasificados como en clase social I han acudido más frecuentemente para revisiones (29%) que los de clase social IV (22%).

Por presentar una enfermedad han acudido más durante el último mes a consulta de atención primaria los niños/as residentes en zonas rurales (56% vs 41% en cuencas mineras). A su vez, han acudido más en ese período de tiempo por enfermedad los niños/as procedentes de familias con estudios primarios (55,4%) que en familias universitarias (49,8%). Los niños/as clasificados como en clase social I han acudido más frecuentemente por enfermedad (56,3%) que los de clase social IV (49,3%).

7.1.1.4.- Tiempo de espera para la consulta:

Contestación a la pregunta: *¿Cuántos días laborables pasaron desde que pidió cita para la última consulta médica hasta que el médico o la médica vio a (nombre del niño o de la niña*

El tiempo medio de espera en días laborales para la realización efectiva de la consulta es 1,68 días. No hay diferencias de género ni etarias en dicha variable.

Un 63% de total de peticiones se resuelve el mismo día, siendo esta proporción menor en población más pequeña (mayor actividad programada) con un 56% y mayor en niños y niñas de 3-5 años de edad (70,6%).

ENCUESTA DE SALUD INFANTIL EN ASTURIAS. 2009
Cronología, metodología de trabajo y resultados

Tiempo de espera para consulta de servicios de atención primaria por edad y sexo en las últimas cuatro semanas:

	Media	DE
	Número	Número
Total:	1,68	1,1
Niños:	1,67	1,1
Niñas:	1,69	1,1
0-2 años	1,8	1,2
3-5 años	1,5	1,1
6-10 años	1,7	1,2
11-15 años	1,6	1,1

En los dos primeros días se resuelve un total del 86% de las demandas de consulta pediátrica.

Por otro tipo de variables, un 73% de los niños/as residentes en zonas rurales cuando han acudido a atención primaria han sido atendidos el mismo día por 60,5% de los residentes en zonas centrales.

Un 68% de los niños/as procedentes de familias con estudios primarios han sido atendidos el mismo día por un 61% de los niños/as procedentes de familias con estudios medios.

Un 59% de los niños/as clasificados en clase social I han sido atendidos en Atención Primaria el mismo día de la petición por un 67% en niños/as clasificados en clase social V.

7.1.1.5.- Consulta de determinados profesionales:

Contestación a la pregunta: *En las últimas 4 semanas ¿ha consultado (nombre del niño o de la niña) con alguno de los siguientes profesionales?:*

Determinados profesionales de la atención primaria han sido consultados en distinta frecuencia. El personal de enfermería en AP ha sido visto en un 3,7% el último mes por la población infantil. Han acudido a consulta de fisioterapia un 0,9% y a personal de trabajo social un 0,8%. Han acudido más a trabajo social (OR: 3,0, IC95%: 1,1-8,5) como a fisioterapia los niños que las niñas.

Frecuencia de consulta a otros profesionales en servicios de atención primaria por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
Enfermero/a	3,9	3,6	3,7
Fisioterapeuta	1,3	0,6	0,9
Trabajador/ a social	1,2	0,4	0,8

Han consultado más con personal de enfermería durante el último mes los niños y niñas más pequeños (un 105) disminuyendo considerablemente la frecuencia en el resto de edades infantiles. Por el contrario, en la consulta de

fisioterapia es más frecuente la población adolescente. Para el caso del trabajo social frecuentan más la población infantil de edades intermedias.

Frecuencia de consulta a otros profesionales en servicios de atención primaria por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
Enfermero/a	10,3	2,8	1,5	2,6	3,7
Fisioterapeuta	0,4	0,6	0,7	1,5	0,9
Trabajador/ a social	0,2	1,3	1,3	0,4	0,8

Han acudido con más frecuencia a consulta de profesionales de enfermería de atención primaria la población infantil de la zona central de Asturias (4,2%, en comparación con un 2,5% en las cuencas mineras). A su vez lo ha hecho más frecuentemente la población infantil procedente de familias con estudios universitarios (5,6%) siendo menor en familias con estudios primarios (2,2%). Por otra parte, aquellos niños/as clasificados en clase social I han ido más frecuentemente a este tipo de consultas (5,6%) y menos las clasificadas en clase V (2,4%).

Han acudido con más frecuencia a consulta de profesionales de fisioterapia de atención primaria la población infantil de las zonas rurales de Asturias (1,9%, en comparación con un 0,2% en las cuencas mineras). A su vez, lo ha hecho menos frecuentemente la población infantil procedente de familias con estudios medios (0,6%) siendo mayor en familias con estudios primarios (1,7%). Por otra parte, aquellos niños/as clasificados en clase social III han ido más frecuentemente a este tipo de consultas (1,6%) y menos las clasificadas en clase V.

Han acudido con más frecuencia a consulta de profesionales de trabajo social en atención primaria la población infantil de las cuencas mineras de Asturias (1,5%, en comparación con un 0,6% en las zonas centrales). A su vez, lo ha hecho más frecuentemente la población infantil procedente de familias con estudios universitarios (1,4%) siendo menor en familias con estudios primarios (0,3%). Por otra parte, aquellos niños/as clasificados en clase social I han ido más frecuentemente a este tipo de consultas (1,4%) y menos las clasificadas en clase V (0,6%).

Para las consultas de matrona han acudido con más frecuencia en atención primaria la población infantil de las cuencas mineras (0,8%, en comparación con un 0,2% en el resto de zonas). A su vez lo ha hecho más frecuentemente la población infantil procedente de familias con estudios universitarios (0,5%) siendo menor en familias con estudios primarios (0,2%). Por otra parte, aquellos niños/as clasificados en clase social II han ido más frecuentemente a este tipo de consultas (0,6%) y menos las clasificadas en clases IV y V.

7.1.2.- Utilización de servicios de especialistas:

En este apartado se trata de la información relativa a consultas a especialistas, ya sea de las que se realizaron en ambulatorios o consultas externas de hospitales públicos o privados. No nos referimos a una consulta de pediatría en su centro de salud, ni de una consulta con un pediatra privado. Tampoco se incluirían los ingresos o urgencias hospitalarias.

7.1.2.1.- Frecuentación de servicios:

¿Cuánto tiempo hace que acudió a una consulta de un médico especialista (sin incluir a dentistas) por algún problema, molestia o enfermedad de... (nombre del niño o de la niña) ?.: (no petición de cita, analítica o prueba o acompañando a otra persona).

Un 14% de la población infantil encuestada menciona haber acudido a un médico/a especialista en el último trimestre. Destaca que un 49% no ha acudido NUNCA a un médico especialista a este tipo de consultas o al menos así lo mencionan.

Por género, no hay diferencias en cuanto a la frecuentación a este tipo de servicios sanitarios.

Frecuencia de consulta en servicios de especialistas por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
Menos de 4 semanas	6,7	5,8	6,3
De 1 a 3 meses	8,9	7,1	8,0
Más de 3 meses y menos de 12 meses	15,1	15,6	15,2
Más de un año	21,2	20,7	21,0
Nunca ha ido al/a la médico/a	47,7	50,5	49,1

Por edades, sí las hay, en el sentido de que más de un 73% de los/las niños/as pequeños/as Nunca han acudido a este tipo de consultas y, la cifra correspondiente a los/las adolescentes es del 36,7%. De hecho hay una reducción gradual con la edad del número de niños y niñas con esta opción.

Frecuencia de consulta en servicios de especialistas por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
En las últimas 2 semanas	6,9	6,4	6,5	5,7	6,3
De 2 a 4 semanas	7,5	7,2	8,5	8,2	8,0
Más de un mes y menos de 1 año	6,5	11,3	17,6	20,7	15,2
Más de un año	5,2	15,3	26,8	28,2	21,0
Nunca ha ido al/a la médico/a	73,5	59,1	40,3	36,7	49,1

Cuando hacemos el análisis cuantitativo, observamos el mismo hecho, el promedio de consultas cuando se han realizado no varía sustancialmente por sexo o grupo etario.

ENCUESTA DE SALUD INFANTIL EN ASTURIAS. 2009
Cronología, metodología de trabajo y resultados

Media de consultas en servicios de especialistas por edad y sexo en el último año:

	Media	DE
	Número	Número
Total:	1,80	1,8
Niños:	1,73	1,5
Niñas:	1,88	2,2
0-2 años	1,83	1,6
3-5 años	1,83	1,3
6-10 años	1,82	2,0
11-15 años	1,75	2,0

Un 17% de la población infantil que ha consultado lo ha hecho tres o más veces en el último año de vida. Es más frecuente el haber consultado con esa frecuencia en niños y niñas de entre 3-5 años de edad y menos frecuente en adolescentes (11%).

Por otras variables, han consultado más frecuentemente en el último mes a un especialista los niños/as residentes en zona rural (8,5%) y menos los de las zonas centrales (5,1%). A su vez, la población infantil procedente de familias con estudios medios ha tenido una mayor frecuentación (7,1%) que las universitarias (4,7%). Por otra parte, los niños/as clasificados en clase social I han tenido bastante menos frecuentación a este tipo de servicio sanitario (4,5%) que las de clase social V (7,1%).

7.1.2.2.- Lugar de prestación de los servicios:

Contestación a la pregunta: *¿Dónde tuvo lugar la última consulta de las 4 últimas semanas?*

Los servicios utilizados, cuando lo hicieron, lo fueron con mayor frecuencia (49%) el ámbito de un Centro de Salud/EAP. El resto de opciones su presencia fue casi anecdótica, incluyendo el uso de urgencias.

Por género, no existen diferencias sustanciales (estadísticamente significativas) en la utilización de un lugar o centro sanitario para la última consulta.

Frecuencia de lugar de la consulta en servicios de especialistas por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
Ambulatorio/Centro de especialidades	45,9	52,2	48,7
Consulta externa de un hospital	34,1	27,5	31,2
Servicios de urgencias no hospitalario	1,2	0	0,6
Servicios de urgencias hospitalaria	2,4	0	1,3
Consulta médico particular	4,7	2,9	3,9
Consulta médico de una sociedad (seguro médico privado)	9,4	15,9	12,3
Otro lugar.	1,2	1,4	1,3

Frecuencia de lugar de la consulta en servicios de especialistas por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
Ambulatorio/Centro de especialidades	58,1	53,3	47,9	41,9	48,7
Consulta externa de un hospital	19,4	30,0	39,6	30,2	31,2
Servicios de urgencias no hospitalario	0	0	0	2,3	0,6
Servicios de urgencias hospitalaria	3,2	0	0	2,3	1,3
Consulta médico particular	3,2	0	2,1	9,3	3,9
Consulta médico de una sociedad (seguro médico privado)	12,9	16,7	6,3	14,0	12,3
Otro lugar.	0	0	4,2	0	1,3

Por grupo etario, la población infantil más pequeña es la atendida con más frecuencia en un ambulatorio (58%) por solo un 42% de los y las adolescentes. Por el contrario, han sido atendidos más frecuentemente en la consulta externa de un hospital los niños y niñas en edad escolar. Las consultas en seguro médico privados fueron más frecuentes en niños y niñas de 3-5 años de edad (17%).

Por otras variables, han consultado más frecuentemente en el último mes a un especialista en un ambulatorio los niños/as residentes en cuencas mineras (62,2%) y menos los de las zonas centrales (42,9%). A su vez, la población infantil procedente de familias con estudios primarios ha tenido una mayor frecuentación (66,7%) que las universitarias (26,9%) que han utilizado otros lugares más frecuentemente. Por otra parte, los niños/as clasificados en clase social I han tenido bastante menos frecuentación a este tipo de servicio sanitario (23,1%) que las de clase social V (66,7%).

Por el contrario, han consultado más frecuentemente en el último mes a un especialista en una consulta privada los niños/as residentes en cuencas mineras (8,1%) y menos los de las zonas rurales (2,5%). A su vez, la población infantil procedente de familias con estudios primarios ha tenido una nula frecuentación de especialistas en consulta privada y en las universitarias llega al 11,5%. Por otra parte, los niños/as clasificados en clase social I han tenido bastante menos frecuentación a este tipo de servicio sanitario (15,4%) que las de clase social V.

7.1.2.3.- Motivos de la consulta:

Contestación a la pregunta *¿Cuál fue el motivo principal de esa última consulta?:*

El uso que ha hecho la población infantil de su última consulta sanitaria en el ámbito de las consultas de especialista fue, principalmente, el de acudir por una enfermedad o problema de salud (36,5%), seguida de revisiones por enfermedad (28%).

No se observan diferencias de género en los motivos de consulta ofertados a las personas encuestadas.

En cambio, si se observan diferencias de los motivos, como es lógico, de consulta. Los niños y niñas más pequeños/as son los que acuden más frecuentemente por vacunaciones (28%) por solo un 7% de los y las adolescentes. Esto genera, a su vez, que aquellas personas que más acuden por enfermedad o problema de salud sean los y las adolescentes (38%) junto a los niños y niñas más pequeños.

ENCUESTA DE SALUD INFANTIL EN ASTURIAS. 2009
Cronología, metodología de trabajo y resultados

Frecuencia de motivo de la consulta en servicios de especialistas por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
Vacunación	14,0	17,4	15,5
Accidente o agresión	2,3	5,8	3,9
Revisión por enfermedad	31,4	23,2	27,7
Enfermedad o problema de salud	33,7	39,1	36,5
Otros motivos	16,3	13,0	14,8

El uso de los servicios por accidente o agresión es mayor a partir de la mayor socialización de la población pediátrica: a partir de los 5 años de vida.

Frecuencia de motivo de la consulta en servicios de especialistas por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
Vacunación	28,1	10,0	16,7	7,0	15,5
Accidente o agresión	0	0	8,3	4,7	3,9
Revisión por enfermedad	18,8	40,0	22,9	32,6	27,7
Enfermedad o problema de salud	43,8	21,7	35,4	37,2	36,5
Otros motivos	6,3	28,3	14,6	16,3	14,8

7.1.2.4.- Consulta de determinados profesionales:

Contestación a la pregunta: *¿Cuál era la especialidad del médico o médica al que consultó?*

Determinados profesionales de la atención primaria han sido consultados en distinta frecuencia. El personal de enfermería en AP ha sido visto en un 3,7% el último mes por la población infantil. Han acudido a consulta de fisioterapia un 0,9% y a personal de trabajo social un 0,8%. Han acudido más a trabajo social (OR: 3,0, IC95%: 1,1-8,5) como a fisioterapia los niños que las niñas.

Frecuencia de especialidad consultada en servicios de especialistas por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
Pediatría	34,1	44,9	39,0
Oftalmología	18,8	14,5	16,9
Traumatología	8,2	8,7	8,4
Alergología	4,7	5,8	5,2
Otorrinolaringología	3,5	2,9	3,2
Psiquiatría	3,5	1,4	2,6
...			

7.1.3.- Utilización de servicios farmacéuticos:

En este apartado se trata de la información que puede suministrar el personal farmacéutico sobre determinados aspectos de su actividad, excluyendo la dispensación de medicamentos que se incluyen en el apartado de consumo y prescripción de medicamentos.

Cuestionario: ¿En relación con... (nombre del niño o de la niña) , ¿a veces solicita en la farmacia consejos sobre...:

Un 12% de la población infantil a la que se presenta encuestar menciona haber solicitado consejo sobre medicamentos, un 5% sobre hábitos saludables y un 3% sobre problemas de salud que se le han presentado. Destaca el hecho que un 79% NUNCA solicita consejo en su farmacia o al menos así lo mencionan.

Por género, no hay diferencias en cuanto a la utilización a este tipo de servicios de consejo sanitarios.

Frecuencia de solicitud de consejo farmacéutico por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
Medicamentos	11,1	12,3	11,7
Hábitos saludables (alimentación, ejercicio físico, etcétera)	5,5	5,3	5,4
Problemas de salud que se le presenten	2,9	2,5	2,7
Otros motivos	3,0	3,2	3,1
Nunca solicito consejos en la farmacia	79,8	78,4	79,1

Por edades, sí las hay, en el sentido de que solo un 10% de los/las niños/as pequeños/as por un 15% de los y las adolescentes solicitan consejo por medicamentos. Al contrario es más frecuente el uso de este sistema de información en la población más pequeña (7,5%) por hábitos saludables y menor en adolescentes (4,5%).

Frecuencia de solicitud de consejo farmacéutico por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
Medicamentos	9,7	11,3	10,1	14,6	11,7
Hábitos saludables (alimentación, ejercicio físico, etcétera)	7,5	4,5	5,6	4,5	5,4
Problemas de salud que se le presenten	1,9	2,5	2,1	4,0	2,7
Otros motivos	3,7	2,8	3,1	2,8	3,1
Nunca solicito consejos en la farmacia	80,0	80,5	80,4	76,5	79,1

Nunca solicita consejos en farmacia en población infantil un 82,2% de la población infantil en las cuencas mineras por un 76,9% en zonas rurales. A un 78,1% de la población infantil procedente de familias universitarias nunca han solicitado consejo farmacéutico por un 80,6% en familias con estudios primarios. Un 81,8% de los niños/as clasificados en clase social I han recibido o demandado este tipo de información por un 76,6% de la población infantil en clase social II.

La consulta en farmacia para el uso de medicamentos en población infantil ha sido más frecuente en las zonas rurales (13%) que en cuencas mineras (7%). A

un 12,1% de la población infantil procedente de familias universitarias se le ha suministrado consejo farmacéutico en relación al consumo de medicamentos por un 10,9% en familias con estudios primarios. Un 8,4% de los niños/as clasificados en clase social I han recibido o demandado este tipo de información por un 13,3% de la población infantil en clase social V.

La consulta en farmacia sobre los hábitos saludables en población infantil ha sido más frecuente en las zonas rurales (6%) que en cuencas mineras (5%). A un 6,1% de la población infantil procedente de familias universitarias se le ha suministrado consejo farmacéutico en relación hábitos saludables por un 5,1% en familias con estudios primarios. Un 7,4% de los niños/as clasificados en clase social I han recibido o demandado este tipo de información por un 4,1% de la población infantil en clase social V.

La consulta en farmacia por un problema de salud en la población infantil ha sido más frecuente en las zonas rurales (3,6%) que en cuencas mineras (2,3%). A un 3,5% de la población infantil procedente de familias universitarias se le ha suministrado consejo farmacéutico en relación a un problema de salud por un 2,2% en familias con estudios medios. Un 1,8% de los niños/as clasificados en clase social I han recibido o demandado este tipo de información por un 3,3% de la población infantil en clase social II.

7.1.4.- Utilización de servicios dentales:

7.1.4.1.- Frecuentación de servicios:

Contestación a la pregunta: ***Vamos a solicitarle cierta información sobre el uso de servicios sanitarios dentales***

¿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?

En los últimos 12 meses ¿cuántas veces acudió al dentista, estomatólogo/a o higienista dental?

Un 56% de la población infantil de la que se solicitó información acudió durante el último año a una consulta dental. En el último semestre había acudido un 40% de la población infantil. Mencionan no haber acudido NUNCA a un dentista un 31% de la población infantil.

No hay diferencias de género en cuanto a la frecuencia de acudir a servicios sanitarios dentales.

Frecuencia de frecuentación de servicios dentales por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
Menos de 3 meses	21,0	23,3	22,2
3-6 meses	18,4	17,3	17,8
7-12 meses	17,5	14,4	16,0
Más de 1 año	11,0	12,9	11,9
NUNCA	31,1	31,4	31,2

ENCUESTA DE SALUD INFANTIL EN ASTURIAS. 2009
Cronología, metodología de trabajo y resultados

En cambio, como es lógico si las hay en cuanto a la estructura etaria. Así, los niños y niñas pequeños han acudido menos al dentista (un 94% de los menores de 2 años NUNCA han ido al dentista) y solo un 2% de la población adolescente asturiana NUNCA ha acudido a un dentista. La frecuentación en cualquier período ha sido superior en la población adolescente.

En los últimos seis meses han acudido al dentista un 41,1% de la población infantil residente en zona central por un 38,1% en zonas rurales. No hay diferencias sustanciales en relación al nivel de estudios de las familias a las que pertenecen. Un 41% de los niños/as clasificados en clase social IV han recibido atención dental por un 33% de los niños/as clasificados en clase social V.

Frecuencia de frecuentación de servicios dentales por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
Menos de 3 meses	0,4	4,9	32,3	30,5	22,2
3-6 meses	1,9	5,9	25,7	23,1	17,8
7-12 meses	0,4	7,0	19,1	24,0	16,0
Más de 1 año	0,4	4,4	12,5	19,8	11,9
NUNCA	94,4	76,5	9,9	2,2	31,2

En el análisis cuantitativo observamos que de las personas que han acudido el último año a estos servicios sanitarios dentales, el promedio de consultas el último año fue de 2,7 consultas/año. No hay diferencias de género en la magnitud de la frecuentación. Sí la hay, en cambio, por edades: el promedio en adolescentes de de 3,4 consultas/año por solo 1,5 en niños y niñas de 2-5 años de edad.

Promedio de consultas de servicio dentales en el último año por edad y sexo:

Niños y niñas que acudieron en el último año	Media		DE	
	Número	Número	Número	Número
Total:	2,7	3,1		
Niños	2,5	3,2		
Niñas	2,9	3,7		
0-2	1,4	0,5		
3-5	1,5	1,8		
6-10	2,2	2,9		
11-15	3,4	3,9		

Categorizando la frecuentación observamos que se acude en tres cuartas partes solo 1-2 veces al año. Un 23% requiere más cantidad de veces en la prestación de servicios dentales. En un caso, niño, acudió a este tipo de servicios 24 veces en el año inmediatamente anterior. Ha sido más frecuente el acudir más de 2 veces en niñas que en niños y en población adolescente.

Número de veces con consultas de servicio dentales en el último año por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
1-2 veces	81,7	73,8	76,6
Más de 2 veces	18,3	26,2	23,4

Número de veces con consultas de servicio dentales en el último año por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
1-2 veces	100	93,1	84,4	79,0	76,6
Más de 2 veces	0	6,9	15,6	21,0	23,4

7.1.4.2.- Tipo de servicio dental recibido:

Contestación a la pregunta: **La última vez que acudió el/la niño/a, ¿cuáles de los siguientes tipos de asistencia recibió?:**

Un 79% de la población infantil que ha acudido a recibir cuidados dentales lo ha hecho para revisión o chequeo dental. Un 14% para ortodoncias y un 10% para aplicación de fluor.

Existen diferencias sustanciales en el tipo de servicio dental solicitado por niños y niñas. Así, en la última visita los niños han acudido más para revisión o chequeo (OR: 1,3, IC95%:1,1-1,6). Por otra parte, los niños han sido atendidos menos frecuentemente para ortodoncia que las niñas (OR: 0,67, IC95%:0,5-0,8).

Frecuencia de tipo de servicio dental recibido por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
Revisión o chequeo dental	81,3	76,5	78,9
Limpieza de boca	3,3	4,0	3,6
Empastes (obturaciones)	7,6	7,4	7,5
Extracción de alguna pieza	1,8	2,4	2,1
Poner Fundas, puentes, prótesis, etc.	0,6	0,8	0,7
Tratamiento de enfermedades de encías	0,3	0,7	0,5
Ortodoncias	11,7	16,6	14,1
Aplicación de flúor	10,1	11,0	10,5
Otros	1,1	2,4	1,8

Por edades, la revisión o chequeo ha sido más frecuente en edades infantiles medias, desplazándose los servicios dentales en adolescentes a las ortodoncias (un 21% en estas edades). En un 13% de los casos en edades de 6-10 se hizo para aplicación de fluor. Las extracciones de piezas son muy raras en estas edades. La práctica de obturaciones es más frecuente a medida que aumentamos la edad.

Frecuencia de tipo de servicio dental recibido por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
Revisión o chequeo dental	75,0	86,6	82,1	75,1	78,9
Limpieza de boca	0	0	2,1	5,6	3,6
Empastes (obturaciones)	0	6,8	7,6	7,5	7,5
Extracción de alguna pieza	0	0	2,5	2,1	2,1
Poner Fundas, puentes, prótesis, etc.	0	1	0,7	0,7	0,7
Tratamiento de enfermedades de encías	0	1	0	0,8	0,5
Ortodoncias	0	1,9	8,5	20,9	14,1
Aplicación de flúor	0	2,9	13,4	9,1	10,5
Otros	2,5	1,7	0,9	1,7	1,8

Hay diferencias entre el tipo de servicio recibido en función de determinadas variables: las **revisiones o chequeos dentales** fueron más frecuentes en los niños/as procedentes de zonas rurales (81%) que en zona central (78%). No hay diferencias sustanciales en relación a la clase social asignada ni en cuanto al nivel de estudios de las familias a las que pertenecen.

En cuanto a las **obturaciones o empastes** fueron más frecuentes en los niños/as procedentes de zonas rurales (10,2%) que en cuencas mineras (6%). Hay diferencias sustanciales en relación a la clase social asignada: se han hecho empastes un 12% de los niños/as en clase social V por un 3,6% en clase social I. Por nivel de estudios de las familias a las que pertenecen, también hay diferencias: se han hecho obturaciones en un 8,4% de los niños/as procedentes de familias con estudios primarios por un 5,7% en familias universitarias.

Si analizamos las **extracciones de alguna pieza** fueron más frecuentes en los niños/as procedentes de zonas rurales (2,7%) que en cuencas mineras (0,7%). Hay diferencias sustanciales en relación a la clase social asignada: se han hecho extracciones en un 3% de los niños/as en clase social III por un 0,6% en clase social I. Por nivel de estudios de las familias a las que pertenecen, también hay diferencias: se han hecho extracciones en un 2,8% de los niños/as procedentes de familias con estudios primarios por un 1% en familias universitarias.

Las diferencias en cuanto a la consulta para el uso de **ortodoncias** son más sustanciales: fueron más frecuentes en los niños/as procedentes de zonas centrales (15,8%) que en cuencas mineras (11,2%). Hay diferencias aún mayores en relación a la clase social asignada: se han hecho ortodoncias un 22,3% de los niños/as en clase social I por solo un 5,5% en clase social V, y el descenso en la frecuencia es permanente a medida que bajamos de clase social. Por nivel de estudios de las familias a las que pertenecen, también hay diferencias: se han hecho ortodoncias un 12,5% de los niños/as procedentes de familias con estudios primarios por un 18,5% en niños/as procedentes de familias universitarias.

7.1.4.3.- Provisión del servicio dental recibido:

Contestación a la pregunta: ***El/la dentista, estomatólogo/a o higienista dental al/a la que consultó el/la niño/a esta última vez era de:***

En un 52% de las ocasiones que se acudió consulta dental se utilizó la Sanidad Pública. En un 45% se usó la oferta privada, sea mediante aseguramiento privado o mediante clínica privada.

No hay diferencias de género sustanciales.

Frecuencia de tipo de provisión servicio dental recibido por grupo etario:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
Sanidad Pública (Seguridad Social)	53,4	50,1	51,8
Sociedad médica (seguro privado)	6,1	5,3	5,7
Consulta o clínica privada	37,8	40,8	39,2
Otros (Iguala médica,...)	0,9	0,5	0,7

En cuanto a la edad de la población infantil. Es más frecuente la utilización de la sanidad pública en las edades de 6-10 años (64%) debido a los reconocimientos incluidos en el programa de salud bucodental. Por el contrario, es más frecuente el uso de medios privados en la población adolescente (54%).

Frecuencia de tipo de provisión servicio dental recibido por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
Sanidad Pública (Seguridad Social)	25,0	50,5	63,6	41,8	51,8
Sociedad médica (seguro privado)	0	4,9	4,8	6,7	5,7
Consulta o clínica privada	75,0	40,8	29,4	47,4	39,2
Otros (Iguala médica,...)	0	1,0	0,1	1,2	0,7

Hay diferencias entre el tipo de provisión del servicio dental recibido en función de determinadas variables: fueron más frecuentes las consultas en clínicas dentales privadas en los niños/as procedentes de zonas centrales (41%) que en cuencas mineras (34,7%). También hay diferencias sustanciales en relación a la clase social asignada: un 47% de los niños/as clasificados en clase social I han acudido a consultas dentales privadas por un 29% de los niños/as clasificados en clase social V. Y en cuanto al nivel de estudios de las familias a las que pertenecen: solo un 34% de los niños procedentes de familias con estudios primarios han acudido a consultas dentales privadas por un 44% en familias universitarias.

7.1.5.- Utilización de ingresos hospitalarios en el último año:

Contestación a la pregunta: *Vayamos al ingreso en un Hospital.*

- *Durante los últimos doce meses, ¿ha tenido que ingresar el/la niño/a en un hospital como paciente al menos durante una noche?:*
- *Si sí, cuántas veces.*
- *En relación también a este último ingreso hospitalario, ¿cuál fue el motivo del ingreso ?.*
- *En relación con su último ingreso hospitalario, del niño/a, ¿cuál fue la forma de ingreso?.*

7.1.5.1.- Frecuentación de servicios:

Únicamente un 2% de la población infantil para la que se ha encuestado han indicado que en el transcurso del último año habían sido ingresadas en un hospital o clínica (en población adulta, según ESA-2008 esa cifra es del 12%). De las que habían ingresado, un 98% lo habían hecho únicamente una vez en ese mismo año previo.

Por género no existen diferencias estadísticamente significativas en los ingresos hospitalarios.

Por grupo etario, existen diferencias marcadas de ingreso entre los grupos si bien el número de personas ingresadas es tan pequeño que las diferencias no son estadísticamente significativas.

Un 2,2% de la población infantil residente en la zona central de Asturias ha ingresado en un hospital en el año inmediatamente anterior por un 1,1% en las cuencas mineras.

Un 2,3% de los niños/as asturianos procedentes de familias con estudios universitarios han ingresado en un hospital por un 1,5% de los procedentes de familias con estudios primarios.

Un 3,6% de los niños/as clasificados en clase social II han tenido que ingresar en hospital por un 1,1% de los clasificados en clase social IV.

Frecuencia de ingreso hospitalario y motivo por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
Ingresado/a en el último año	2,1	1,9	2,0
Si ingresado/a, motivo:			
Para operación de cirugía	7,4	21,7	14,0
Para estudio médico para diagnóstico	14,8	26,1	20,0
Para tratamiento médico sin intervención quirúrgica	33,3	39,1	36,0
...			

Frecuencia de ingreso hospitalario por tipo de ingreso y sexo:

	Niños	Niñas	Total
<i>Tipo de ingreso:</i>	%	%	%
Programado	3,7	26,1	14,0
Urgente, por iniciativa propia	66,7	56,5	62,0
Urgente, derivado desde otro servicio sanitario	18,5	17,4	18,0

7.1.5.2.- Motivo y tipo de ingreso:

El motivo de ingreso cuando sucedió más frecuente fue para tratamiento médico sin intervención quirúrgica (36%) seguido de para estudio médicos para diagnóstico (20%). El tipo de ingreso más frecuente fue urgente por iniciativa propia (62%) seguido del urgente, derivado de otro servicio sanitario (18%). Es decir, solo fue programado un 14% del total de ingresos hospitalarios en edades infantiles.

Un 17,4% de las personas estuvo en lista de espera para el ingreso hospitalario con una duración media en estas personas de 3 meses de espera.

Un 10% de la población infantil residente en la zona rural de Asturias ha ingresado en un hospital en el año inmediatamente anterior para una operación de cirugía por un 40% en las cuencas mineras. Para un estudio de diagnóstico médico lo ha hecho un 10% en residentes en zonas rural por un 23,5% en zonas centrales. Para tratamiento médico no quirúrgico lo ha hecho un 30% de la población infantil residente en zona rural que ha ingresado por un 40% en cuencas mineras.

Un 23,1% de la población infantil procedente de familias con estudios universitarios que ha ingresado en un hospital en el año inmediatamente anterior lo ha hecho para una operación de cirugía por una mínima frecuencia en familias con estudios primarios. Para un estudio de diagnóstico médico lo ha hecho un 23,1% en familias universitarias por un 18% en familias con estudios medios. Para tratamiento médico no quirúrgico lo ha hecho un 47% de la población infantil procedente de familias con estudios medios que ha ingresado por un 15% en familias universitarias.

Han ingresado más frecuentemente para cirugía la población infantil clasificada en clase social II (23,5%), para uso de pruebas diagnósticas médicas, la población clasificada en clase social V (50%). Para tratamiento médico sin cirugía, lo ha hecho un 67% de los niños/as clasificados en clase social I han tenido que ingresar en hospital por ninguno de los clasificados en clase social V.

Frecuencia de ingreso hospitalario, motivo y tipo de ingreso por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
Ingresado/a en el último año	7,1	0,4	0,7	1,3	2,0
Si ingresado/a, motivo:					
Para operación de cirugía	3,0	100	20,0	30,0	14,0
Para estudio médico para diagnóstico	21,2	0	0	30,0	20,0
Para tratamiento médico sin intervención quirúrgica	33,3	0	80,0	40,0	36,0
Tipo de ingreso:					
Programado	12,1	50,0	20,0	10,0	14,0
Urgente, por iniciativa propia	66,7	50,0	60,0	50,0	62,0
Urgente, derivado desde otro servicio sanitario	12,1	0	20,0	40,0	18,0

Por edad hay diferencias, si bien la población ingresada es tan pequeña que las diferencias no son estadísticamente significativas.

Existen diferencias en el tipo de ingreso cuando ha habido hospitalización en función de determinadas variables. Un 30% de la población infantil residente en zonas rurales ha usado el ingreso programado por solo un 8,6% en niños/as residentes en zona central. El uso de ingreso urgente a iniciativa propia ha sido más frecuentemente utilizado en la población infantil residente en cuencas mineras (69%) en comparación con los residentes en zona rural (40%).

Un 15,4% de la población infantil procedente de familias universitarias ha usado el ingreso programado por solo un 11,1% en niños/as procedente de familias con estudios primarios. El uso de ingreso urgente a iniciativa propia ha sido más

frecuentemente utilizado en la población infantil procedente de familias universitarias (77%) en comparación con la escasa frecuencia en familias con estudios primarios (33%).

Un 33% de la población infantil procedente de clase sociales menos favorecidas (V) ha usado el ingreso programado por ninguna de las situadas en clase social I. El uso de ingreso urgente a iniciativa propia ha sido más frecuentemente utilizado en la población infantil procedente de familias en clase social III (80%) en comparación con la nula frecuencia en clase social V.

7.1.5.3.- Financiación del ingreso:

A la pregunta de *¿A cargo de quién corrieron los gastos de su hospitalización?*

Frecuencia de financiación del ingreso hospitalario por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
Servicio Público de Salud (Tarjeta Sanitaria)	81,5	95,7	88,0
Seguro médico privado, (SANITAS, ASISA, Colegios Profesionales,...) concertado individualmente	3,7	4,3	4,0
NS/NC	14,8	0	8,0

Frecuencia de financiación del ingreso hospitalario por sexo:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
Servicio Público de Salud (Tarjeta Sanitaria)	87,9	100	100	80,0	88,0
Seguro médico privado, (SANITAS, ASISA, Colegios Profesionales,...) concertado individualmente	3,0	0	0	10,0	4,0
NS/NC	9,1	0	0	10,0	8,0

Cuando se analiza a cargo de quien corrieron los gastos de la hospitalización cuando esta sucedió, casi el 90% de ellos correspondieron a atención en el un Servicio Público de Salud (SESPA u otros...). En un 4% de los casos hubo un seguro médico privado como entidad financiadora. Por edades ha sido más frecuente el uso de aseguramiento privado en la provisión del servicio de hospitalización en el caso de los niños y niñas más pequeñas y los y las adolescentes.

No hay diferencias sustanciales en el tipo de financiación de los ingresos hospitalarios en función de determinadas variables, como el tipo de habitat, nivel de estudios o clase social del hogar.

7.1.6.- Utilización de atención urgente en el último año:

Contestación a la pregunta: *En estos últimos doce meses, ¿ha tenido el/la niño/a que utilizar algún servicio de urgencias por algún problema o enfermedad?:*

- *Y en total, ¿cuántas veces tuvo que utilizar el/la niño/a un servicio de urgencias en estos doce meses?*

- **En qué lugar recibió la primera atención en el último episodio de la urgencia**
- **Y también esta última vez que utilizó un servicio de urgencias en estos doce últimos meses, ¿qué tipo de servicio utilizó en primer lugar?**
- **¿Por qué fue el/la niño/a a un servicio de urgencias?**

7.1.6.1.- Frecuentación de servicios:

Se refiere en un 26% de la población infantil el haber recibido en el último año asistencia sanitaria de carácter urgente. De las que la recibieron, un 84% lo hicieron 1-2 veces, y un 16% tres o más veces (más de 3,5% del total de la población infantil). De media, se han solicitado un promedio de 1,7 demandas de consulta urgente. Un niño menor de 2 años ha acudido en el último año 40 veces a servicios de urgencias.

Por género no hay diferencias en la proporción de personas que han recibido este tipo de atención, así como en el número de veces que la han recibido.

Por edades, han recibido menos proporción de atención urgente a medida que aumentamos la edad. Así, los y las adolescentes han usado este tipo de servicios urgentes con un frecuencia del 20,7%, mientras que un 36% los niños y niñas más frecuentes han solicitado atención urgente. Un 21% de estos últimos (un 7,5% del total de población infantil en estas edades) lo ha hecho en el último año más de 2 veces por solo un 12% de los y las adolescentes (un 2,3% del total de población infantil en estas edades).

Frecuencia de atención sanitaria urgente recibida, lugar y remisión así como tipo de servicio utilizado en primer lugar por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
Recibida en el último año	27,0	25,5	26,2
Si recibida, número de veces:			
1-2	85,1	83,2	84,3
Más de 2	14,9	16,8	15,7
Media (DE)	1,6 (1,0)	1,8 (2,6)	1,7(1,0)
Lugar dónde se atendió:			
En el lugar donde se encontraba (domicilio, lugar de estudio,...)	5,0	4,9	5,0
En un centro o servicio de urgencias	92,6	93,0	92,8
¿Quién le remitió a urgencias?			
Médico/a	9	7,9	8,3
Los familiares y/o amigos/as lo consideraron oportuno	87,4	88,8	88,1
Tipo de servicio utilizado en primer lugar:			
Hospital sanidad pública	70,1	72,4	71,2
UVI móvil de urgencias	2,1	3,0	1,2
Centro NO hospitalario sanidad pública	24,6	24,3	24,5
Servicio Privado de urgencias u hospital	2,1	1,0	1,6
Otro tipo (Cruz Roja...)	0	0,7	0,3

Existen diferencias en la frecuencia de utilización de urgencias en función de determinadas variables. Un 31,2% de la población infantil residente en zonas rurales ha recibido atención sanitaria urgente por solo un 19,2% en niños/as residentes en cuencas mineras.

ENCUESTA DE SALUD INFANTIL EN ASTURIAS. 2009
Cronología, metodología de trabajo y resultados

Un 23,9% de la población infantil procedente de familias con estudios primarios ha recibido atención sanitaria urgente por solo un 27,5% en niños/as procedente de familias con estudios universitarios.

Un 21,9% de la población infantil procedente de clase sociales menos favorecidas (V) ha recibido atención sanitaria urgente por un 31% en clase social II.

7.1.6.2.- Lugar donde se realizó la atención sanitaria urgente:

Contestación a la pregunta: ***En qué lugar recibió la primera atención en el último episodio de la urgencia***

En un 92% de los casos la urgencia se atendió en un Centro Sanitario. La atención en el lugar en que se encontraba fue más frecuente en la población adolescente.

Por género no hay diferencias entre sexos.

En un 97% de las ocasiones se utilizó un servicio sanitario público (71% hospital, 25% otra instalación, 1,2% UVI móvil). No hay diferencias de género en relación al tipo de provisión de estos servicios.

Por edades, hubo una mayor proporción de niños y niñas pequeñas atendidas por un episodio de urgencias en hospitales (78%) respecto al resto de edades (67-68%).

No hay diferencias en cuanto al habitat de residencia, nivel de estudios y clase social en relación al lugar donde se atendió al niño o niña en urgencias. Casi todos/as ellos/as fueron atendidos en un centro sanitario.

Frecuencia de atención sanitaria urgente recibida, lugar y remisión así como tipo de servicio utilizado en primer lugar por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
Recibida en el último año	35,8	31,1	22,9	20,7	26,2
Si recibida, número de veces:					
1-2	79,0	82,5	87,7	87,8	84,3
Más de 2	21,0	17,5	12,3	12,2	15,7
Media (DE)	2,0 (3,4)	1,7 (1,1)	1,5 (1,0)	1,5 (1,2)	1,7(1,0)
Lugar dónde se atendió:					
En el lugar donde se encontraba (domicilio, lugar de estudio,...)	5,4	4,8	1,2	8,1	5,0
En un centro o servicio de urgencias	90,4	95,2	94,8	90,7	92,1
¿Quién le remitió a urgencias?					
Médico/a	7,2	4,8	10,5	8,6	8,3
Los familiares y/o amigos/as lo consideraron oportuno	89,0	91,8	83,0	88,3	88,1
Tipo de servicio utilizado en primer lugar:					
Hospital sanidad pública	78,4	69,9	67,3	68,9	71,2
UVI móvil de urgencias	1,8	0,7	0	2,5	1,2
Centro NO hospitalario sanidad pública	16,2	26,7	29,2	26,1	24,5
Servicio Privado de urgencias u hospital	0,6	0,7	2,3	2,5	1,6
Otro tipo (Cruz Roja...)	0	1,4	0	0	0,3

En cambio, si existen diferencias en cuanto al tipo de servicio utilizado en primer lugar en función de determinadas variables. Un 63% de la población infantil residente en zonas rurales ha recibido atención sanitaria urgente en un hospital de la sanidad pública por una cifra superior en la zona central de Asturias 73,3%. Por el contrario, un 32% de la población infantil residente en zonas rurales ha utilizado urgentemente un centro No hospitalario de la red pública, siendo esa cifra muy inferior en las cuencas mineras (19%).

En relación al nivel de estudios no se observan diferencias tipológicas en el uso de atención sanitaria urgente en un lugar concreto: alrededor de un 71% lo hicieron en un hospital público y en un 25% en un centro No hospitalario público.

En cambio, si hay diferencias en función de la clase social asignada. Un 78% de la población infantil procedente de clase sociales más favorecidas (I) ha recibido atención sanitaria urgente en un hospital por un 67% en clases sociales más desfavorecidas (V). Por el contrario, solo un 17% de la clase social I lo ha hecho en un centro no hospitalario público mientras que la población infantil de clase social menos favorecida (V) lo ha hecho en ese tipo de centro sanitario.

7.1.6.3.- Remisión para atención sanitaria urgente:

Contestación a la pregunta: *¿Por qué fue el/la niño/a a un servicio de urgencias?:*

En un 88% de las ocasiones la población infantil acudió a un servicio de urgencias debido a que los familiares y/o amigos lo consideraron oportuno. Solo un 8% se debió a una remisión facultativa al servicio de urgencias.

Por género no hay diferencias en este caso. Por grupo etario, se observa una mayor proporción de derivación facultativa en la población infantil en edad escolar (6-10 años de edad).

Hay diferencias en cuanto al tipo de remisión para atención sanitaria urgente en función de determinadas variables. Un 11% de la población infantil residente en zonas rurales ha sido remitido al centro sanitario por personal médico (el resto a iniciativa de familiares y/o amigos/as) por solo un 3,3% de derivación médica en niños/as residentes en cuencas mineras.

En relación al nivel de estudios se observan diferencias tipológicas en el tipo de remisión en el uso de atención sanitaria urgente: un 9,2% de los niños/as procedentes de familias con estudios primarios lo hicieron con derivación médica por un 7% en familias universitarias.

Hay diferencias en función de la clase social asignada. Solo un 3,9% de la población infantil procedente de clase sociales más favorecidas (I) ha recibido atención sanitaria urgente con derivación por personal médico (el resto de derivación fue a iniciativa de familiares y/o amigos/as) por un 10,8% en clases sociales más desfavorecidas (V).

7.2.- Aseguramiento sanitario:

7.2.1.- Aseguramiento que posee:

Contestación a la pregunta: *¿Podría decirme ahora qué tipo de seguro sanitario (público y/o privado) tiene el niño o la niña?. Variable que puede ser respondida en los distintos epígrafes, por tanto, la suma de porcentajes puede ser superior al 100%.*

Un 97% de la población infantil asturiana entrevistada dice tener aseguramiento con la Seguridad Social española (Servicio de Salud). Cerca de un 0,3% tiene seguro médico privado concertado individualmente o a través de empresas.

Por género de la persona entrevistada, no existen diferencias significativas en las proporciones manifestadas por ambos sexos en relación al aseguramiento.

Frecuencia de tipo de aseguramiento sanitario poseído por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
1. Servicio Público de Salud (Tarjeta Sanitaria)	97,2	97,2	97,2
2. Empresas colaboradoras de la Seguridad Social	0,2	0,1	0,1
3. Mutualidades del Estado (MUFACE, ISFAS,...) acogidas a la Seguridad Social	0,8	0,3	0,6
4. Mutualidades del Estado (MUFACE, ISFAS,...) acogidas a un seguro privado	0,7	1,0	0,9
5. Seguro médico privado, (SANITAS, ASISA, Colegios Profesionales,...) concertado individualmente	0,2	0,3	0,2
6. Seguro médico privado concertado por la empresa	0,0	0,0	0,1
7. Otras opciones	0,0	0,1	0,1

Por grupos etarios, no se observan diferencias marcadas en el caso del aseguramiento en función de la edad.

Frecuencia de tipo de aseguramiento sanitario poseído por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
1. Servicio Público de Salud (Tarjeta Sanitaria)	97,8	97,9	96,5	96,9	97,2
2. Empresas colaboradoras de la Seguridad Social	0,0	0,0	0,1	0,3	0,1
3. Mutualidades del Estado (MUFACE, ISFAS,...) acogidas a la Seguridad Social	0,4	0,0	0,9	0,6	0,6
4. Mutualidades del Estado (MUFACE, ISFAS,...) acogidas a un seguro privado	0,6	1,3	0,8	0,8	0,9
5. Seguro médico privado, (SANITAS, ASISA, Colegios Profesionales,...) concertado individualmente	0,4	0,0	0,4	0,3	0,2
6. Seguro médico privado concertado por la empresa	0	0	0	0,1	0,1
7. Otras opciones	0	0	0,3	0	0,1

Por otro tipo de variables observamos que en función del hábitat de residencia, existe un mayor grado de aseguramiento de seguridad social española en niños/as residentes en cuencas mineras (97,5%) que en la zona central de Asturias (97%). A su vez el grado de aseguramiento privado es más frecuente

también en las cuencas mineras y la zona central (0,4%) siendo casi inexistente en zonas rurales.

Por nivel de estudios alcanzado en la familia del niño/a, es más frecuente el aseguramiento vía seguridad social en niveles educativos bajos (98,8% estudios primarios) en personas con nivel universitario (94,7%). Lo contrario sucede en el aseguramiento sanitario privado, un 1% de las personas con estudios universitarios únicamente tienen aseguramiento privado, por un 0,1% de los niños/as de familias con estudios primarios.

Por clase social, la población infantil en clase social IV tienen seguridad social en un 99,1%, por solo un 94% en personas situadas en clase social I. Hasta un 1,1% de los niños/as situados en clase social II tienen aseguramiento únicamente privado, siendo nulo en población infantil situada en clase social V.

7.3.- Consumo de fármacos:

7.3.1: Consumo global de fármacos:

Contestación a la pregunta: *A continuación voy a leerle una lista de medicamentos, por favor, dígame ¿cuál o cuáles de ellos ha consumido el niño o la niña en las últimas dos semanas y cuáles de ellos fueron recetados por personal médico?:*

De la población infantil a la que indirectamente se encuestó, un 61% no consumió medicamentos en las dos semanas previas a la encuesta. Los medicamentos más consumidos en ese período fueron medicamentos para el catarro, gripe, garganta o bronquios (21% del total de niños y niñas), un 15,5% para combatir la fiebre, un 8% para combatir el dolor y/o bajar la fiebre (no por reuma o artrosis). Un 3% ha tomado antibióticos un 5% ha tomado medicación para el asma. Un 4% ha tomado vitaminas, minerales, tónicos.

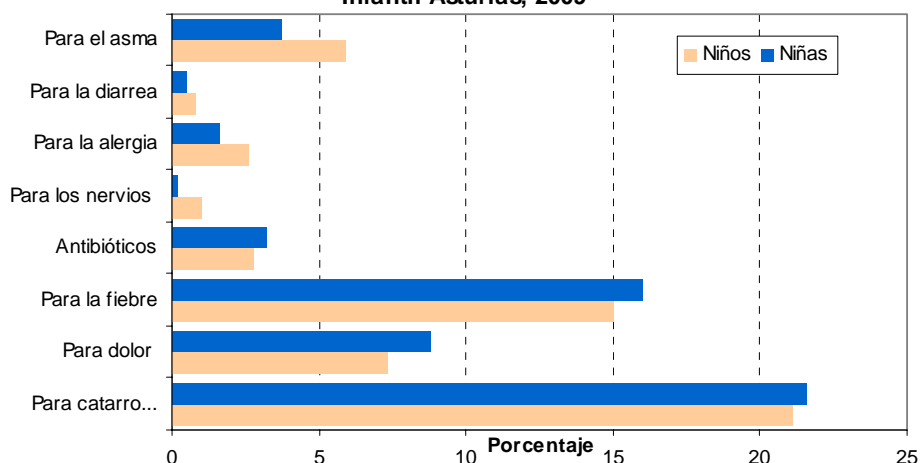
El resto de medicación es anecdótica, tanto para la piel, los ojos, los oídos.

Frecuencia de tipo de fármacos consumidos por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
Para catarro, gripe, garganta, bronquios...	21,1	21,6	21,3
Para dolor	7,3	8,8	8,0
Para la fiebre	15,0	16,0	15,5
Antibióticos	2,8	3,2	3,0
Para los nervios (tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir, depresión, etc.)	1,0	0,2	0,6
Para la alergia	2,6	1,6	2,1
Para la diarrea	0,8	0,5	0,7
Para el asma	5,9	3,7	4,8
Para la piel	0,9	1,1	1,0
Para los ojos	0,3	0,2	0,2
Para los oídos	1,0	0,8	0,9
Para los vómitos	0,6	0,3	0,4
Vitaminas, minerales, tónicos	4,6	3,8	4,2
No consumió medicamentos	59,7	61,8	60,7

Por género, las niñas suelen manifestar consumir más medicamentos de los citados que los niños para algunos tipos de fármacos como los medicamentos contra el dolor, la medicación contra la fiebre o los antibióticos pero las diferencias no son estadísticamente significativas. Por el contrario, los niños han tomado más frecuentemente medicación para los nervios (OR: 5,04, IC95%: 1,2-20,1) y medicación contra el asma (OR: 1,6, IC95%: 1,1-2,4), también medicación para las alergias, si bien en este último caso no hay diferencias significativas.

Consumo de fármacos en últimas 2 semanas. Encuesta de Salud Infantil Asturias, 2009



Por grupo etario, consumen más medicación la población infantil más pequeñas. A medida que aumentamos de edad disminuye la proporción de personas infantiles que toman alguna medicación. Por medicamentos, la usada para el catarro, gripe... es más frecuente en edades preescolares y de ahí va disminuyendo su frecuencia con la edad. Lo mismo sucede en la medicación contra la fiebre. Por el contrario la medicación contra la alergia se usa más frecuentemente en adolescentes.

Frecuencia de tipo de fármacos consumidos por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
Para catarro, gripe, garganta, bronquios...	26,9	32,1	15,9	16,9	21,3
Para dolor	9,9	5,9	6,1	9,9	8,0
Para la fiebre	18,9	21,7	12,7	12,2	15,5
Antibióticos	3,9	3,8	2,1	2,8	3,0
Para los nervios (tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir, depresión, etc.)	0,2	0,6	0,9	0,5	0,6
Para la alergia	0,2	1,1	3,1	2,8	2,1
Para la diarrea	0,4	1,1	0,3	0,9	0,7
Para el asma	1,7	6,6	5,5	4,9	4,8
Para la piel	1,3	0,6	1,1	1,0	1,0
Para los ojos	0,4	0,2	0,1	0,3	0,2
Para los oídos	1,7	1,1	0,8	0,5	0,9
Para los vómitos	0,6	0,6	0,1	0,5	0,4
Vitaminas, minerales, tónicos	13,5	2,3	2,1	1,8	4,2
No consumió medicamentos	50,5	52,7	65,2	67,5	60,7

Por otro tipo de variables, se observa lo siguiente:

Ausencia de consumo de fármacos: es más frecuente que no se consuma en población infantil ningún fármaco en las zonas rurales (63%) que en p.e. las cuencas mineras (58,5%). Es también más frecuente la ausencia de consumo en niños/as de familias con estudios universitarios (64%) que en familias con estudios

primarios (56%). A su vez, es más frecuente la ausencia de consumo de fármacos en niños/as clasificados como de clase social I (62,5% vs 58% en clase social IV).

Medicamentos para catarro, gripe, garganta... son consumidos más frecuentemente en zonas rurales (23,1%) que en mineras (18,4%). A su vez, lo consumen más la población infantil residiendo en familias con estudios primarios (24,1%) que en universitarias (18,8%). Por clase social, lo consumen más los niños/as residiendo en clase social IV (24%) que en clase social I y II (19,6%).

Medicamentos para el dolor: son consumidos más frecuentemente en niños/as residentes en cuencas mineras (11,8%) que en la zona central (6,9%). Por otra parte, lo hacen más en familias con estudios primario (10,5%) que en universitarias (6,5%) y en familias en clase social V (10%) que en familias con más bienestar (II, 6,1%).

Medicamentos para la fiebre: se consumen más en niños/as residiendo en cuencas mineras (17,5%) que en rurales (14,4%). También, en familias con solo estudios primarios (17,4%) que en universitarias (14,4%). Los niños/as que se clasifican en clase social III tiene más frecuencia de consumo de estos medicamentos (17,1% vs 10,2% en clase social II)

Reconstituyentes, minerales, vitaminas o tónicos: son consumidos más frecuentemente en población infantil en las cuencas mineras (5,3%) que en zonas rurales (4%). Más en niños/as residiendo en familias universitarias (6,8%) que con estudios medios (3%) y más por niños/as que se puedan clasificar en clase social I (6,3%) que en clase social V (3,6%).

Antibióticos: se consumen más en población infantil en zonas centrales (3,5%) que en rurales (1,5%). A su vez, también se consumen más frecuentemente en familias con estudios primarios (3,2%) que en universitarias (2,5%) y en clase sociales más bajas (IV, 4,4%) que en más altas (1,4%).

Tranquilizantes, antidepresivos, sedantes, etc.: se consume en zonas rurales (0,8%) que en el centro (0,5%). Más frecuentes en niños/as residentes en familias con estudios primarios (1%) que en universitarias (0%). Más frecuente en niños/as clasificados en clase social III (0,9%).

Medicamentos contra el asma: los han consumido más frecuentemente niños/as residentes en cuencas mineras (5,9%) que en zonas rurales (3,6%). Lo han hecho más los niños/as de familias con estudios medios (5,3%) que en universitarios (3,2%). Y en clase social IV (6,4%) que en clase social II (3,6%).

Medicamentos contra la alergia: los niños/as de las cuencas mineras han consumido más frecuentemente este tipo de medicamentos (2,7% vs 1,3% en zonas rurales). También, los niños/as de familias con estudios primarios (2%) respecto a los de estudios universitarios (1,2%). Y en clase social IV (3,8%) respecto a 0,4% en clase social I.

Medicación para la piel: más usados en los niños/as de las cuencas mineras (1,5%) que en la zona central (0,8%). Y más usados en niños/as clasificados en clase social IV (1,6%) que en clase social I (0,7%).

Medicación para los oídos: más usados en los niños/as de las cuencas mineras (1,5%) que en la zona rural (0,6%). Los niños/as con familias con estudios medios los han usado más frecuentemente (1,2%) que en estudios primarios (0,5%). Y más usados también en niños/as clasificados en clases sociales opuestas I y V (1,8%).

Medicaciones homeopáticas: han sido consumidos más frecuentemente por niños/as de zonas rurales y centrales (0,6%, vs 0,2% en cuencas mineras). Más frecuente en familias con estudios universitarios (1,1%) que con estudios primarios (0,3%). Más frecuentemente en niños/as en clases sociales más favorecidas (1,8% en clase social I, 0% en clase social V).

Productos naturistas: usados por igual en las distintas zonas geográficas de Asturias (0,4%) e idéntica pauta en función del nivel de estudios alcanzados en la familia. Sin embargo, fueron usados más frecuentemente por niños/as clasificados en clase social I (1,1% vs 0% en clase social V).

7.3.2: Consumo de fármacos autoprescritos:

De la medicación que dice haber tomado la población muestral, el porcentaje de autoprescripción no es muy elevada. Es más alta en la medicación para el catarro, gripe... (13%), la de para el dolor (20%), y, muy importantes, en el uso de vitaminas, minerales, tónicos (25%).

Por género, existen diferencias significativas únicamente en el caso del consumo de fármacos contra el dolor que son autoprescritas más frecuentemente en niños (OR:1,8, IC95%:1,5-2,2), y en medicación contra la fiebre (OR:0,7, IC95%:0,6-0,9) y uso de vitaminas y minerales (OR:0,7, IC95%:0,5-0,8) en las que son autoprescritas más frecuentemente en niñas. En el resto de fármacos no hay diferencias de género.

Por grupo etario, se autoprescriben más los productos para el catarro, gripe... para niños/as pequeñitos/as y sobre todo para los antibióticos (12% en bebés, 4% en edades altas de la infancia) así como para la medicación para el asma donde el porcentaje de autoprescripción va bajando a medida que aumentamos la edad.

8.- Cuestionario de la entrevista

ENCUESTA DE SALUD INFANTIL EN ASTURIAS. 2009
Cronología, metodología de trabajo y resultados

Entrevistador/a:

Recuerde que el niño o niña entrevistado/a debe ser la persona el niño o niña seleccionado/a y no otra.

Nº de cuestionario

--	--	--	--

Nombre del entrevistador/a.....

Fecha:

Hora:

Ruta:

Duración de la entrevista: minutos

Entrevista:

Localidad:

Concejo:.....

Datos del informante

Le importaría felicitarlos los siguientes datos:

Nombre del informante:

Dirección.....

Teléfono.....

Edad

--	--

Sexo

Hombre	Mujer

¿Qué relación mantiene con el menor seleccionado/a?

1 Padre/madre		Entrevistador/a: Debe elegir una de ellas. La pregunta hace referencia al momento actual.
2 Tutor/a		
3 Hermano/a		
4 Abuelo/a		
5 Otros familiares		
6 Otros		

Datos identificativos del niño o niña seleccionado/a

Nombre.....

Fecha de nacimiento

Día

Mes

Año

Entrevistador/a: En caso de ser un niño pequeño puede que la edad tenga que darse en meses.

Edad

--	--

(años) Meses

--	--

Sexo

Hombre	Mujer

¿Cuántas personas viven con (nombre del niño/a..) en el mismo hogar de manera habitual? (contando el niño o niña)

--

¿Dónde ha nacido el niño o niña?



Entrevistador/a: En el caso de haber nacido en otro país debe preguntársele por el país de origen y el año de llegada a España, en caso contrario, pasar a la siguiente pregunta la

1. En Asturias	
2. En otra Comunidad Autónoma	
3. En otro país	

3.A. País de origen:

3.B. Año de llegada a España:

- ¿Cuáles son los estudios más altos que ha terminado el padre y la madre o tutor del niño o niña?:

Entrevistador/a: debe elegir una única respuesta entre las ofertadas que se le mostrarán en la tarjeta. La pregunta hace referencia a estudios terminados en el momento actual.

	Padre	Madre
1 Sin estudios o estudios primarios incompletos: menos de 6 años o cursos de primaria aprobados		
2 Estudios primarios completos: 6º EGB aprobado, Certificado de Escolaridad, 6 años o cursos de primaria aprobados		
3 Estudios secundarios 1º etapa: 8º EGB aprobado, Graduado Escolar, Bachillerato Elemental, Formación Profesional de 1º Grado o Ciclos Formativos de Grado Medio aprobados, ESO aprobada, 4 años o cursos de secundaria aprobados.		

ENCUESTA DE SALUD INFANTIL EN ASTURIAS. 2009
Cronología, metodología de trabajo y resultados

4 Estudios secundarios 2ª etapa: BUP, Bachillerato Superior, Bachillerato LOGSE, COU, Preu, Formación Profesional 2º Grado o Ciclos Formativos de Grado Superior, 5 o más años o cursos de secundaria aprobados.		
5 Estudios universitarios medios (diplomatura, magisterio, arquitectura o ingeniería técnica)		
6 Estudios universitarios superiores (licenciatura, arquitectura o ingeniería superior, doctorado)		
7 NS/NC		

Situación laboral

¿Cuál es su situación laboral a día de hoy de los padres o tutores?: Entrevistador/a: marque una respuesta. Preguntar sobre su situación laboral y luego categorizarlo. Se refiere a su situación actual

	Padre	Madre
1 Trabajando		
2 Trabajando con baja de tres meses o más		
3 En desempleo		
4 Jubilado/a o pensionista		
5 Estudiante		
6 Trabajo doméstico no remunerado		
7 Realizando sin remuneración trabajos sociales o actividades domésticas		
8 Otras situaciones		
9 NS/NC		

¿A continuación queremos que nos diga el último trabajo que tienen o tuvieron los padres o tutores?:

Entrevistador/a: en caso de ser estudiante o estar buscando empleo preguntar por la persona principal del hogar. CNO (Clasificación Nacional de Ocupaciones CNO-94) y CNAE (Clasificación Nacional de Actividades Económicas, CNAE-93) se rellenan con los códigos de las tarjetas. Marque la ocupación de mayor duración.

	Ocupación	Categoría profesional	CNO	Actividad de la empresa	CNAE	Años trabajados	Ocupación de mayor duración
1. Padre							
2 Madre							

¿Cuál es la situación de empleo de los padres o tutores en su actual o última ocupación?:

Entrevistador/a: La pregunta hace referencia únicamente a la situación del empleo actual; si está en paro preguntar por su última ocupación, o por la que él entrevistado/a considere su principal ocupación

	Padre	Madre
1 Trabajador/a por cuenta propia sin asalariados/as		
2 Trabajador/a por cuenta propia con menos de 10 asalariados/as		
3 Trabajador/a por cuenta propia con más de 10 asalariados/as		
4 Gerente de una empresa con menos de 10 asalariados/as		
5 Gerente de una empresa con más de 10 asalariados/as		
6 Capataz, supervisor/a o encargado/a		
7 Otro tipo de asalariado		
8 NS/NC		

ENCUESTA DE SALUD INFANTIL EN ASTURIAS. 2009
Cronología, metodología de trabajo y resultados

Estado de salud y morbilidad percibida

A continuación le haremos preguntas referentes al estado de salud y bienestar de [nombre]:

¿Cómo diría Ud. Que es la salud de [nombre]:

1 Muy buena	
2 Buena	
3 Regular	
4 Mala	
5 Muy mala	

A continuación le voy a leer una lista con una serie de enfermedades o problemas de salud, ¿padece o ha padecido (...[nombre] alguna de ellas?:

	¿la ha padecido alguna vez?		¿la ha padecido en los últimos doce meses?		¿le ha dicho el médico que la padece?	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1 Alergias crónicas						
2 Diabetes						
3 Algún tipo de discapacidad						
4 Ansiedad o depresión						
5 Epilepsia						
6 Trastornos de la conducta (hiperactividad, déficit de atención, etc.)						
7 Tumores malignos, leucemias						
8 Asma						
9 Estreñimiento (habitual)						
10 Otitis y amigdalitis de repetición						
11 Enuresis (orinarse en la cama)						
12 Enfermedades digestivas crónicas (úlceras, hepatitis, celiaquía)						
13 Problemas de columna o escoliosis						
14 Otras (especificar)						

Accidentalidad y agresión

Durante los últimos doce meses, ¿ha tenido el niño o la niña algún accidente de cualquier tipo, incluido intoxicación o quemadura?:

1 Si	
2 No	

→ Pasar a la pregunta...

¿De qué tipo y cuantas veces ha tenido este tipo de accidente?:

	Si	Nº veces	No
1. Caída a desnivel (escalera, silla...)			
2. Caída a nivel del suelo			
3. Quemadura			
4. Golpe			
5. Intoxicación (excluidas alimentarias)			
6. Accidente de tráfico como pasajero/a sufriendo daños físicos			
7. Accidente de tráfico como peatón			
8. Otros			

¿Refiriéndonos al último accidente que haya tenido, ¿dónde tuvo lugar?: *(nota entrevistador/a : son mutuamente excluyentes)*

1. En casa, escaleras, portal	
2. En calle o carretera y fue acc. Tráfico	
3. En calle pero no acc. Tráfico	
4. Guardería, en la escuela, o instituto	
5. En una instalación deportiva	
6. En una zona recreativa o de ocio	
7. En otro lugar	

¿Dónde fue atendido/a como consecuencia de este accidente?: *(nota entrevistador/a: escoja la más importante, no incluye farmacia)*

1. Consultó a un/a médico/a enfermero/a	
2. Acudió a un centro de urgencias en el C. de Salud o hospital	
3. Ingresó en el hospital	
4. No fue necesario hacer ninguna consulta ni intervención	

ENCUESTA DE SALUD INFANTIL EN ASTURIAS. 2009
Cronología, metodología de trabajo y resultados

¿Qué efecto o daño produjo este accidente?: *(nota entrevistador/a: puede responder a más de una)*

1. Contusiones, hematomas, esguinces, luxaciones o heridas superficiales	
2. Fracturas o heridas profundas	
3. Envenenamiento o intoxicación	
4. Quemaduras	
5. Otros efectos	

Durante los últimos doce meses ¿ha sufrido el/la niño/a algún tipo de agresión física?:

1 Si	
2 No	

→ Pasar a la pregunta...

Refiriéndonos a la última agresión que haya tenido, ¿dónde tuvo lugar?:

1. En el hogar del menor	
2. En la calle	
3. En el edificio donde vive	
4. En la guardería, escuela o instituto	
5. En una instalación deportiva	
6. En una zona recreativa o de ocio	
7. En otro lugar	

Restricción de la actividad

Durante las dos últimas semanas, (nombre del niño.....) ¿ha tenido que reducir sus actividades habituales al menos la mitad de un día por alguno o varios dolores o síntomas?:

1 Si	1
2 No	2

→ Pasar a la pregunta...

Si, número de días: _____

Durante las dos últimas semanas, ¿se ha visto obligado el niño o la niña a quedarse más de la mitad de un día en cama por motivos de salud? (incluye los días hospitalizado/a, si los ha habido):

1 Si	
2 No	

→ Pasar a la pregunta...

Si, número de días: _____

¿Cuales han sido los dolores o síntomas que han obligado a limitar o reducir sus actividades habituales o quedarse en cama al menos la mitad de un día?:

	Actividad habitual	Guardar cama
1. Dolor de huesos, de espalda o articulaciones		
2. Problemas de nervios, depresión o dificultad para dormir		
3. Problemas de garganta, tos, catarro, gripe		
4. Dolor de cabeza		
5. Contusión, lesión o heridas		
6. Dolor de oídos, otitis		
7. Diarrea o problemas intestinales		
8. Ronchas, picor, alergias		
9. Molestias de riñón, urinarias		
10. Fiebre		
11. Problemas en dientes o encías		
12. Vómitos		
13. Dolor abdominal		
14. Crisis asmática		
15. Otros _____		

ENCUESTA DE SALUD INFANTIL EN ASTURIAS. 2009
Cronología, metodología de trabajo y resultados

Consumo de medicamentos

A continuación voy a leerle una lista de medicamentos, por favor, dígame ¿cuál o cuáles de ellos ha consumido el niño o la niña en las últimas dos semanas y cuáles de ellos fueron recetados por personal médico?:

	Consumido		Recetado	
	SI	NO	SI	NO
1. Medicinas para catarro, gripe, garganta, bronquios				
2. Medicinas para el dolor				
3. Medicinas para bajar la fiebre				
4. Reconstituyentes como vitaminas, minerales, tónicos				
5. Laxantes				
6. Antibióticos				
7. Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir				
8. Medicamentos para el asma				
9. Medicamentos para alergia				
10. Medicamentos para diarrea				
11. medicamentos para vómitos				
12. Medicamentos para diabetes				
13. Medicamentos para problemas de la piel				
14. Medicamentos para problemas de ojos				
15. Medicamentos para problemas de oído				
16. Medicamentos para adelgazar				
17. Productos homeopáticos				
18. Productos naturistas				
19. Otros medicamentos (citar)				

Tipo de aseguramiento sanitario

¿Podría decirme ahora qué tipo de seguro sanitario (público y/o privado) tiene el niño o la niña?: (Nota para el entrevistador/a: anote como máximo dos respuestas, las que el/la informante considere prioritarias).

1. Servicio Público de Salud (Tarjeta Sanitaria)	
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	

ATENCIÓN PRIMARIA

¿Cuánto tiempo hace que acudió (nombre del niño o niña...) por última vez a una consulta de atención primaria, pediatría o medicina general o le han atendido en su domicilio?:. Nos referimos, por supuesto, a una verdadera consulta, y no una petición de hora o cita, ni a la realización de una radiografía o análisis.

1 En las últimas 2 semanas	
2 De 2 a 4 semanas	
3 Entre 4 semanas y 12 meses	
4 Nunca ha ido al/a la médico/a	

→ Pase a la pregunta

En las cuatro últimas semanas, ¿cuántas veces acudió?:

Veces

→ Pase a la pregunta

¿Dónde tuvo lugar la última consulta de las 4 últimas semanas? (Pediatría o medicina general):

1 Centro de Salud/EAP	
2 Servicios de urgencias no hospitalario	
3 Servicios de urgencias hospitalarias.	
4 Consulta médico particular.	
5 Consulta médico de una sociedad (seguro médico privado)	
6 Escuela, colegio, instituto	
7 Domicilio del o la menor	
8 Otro lugar	
9 No sabe / no contesta	

ENCUESTA DE SALUD INFANTIL EN ASTURIAS. 2009
Cronología, metodología de trabajo y resultados

¿Cuál fue el motivo principal de esa última consulta?:

1 Enfermedad o problema de salud	
2 Accidente o agresión	
3 Revisión por enfermedad	
4 Control de salud (programa de atención al niño sano)	
5 Vacunación	
6 Solo dispensación de recetas	
7 Otros motivos	
8 N/C	

¿Cuántos días laborables pasaron desde que pidió cita para consulta hasta que el médico o la médica vio a... (nombre del niño o de la niña) (última consulta)?:

1 En el mismo día	
2 De 1 a 2 días	
3 De 3 a 7 días	
4 Mas de 7 días	
5 No sabe/no recuerda	
6 No contesta	

En las últimas 4 semanas ¿ha consultado (nombre del niño o de la niña) con alguno de los siguientes profesionales?:

1 Enfermero/a	
2 Fisioterapeuta	
3 Trabajador/ a social	
3 Matrón/a	
4 Ninguno	
5 N/C	

ESPECIALISTAS

Nota entrevistador/a: vamos a hablar ahora de las consultas a especialistas, ya sea de las que.. (nombre del niño o de la niña) realizó en ambulatorios o consultas externas de hospitales públicos o privados. Tenga en cuenta que no nos referimos a una consulta de pediatría en su centro de salud, ni de una consulta con un pediatra privado. Tampoco se incluirían los ingresos o urgencias hospitalarias.

¿Cuánto tiempo hace que acudió a una consulta de un médico especialista (sin incluir a dentistas) por algún problema, molestia o enfermedad de... (nombre del niño o de la niña) ?.: (no petición de cita, analítica o prueba o acompañando a otra persona).

1 Menos de 4 semanas	
2 De 1 a 3 meses	
3 Más de 3 meses y menos de 12 meses	
4 Nunca ha ido al medico/a especialista	

→ Pasar a la pregunta

En los últimos doce meses, ¿ cuántas veces acudió?:

Veces	
-------	--

→ Pasar a la pregunta

¿Dónde tuvo lugar la última consulta de las 4 últimas semanas?:

1 Ambulatorio/Centro de especialidades	
2 Consulta externa de un hospital	
3 Servicios de urgencias no hospitalario	
4 Servicios de urgencias hospitalaria	
5 Consulta médico particular	
6 Consulta médico de una sociedad (seguro médico privado)	
7 Escuela, colegio, instituto	
8 Domicilio del menor	
9 Otro lugar.	
10 No sabe / no contesta	

¿Cuál fue el motivo principal de esa última consulta?:

1 Enfermedad o problema de salud	
2 Accidente o agresión	
3 Revisión por enfermedad	
4 Vacunación	
5 Solo dispensación de recetas	
6 Otros motivos	
7 No sabe / no contesta	

ENCUESTA DE SALUD INFANTIL EN ASTURIAS. 2009
Cronología, metodología de trabajo y resultados

¿Cuál era la especialidad del médico o médica al que consultó? :

1 Alergología	
2 Aparato digestivo	
3 Cirugía general y digestiva	
4 Dermatología	
5 Endocrinología y nutrición	
6 Nefrología/Urología	
7 Oftalmología	
8 Oncología	
9 Otorrinolaringología	
10 Pediatría	
11 Psiquiatría	
12 Ginecología/obstetricia	
13 Otros	
14 No sabe/ No contesta	

En relación con... (nombre del niño o de la niña) , ¿a veces solicita en la farmacia consejos sobre.....:

1 Medicamentos	
2 Hábitos saludables (alimentación, ejercicio físico, etcétera)?	
3 Problemas de salud que se le presenten?	

Hospitalizaciones (últimos 12 meses)

Durante los últimos doce meses, ¿ha tenido que ingresar el/la niño/a en un hospital como paciente al menos durante una noche?:

1 Si	1
2 No	2

Pasar a la



¿Cuántas veces ha estado el/la niño/a hospitalizado/a en estos últimos doce meses? :

Nº de veces	
-------------	--

En relación también a este último ingreso hospitalario, ¿cuál fue el motivo del ingreso ?:

1 Intervención quirúrgica	
2 Estudio médico para diagnóstico	
3 Tratamiento médico sin intervención quirúrgica	
4 Otros motivos (citar)	

En relación con su último ingreso hospitalario, del niño/a, ¿cuál fue la forma de ingreso?:

1 Programado	
2 Urgente, por iniciativa propia	
3 Urgente, derivado desde otro servicio sanitario	

¿El/la niño/a estuvo en lista de espera por este motivo?:

1 Si	
2 No	

¿Cuánto tiempo en meses estuvo el/la niño/a en lista de espera desde que le dijeron que tenía que ingresar?

1 Menos de un mes	
2 Nº meses	
3 No recuerda	
4 No contesta	

¿A cargo de quién corrieron los gastos de su hospitalización?

1 Servicio Público de Salud (Tarjeta Sanitaria)	
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 A cargo de otras personas, organismos o instituciones	
8 No tiene seguro médico, utiliza siempre médicos privados	
9 Otras situaciones	

ENCUESTA DE SALUD INFANTIL EN ASTURIAS. 2009
Cronología, metodología de trabajo y resultados

Servicios de urgencias (últimos 12 meses) (urgencias hospitalarias y de atención primaria)

En estos últimos doce meses, ¿ha tenido el/la niño/a que utilizar algún servicio de urgencias por algún problema o enfermedad?:

1 Sí	
2 No	

Pasará a

Y en total, ¿cuántas veces tuvo que utilizar el/la niño/a un servicio de urgencias en estos doce meses?:

1 Nº veces	
2 No sabe/ no recuerda	
3 No contesta	

En qué lugar recibió la primera atención en el último episodio de la urgencia

1 En el lugar donde se encontraba (domicilio, lugar de estudio,...)	
2 En un centro o servicio de urgencias	

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?: *(nota para el entrevistador/a: si la asistencia fue inmediata anotar 00 en horas y en minutos)*

1 Minutos	
2 Horas	
3 No sabe/ no recuerda	
4 No contesta	

Y también esta última vez que utilizó un servicio de urgencias en estos doce últimos meses, ¿qué tipo de servicio utilizó en primer lugar?:

1 Hospital de la Sanidad Pública	
2 Unidad móvil de urgencias	
3 Centro no hospitalario de la Sanidad Pública (Centro de Salud,...)	
4 Servicio privado de urgencias Sanatorio, hospital o clínica privada	
6 Otro tipo de servicio (Cruz Roja,...)	

¿Por qué fue el/la niño/a a un servicio de urgencias?:

1 Porque el/la médico/a lo mando	
2 Porque sus familiares u otras personas lo consideraron oportuno	

Visitas a estomatología, dentista e higienista dental

¿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?

1 Menos de tres meses	
2 Entre tres y seis meses	
3 De seis a doce meses	
4 Más de un año	
5 Nunca ha ido	

Pasará a la pregunta...

En los últimos 12 meses ¿cuántas veces acudió al dentista, estomatólogo/a o higienista dental?:

Nº de veces	
-------------	--

La última vez que acudió el/la niño/a, ¿cuáles de los siguientes tipos de asistencia recibió?:

1 Revisión o chequeo	
2 Limpieza de boca	
3 Empastes (obturaciones), endodoncias	
4 Extracción de algún diente/muela	
5 Fundas, puentes u otro tipo de prótesis	
6 Tratamiento de las enfermedades de las encías	
7 Ortodoncia	
8 Aplicación de flúor	
9 Otro tipo de asistencia	

ENCUESTA DE SALUD INFANTIL EN ASTURIAS. 2009
Cronología, metodología de trabajo y resultados

El/la dentista, estomatólogo/a o higienista dental al/a la que consultó el/la niño/a esta última vez era de:

1.Sanidad Pública (Seguridad Social)	
2.Sociedad médica (seguro privado)	
3.Consulta o clínica privada	
4. Otros (Iguala médica,...)	

Prácticas preventivas

Higiene dental

¿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).

1.Nunca	
2.Ocasionalmente	
3.Una vez al día	
4.Dos veces al día	
5.Tres veces al día	
6.Más de tres veces al día	

Ha acudido a la última citación para la revisión del programa de salud bucodental en su Centro de Salud

1.Sí	
2.No	
3.NS/NC	

Fumar delante del niño

De las personas que viven en el domicilio de (nombre del niño o de la niña), ¿hay alguna que fuma delante de él o de ella?

1. Siempre	
2. Casi siempre	
3. Algunas veces	
4. Nunca	

Medidas de seguridad en el automóvil

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 cojinelevador, el cinturón de seguridad?

	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
1. Por ciudad				
2. Por carretera				

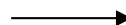
Cuando va (nombre del o de la niña) en bicicleta, ¿utiliza el casco?

	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
1. Por ciudad				
2. Por carretera				

Vacunaciones

¿Ha recibido (nombre del niño o de la niña) todas la vacunaciones correspondientes a su edad?: *(nota entrevistador/a : enseñe la tarjeta de vacunaciones vigente en Asturias)*

1. Si	1
2.No	2
3.NS/NC	3



Pasar a la pregunta...

¿Cuál es la razón de no haberlas recibido?

1. Desconocimiento	
2. No estoy de acuerdo con alguna de ellas	
3. No estoy de acuerdo con ninguna de ellas	
4 Cambio de residencia	
5.Otras	

ENCUESTA DE SALUD INFANTIL EN ASTURIAS. 2009
Cronología, metodología de trabajo y resultados

¿Ha tenido que vacunarse de la gripe común o estacional (nombre del niño o de la niña) en esta la última campaña?:

1. Si	
2. No	

PROGRAMA DEL NIÑO SANO

¿Acude a todas las revisiones periódicas que le marca su pediatra dentro del Programa del niño/a sano/a?:

1. Si	
2. No	
3.NS/NC	

Hábitos de vida

Descanso:

¿Cuántas horas duerme el (nombre del niño o de la niña ...) habitualmente? (incluyendo siesta): *(nota entrevistador/a : días de la semana de lunes a viernes)*

Nº de horas	
-------------	--

¿Tiene actualmente algún trastorno del sueño?:

1 Si	
2 No	

→ Pasar a la pregunta...

¿Qué tipo de problema tiene?.....

Ejercicio físico

¿Cuál de estas posibilidades describe mejor la frecuencia con la que el/la niño/a realiza alguna actividad física en su tiempo libre? (fuera del horario escolar): (Niños/as mayores de tres años).

1 No hace ejercicio. Su tiempo libre lo ocupa de forma casi completamente sedentaria	
2 Hace alguna actividad física o deportiva ocasional (
3 Hace actividad física, varias veces al mes	
4 Hace entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana	

Ocio

Durante la semana pasada, ¿hizo (nombre del niño o de la niña...) alguna de las siguientes actividades de ocio?. En caso afirmativo, señalar cuáles y el tiempo dedicado a cada una?: (sólo mayores de 3 años). *(nota para el entrevistador/a : puede contestar más de una)*

	Días	Horas/día
1. Actividades extra-escolares deportivas		
2. Actividades extra-escolares no deportivas (música, idiomas, pintura, etc.)		
3. Ver la televisión		
4. Leer		
5. Jugar con videojuegos, ordenador o Internet		
6. Jugar en el parque o en la calle		
7. Otra actividad de ocio especificar: _____		

Alimentación

Ha recibido el niño/a lactancia materna durante el primer año de vida. ¿Durante cuánto tiempo?:

	Tiempo	
	Sí	No
Lactancia materna exclusivamente		
Lactancia materna combinada		

Ha recibido el niño/a lactancia artificial durante el primer año de vida. ¿A qué meses comenzó?:

	A que meses comenzó	
	Sí	No
Lactancia artificial		

ENCUESTA DE SALUD INFANTIL EN ASTURIAS. 2009
Cronología, metodología de trabajo y resultados

¿Qué desayuna el/la niño/a habitualmente?: (mayores de un año.) *(nota para el entrevistador/a : puede contestar más de una)*

1. Café, leche, té, chocolate, cacao, yogur, ..	
2. Pan, tostadas, galletas, cereales, bollería, ..	
3. Fruta y/o zumo	
4. Alimentos como huevos, queso, jamón, ...	
5. Otro tipo de alimentos _____	
6. Nada, no suele desayunar	

¿Con qué frecuencia consume el/la niño/a los siguientes alimentos?:

	Diario	3 ó mas veces semana	1 ó dos veces semana	< 1 vez semana	Nunca o casi nunca
Fruta fresca	1	2	3	4	5
Carne (pollo, ternera, cerdo, cordero, ...)	1	2	3	4	5
Huevos	1	2	3	4	5
Pescado	1	2	3	4	5
Pasta, arroz, patatas	1	2	3	4	5
Pan, cereales	1	2	3	4	5
Verduras y hortalizas	1	2	3	4	5
Legumbres (garbanzos, alubias, lentejas...)	1	2	3	4	5
Embutidos y fiambres	1	2	3	4	5
Productos lácteos (leche, queso, yogur)	1	2	3	4	5
Dulces (galletas, bollería, mermeladas, ...)	1	2	3	4	5
Refrescos, bebidas con gas	1	2	3	4	5
Comida rápida y precocinada (pollo frito, bocadillos, pizzas, hamburguesas, ...)	1	2	3	4	5
Snacks o comidas saladas (barritas de chocolate, patatas fritas, ganchitos, galletitas saladas)	1	2	3	4	5
Chucherías (caramelos, chicles...)	1	2	3	4	5

¿Cuál de las siguientes comidas realiza habitualmente (nombre del niño....)?:

1. Desayuno	
2. Media mañana	
3. Comida	
4. Merienda	
5. Cena	

Durante el curso escolar, de lunes a viernes, ¿dónde se realiza la comida principal?:

1 En su casa	
2 En el colegio	
3 En casa de otro familiar	
4 En otro lugar	

¿Qué bebida toma habitualmente en la comida?: *(nota para el entrevistador/a : solo puede contestar una)*

1 Agua	
2 Leche	
3 Refrescos	
4 Zumos	
5 Otras	

En el momento actual, ¿sigue el/la niño/a alguna dieta o régimen especial?

1 Si	
2 No	

→ Pasar a la pregunta...

¿Cuál es la razón principal por la que el/la niño/a sigue esta dieta o régimen especial?:

1 Para perder peso	
2 Para mantener su peso actual	
3 Para vivir más saludablemente	
4 Por una enfermedad o problema de salud	
5 Para ganar peso	
6 Otros motivos	

ENCUESTA DE SALUD INFANTIL EN ASTURIAS. 2009
Cronología, metodología de trabajo y resultados

Discriminación

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, religión o discapacidad?:

1 Si	<input type="checkbox"/>
2 No	<input type="checkbox"/>

→ Pasar a la pregunta...

Indique, para cada una de las siguientes situaciones, si en el último año el/la niño/a se ha sentido discriminado/a, las causas.

		Por sexo	Por etnia o país	Por clase social	Por religión	Por discapacidad
En el colegio	Si					
	No					
Al recibir asistencia sanitaria	Si					
	No					
En un sitio público incluido la calle	Si					
	No					

Calidad de vida

¿ Con qué frecuencia diría usted que (nombre del niño o de la niña...) se ha sentido en los últimos siete días : (niños/as de 6 años o más). (nota para el entrevistador/a :Por favor conteste las preguntas pensando en qué contestaría el niño o la niña, procure dar las respuestas que daría él o ella).

Últimos siete días					
	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
01. ... se ha sentido bien y en forma?	1	2	3	4	5
02. ... se ha sentido lleno/a de energía?	1	2	3	4	5
03. ... se ha sentido triste?	1	2	3	4	5
04. ... se ha sentido solo/a?	1	2	3	4	5
05. ... ha tenido suficiente tiempo para él o ella?	1	2	3	4	5
06. ... ha podido elegir qué hacer en su tiempo libre?	1	2	3	4	5
07. ... sus padres le han tratado de forma justa?	1	2	3	4	5
08. ... se ha divertido con sus amigos o amigas?	1	2	3	4	5
09. ... le ha ido bien en el colegio?	1	2	3	4	5
10. ... ha podido poner atención?	1	2	3	4	5

Características personales y limitaciones para realizar las actividades diarias

Peso y talla

¿Podría decirme cuánto pesa el/la niño/a, aproximadamente, sin zapatos ni ropa?
Y cuánto mide, aproximadamente, sin zapatos?:

		No sabe	No recuerda
Altura (cm)			
Peso (KG)			

ENCUESTA DE SALUD INFANTIL EN ASTURIAS. 2009
Cronología, metodología de trabajo y resultados

Diría que el peso (nombre del niño o de la niña..) en relación a su estatura está:

1 Por encima del peso	
2 En su peso	
3 Menos de su peso	

Limitaciones para realizar las actividades diarias

Durante al menos los últimos seis meses ¿en qué medida se ha visto (nombre del niño/a...) limitado/a debido a un problema de salud para realizar las actividades que los niños/as habitualmente hacen?:

1 Gravemente limitado	
2 Limitado/a pero no gravemente	
3 Nada limitado/a	

¿Qué tipo de problema es la causa de su nombre del niño realiza...)

1 Físico	
2 Mental	
3 Ambos	

dificultad para realizar las actividades que (

¿Necesita algún tipo de ayuda para?: *Entrevistador/a: léale a la persona entrevistada las situaciones que se relacionan una a una anotando la respuesta que proceda. Para cada situación se debe elegir la columna que le corresponda. Las ayudas pueden ser tanto humanas como aparatos o instrumentos: gafas, audífonos bastón. Se exceptúan los casos de bebés que por su edad, no pueden realizar algunas de las actividades propuestas*

	Puedo hacerlo sin ayuda	Puedo hacerlo con ayuda	No puedo hacerlo de ninguna manera
1 Ver	1	2	3
2 Oír	1	2	3
3 Comunicarme	1	2	3
4 Desplazarme	1	2	3
5 Utilizar brazos y manos	1	2	3
6 Desplazarme fuera del hogar	1	2	3
7 Cuidarme a mi mismo/a	1	2	3
8 Leer o escribir			
9 Realizar tareas del hogar	1	2	3
10 Relacionarme con otras personas	1	2	3
11 Aprender, aplicar conocimientos, y desarrollar temas	1	2	3

Tiene reconocido (nombre del niño o niña...) incapacidad:

1 Sí	
2 No	

algún grado de minusvalía por alguna

SALUD MENTAL

92.- A continuación le haremos unas preguntas sobre el comportamiento de [...nombre del niño o de la niña] durante los últimos SEIS meses. Responda sí no es cierto, si es un tanto cierto, o es absolutamente cierto dependiendo de cómo se ajusta al comportamiento de ... (nombre del niño o de la niña) durante los últimos seis meses el/la niño/a (SOLO PARA NIÑOS DE 4 AÑOS Y MÁS):

	No es cierto	Es más o menos cierto	Es absolutamente cierto
1. Tiene en cuenta o respeta los sentimientos de otras personas	1	1	1
2. Es inquieto/a, hiperactivo/a, no puede estar quieto/a durante mucho tiempo	2	2	2
3. Se queja con frecuencia de dolor de cabeza, de estómago o de náuseas	3	3	3
4. Comparte enseguida con otros/as niños/as (caramelos, juguetes, etc)	4	4	4
5. Tiene a menudo ataques de nervios o es irascible	5	5	5
6. Es más bien solitario/a y tiende a jugar solo/a	6	6	6
7. Generalmente es obediente, suele hacer lo que los adultos le piden	7	7	7
8. Tiene muchas preocupaciones, a veces parece preocupado	8	8	8
9. Ayuda cuando alguien se hace daño o se encuentra mal	9	9	9
10. Está moviéndose continuamente, da tumbos sin parar	10	10	10
11. Tiene como mínimo un/a buen/a amigo/a	11	11	11
12. Se pelea con frecuencia con otros/as niños/as o los/las amenaza	12	12	12
13. A menudo es infeliz, está triste o con ganas de llorar	13	13	13
14. En general, es querido/a por otros/as niños/as	14	14	14
15. Se distrae con facilidad, no se concentra	15	15	15
16. Se pone nervioso/a en situaciones nuevas, pierde fácilmente la confianza en sí mismo/a	16	16	16
17. Es amable con niños/as más pequeños/as	17	17	17
18. A menudo miente o engaña	18	18	18
19. Es amenazado/a o molestado/a por otros/as niños/as	19	19	19
20. A menudo se ofrece a ayudar (a padres/madres, a profesores/as, a otros/as niños/as)	20	20	20

ENCUESTA DE SALUD INFANTIL EN ASTURIAS. 2009
Cronología, metodología de trabajo y resultados

21. Piensa antes de actuar	21	21	21
22. Roba cosas de casa, de la escuela o de otros sitios	22	22	22
23. Se comporta mejor con adultos que con otros/as niños/as	23	23	23
24. Tiene muchos miedos, se asusta fácilmente	24	24	24
25. Acaba lo que comienza, tiene buena concentración	25	25	25

DATOS DE CONTROL DE LA ENCUESTA:

Entrevistador/a: rellenar estas preguntas una vez finalizada la encuesta y tras haber agradecido y despedido.

A ¿Cómo fue la disposición del entrevistado a contestar?	B ¿Qué grado de interés mostró el entrevistado en lo que se le preguntaba?
1 Muy buena	1 Mucho
2 Buena	2 Bastante
3 Mala	3 Poco
4 Muy mala	4 Ninguno

¿Querría que le enviáramos documentación con los resultados de la encuesta? Sí___ No___

Si es así, ¿podría facilitarnos el nombre y dirección a la que quiere que se la remitamos?

Nombre.....
Dirección.....

LA ENTREVISTA HA TERMINADO, MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.