Universidad Zaragoza
1542

Trabajo Fin de Máster

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CUIDADOS INFANTILES Y TABAQUISMO EN LAS FAMILIAS DE LOS NIÑOS ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR DE ZARAGOZA.

Autor

Santiago Trueba Insa

Director/es

-Isabel Nerín de la Puerta.

-Pilar Samper Villagrasa.

Universidad de Zaragoza
2015

RESUMEN:

Objetivos:El entorno de un niño es crucial en su desarrollo. Se pretende estudiar las características socioculturales,de cuidados y de tabaquismo de los niños atendidos en el Centro de Salud Delicias Sur.

Métodos. Se trata de un estudio descriptivo. Variables: datos sociodemográficos de la familia, datos sociolaborales de los progenitores, cuidados de la infancia, tabaquismo pasivo en el niño. Se realizó análisis univariante, bivariante y multivariante.

Resultados: Se estudiaron 203 menores de 14 años. El 49,8% de las madres y el 47,8% de los padres tenían origen extranjero. La edad de los progenitores, nivel de estudios, situación laboral, presencia de lactancia materna, vacunación contra el neumococo y asistencia a guardería mostraron diferencias estadísticamente significativas para el origen europeo occidental. 43,35% de los niños presentaba tabaquismo pasivo en el domicilio, siendo más frecuente en padres (33,52 %) que en madres (21,21%). El 26,7% de las europeas fumaban frente al 14,3% de origen extranjero. En padres europeos, la media de cigarrillos diarios fue de 15,87% (IC 95% 11,99-19,75) y en los de origen extranjero 9% (IC 95% 5,37-12,63). El tabaquismo y el nivel de estudios presentaron una relación inversa. Un 14,3% de las madres fumaron durante la gestación, exisitiendo relación significativa para fumar un año después del parto y para un menor mantenimiento de la lactancia materna.

Conclusiones: La inmigración afecta a diversos factores del entorno infantil, incluyéndose el tabaquismo pasivo. De forma general, los inmigrantes presentan una menor presencia de tabaquismo, especialmente las madres. Desde 2004 se ha visto una reducción del tabaquismo en los progenitores de los niños atendidos en el Centro de Salud Delicias Sur, especialmente importante en el grupo de las madres.

Palabras clave: Tabaquismo pasivo. Niño. Lactante. Migración internacional.

SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTIC, BREEDING AND SMOKING OF CHILDREN´S FAMILIES ATTENDED PRIMARY HEALTH CLINICS DELICIAS SUR

Objectives: The child´s environement is essential in their development.The goal of this study is to analyze the socio-cultural characteristics, breeding and smoking of children´s families attended primary health clinics Delicias Sur.

Methods: 203 children under 14 years old were studied. A descriptive study was conducted. Variables: family´s sociodemographic characteristics, social and labor data of parents, breeding of children, second hand smoking in children. Univariate, bivariate

and multivariate analysis were done.

Results:49.8% of mothers and 47.8% of fathers were foreign-born. The parental age, education level, employment status, presence of breastfeeding, pneumococcus vaccination and kindergarten attendance showed statistically significant differences Western European origin. 43.35% of the children were exposed to secondhand tobacco smoke , being more common in fathers (33.52%) than in mothers (21.21%). 26.7% of European smokers compared to 14.3% of foreign origin. In European fathers, cigarettes daily average was 15.87% (95% CI 11.99 to 19.75) and the foreign origin of 9% (95% CI 5.37 to 12.63). Smoking and education level showed an inverse relationship. 14.3% of mothers smoked during pregnancy, wich showed significant relation to smoking a year after delivery and reduced maintenance of breastfeeding.

Conclusions:Immigration affects various factors of child environment, including second hand smoking. In general, immigrants have a lower presence of smoking, especially mothers. Since 2004 there has been a smoking reduction in parents of children treated at the Health Center South Delicias, especially important in the group of mothers.

Keywords:Tobacco Smoke Pollution. Infant. Child. Emmigration and Immigration.

Facultad de Medicina
Universidad Zaragoza

ANEXO II:

INFORME / EVALUACIÓN DEL DIRECTOR

ALUMNO Trueba Insa, Santiago

TÍTULO DEL TRABAJO: Estudio de la exposición tabáquica en los niños atendidos entre enero y julio de 2015 en el Centro de Salud Delicias Sur.

Fecha de Presentación / Depósito (Sello): Septiembre de 2015

DIRECTOR (-ES) (Departamento):
Profª Pilar Samper. (Dpto. de Pediatria, Radiología y Medicina Fisica)

Profª Dra. Isabel Nerín. (Dpto. de Medicina, Psiquiatría y Dermatología)

INFORME

El alumno Santiago Trueba Insa ha realizado el trabajo de investigación "Estudio de la exposición tabáquica en los niños atendidos entre enero y julio de 2015 en el Centro de Salud Delicias Sur" con un buen grado de cumplimiento. Desde el principio el almuno ha mostrado una participación activa en todas las fases del proceso de investigación, desde el planteamiento de la pregunta a investigar, la busqueda bibliografica y el diseño del estudio. Ademas ha mostrado una excelente disponibilidad para realizar el trabajo de campo que ha llevado a cabo en el Centro de Salud Delicias Sur. Durante todo el tiempo que ha desarrollado su trabajo de fin de master ha mostrado interés y muy buena disposición para realizar todas las tareas que se le han planteado. Como resultado de su trabajo de fin de master, el alumno está trabajando en la actualidad en el analisis final de los datos obtenidos con el objetivo final de realizar una publicación con los resultados de su investigación.

Fecha: 27 de Mayo de 2015

Fdo.: Dra Isabel Nerin

unizar.es

DOMINGO MIRAL, S/N • 50009 ZARAGOZA •
TELF.: 976761757 • FAX: 976761664 •

ÍNDICE

- 1Introducción.....1

-1.1Definición de tabaquismo pasivo.....1

-1.2 Consecuencias del tabaquismo pasivo en las etapas de la vida……..2

-1.2.1 Tabaquismo durante la gestación.....2

-1.2.2 Tabaquismo y lactancia materna.....3

-1.2.3 Tabaquismo pasivo en la infancia y en la adolescencia.....3

-1.3 Antecedentes y justificación.....4

-1.3.1 Situación del tabaquismo en España.....4

-1.3.2. Exposición al humo del tabaco en niños.....5

-1.3.3 Tabaquismo durante la gestación.....5

-1.3.4 Tabaquismo, situación laboral y nivel socioeconómico.....6

-1.3.5 Tabaquismo y nivel de estudios.....7

-1.3.6 Tabaquismo e inmigración.....8

-1.3.7 Tabaquismo y lactancia materna.....9

-1.3.8 Evolución de la legislación del tabaco en últimos años……....10

-1.3.9 Evolución del tabaquismo en España del 2004 al 2015.....11

-2 Objetivos.....13

-2.1. Objetivo principal.....13

-2.2. Objetivos secundarios.....13

-3 Material y métodos.....14

-4. Resultados.....18

-5. Discusión.....41

- 5.1.Factores sociodemográficos de la muestra.....41

- 5.2. Características de los cuidados del niño.....43

-5.3. Tabaquismo en la familia e influencia sobre el entorno del niño.....44

-5.4.Comparación del estudio actual con estudio previo (2004).....47

-5.5. Posibles nuevos campos de investigación.....50

-5.6. Limitaciones del estudio.....50

-6. Conclusiones.....52

-7. Bibliografía y referencias.....53

-8. Apéndices y anexos.....57

-8.1 Anexo I: Consentimiento informado.....58

-8.2 Anexo II: Encuesta.....59

1.INTRODUCCIÓN

“Los primeros años de vida son cruciales en el influjo de una serie de resultados sociales y de salud a lo largo del ciclo vital. Hoy en día, los estudios revelan que muchos de los desafíos afrontados por la población adulta (problemas de salud mental, obesidad/ retardo en el desarrollo, enfermedades cardíacas, criminalidad, habilidad numérica y de lecto-escritura) tienen sus raíces en la primera infancia” [1] . El entorno familiar es uno de los factores más importantes involucrados en el desarrollo de la persona y configura la formación de su futuro y de su salud. El contexto familiar abarca un amplio abanico de áreas; como la económica, social, cultural, educacional, sanitaria... Dichas áreas presentan a su vez, interacción entre sí , siendo una estructura dinámica.

En relación a los comportamientos relacionados con la salud; el consumo de tabaco en la familia juega un papel importante en el desarrollo del niño. Esto es por su potencial efecto en los diferentes estadios, tanto en su etapa prenatal (como tabaquismo activo o pasivo de la madre durante la gestación) como en su etapa postnatal (como tabaquismo pasivo).

1.1 Definición de tabaquismo pasivo

En la 53ª Asamblea Mundial de la Salud, la OMS define el “tabaquismo pasivo”, “ exposición al humo de tabaco ambiental” o “tabaquismo involuntario” como:“ la inhalación involuntaria de una mezcla del humo producido directamente por la combustión del tabaco con el humo exhalado por los fumadores”.Añadiendo que “esta mezcla contiene numerosos compuestos que son farmacológicamente activos, tóxicos, mutágenos o carcinógenos y sumamente irritantes”[2].

La exposición ambiental al humo del tabaco puede reproducir en el no fumador la situación del fumador activo que consume 4-10 cigarrillos. Esto es debido a que el humo que aspira el fumador pasivo o involuntario contiene una concentración de determinados componentes tóxicos muy superior a la del humo que aspira el fumador directamente del cigarrillo. De esta forma, se ha comprobado que los niveles de nicotina y de alquitrán en el humo exhalado del fumador son tres veces superiores a los del humo inhalado, y la concentración de monóxido de carbono (CO) alrededor de cinco veces superior. Por otro lado, el humo del tabaco incluye irritantes y tóxicos sistémicos, como cianhídrico, dióxido de azufre, CO, amoníaco y formaldehído. [3]

1.2 Consecuencias del tabaquismo pasivo en las diferentes etapas de la vida.

En la bibliografía, es fácil encontrar numerosos estudios que relacionan el tabaquismo pasivo con una mayor morbi-mortalidad; de hecho la exposición al tabaquismo pasivo se considera que es la tercera causa de muerte evitable en España. No hay datos específicos disponibles, pero se estima que el tabaquismo pasivo causa 1,200-3,500 muertes anuales en España y se relaciona con diversas enfermedades, como el cáncer de pulmón, enfermedades cardiovasculares, infecciones del tracto respiratorio inferior y exacerbaciones agudas de enfermedades respiratorias como asma y EPOC [4]

1.2.1 Tabaquismo durante la gestación

Durante la gestación, la exposición al humo del tabaco tanto en madres fumadoras activas como pasivas, produce efectos en el feto. Esto se debe a que se producen respuestas orgánicas mensurables debidas al paso a través de la placenta de distintos compuestos del humo del tabaco, siendo los fetos de mujeres fumadoras pasivas equiparables a los de fumadoras activas de un consumo medio de 4-6 cigarrillos/día [3]. Se ha llegado a comprobar incluso, que los niveles de cotinina (metabolito de la nicotina) del feto pueden alcanzar hasta un 90% de los maternos durante el embarazo [5]. Esta circunstancia se ha denominado “fumador terciario intrauterino” [6].

La exposición al tabaco de forma activa y al humo ambiental de tabaco en los hogares y en el entorno laboral tiene efectos perjudiciales sobre la salud de la madre y del feto [7]. El conjunto de alteraciones presentes en los fetos de madres fumadoras se ha denominado «síndrome del tabaco fetal», que incluye: bajo peso al nacer (125-250 g menos que los hijos de madres no fumadoras [3]) , aumento del riesgo de complicaciones obstétricas, embarazo ectópico, alteración de las pruebas funcionales respiratorias (con vías respiratorias de menor calibre [8]) , endocrinas, mutaciones en distintos tipos celulares, mayor riesgo de cáncer en los niños e incremento de la mortalidad perinatal [6]. Además se ha demostrado que el tabaquismo activo de la madre aumenta las probabilidades de tener un hijo con labio o paladar leporino, cólico del lactante y enfermedad meningocócica durante los primeros años de la vida [9]; así como un riesgo tres veces superior de muerte súbita del lactante en madres fumadoras durante la gestación en comparación con madres no fumadoras [10]. En el caso de las madres gestantes fumadoras pasivas, que como se ha mencionado,

presentan consecuencias fisiológicas de la exposición al humo del tabaco superponibles a las madres fumadoras activas; llegándose a asociar el consumo de tabaco del padre o pareja a una disminución media de 88 gramos de peso de los recién nacidos al nacer en comparación con madres no fumadoras [7].

1.2.2 Tabaquismo y lactancia materna

En el ámbito de la lactancia materna, se ha demostrado que el tabaco también juega un papel importante. Se ha relacionado la presencia de tabaquismo activo por la madre con la ausencia de instauración de la lactancia materna, así como con una menor duración de esta [11]. Hay diversas teorías para este hecho, habiéndose señalado que las mujeres fumadoras presentarían menor concentración de prolactina y menor liberación de la misma por la hipófisis, que los hijos de madres fumadoras al presentar menor peso al nacer presentan más problemas con la instauración de la lactancia materna y que las diferencias entre fumadoras y no fumadoras se debe a factores psicosociales [12, 13](como, por ejemplo , una relación entre presencia de tabaquismo con un menor nivel socioeconómico y una menor protección de la lactancia materna; o un menor nivel educativo y un abandono de la lactancia materna al no saber resolver los problemas de esta[14]). Conectando con lo anterior, se ha relacionado el cese del hábito tabáquico con un aumento de la duración de la lactancia [15].

Con respecto a la leche de la lactancia materna se ha postulado que el hecho de que las madres fumadoras produzcan menor cantidad de leche y con menor contenido de grasa lo que condiciona que los hijos de fumadoras ganen menos peso que los de las no fumadoras, lo que provoca un retraso en el desarrollo estatoponderal del lactante [14] .Además dicha leche cuenta con la presencia de sustancias tóxicas del tabaco que pueden provocar una disminución de la biodisponibilidad de los nutrientes esenciales, como el zinc [16].

1.2.3 Tabaquismo pasivo en la infancia y adolescencia

Según algunos estudios los niños de padres y madres que fuman inhalan nicotina en cantidad equivalente a un tabaquismo activo de 60-150 cigarrillos/año [3]. Por ello, es fácil entender un mayor riesgo de patologías relacionadas con el tabaquismo en niños fumadores pasivos. El tabaco presenta toxicidad directa sobre el tracto respiratorio, provocando una alteración del sistema inmune y de la pared bronquial que predispone la aparición de infecciones, alergias y corticorresistencia [8]. Más

concretamente a nivel neumológico [6], el tabaquismo pasivo se relaciona con enfermedades agudas del tracto respiratorio (laringotraqueítis, bronquitis, neumonía, asma...), síntomas respiratorios inespecíficos (tos, esputos, sibilancias, etc.) y enfermedades agudas otorrinolaringológicas (sinusitis, rinitis, otitis, principalmente en niños menores de 2 años [9]...). Además, se ha visto relación con una mayor frecuencia de procesos tumorales en niños, enfermedades alérgicas [17] (dermatitis, alergias alimentarias , rinitis alérgica...) y muerte súbita del lactante. En el ámbito del desarrollo estaturo-ponderal , el tabaquismo pasivo se ha relacionado con bajo peso al nacer [18] , menor incremento de peso en neonatos y defectos persistentes en la altura del niño, comprobables incluso en la adolescencia [14, 19]. Por último, se ha relacionado la presencia de fumadores en el domicilio con un mayor riesgo de presentar tabaquismo activo durante la adolescencia [20]

Son fundamentalmente los niños, y en especial los de edades más tempranas (los menores de 18 meses), los más afectados por el tabaquismo pasivo, dado que, por un lado, no pueden evitar la exposición al tabaco, ya que pasan la mayor parte del día en casa, en donde los padres fuman, y a que por otro lado tienen un aparato respiratorio todavía inmaduro y no se encuentran suficientemente desarrollados los mecanismos de defensa de éste [21]. En diversos estudios, se ha relacionado una asociación mas fuerte del tabaquismo materno durante la infancia, en comparación con la exposición del padre u otro residente del domicilio [8,22].Esto puede explicarse por el efecto del consumo de tabaco durante el período de la lactancia materna y el hecho que los niños en edad preescolar pasan más tiempo con su madre y, por lo tanto, son más susceptibles a la efectos nocivos del humo de tabaco [14].

1.3 Antecedentes y justificación.

El tabaquismo constituye un importante problema de salud pública no sólo a nivel nacional, sino a nivel mundial; siendo de hecho la principal causa prevenible de mortalidad a nivel mundial y un importante factor de riesgo para numerosas enfermedades [20]. De esta forma, se le ha dado nombre de “epidemia del tabaco”, identificándose incluso fases de prevalencia comparables a otras epidemias [23]. La prevalencia de tabaquismo difiere entre comunidades de individuos y países , existiendo evidencia empírica de una serie de factores que son predictivos de fumar: el ingreso familiar y nivel educativo, las políticas de control del tabaco (como los impuestos, prohibiciones de fumar, y la prohibición de publicidad), las características de personalidad del individuo, el sexo, el origen étnico, las prácticas en la crianza de los hijos , la exposición mediática y las tasas de tabaquismo en el entorno social

inmediato [24].

1,3,1 Situación del tabaquismo en España.

Según la Encuesta Nacional de Salud de España 2011, última encuesta a gran escala realizada a nivel nacional sobre indicadores de salud, la prevalencia de fumadores es en 2011 del 27% en personas mayores de 15 años. [25]. El 24,0% de la población de 15 y más años afirma que fuma a diario, el 3,1% es fumador ocasional, el 19,6% se declara exfumador y el 53,5% nunca ha fumado. Por sexo, el porcentaje de fumadores es del 27,9% en hombres y del 20,2% en mujeres; aunque el hábito tabáquico en los jóvenes entre 15 y 24 años afecta al 21,7%, sin gran diferencia por sexo (22,5% de los hombres frente al 21,0% de las mujeres). [25,26]. De esta forma, se puede comprobar como en España el tabaquismo sigue siendo un problema de gran prevalencia, afectando, en su forma activa, a más de la cuarta parte de la población.

Con respecto al uso de los cigarrillos electrónicos (e-cigs), en España es reciente y se ha visto aumentado principalmente desde 2013, cuando se han abierto una serie de comercios especializados en e-*cigs* en las principales ciudades del país. Su uso se ha extendido entre fumadores que pretenden dejar de fumar, como método puente, o como sustitución al cigarrillo tradicional, por las empresas publicitarias de ser menos dañinos que el cigarrillo convencional. [27]

1,3,2 Exposición al humo del tabaco en niños.

Cuando hay un conviviente o familiar fumador el niño puede recibir el humo del tabaco de forma pasiva, siendo el domicilio y el coche los principales espacios con contaminación [28]. Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2011, el 12,8% de los niños españoles está expuesto al humo ambiental del tabaco en su casa. Estos datos se relacionan con el cuidador principal, que en la mayoría de las ocasiones son las madres.[7] En un estudio transversal realizado en 2013 en Galicia mediante el cuestionario internacional ISAAC(International Study of Asthma and Allergies in Childhood) a 10.314 niños y 10.453 adolescentes, se encontró que mas del 51% de los niños y adolescentes estaban expuestos al humo del tabaco en sus hogares. 4. Dichas diferencias se deben a que en este último estudio no se tuvo en cuenta el hábito tabáquico del cuidador principal, si no el de todos los convivientes. Esto nos da idea del otro problema asociado al consumo de tabaco, que es el gran número de personas a las que forma en su forma pasiva. Como se ha visto, esto

puede acarrear problemas de salud asociados no sólo por su gravedad, sino por la cantidad de población afectada.

1,3,3 Tabaquismo durante la gestación.

Según los últimos datos de 2011 el 31,9% de las mujeres con edades comprendidas entre 25 y 44 años fuma a diario, intervalo de edad en el cual se acumulan las mayores tasas de fertilidad. Los datos publicados sobre prevalencia del tabaquismo en las embarazadas en nuestro país oscilan entre el 22% y el 32%, y muestran un alto porcentaje de abandono espontáneo al comienzo de la gestación [7]

Dada la preocupación por la salud del futuro recién nacido, el embarazo es un momento en que las mujeres se plantean cambiar algunos hábitos de vida y reducir el consumo de sustancias nocivas, como por ejemplo el tabaco [7]. De hecho se ha visto una tendencia en las últimas décadas de una disminución de mujeres fumadoras durante la gestación, más acentuada en el grupo entre 30 y 34 años 90. No obstante, un 90% de las mujeres que fuma durante el embarazo continúa haciéndolo en los 5 años posteriores [3] y según algunos estudios, la prevalencia de tabaquismo durante el siguiente año al parto en mujeres que han fumado durante el embarazo es cercana al 100%. [3]

Los estudios realizados hasta ahora asocian el consumo de tabaco durante la gestación con una serie de factores, como son menor nivel económico, multiparidad, estar sin pareja o tener pareja fumadora, menor nivel educativo, fumar más cigarrillos al día antes del embarazo, y no creer que el tabaco afecte a la salud de la madre o del niño. [29]

Jiménez-Muro A et al. propusieron en su estudio [7] otros factores de riesgo como es la dependencia física, la percepción de riesgo, vivir en un ambiente familiar con humo de tabaco y el hecho de ser española (en contraposición con ser inmigrante extranjera) debido a la mayor prevalencia de tabaquismo en dicha población (21,9% frente a 8,7% en inmigrantes). Sin embargo, observó como las mujeres embarazadas inmigrantes están más expuestas al humo del tabaco de forma pasiva debido a convivir en el domicilio con mayor número de fumadores, los cuales además fuman más dentro de casa, estar más horas al día expuestas, evitan menos lugares con humo ambiental y trabajan más en hostelería.

Por todo lo anterior, se aprecia que, a pesar de existir un cese del tabaquismo al inicio de la gestación, el tabaquismo de forma activa y pasiva durante esta etapa es prevalente en la sociedad, siendo por lo tanto un importante problema de salud

pública; afectando no sólo a la madre, si no también al futuro hijo.

1,3,4 Tabaquismo, situación laboral y nivel socioeconómico.

La situación socioeconómica de la familia es un factor que influye en muchos ámbitos de la vida de un niño; uno de ellos es el ámbito sanitario. Es ampliamente reconocido que la posición social de las la familia está estrechamente relacionada con los factores de riesgo de salud a los que un niño está expuesto ya incluso desde su inicio,al modificar las condiciones de vida de su madre y los hábitos de salud durante su embarazo.[9, 30].

Se ha visto relación entre estar en grupos socioeconómicos más bajos y una menor duración de la lactancia, un menor conocimiento de estilos de vida favorables y un peor apoyo social; lo que se relaciona con una mayor morbilidad del niño y con una mayor atención sanitaria [9, 30]. También se ha relacionado, de forma consistente y en numerosos estudios, un menor nivel socioenconómico con una mayor presencia de tabaquismo en el domicilio (padres o convivientes fumadores) [14, 20, 23, 31]; lo que a su vez puede influir a otros convivientes, y al propio niño, a iniciarse o continuar con el hábito tabáquico.

En relación con los conocimientos de estilo de vida favorables, se ha propuesto que los grupos desfavorecidos pueden presentar diferencias en su capacidad para acceder, procesar y actuar ante información sobre salud, al adquirir esta información más lentamente que la población de mayor nivel socioeconómico [32]. Esto puede hacer que los grupos con menos recursos económicos tiendan a captar peor los mensajes de salud relacionados con el tabaquismo, lo que podría relacionarse, en parte, con el aumento de prevalencia de comportamientos poco saludables, como el tabaquismo, en dicha población.

En algunas poblaciones, como las de adolescentes, se han visto datos contradictorios a los anteriores, observándose mayor prevalencia de tabaquismo en adolescentes de niveles económicos superiores [24]. La explicación dada por los autores es que la presencia de mayores ingresos en dicha población da como resultado la posibilidad de realizar más gastos adicionales, como son la compra de cigarrillos; encontrando relación inversa entre el precio del tabaco en las tiendas circundantes a los institutos y el hábito tabáquico de los adolescentes.

En definitiva, hay una fuerte conexión entre el nivel socioeconómico de la familia y la presencia de tabaquismo pasivo en el niño. Por esto, diversos estudios llegan a aconsejar realizar medidas de salud pública específicas para estos grupos de

población [33,34]. Se hace patente la necesidad de investigar más este aspecto en estudios como el actual.

1,3,5 Tabaquismo y nivel de estudios.

El nivel educacional de los progenitores constituye un aspecto muy influyente en la crianza del niño. Esto se debe a que el nivel de conocimientos de los padres está directamente relacionado con su comportamiento con el niño, la toma de decisiones, los conocimientos transmitidos... El tabaquismo se halla relacionado directamente con el nivel educacional, existiendo evidencia de una relación inversa entre estos dos incluso cuando se estratifican por variables confusoras (inmigración, nivel socioeconómico...) [9,11, 23] .

Un estudio realizado en 2011 en Suecia [9] , reveló al inicio que los niños con madres con menor nivel educacional eran expuestos a más riesgos para su salud, presentaban menos medidas de promoción de la salud , presentaban un peor apoyo social y tenían una mayor consumo de atención médica que los niños cuyos madres tenían niveles más altos de educación. En cambio, después del ajuste para los factores de comportamiento de los padres (tabaquismo materno durante el embarazo, tabaquismo pasivo durante primeras 4 semanas de vida y la lactancia materna exclusiva <4 meses), el exceso de probabilidades de las visitas al médico y la atención en el hospital entre los niños con madres menos educadas se redujeron y se convirtió en estadísticamente no significativa. Por lo tanto, el tabaco es en sí un factor de confusión relacionado con el nivel socioeconómico y los cuidados al niño. Debido a esta relación entre nivel educativo y tabaquismo, es interesante la investigación entre ambas variables .en estudios como el actual.

1,3,6 Tabaquismo e inmigración.

Aunque el tamaño de la población inmigrante en España ha descendido recientemente por razones vinculadas a la actual crisis económica,en el año 2007 había más de 2 millones de hogares en los que uno o más de sus miembros había nacido fuera de nuestro país [35] . Al igual que otros países del sur de Europa como Portugal, Italia y Grecia, ha tenido un crecimiento del 10,6% de la población total desde 2005 a 2012. De todas formas, dado el gran número de inmigrantes en España resulta llamativa la escasa información disponible sobre su estado de salud ,tanto desde una perspectiva clínica como de salud pública [36].

La inmigración tiene un papel muy relevante en la crianza del niño al influir sobre los estilos de vida relacionados con la salud; los cuales están influidos por factores sociodemográficos, educativos y culturales, religiosos, económicos...Dado que la población inmigrante experimenta una transición cultural y económica al pasar del país de origen al de la última residencia, sus estilos de vida pueden cambiar progresivamente a lo largo de dicha transición y no reflejan las conductas de la población autóctona de ninguno de los dos países [35]. Así, puede hablarse de la teoría de la "asimilación segmentada" [37], la cual afirma que aunque los inmigrantes toman algunos valores y comportamientos de la cultura de acogida, pueden también mantener una fuerte identidad étnica; siendo probable que a las normas relativas a temas públicos o funcionales se adapten fácilmente mientras su ámbito privado y sus valores sociales son más resistentes a los cambios; pudiendo transmitirse dichos rasgos a generaciones posteriores.

La población inmigrante se compone de personas jóvenes, con pocos problemas de salud en comparación con el conjunto de la población autóctona; lo que se llama efecto del "inmigrante sano" [7] y con condiciones de vida usualmente diferentes a las de la población autóctona (mayor número de habitantes por domicilio, trabajos con más exposición a contaminantes, mayor tiempo de permanencia en el domicilio de la mujer, menor conocimiento sobre riesgos para la salud por menores políticas sanitarias en países de origen...). Diversos estudios sobre estilos de vida y determinantes de salud se han ocupado sobre todo del consumo de tabaco, alcohol y drogas y demuestran la existencia de hábitos diferenciados entre la población autóctona y extranjera, destacándose la mayor prevalencia de determinantes de salud perjudiciales [38]. Por otro lado, el país de origen del inmigrante, suele estar en un estadío inicial en la "epidemia del tabaco", con tasas de crecimiento del tabaquismo, en contraste con el del país de residencia final donde puede encontrarse en una etapa tardía, donde se ve descenso de la prevalencia de tabaquismo [23]. Como se intuye de todo esto, el tabaquismo puede expresarse de una forma particular en dichas poblaciones e incluso dejarse influir de una manera diferente por las políticas antitabaco [17, 39].

En un estudio realizado por Bosdriesz JR en 2013 [37] donde se medía el tabaquismo en inmigrantes a Estados Unidos, se observó: cómo la prevalencia del tabaquismo entre los inmigrantes fue consistentemente menor que en el grupo nacido en Estados Unidos como en comparación con el país de origen (posiblemente por el efecto llamado "inmigrante sano"), cómo la diferencia de tabaquismo según el género era menor todos los grupos de migrantes que en los países de origen, a expensas de

la baja prevalencia de tabaquismo del varón (más que de un aumento del tabaquismo por las mujeres [40]) y cómo la prevalencia del tabaquismo para los inmigrantes de mayor nivel de educación era similar al del homólogo estadounidense.

No se puede generalizar el comportamiento de la población inmigrante con respecto al tabaco, demostrándose cómo este puede variar no sólo según su país de origen, sino la región de destino del país de acogida [23, 41, 42]. Además, a esto hay que añadir el resto de factores ya mencionados que pueden influir en el tabaquismo y que también afectan a la población inmigrante (nivel de educación, económico, situación familiar...) [23, 24]

La inmigración de la familia es, en definitiva, una variable muy importante a la hora de estudiar el tabaquismo pasivo infantil, debido a su relación con los cuidados del niño. Debido al gran número de países de los que puede proceder una familia extranjera, se suele ayudar para su análisis la agrupación por áreas geográficas mundiales; sin que ello signifique que el comportamiento observado sea extrapolable a todos los inmigrantes de dicha área.

1,3,7 Tabaquismo y lactancia materna.

El tabaquismo durante la lactancia, es un hecho frecuente entre mujeres que han fumado de forma activa en el embarazo. Como se ha dicho anteriormente, un porcentaje cercano al 100% de las mujeres gestantes fumadoras siguen fumando durante la lactancia; siendo sus factores de riesgo muy similares a los anteriormente citados.Según varios estudios [43, 44, 45] la lactancia materna tiene la capacidad de ayudar en la protección de la salud del niño de la madre fumadora, contrarrestando en parte los efecto negativos que el tabaquismo tiene sobre el bebé (presencia de nicotina y cianuro en leche materna, exposición al humo del tabaco...) [46]. Por ello, no parece aconsejable el cese de la lactancia por el hecho de haber exposición pasiva al tabaco; siendo lo idóneo el cese del tabaquismo antes de la gestación y no reiniciarlo con el fin de esta [47].

El tabaquismo y la lactancia presenta, tanto en su epidemiología como en sus acciones fisiológicas una relación antagónica; por lo que puede ser interesante estudiar cómo es su influencia recíproca como se hace en el estudio actual.

1,3,8 Evolución de la legislación del tabaco en los últimos años en España

En la última década, se ha podido comprobar como en España la prevalencia de

tabaquismo pasivo ha presentado un descenso gradual,en contraste con la etapa de estabilización de las cifras previa. Gran parte de dicho descenso se debe a dos relevantes cambios en la legislación. En 2005, el gobierno español aprobó Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo y posteriormente fue enmendada en 2010 por la Ley 42/2010 [48]. De forma resumida, lo que significaron dichas leyes fue que:

-**Ley 28/2005** de medidas sanitarias frente al tabaquismo: [49]

-Prohibición total de fumar en: instalaciones sanitarias, instituciones educativas y lugares de trabajo.

-Restricción del tabaco en:locales de ocio(bares, restaurantes y discotecas). La Ley estipula que los locales de ocio de ≤100 m 2 de tamaño podrían elegir si desean o no permitir fumar.; mientras que los locales más amplios tenían que tener dos áreas de fumadores y no fumadores separadas.

-**Ley 42/2010** de medidas sanitarias frente al tabaquismo [26] :

-Espacios libres de humo: Prohibición de fumar en los espacios cerrados de uso público:

-Se prohíbe fumar en todos los espacios cerrados públicos y de uso colectivo: Bares, restaurantes, salas de fiesta, discotecas, locales de ocio, de juego y recreativos, puertos, aeropuertos, estaciones de trenes y autobuses, centros de trabajo público y privados, centros y dependencias de las administraciones públicas y entidades de Derecho público…

-Se modifica la prohibición de fumar en centros sanitarios y educativos: Prohibición de fumar en todo el recinto, incluidos los espacios al aire libre y espacios cubiertos.

-Se prohíbe fumar en espacios al aire libre destinados a menores como recintos infantiles de parques y zonas de juego para la infancia.

-Habilitación de zonas para fumar en situaciones especiales:

-Hoteles: posibilidad de destinar hasta un 30% de las habitaciones para fumadores de manera permanente.

-Establecimientos penitenciarios, centros psiquiátricos de media y larga estancia y centros residenciales de personas mayores o con discapacidad, se permite habilitar zonas separadas y con dispositivos de ventilación

independiente para que los residentes (exclusivamente) fumen, además de al aire libre.

-Cambios en las medidas de control de la venta y promoción indirecta del tabaco: -Ubicación de máquinas expendedoras de productos del tabaco: Las máquinas expendedoras sólo podrán ubicarse en el interior de quioscos de prensa situados en vía pública y en locales de venta de prensa, en salas de fiesta, hoteles, bares y restaurantes y en tiendas de estaciones de servicio.

-Se permite la venta manual de cigarros y cigarritos provistos de capa natural en bares, restaurantes y demás establecimientos de restauración cerrados.

-A los clubes privados de fumadores, legalmente constituidos como tales, no les será de aplicación lo dispuesto en esta Ley.

En resumen, la Ley 42/2010 por la que se modifica la Ley 28/2005 de Medidas Sanitarias frente al Tabaquismo amplió los espacios libres de humo, y por consiguiente la prohibición de fumar en los lugares anteriormente indicados; aunque en el ámbito laboral no existieran cambios con respecto a la Ley 28/2005,excepto en Hostelería y Ocio donde se prohibió fumar en el interior de dichos lugares. Dicha ley supuso un avance definitivo en las políticas de prevención y control de Tabaquismo en nuestro país al ser más restrictiva [26, 50]

1,3,9 Evolución del tabaquismo en España del año 2004 al 2015.

Según los datos recogidos en la Encuesta Nacional de Salud de España 2011 [27, 51] se muestra una reducción general de los indicadores de consumo tabaco. La prevalencia de fumadores en 2011 del 27% en adultos de 15 años y más, frente al 29,9% de 2009 (16 años y más) 87 y el 34,4% de 2001 . La prevalencia de fumadores diarios se redujo del 31,7% en 2001 al 26,2% de 2009 y al 24% de 2011. Tras la aplicación de la Ley 42/2010, se volvió a la tendencia de disminución del consumo que en el periodo 2006-2009 se había estabilizado. Aunque la reducción se dió de forma más acentuada en hombres, donde el consumo de tabaco era más elevado. La proporción de abandono (exfumadores/fumadores+exfumadores) en 2011 era de 42,1%, superior a la del año 2009. Un 33,1% de los fumadores diarios consideran que fuman menos respecto a hace 2 años, un 35% tiene intención de dejarlo en los próximos 1-6 meses, un 30% ha hecho al menos un intento.

La reducción del consumo del tabaco por medio de cambios legislativos constituye un hecho de gran importancia al demostrarse su impacto que pueden tener en la salud pública. Otros estudios realizados sobre estas mismas medidas [49] u otras medidas legislativas [52] confirman la fuerza que las medidas legislativas pueden llegar a hacer en la prevalencia de tabaquismo de un país. A pesar de ser todo esto, es necesario seguir investigando en la capacidad de las medidas legislativas para disminuir el tabaquismo de la población, siendo conveniente estudios como el actual [53].

2. OBJETIVOS

El presente estudio tiene como fin responder a una seria de preguntas.

2.1 Objetivo principal.

Evaluar las características de la exposición pasiva al humo de tabaco durante la gestación y los primeros años de vida en niños atendidos en el Centro de Salud Delicias Sur entre enero y julio de 2015 tabáquica en niños atendidos en el Centro de Salud Delicias Sur entre enero y julio de 2015 así como la presencia de cigarrillos electrónico en el entorno del hogar.

2.2 Objetivos secundarios:

-Analizar los determinantes socioculturales de los niños atendidos en el centro de salud (situación laboral de los progenitores, número de hermanos, nivel de estudios de los progenitores, origen de la familia) y su relación con la exposición pasiva al humo de

tabaco.

-Valorar la existencia de diversos determinantes del cuidado de los niños como son la asistencia a guardería, vacunación contra el Neumococo y lactancia materna; evaluando esta última con la exposición pasiva al humo del tabaco.

-Evaluar los posibles cambios en la exposición pasiva al humo del tabaco en la muestra estudiada en relación con la comunicada en un estudio previo realizado en el mismo centro de salud entre enero y abril de 2004.

Con todo lo anterior, se pretende aportar más información a la bibliografía ya existente sobre las características del tabaquismo pasivo infantil actual en comparación con el de 2004 y los factores de riesgo socioculturales asociados a este.

3. MATERIAL Y MÉTODOS.

Se trata de un estudio descriptivo realizado en el Centro de Salud Delicias Sur de Zaragoza, entre el 15 de enero y el 30 de julio de 2015. La muestra poblacional seleccionada se obtuvo de la población infantil perteneciente al Centro de Salud Delicias Sur de Zaragoza mediante muestreo de conveniencia. Se incluyeron en el estudio los niños menores de 14 años en el momento de la entrevista cuyo familiar accedió a responder la encuesta mientras esperaban la consulta con el pediatra o la enfermera de pediatría.

El método de recogida de información fue mediante una encuesta oral al familiar acompañante de los niños atendidos en las consultas de Pediatría de dicho centro, tras firmar un consentimiento informado que era explicado y dónde se le informaba de las características del estudio (Anexo I y Anexo II). Las encuestas fueron realizadas por un médico residente en su mayor parte (180) y por una pediatra del centro de salud (23), solicitando la mayor precisión posible frente a las respuestas numéricas.

Las variables sobre las que se preguntaron en la encuesta y que se han utilizado para este estudio fueron las siguientes:

- Datos de identificación:
  - *Nombre y apellidos*
  - *Número de encuesta.*
- Datos sociodemográficos del niño:
  - *Fecha de nacimiento*
  - *Sexo*
  - *Nacimiento del niño en el extranjero o no*
  - *País de nacimiento.*
- Datos sociodemográficos de la familia:
  - *Número de hermanos*
  - *Número de convivientes en el domicilio*
- Datos sociolaborales de los progenitores:
  - *Año de nacimiento de los padres*
  - *Situación laboral de los progenitores: ama de casa, empleados, desempleados.*
  - *Nivel de estudios de los progenitores: sin estudios, estudios primarios (Primaria, ESO), estudios secundarios (bachillerato, F.P), estudios superiores (universitario, G.S.),*
  - *Nacimientos del padre en el extranjero o no.*
  - *Origen del padre: país de nacimiento.*
  - *Nacimiento de la madre en el extranjero o no.*
  - *Origen de la madre: país de nacimiento.*
- Cuidados en la infancia:
  - *Lactancia materna al nacer. Meses de mantenimiento de la lactancia materna.*
  - *Asistencia a guarderia. Edad en meses con lo que inició.*
  - *Vacunación del Neumococo.*
- Tabaquismo pasivo:
  - *Número de convivientes fumadores.*
  - *Hábito tabáquico de los progenitores: fumadores en la actualidad o en el pasado. En el caso de las fumadores en ese momento, número de*

cigarrillos al día.

- *Hábito tabáquico del resto de familiares: presencia de convivientes fumadores en la actualidad o en el pasado y número de estos.*
- *Presencia de cigarrillos electrónico en el entorno.*
- *Presencia de tabaquismo durante la gestación y número de cigarrillos al día durante esta.*

- Tabaco activo en el niño:
  - *Habito tabáquico del niño: haberlo probado, fumador ocasional, fumador diario. Número de cigarrillos al día si fumador diario.*

Se consideró desempleado a aquellas personas que estaban buscando un trabajo o/y que cobraban un subsidio por desempleo. Se consideró el nivel de estudio por la equivalencia actual o por la edad a la que se abandonaron. La lactancia al nacer, se consideró como presente si había durado más de una semana o había habido lactancia mixta. Se consideró vacunado contra al Neumococo a aquellos niños que habían recibido las dosis correspondientes a su edad.

Con respecto al tabaco, se consideró fumador a aquellas personas que presentaran un consumo regular de tabaco; realizándose en el caso de fumadores de fin de semana o fumadores sociales una aproximación de consumo tabáquico semanal y dividiéndolo por siete. Para la aproximación de consumo tabáquico del embarazo en los casos de que se hubiera interrumpido durante este, se realizó una aproximación según el tiempo que se hubiese mantenido y número de cigarrillos al día.

Se incluyeron para el análisis las encuestas recogidas durante 15 de enero a 28 de julio de 2015, sumando 203 casos. Se introdujeron las respuestas en una base de datos creada por el programa informático IBM SPSS Statics 21 codificando un número a cada ficha para preservar el anonimato del sujeto al introducir los datos

Se extrajeron varias variables a partir de los datos iniciales mediante su cálculo matemático y se recodificaron otras para posibilitar el análisis estadístico posterior. Las variables resultantes tras esto fueron:

- *Edad de los progenitores y del niño.*
- *Area geográfica de cada progenitor y del niño: Europa occidental, América Central y Sudamérica, Norte de África-Magreb, África Subsahariana, Europa del Este y Asia.*
- *Origen europeo occidental o no de cada progenitor.*
- *Situación laboral de la madre: trabajadora o no.*

- *Nivel de estudios de cada progenitor en dos grupos: Nivel 1 (Sin estudios, primarios, ESO, formación profesional) y Nivel 2 (bachillerato, universidad, grado superior).*
- *Número de hermanos por grupos: sin hermanos, un hermano, dos hermanos y 3 o más hermanos.*
- *Número de convivientes por grupos: un conviviente, dos convivientes, tres convivientes, cuatro convivientes y cinco o más convivientes.*
- *Presencia o no de tabaquismo en convivientes diferentes a los progenitores.*
- *Situación de los progenitores respecto al tabaco: fumadores, exfumadores o sin relación con el tabaco.*
- *Consumo tabáquico según cuatro grupos: no fumadores, 1-10 cigarrillos al día, 10-20 cigarrillos al día y más de 20 cigarrillos al día.*
- *Duración de la lactancia: menos de un mes, de un mes a 6 meses, >6 meses a 24 meses, > 24 meses, niño que sigue lactando y ausencia de lactancia.*

Se realizaron estudios descriptivos de las variables recogidas, incluyéndose estudios de la normalidad de las variables cuantitativas para el posterior cruce mediante el test de Kolmogorov- Smirnov y Sahpiro Wilk. Se realizó el test de Chi cuadrado para comparar variables cualitativas, recurriendo a variables resultantes de la agrupación de valores cuando no se podía aplicar por haber valores con menos de 5 sujetos. También en estos casos se aplicó el test de Fisher si procedía en comparaciones 2 X 2. En el caso de variables cuantitativas se realizó la t de student o ANOVA si cumplían la normalidad y el test U de Mann-Whitney o Kruskal Wallys cuando no la cumplían. Se completó todo ello con la realización de tablas y gráficos explicativos.

Para mejorar el rendimiento del análisis en las clasificaciones, debido al escaso número de inmigrantes de Europa Occidental y a sus similitud de costumbres con las españolas, se decidió realizar las clasificaciones entre personas de origen europeo occidental frente a personas de origen no europeo occidental (Europa del Este, Sudamérica y Centroamérica, África Subsahariana, Norte de África o Asía) . A la hora de realizar la discusión, escribir el presente texto, nótese que en algún gráfico se utiliza el gentilicio “europeo” para referirnos a “europeo occidental” (que aparece también abreviado como europeo o.); diferenciándose así del origen “Europa de Este”.

4.RESULTADOS

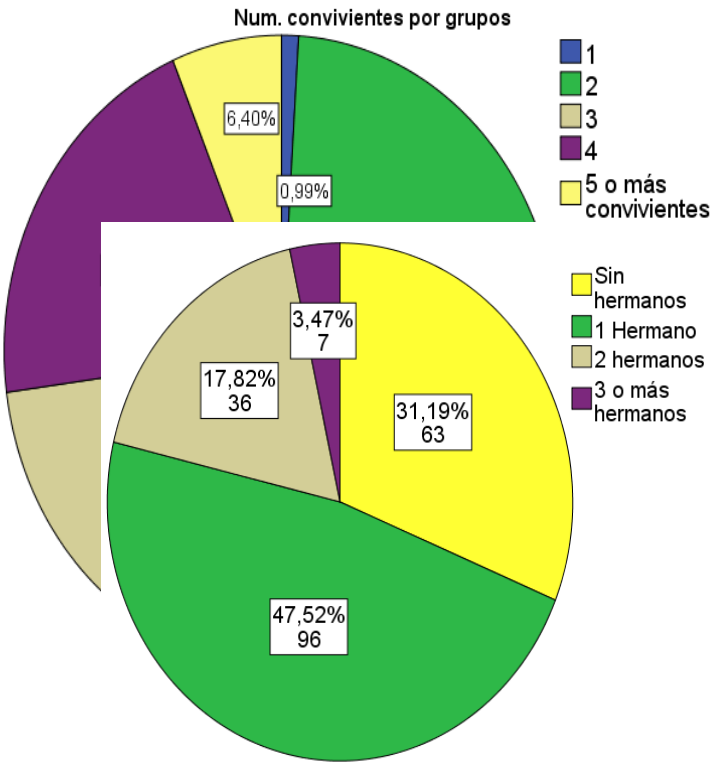
Se incluyeron un total de 203 niños de edades comprendidas entre los 3 días y los 13 años, de los cuales 113 son varones (55,66%). En niñas la media de edad era de 5,04 años (IC 95% 4,13-5,94) y en niños de 5,17 años (IC 95% 4,42-5,91). Tanto el número de hermanos convivientes de los niños como el numero de convivientes en total aparecen representados en la Tabla 1. Se realizó una comparación de las medias de número de hermanos y entre niños con madre de origen europeo o no con un resultado p significativo **0,002**. Se repitió dicho test para comparar el número de convientes en dichos grupos, con un resultado p **0,007** En el Gráfico 1 se muestra la proporción de niños por número de hermanos y en el Gráfico 2 la proporción de niños por número de personas que conviven con ellos.

Tabla 4.1. **Número de hermanos y convivientes de los niños de la población estudiada, dividida por área geográfica de la madre.**

	Media de número de hermanos (IC 95%)	Media de convivientes (IC 95%)
Muestra total	0,98 (0,84-1,11)	3,1 (2,96-1,23)
Niños con madres europeo occidental.	0,77 (0,63-0,91)	2,92 (2,75-3,10)
Niños con madres de origen no europeo occidental.	1,19 (0,97-1,4)	3,28 (3,08-3,48)
Origen: **-Centroamérica y Sudamérica** **-Asia** **-Magreb. Norte de África.** **-África subsahariana** -Europa del Este.	 1,16 (0,94-1,42) 1,33 (-1-2,77) 1,13 (0,86-1,39) 2,43 (1,28-3,58) 0,64 (0,4-0,88)	 3,24 (2,98-3,51) 3,33 (1,90-4,77) 3,38 (2,95-3,80) 4 (2,96-5,04) 2,93 (2,63-3,23)

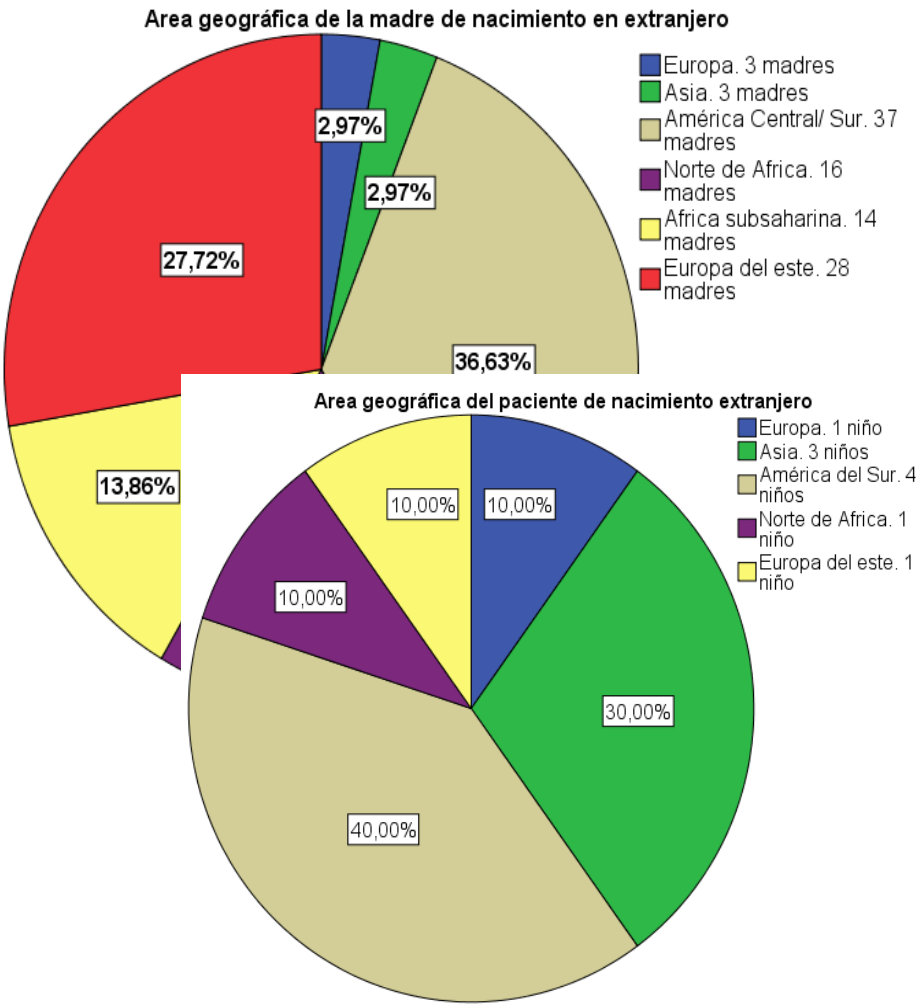
Gráfico 4.1. **Proporción de niños por número de hermanos.**

Gráfico 4.2. **Proporción de niños por número de convivientes (sin contar ellos**



mismos).

En la muestra estudiada, 190 niños (93,6%) nacieron en España mientras que 10



de ellos (4,9%) no y 3 (1,5%) no se pudieron determinar en la encuesta. Con respecto a las madres, 102 (50,2%) de ellas tenían origen español y 101 (49,8%) origen extranjero. En relación con los padres 102 (50,2%) de estos tenían origen español mientras que 97(47,8%) no lo tenían y en 4 (2%) no fue posible determinarlo. La proporción de las diferentes áreas de origen de la familia, en los casos de individuos extranjeros, se muestra en los Gráficos 3, 4 y 5.

Gráfico 4.3. **Proporción de niños de origen extranjero según área de nacimiento.**

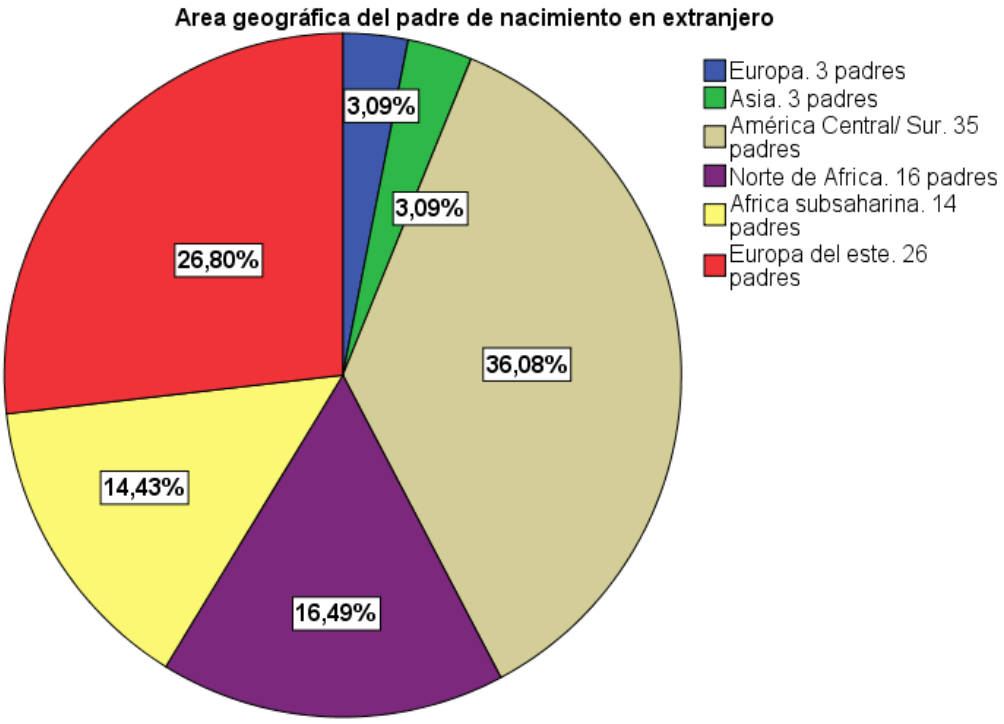
Gráfico 4.4. **Proporción madres de origen extranjero según área geográfica de nacimiento**

Gráfico 4.5. **Proporción padres de origen extranjero según área geográfica de nacimiento**

La edad media de los progenitores de la muestra y el valor p obtenido al comparar dichas medias por sexo mediante la t de student aparecen en la Tabla 2. En las Tabla 3 (madres) y Tabla 4 (padres) se muestra además las edades medias de los progenitores inmigrantes según su área geográfica y el valor p al compararlas con la edad de los progenitores de origen europeo occidental. El valor p al comparar la edad media de madres inmigrantes y no inmigrantes fue **< 0,001** con una diferencia de medias de 6,12 años (4,37 - 7,87). En el caso de los padres, el valor p al comparar la edad media en inmigrantes y no inmigrantes fue **0,002** , con una diferencia de medias de 3,25 años (1,24 - 5,27).

Tabla 4.2. **Edad media de los progenitores según origen y comparación por el sexo**.

	Edad en años de las madres (I.C 95%)	**Edad en años de los padres (IC 95%)**	**Valor p al comparar edad según sea padre o madre**	**Diferencia de medias de edad entre padre y madre. (IC 95%)**
Edad media total	36,68 (35,71-37,65)	40,39 (39,36-41,42)	**<0,001**	3,71 (2,3-5,12)



Edad media en no inmigrantes	39,71 (38,42-41)	41,94 (40,64-43,24	**0,016**	2,23 (0,41-4,05)
Edad media inmigrantes	33,59 (32,39-34,78)	38,69 (37,12-40,26)	**<0,001**	5,01 (3,15-7,04)

Tabla 4.3. **Edad media de las madres según su área geográfica de origen y comparación de las madres de origen no europeo occidental con las madres europeas occidentales**.

	Media de edad en años de las madres (IC 95%)	**Valor p al comparar la edad de madres europeas o. y madres no europeas o.**	**Diferencias de media de edad entre europeas o. y no europeas o. (IC 95%)**
Europeas occidentales	39,6 (38,28-40,92)	**<0,001**	6,07 (4,32-7,82)
No europeas occidentales	33,52 (32,37-34,67)		
-Sudamérica y Centroamérica	35,52 (33,62-37,42)	**0,01**	4,074 (0,57- 7,57)
- Asia	35,86 (24,6-47,11)	1*	3,74 (-6,98 -14,46)
-Europa del Este	29,99 (28,75-31,22)	**<0,001**	9,61 (5,71-13,51)
-Norte de África Magreb	34,10 (31,07- 37,14)	**0,016**	5,49 (0,58- 10,41)
-África Subsahariana	34,18 (29,81-38,55)	**0,048**	5,41 (0,03- 10,8)

**3 casos de madres asiáticas*

Tabla 4.4. **Edad media de los padres según su área geográfica de origen y comparación de los padres de origen no europeo occidental con los padres europeos occidentales.**

	Media de edad en años de los padres (IC 95%)	**Valor P al comparar la edad de padres europeos o. vs no europeos o.**	**Diferencias de media de edad entre europeos o. y no europeos o. (IC 95%)**
Europeos occidentales	42,12 (40,84-43,39)	**<0,001**	3,73 (1,73 - 5,73)
No europeos occidentales	38,38 (36,8 – 39,97)		
-Sudamérica, Centroamérica	36,89 (35,14-38,63)	**0,004**	5,28 (1,02-9,43)
- Asia	40,78 (21,45-60,11)	1*	1,33 (-11 – 13,67)
-Europa del Este	38,68 (34,36-42,99)	0,459	3,44 (-1,25 – 8,13)

-Norte de África.Magreb	39,43 (35,49-43,38)	1	2,68 (-2,97 – 8,33)
-Africa Subsahariana	39,76 (35,46-44,07)	1	2,35 (-3,84 – 8,54)

** 3 casos de padres asiáticos.*

El nivel de estudios de las madres de los niños de la muestra se dividió en cuatro niveles: Sin estudios (13 madres, 6,4%), primaria/ESO (55 madres, 27,1%), bachillerato/formación profesional (74 madres, 36,4%) y universitarios/ grado superior (61 madres, 30,1%). En la Tabla 5 aparecen reflejada dicha distribución según área geográfica de origen de la madre. En la Tabla 6 se muestra el nivel de estudios en 2 grupos dividido por las diferentes áreas geográficas de las mujeres de origen diferente al de Europa occidental. Ambas tablas muestran el valor p comparando los niveles de estudios y el origen de la madre. En el caso de los padres, la distribución del nivel de estudios era: 2 padres (1%) sin estudios básicos, 77 padres (39,3%) con estudios en primaria/secundaria, 71 padres (36,2%) con estudios de Bachillerato/ FP y 46 padres (23,5%) con estudios universitarios/ G.S. Las Tablas 7 y 8 muestran los datos equivalentes en los padres de los niños de la muestra.

Tabla 4.5. **Nivel de estudios de las madres según origen y valor p tras comparar dos niveles de estudio (Nivel 1 y 2) en madres europeas o. vs madres de origen no europeo o.**

	Sin estudios. Nivel 1.	**Primaria/ Secundaria. Nivel 1**	**Bachillerato/ FP. Nivel 2**	**Universitario/ G.S. Nivel 2**	**Valor P al comparar dos niveles de estudio (1 y 2)**	**Total**
Madres europeas o.	2 (1,9%)*	17 (16,2%)*	33 (31,4%)*	53 (50,5%)	**<0,001**	105
Madres no europeas o.	11 (11,2%)*	38 (38,8%)*	41 (41,8%)*	8 (8,2%)		98

**Porcentaje respecto número de madres de cada origen*

Tabla 4.6. **Nivel de estudios de las madres de origen diferente al europeo occidental y valor p tras comparación.**

	Sin estudios/ Primaria / Secundaria. Nivel 1.	**Bachillerato/ F.P. / Universitario / G.S. Nivel 2.**	**Valor P al comparar dos niveles de estudio (1 y 2) en madres europeas o. vs de origen no europeo o.**	**Total**
-América del sur y Centroamérica.	16 (43,2%)*	21 (56,8%)*	**0,004**	37
- Asia	3 (100%)*	0	**0,008****	3
-Europa del Este	8 (28,5%)*	20 (71,4%)*	0,22	28
-Norte de África, Magreb	12 (75%)*	4 (25%)*	**<0,001**	16

-Africa Subsahariana	10 (71,4%) *	4 (28,6%)*	**<0,001**	14

** Porcentaje respecto número de madres de cada origen. **3 casos de madres asiáticas*

Tabla 4.7. **Nivel de estudios de los padres según origen europeo o. o no y valor p.**

	Sin estudios. Nivel 1	**Primaria/ Secundaria. Nivel 1**	**Bachillerato/ FP. Nivel 2**	**Universitario /G.S. Nivel 2**	**Valor P al comparar dos niveles de estudio en padres europeos o. vs no europeos o.**	**Total**
Padres europeos o.	0 (0%)*	30 (28,6%)	37 (35,2%)	38 (36,2%)	**<0,001**	105
Padres no europeos o.	2 (2,2%)	47 (51,6%)	34 (37,4%)	8 (8,8%)		91

*Porcentaje respecto número de padres de cada origen

Tabla 4.8**. Nivel de estudios de los padres de origen diferente al europeo o. y valor p.**

	Sin estudios/ Primaria /Secundaria Nivel 1.	**Bachillerato/ F.P. / Universitarios/ G.S. Nivel 2.**	**Valor P al comparar dos niveles de estudio (1 y 2) en padres europeos o vs padres de origen no europeo o.**	**Total**
América del sur y Centroamérica.	13 (39,39%)*	20 (60,61%)*	0,242	33
Asia	3 (100%)*	0	**0,008****	3
Europa del Este	9 (36%)*	16 (64%)*	0,47	25
Norte de África, Magreb	13 (81,25%)*	3 (18,75%)*	**<0,001**	16
Africa Subsahariana	11 (78,57%)*	3 (21,43%)*	**<0,001**	14

** Porcentaje respecto número de madres de cada origen **3 casos de padres asiáticos*

La situación laboral materna fue: 26 madres (12,9%) desempleadas, 119 (59,2%) trabajando y 56 (27,9%) amas de casa. La situación laboral de los progenitores se expone, dividido según su origen europeo occidental o no y el área geográfica en las Tablas 9 y 10 (madres) y 11 y 12 (padres). Se muestra así mismo el valor p al realizar comparación según origen y situación laboral dividiendo, en el caso del grupo de las madres, en dos situaciones laborales (trabajadoras o no).

Tabla 4.9. **Situación laboral de las madres según origen europeo occidental o no y valor p tras comparación.**

	Desempleada	Empleada	Ama de casa	Valor P para situación laboral en madres origen europeo o. vs no europeo o.	Total
Madres de origen europeo o.	16 (15,5%)*	71 (69%)*	16 (15,5%)*	**<0,001**	103
Madres de origen no europeo o.	10 (10,2%)*	48 (49%)*	40 (40,8%)*		98

**Porcentaje respecto número de madres de cada origen*

Tabla 4.10. **Situación laboral de las madres de origen diferente al europeo occidental y valor p tras comparación.**

	Desempleada No trabajadora.	Empleada Trabajadora	Ama de casa No trabajadora.	Valor P al comparar situación laboral (trabajadora o no) en madres de origen europeo o. vs madres con otra área geográfica de origen.	Total
-América del sur y Centroamérica.	5 (13,6%)*	20 (27%)*	12 (32,4%)*	0,104	37
- Asia	0	2 (66,7%)*	1 (33,3%)*	0,933**	3
-Europa del Este	4 (14,3%)*	17 (60,7%)*	7 (25%)*	0,412	28
-Norte de África, Magreb	0	5 (31,2%)*	11 (68,8%)*	**0,004**	16
-Africa Subsahariana	1 (7,1%)*	4 (28,6%)*	9 (64,3%)*	**0,003****	14

** Porcentaje respecto número de madres de cada origen **3 casos de madres asiáticas*

Tabla 4.11. **Situación laboral de los padres según origen europeo occidental o no y valor p tras comparación.**

	Desempleado	Empleado	Valor P al comparar situación laboral en padres de origen europeo o. vs no europeo occidental	Total
Padres en total (Porcentaje respecto número total de padres)	39 (20,1%)	155 (79,9%)	-	194

Padres de origen europeo occidental (Porcentaje respecto número de padres de origen europeo o.)	10 (9,7%)	93 (90,3%)	**<0,001**	103
Padres de origen no europeo occidental. (Porcentaje respecto padres de origen no europeo o.)	29 (31,9%)	62 (68,1%)		91

Tabla 4.12**. Situación laboral de los padres de origen diferente al europeo occidental y valor p tras comparación.**

	Desempleado	**Empleado**	**Valor P al comparar situación laboral (empleado o no) en padres de origen europeo o. vs padres con otra área geográfica de origen.**	**Total**
-América del sur y Centroamérica.	7 (21,2%)*	26 (78,8%)*	0,082	33
- Asia	0	3 (100%)*	1 **	3
-Europa del Este	5 (20%)*	20 (80%)*	0,151	25
-Norte de África, Magreb	9 (56,3%)*	7 (43,8%)*	**<0,001**	16
-Africa Subsahariana	8 (57,1%)*	6 (42,9%)*	**<0,001**	14

**Porcentaje respecto número de padres de cada origen. **3 casos de padres asiáticos*

La proporción de presencia de lactancia materna al nacer en los niños de la muestra fue de 85,7% (174 niños), con una media de 11, 68 (10,2 – 13,15) meses. La división de la población por grupos según la cantidad de meses que recibieron lactancia materna se refleja en el Gráfico 5. Las Tablas 13 y 14 muestran la proporción de presencia de lactancia y la media de meses de esta según el área geográfica materna de origen, así como el valor p al comparar dichos valores.

Gráfico 4.5. **División de la muestra según duración de la lactancia.**

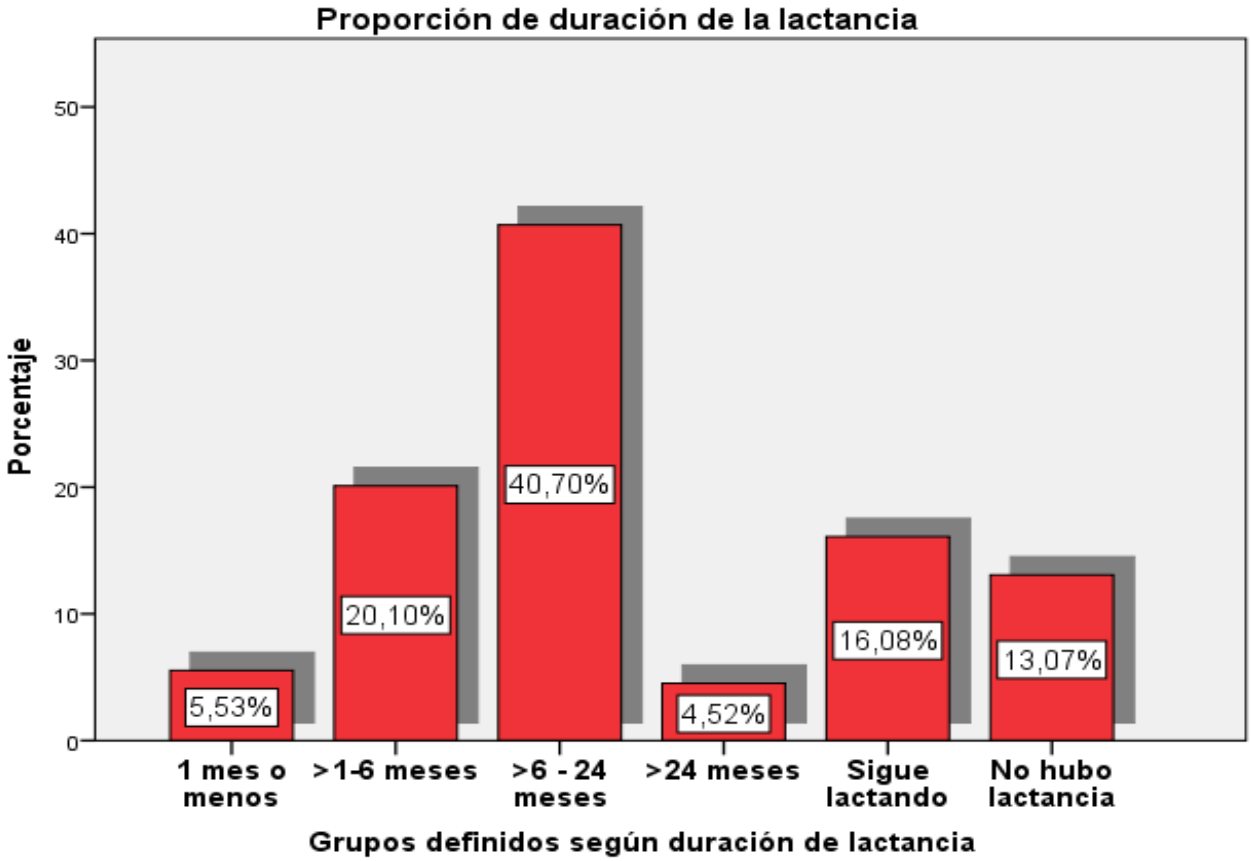


Tabla 4.13. **Número de niños con lactancia materna y media en meses de duración de esta según origen europeo occidental o no de la madre y valor p de la comparación.**

	Presencia de lactancia materna.	**Valor p al comparar proporción de presencia de lactancia materna en madres de origen europeo occidental vs madre de origen no europeo occidental.**	**Media de meses de lactancia en los niños que la recibieron. (IC 95%)**	**Valor p al comparar la media de meses de lactancia materna en madres de origen europeo o. vs madres de origen no europeo o.**
Madres de origen europeo occidental	81 (79,4%)*	**0,001**	10,9 (8,5 – 13,3)	0,07
Madres de origen no europeo occidental.	93 (94,9%)*		12,38 (10,56 – 14,2)	

**Porcentaje respecto número de madres de cada origen*

Tabla 4.14. **Presencia de lactancia materna y media en meses de duración de esta en los niños de la muestra según área geográfica de origen de la madre y valor p de la comparación.**

	Número de niños que recibieron o reciben lactancia materna.	**Valor p al comparar presencia de lactancia materna en madres europeas o. vs madre no europeas o.**	**Media de meses de lactancia en los niños que la recibieron. (IC 95%)**	**Valor p al comparar media de meses de lactancia materna en madres europeas o. vs madres no europeas o.**
-América del sur y Centroamérica.	35 (94,60%)	**0,039**	11,22 (8,40 – 14,04)	0,389
- Asia	3 (100%)	1**	7, 67 (-14,6 – 29,93)	0,142
-Europa del Este	25 (89,3%)	0,284	11, 84 7,81 – 15,88)	0,83
-Norte de África, Magreb	16 (100%)	0,07	15,79 (11,32 – 20,25)	0,729
-Africa Subsahariana	14 (100%	0,07	13,3 (7,47 – 19,13)	0,78

**Porcentaje respecto número de padres de cada origen. **3 casos de madres asiáticas*

La proporción de presencia de lactancia materna y media de duración según el nivel estudios de la madre, así como los resultados obtenidos al compararlos se reflejan en la tabla 15.

Tabla 4.15.**Prorporción de presencia de lactancia materna y duración media según nivel de estudios de la madre. Valor P al comparar según dos niveles de estudio.**

	Número de niños que recibieron o reciben lactancia materna.	**Valor p al comparar proporción de presencia de lactancia materna en madres con Nivel 1 de estudios vs madres con Nivel 2**	**Media de meses de lactancia en los niños que la recibieron. (IC 95%)**	**Valor p al comparar la media de meses de lactancia materna en madres con Nivel 1 de estudios vs Nivel 2**
Sin estudios básicos. Nivel 1.	11 (84,6%)*	0,801	10,9 (5,93 – 15,87)	0,166
Primaria/Secundaria. Nivel 1	50 (90,9%)*		12,3 (9,79 – 14,81)	
Bachillerato/ FP Nivel 2.	61 (82,4%)*		10,87 (8,29 – 13,46)	

Universitario/G.S Nivel 2	52 (89,7%)*		12,01 (8,84 – 15,19)	

** Porcentaje respecto número de madres de cada nivel de estudios*

99 niños (53,8% de los 184 niños a los que se tuvo acceso a cartilla vacunal) de la muestra estaban vacunados contra el neumococo (Prevanar 13®). El Gráfico 6 muestra la distribución de vacunación en la muestra. En la tabla 16 se expone la frecuencia de vacunación según área geografica de la madre y el valor p al comparar con las madres de origen europeo occidental.

En la tabla 17 se expone la frecuencia de vacunación según el nivel de estudios de la madre en dos niveles y su valor p. En la tabla 18 se muestra la frecuencia de vacunación según la situación laboral del padre y su valor p.

Gráfico 4.6. **Proporción de vacunación antineumocócica en la muestra**

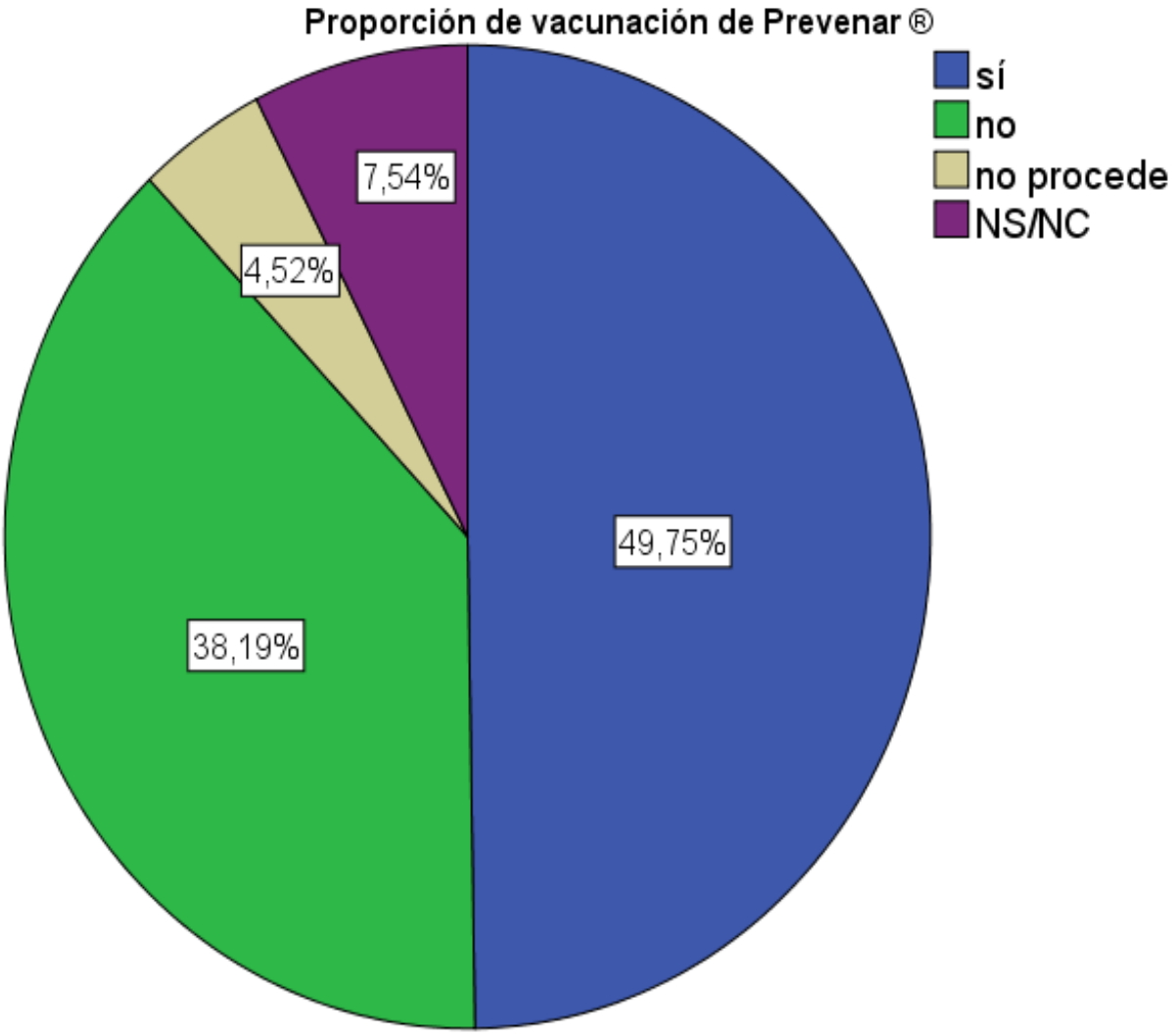


Tabla 4.16. **Administración de vacuna antineumocócica según el área geográfica de origen de la madre y su comparación con las madres de origen europeo occidental.**

	Número de niños con vacunación antineumocócica.	**Valor p al comparar la prevalencia de vacunación de la muestra según área geográfica materna con el origen materno europeo occidental**
Madres de origen europeo o.	66 (70,2%)	**<0,001**
Madres de origen no europeo o.	33 (40,7%)	
-América del sur y Centroamérica.	14 (42,4%)	**0,004**
- Asia	1 (33%) **	0,23
-Europa del Este	12 (60%)	0,372
-Norte de África, Magreb	5 (41,7%)	0,058
-Africa Subsahariana	1 (7,7%)	**<0,001**

**Porcentaje respecto número de madres de cada origen **3 casos de madres asiáticas*

Tabla 4.17. **Proporción de administración de vacuna antineumocócica según el nivel de estudios de la madre y comparación.**

	Número de niños con vacunación antineumocócica.	**Valor p al comparar 2 niveles de estudio (Nivel 1 y 2)**
Sin estudios básicos. Nivel 1	0 (0%)*	**0,001**
Primaria/Secundaria. Nivel 1	24 (48%)*	
Bachillerato/ FP. Nivel 2.	33 (55%)*	
Universitarios/GS. Nivel 2	42 (76,36%)*	

**Porcentaje respecto número de madres de cada nivel de estudios*

Tabla 4.18. **Proporción de administración de vacuna antineumocócica según situación laboral de la madre y comparación.**

	Número de niños con vacunación antineumocócica.	**Valor p al comparar situación laboral paterna**
Padre empleado	83 (61,9%)*	**0,019**
Padre desempleado	13 (39,4%)*	

**Porcentaje respecto número de madres de cada nivel de estudios*

91 niños acudieron a la guardería (45% de la muestra) siendo la media de inicio de

17,37 (15,74 – 18,99) meses. En la Tabla 19 se muestra la proporción de asistencia a guardería y la media de meses a la que empezaron a asistir; dividiendo según el área geográfica de la madre. Se realiza la comparación de la proporción de asistencia según área geográfica materna y la comparación de media de meses de inicio según origen materno.

Tabla 4.19. **Proporción de asistencia a guardería antes de iniciar el colegio y media de edad de inicio en los niños de la muestra según la procedencia de sus madres.**

	Número de niños que asistieron a guardería	**Valor p al comparar la asistencia a guardería en cada origen materno con el origen europeo occidental**	**Edad en meses con los que se inició la guardería**	**Valor p al comparar la edad media de inició en la guardería según origen materno con el origen materno europeo occidental.**
Madres de origen europeo o	55 (52,9%)	**0,021**	16,43 (14,55 – 18,3)	0,268
Madres de origen no europeo o.	36 (36,7%)		18,78 (15,79 – 21,77)	
-América del sur y Centroamérica.	12 (32,4%)	0,320	18,83 (12,62 – 25,05)	0,407
- Asia	2 (66,66%)	1 *	17,5 (11,15 – 23,85)	0,812
-Europa del Este	11 (39,3%)	0,201	18,18 (14,44 – 21,92)	0,427
-Norte de África, Magreb	5 (31,3%)	0,107	26,8 (9,99 – 43,61)	0,053
-Africa Subsahariana	6 (42,9%)	0,481	13,5 (7,8 – 19,2)	0,365

**Porcentaje respecto número de madres de cada origen. **3 casos de madres asiáticas*

De los 203 niños recogidos en la muestra,88 (43,35%) tenían convivientes fumadores en el momento actual. De estos. 37 (42,04 %) tenían al padre como único fumador en la familia;15 (17,05%) tenían a la madre como única fumadora en la familia, 24 niños (27,27%) tenían ambos progenitores fumadores y en el caso de 12 niños (13,63%) fumaba algún otro conviviente diferente a los progenitores. La media de convivientes en familias con alguien fumador fue de 3,32 (3,07 – 3,57) y en el resto de familias de 2,93 (2,79 -3,07); realizando dicha comparación se obtiene un valor p 0,028. 10 familias (4,9%) mostraron uso en los últimos años de cigarrillos electrónicos. En el Gráfico 8 se muestran los niños expuestos al tabaco por grupos de número de convivientes fumadores. La presencia o no de fumadores en la familia se evalúo

dividiendo según origen geográfico de la madre. Se muestran los resultados en la tabla 20.

Gráfico 4.8. **Proporción de niños expuesto al tabaco según número de convivientes fumadores.**

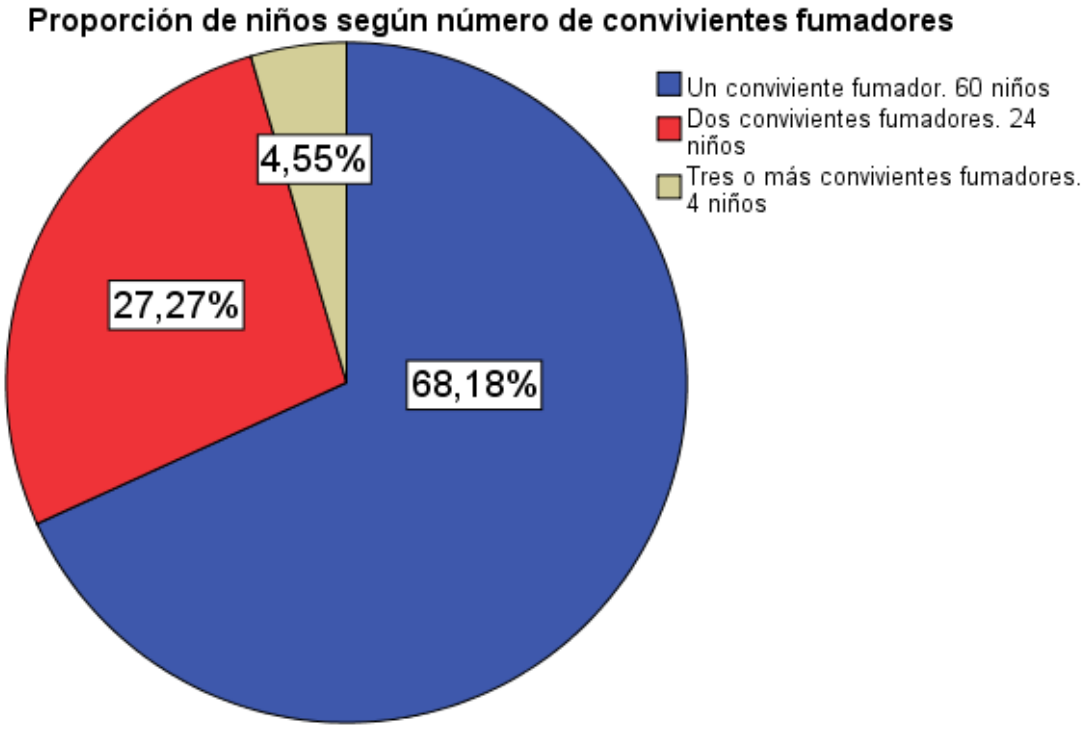


Tabla 4.20. **Proporción de familias con fumadores entre sus convivientes según el área geográfica de la madre y valor p.**

	Número de familias con alguien fumador.	**Valor p al comparar con familias cuya madre tiene origen europeo occidental**
Familias con madres de origen europeo o.	51 (48,6%)*	0,120
Familias con madres no europeas o.	37 (37,8%)*	
América del sur y Centroamérica.	13 (35,1%)*	0,158
- Asia	0 **	0,245
-Europa del Este	14 (50%)*	0,893

-Norte de África, Magreb	6 (37,5%) *	0,409
-Africa Subsahariana	4 (28,6%)*	0,253

**Porcentaje respecto número de familias con madres de cada origen **3 casos de madres asiáticas*

De los 203 niños recogidos en la muestra,78 (38,4%) tenían convivientes exfumadores; de los cuales 70 correspondían a los progenitores y 8 al resto de convivientes. Todos los niños y sus progenitores respondieron que los niños no habían probado el tabaco.

Los progenitores se clasificaron en tres grupos (fumadores, exfumadores y sin relación activa con el tabaco), cuyos resultados aparecen en los Gráficos 9 y 10. La comparación de las diversas condiciones según fuera el padre o la madre mostró un valor **p 0,001**. La media de cigarrillos en los progenitores fue 12,39 (10,54 – 14, 25), en madres fumadoras fue de 11,07 (9,05 – 13,09) y en padres fumadores de 13,35 (10,49 – 16,21) obteniéndose mediante la comparación de ambos datos un valor p 0,347. El consumo de tabaco según grupos de número de cigarrillos al día aparece reflejado en la Tabla 21.

Gráfico 4.9. **Proporción de relación de la madre con el tabaco.**

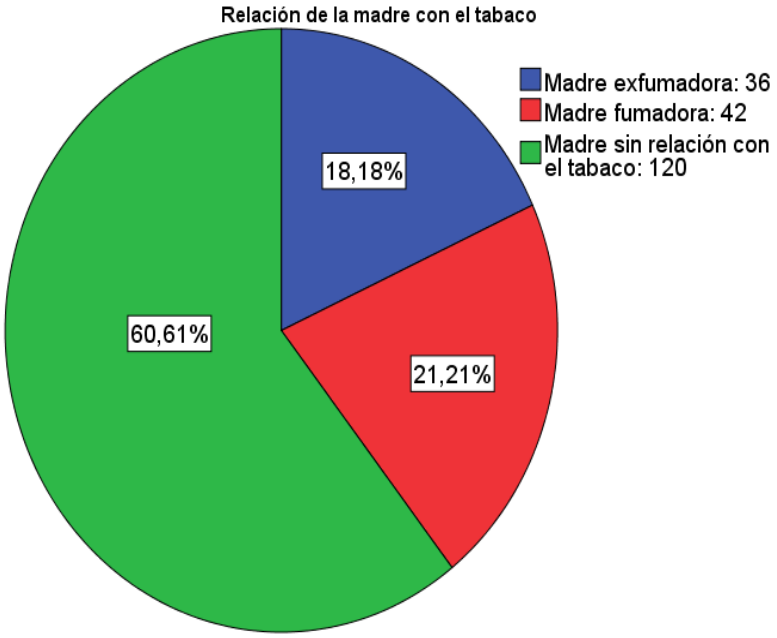


Gráfico 4.10. **Proporción de relación de los padres con el tabaco.**

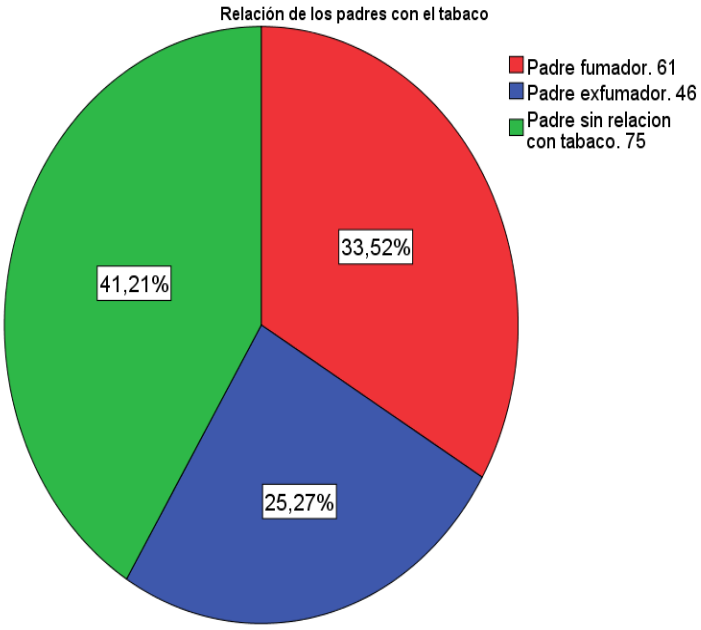


Tabla 4.21.**Proporción de consumo de tabaco de los progenitores.**

	Padre	Madre
Nó fumadores en el momento actual	121 (66,48%)*	156 (78,79%)**
Fumadores :	61 (33,52%)*	42 (21,21%)**
-Fumadores de 1-10 cigarrillos /día	33 (18,13%)*	26 (13,13%)**
-Fumadores de 10-20 cigarrillos /día	25 (13,74%)*	17 (8,58%)**
-Fumadores de > 20 cigarrillos /día	3 (1,65%)*	0
Media de cigarrillos al día (IC 95%)	13,35 (10,49 – 16,21)	11,07 (9,05 – 13,09)

**Porcentaje respecto padres. ** Porcentaje respecto a madres*

La tabla 22 muestra el número y porcentaje de madres fumadoras según el área geográfica, junto con su valor p al comprarlo con el de las madres de origen europeo occidental. Además muestra la media de consumo de cigarrillos al día y el valor p obtenido para comparar dicho valor en mujeres de origen europeo occidental con las que no lo son.

Tabla 4.22**. Número y proporción de madres fumadoras y media de cigarrillos diarios según el área geográfica y comparación con las madres de origen europeo occidental.**

	Madres fumadoras	Valor p al comparar la proporción de fumadoras según área geográfica de origen con las madres europeas	Media de cigarrillos al día	Valor p al comparar media de cigarrillos al día según área geográfica de origen con las

		occidentales		madres de origen europeo occidental
Madres de origen europeo occidental	28 (26,7%)*	**0,03**	11,52 (8,95 –14,08)	0,545
Madres de origen no europeo occidental	14 (14,3%)*		10,14 (6,47 –13,81)	
América del sur y Centroamérica.	2 (8,3%)*	**0,01**	6,5 (-12,56- 25,56)	0,43
- Asia	0 (0%)*	0,567 **	0	-
-Europa del Este	11 (39,28%)*	0,192	10,82 (6,12 – 15,52)	1
-Norte de África, Magreb	0 (0%)*	**0,02**	0	-
-Africa Subsahariana	1 (7,14%)*	0,183	-	-

** Porcentaje respecto número de madres de cada origen. **3 casos de madres asiáticas*

El número y el porcentaje de madres fumadoras según cuatro niveles de estudio, junto con su valor p al comprarlo agrupado por dos niveles de estudios aparece en la Tabla 23. Además muestra la media de consumo de cigarrillos al día y el valor p obtenido comparando dos niveles de estudios. En la Tabla 24 se realiza esta mismo seleccionando las madres de origen europeo occidental para evitar el posible factor de confusión de la inmigración.

Tabla 4.23**. Número, proporción de madres fumadoras, media de cigarrillos diarios según cuatro niveles de estudios y comparación según dos niveles de estudio.**

	Madres fumadoras	Valor p al comparar número de madres fumadoras entre dos niveles de estudio (Nivel 1 y 2)	Media de cig/día	Valor p al comparar media de cigarrillos/día entre nivel de estudios (Nivel 1 y 2)
Sin estudios básicos. Nivel 1.	0	0,448	-	1
Primaria/Secundaria . Nivel 1	12 (21,82%)*		14,17 (10,12 – 18,21)	
Bachillerato/ FP Nivel 2.	20 (27,03%)*		11,55 (8,57 – 14,53)	
Universitarios/G.S. Nivel 2	10 (16,39%)*		6,82 (3,27 – 10,37)	

**Porcentaje respecto número de madres de cada nivel de estudios*

Tabla 4.24. **Número, proporción de madres fumadoras europeas occidentales,**

media de cigarrillos diarios según cuatro niveles de estudios y comparación según dos niveles de estudio.

	Madres europeas occidentales fumadoras	Valor p al comparar número de madres europeas occidentales fumadoras entre dos niveles de estudio (Nivel 1 y 2)	Media de cig/día	Valor p al comparar media de cigarrillos al día entre nivel de estudios (Nivel 1 y 2)
Sin estudios básicos. Nivel 1.	0	**0,024**	-	0,34
Primaria/Secundaria. Nivel 1	9 (52,94%)*		13,56 (8,57 – 18,54)	
Bachillerato/ FP Nivel 2.	11 (30%)*		13,27 (8,82 – 17,73)	
Universitarios/G.S. Nivel 2	8 (15,09%)*		7,33 (2,9 – 11,77)	

**Porcentaje respecto número de madres europeas occidentales de cada nivel de estudios*

El número y el porcentaje de madres fumadoras según la situación laboral, junto con su valor p al comprarlo agrupado por dos niveles de estudios aparece en la Tabla 25. Además muestra la media de consumo de cigarrillos/día y el valor p comparando las tres situaciones laborales.

Tabla 4.25. **Número, proporción de madres fumadoras, media de cigarrillos diarios y comparación según situación laboral.**

	Madres fumadoras	Valor p al comparar número de madres fumadoras entre situación laboral	Media de cig/día	Valor p al comparar media de cigarrillos al día entre situación laboral.
Desempleada	9 (34,6%)*	0,067	15 (11,08 – 18,92)	0,084
Empleada	26 (21,8%)*		10,15 (7,5 – 12,8)	
Ama de casa	7 (12,5%)*		9,57 (3,46 – 15,68)	

*.*Porcentaje respecto número de madres de cada situación laboral*

La Tabla 26 muestra el número y porcentaje de padres fumadores según el área geográfica, junto con su valor p al comprarlo con el de los padres de origen europeo occidental. Además muestra la media de consumo de cigarrillos al día y el valor p obtenido al comparar dicho valor en padres de origen europeo occidental con los que no son europeos occidentales.

Tabla 4.26. **Número y proporción de padres fumadores y media de cigarrillos diarios según el área geográfica y comparación con los padres de origen europeo occidental.**

	Padres fumadores	**Valor p al para la proporción de padres fumadores según origen frente a los padres europeos o.**	**Media de cigarrillos al día**	**Valor p al comparar media de cigarrillos al día según área geográfica con los padres de origen europeo occidental**
Padres europeos o.	38 (37,25%)*	0,113	15,87 (11,99 –19,75)	**0,003**
Padres no europeos o.	23 (26,4%)*		9 (5,37 – 12,63)	
-América del sur Centroamérica.	9 (29,03%)*	0,402	4,11 (1,38 – 6,84)	**<0,001**
- Asia	0	0,522 **	-	-
-Europa del Este	8 (32%)*	0,624	18,57 (12,19 – 24,95)	0,221
-Norte de África, Magreb	4 (25%)*	0,411 **	5 (-0,66 – 10,66)	**0,003**
-Africa Subsahariana	2 (16,67%)*	0,21 **	5,5 (-51,68 – 62,68)	0,108

** Porcentaje respecto número de padres de cada origen **3 casos de padres asiáticos*

El número y el porcentaje de padres fumadores según cuatro niveles de estudio, junto con su valor p al comprarlo agrupado por dos niveles de estudios aparece en la Tabla 27. Además muestra la media de consumo de cigarrillos al día y el valor p comparando dos niveles de estudios. En la Tabla 28 se realiza esta mismo seleccionando los padres de origen europeo occidental para evitar el posible factor de confusión de la inmigración.

Tabla 4.27.**Número, proporción de padres fumadores, media de cigarrillos diarios según cuatro niveles de estudios y comparación según dos niveles de estudio.**

	Padres fumadores	**Valor p al comparar numero de padres fumadores entre dos niveles de estudio (Nivel 1 y 2)**	**Media de cig/día**	**Valor p al comparar media de cigarrillos al día entre nivel de estudios (Nivel 1 y 2)**
Sin estudios básicos. Nivel 1.	0	**0,018**	-	0,2
Primaria/Secundaria	32		10,32	

Nivel 1	(43,24%)*		(7,94 – 12,7)	
Bachillerato/ FP. Nivel 2.	20 (29,41%)*		15,2 (11,53 – 18,87)	
Universitarios/ G.S. Nivel 2	9 (20%)*		19,67 (2,29 – 37,03)	

**Porcentaje respecto número de padres de cada nivel de estudios*

Tabla 4.28 **Número, proporción de padres fumadores europeos occidentales, media de cigarrillos/dia según 4 niveles de estudios y comparación según 2 niveles de estudio.**

	Padres europeos occidentales fumadores	**Valor p al comparar numero de padres europeos occidentales fumadores entre dos niveles de estudio (Nivel 1 y 2)**	**Media de cig/día**	**Valor p al comparar media de cigarrillos al día entre nivel de estudios (Nivel 1 y 2)**
Sin estudios básicos. Nivel 1.	-	**0,003**	-	0,581
Primaria/Secundaria. Nivel 1	17 (60,7%)*		14,06 (11,09 – 17,02)	
Bachillerato/ FP. Nivel 2.	13 (36,1%)*		14,61 (10,71 – 18,52)	
Universitarios/G.S. Nivel 2	8 (21,1%)*		21,75 (2,34 – 41,16)	

**Porcentaje respecto número de padres occidentales de cada nivel de estudios*

El número y el porcentaje de padres fumadores según la situación laboral, junto con su valor p al comprarlo agrupado por dos niveles de estudios aparece en la Tabla 29. Además muestra la media de consumo de cigarrillos al día y el valor p obtenido comparando las dos situaciones laborales.

Tabla 4.29. **Número, proporción de padres fumadores, media de cigarrillos diarios y comparación según situación laboral.**

	Padres fumadores	**Valor p al comparar numero de padres fumadores entre dos situaciones laborales**	**Media de cig/día**	**Valor p al comparar media de cigarrillos al día entre situación laboral.**
Desempleado	14 (37,84%)*	0,42	14,47 (11,05 – 17,88)	**0,023**

Empleado	47 (30,92%)*		9,31 (4,56 – 14,05)	

.*Porcentaje respecto número de padres de cada situación laboral*

29 madres (14,3%) fumaron durante la gestación del niño del que se entrevistó, con una media de 6,41 (3,7 – 9,12) cigarrillos diarios durante todo el embarazo. En la Tabla 30 aparece reflejado el número y proporción de madres que fumaron, la media de cigarrillos al día durante toda la gestación, y el valor p de la comparación de dichos valores con sus homónimas europeas occidentales.

En la Tabla 31 aparece reflejado el número de fumadoras durante el embarazo y la media de cigarrillos al día según el nivel de estudios, así como el valor p al comparar según dos niveles de estudios y en la Tabla 32 se realizó el mismo ejercicio, pero seleccionando sólo las madres de origen en Europa occidental con el fin de eliminar el factor inmigración como posible factor de confusión.

Tabla 4.30. **Número y proporción de fumadoras durante la gestación y media de cigarrillos al día según área geográfica de origen y valor p de la comparación.**

	Gestantes fumadoras	**Valor p al comparar la proporción de fumadoras según origen con las gestantes europeas occidentales.**	**Media de cigarrillos al día**	**Valor p al comparar media de cigarrillos al día según área geográfica con las gestantes de origen europeo occidental**
Gestantes de origen europeo o	17 (16,67%)	0,375	7,29 (2,8 – 11,79)	0,983
Gestantes de origen no europeo o	12 (12,2%)		5,17 (2,67 – 7,66)	
América del sur y Centroamérica.	0	**0,006****	-	-
- Asia	0	1**	-	-
-Europa del Este	11 (35,71%)	**0,01**	4,72 (2,18 – 7,28)	0,448

-Norte de África, Magreb	0	0,123**	-	-
-Africa Subsahariana	1	0,693**	-	-

** Porcentaje respecto número de madres de cada situación laboral. **3 casos de madres asiáticas*

Tabla 4.31. **Número y proporción de madres fumadoras durante la gestación según cuatro niveles de estudio y comparación según dos niveles de estudio.**

	Madres fumadoras durante el embarazo	**Valor p al comparar número de madres fumadoras durante el embarazo entre dos niveles de estudio (Nivel 1 y 2)**	**Media de cigarrillos al día durante el embarazo**	**Valor p al comparar media de cigarrillos al día según dos niveles de estudios (1 y 2)**
Sin estudios Nivel 1.	0	0,715	-	0,945
Primaria/Secundaria. Nivel 1	9 (16,36%)*		6,56 (-0,28 – 13,4)	
Bachillerato/ F.P. Nivel 2.	16 (21,62%)*		7,37 (3,72 – 11,02)	
Universitario/G.S. Nivel 2	4 (6,89%)*		2,25 (1,45 – 3,05)	

**Porcentaje respecto número de madres no fumadoras de cada situación laboral*

Tabla 4.32. **Número y proporción de madres fumadoras europeas occidentales durante la gestación según cuatro niveles de estudio y comparación según dos niveles de estudio.**

	Madres fumadoras europeas occidentales durante el embarazo	**Valor p al comparar número de madres europeas occidentales fumadoras durante el embarazo entre dos niveles de estudio (Nivel 1 y 2)**	**Media de cigarrillos al día durante el embarazo**	**Valor p al comparar media de cigarrillos al día según dos niveles de estudios (1 y 2)**
Sin estudios. Nivel 1.	0	0,053	-	0,945
Primaria/Secundaria. Nivel 1	6 (35,29%)*		6,56 (-0,28 – 13,4)	
Bachillerato/ F.P. Nivel 2.	8 (24,24%)*		7,37 (3,72 – 11,02)	

Universitario/G.S. Nivel 2	3 (6%)*		2,25 (1,45 – 3,05)	

**Porcentaje respecto número de madres europeas occidentales no fumadoras de cada situación laboral*

Para estudiar la presencia de tabaquismo materno perinatal en gestantes fumadoras se seleccionaron las madres con niños menores de un año. En dicho grupo, se analizó la presencia de madres fumadoras en ese momento con la presencia de tabaquismo durante la gestación, cuyos resultados aparecen en la Tabla 33. Por último, se realizó así mismo una comparación entre la presencia y duración de lactancia materna con la presencia de tabaquismo en el embarazo cuyos resultados se resumen en la Tabla 34.

Tabla 4.33. **Presencia de madres fumadoras en niños menores de 1 año según el antecedente de tabaquismo o no durante la gestación y valor p de la comparación**

	Madres fumadoras en niños menores de 1 año	**Valor p al comparar numero de madres fumadoras en niños menores de 1 año según tabaquismo durante el embarazo**
Madres fumadoras durante la gestación	5 (71,43%)*	**<0,001**
Madres no fumadoras durante la gestación	0	

** Porcentaje respecto número de madres fumadoras o no durante la gestación*

Tabla 4.34 **Numero de niños que recibieron lactancia materna y duración en meses según la presencia de tabaquismo en el embarazo y comparación**

	Niños con lactancia materna	**Valor p al comparar numero de niños con lactancia materna según la presencia de tabaquismo en la gestación**	**Media de meses de duración de la lactancia materna según presencia de tabaquismo en la gestación.**	**Valor p al comparar media de meses de duración de la lactancia materna con presencia de tabaquismo durante la gestación**
Madres fumadoras durante la	24 (82,76%)*	0,411	6,22 (3,28 – 8,95)	**<0,001**

gestación				
Madres no fumadoras durante la gestación	150 (88,24%)*		12,69 (11,06 - 14,31)	

**(Porcentaje respecto número de niños con madres fumadoras o no en el embarazo)*

5.DISCUSIÓN

El entorno del niño juega un papel fundamental en el desarrollo del niño, siendo la inmigración y el tabaquismo un factor esencial modulador de dicho entorno. En el estudio actual se aprecia como la inmigración influye sobre un gran número de factores influyentes en la crianza del niño como son: la edad de la madre, la asistencia a guardería, la vacunación (en este caso contra el Neumococo)...También se aprecia cómo el tabaquismo varía en las diferentes subpoblaciones e influye sobre algunas aspectos de relevantes de la crianza. Muchos estudios han destacado las diferencias entre familias inmigrantes y no entre comportamientos que influyen sobre la crianza del niño como el de A. Jiménez-Muro et al [7] y el de Fernandes D. et al [36]. En las siguientes páginas se interpretan los resultados obtenidos y su comparación con la evidencia disponible

5.1 Factores sociodemográficos de la muestra.

En la muestra estudiada, los niños de madres de origen extranjero tienen un número mayor de hermanos que los de las madres europeas occidentales(1,19 de media contra 0,77). Dicha diferencia se ve especialmente en madres de origen subsahariano (media de 2,43), en sentido contrario en las madres de origen en Europa del Este (0,64). Como es lógico, el número de convivientes sigue las mismas tendencias al guardar relación con el número de hermano. Aquí se ve como las costumbres culturales juegan un papel muy importante en la estructura de las familias. De estas diferencias se han hablado en diversos estudios como el de A. Jiménez-Muro et al [7], hallando mayor número de convivientes entre mujeres embarazadas extranjeras.

Como se ve ante los datos obtenidos, un alta proporción de los niños de la muestra tiene padre (50,2%) o/y madre (49,8%) con origen fuera de España. Esto va en relación con las características de la población atendida en el Centro de Salud Delicias Sur, situado en el barrio Delicias de Zaragoza. Dicho barrio, con muchas viviendas antiguas y de bajos precios, ha visto aumentada la población inmigrante en los últimos años; siendo la muestra obtenida una demostración de esto. Por otro lado, el hecho de que la mayoría de inmigrantes son gente joven y en edad reproductiva, concuerda con el hecho de que tengan una mayor representatividad [54]. A. Jiménez-Muro et al [7] constató que un 35% de las mujeres atendidas en el parto en Zaragoza en 2011 y un 35% de las parejas eran inmigrantes, un valor menor del habitual al atenderse a mujeres de toda la ciudad y no sólo del barrio Delicias.

La mayoría de los niños, por el contrario, han nacido en España, tras la estabilización económica de sus padres en nuestro país. Los orígenes más frecuentes de los progenitores son Centroamérica y Sudamérica; seguida de Europa del Este, Magreb y Sur de África. El número de inmigrantes de Europa occidental fue bajo, así como el número de personas asiáticas; aunque esta última población presentó una mayor negativa a la contestación de la encuesta, lo que puede provocar un sesgo de los resultados. Se ve una gran parecido en la distribución del origen de los progenitores; esto es lógico al observarse durante las entrevistas cómo las parejas estaban mayoritariamente formadas por personas del mismo país.

A la hora de comparar las edades de los progenitores, se aprecia que, excluyendo aquellos de Europa del Este, la edad de los progenitores de origen europeo occidental es significativamente mayor que la del resto. Investigando por área geográfica, se muestra como, mientras que en el grupo de las madres sí es significativa la diferencia de media de edad para casi todas las áreas geográficas; en el caso de los padres, sólo se ve diferencia con el grupo de América latina. Esto es explicable al ver las edades

por sexos de los diferentes grupos, encontrando que los padres de origen extranjero presentan una menor diferencia de edad con sus equivalentes europeos occidentales y, al contrario, presentan mayor diferencia de edad (con tendencia a ser más mayores) con sus parejas, que, como se ha dicho, tienden a ser de sus mismos países de origen.[1]

El nivel de estudios de los progenitores de forma global fue discretamente superior al de un estudio llevado a cabo en población gallega en 2011 [55] donde se hablaba de un 6,4% de ausencia de estudios (3,7% en el actual), un 45,7% con estudios primarios (33,2% en el actual), un 28,7 % con estudios secundarios (36,3% en el actual) y un 19,2% con estudios universitarios (26,8% en el actual). El nivel de estudios guarda una relación significativa con el hecho de ser o no inmigrante, apreciándose una proporción mayor de la esperada de estudios superiores en aquellas personas de origen europeo occidental y, por el contrario, de estudios primarios en aquellas personas de origen no europeo occidental. Dicha diferencia fue descrita igualmente por A. Jiménez-Muro et al [7] tanto en madres como en padres, encontrando porcentajes similares al del estudio actual al estratificar por inmigración. En cuanto área geográfica, se aprecia dicha tendencia en los progenitores de origen africano (tanto del norte como del sur) y en las madres de América latina. En los inmigrantes de Europa del Este y en los padres de América latina no se aprecian diferencias significativas en este campo. Estos datos puedes encajar con el hecho de que sea más probable la emigración de aquellas personas con un nivel de cualificación menor (y menor posibilidades de trabajo en su país de origen) y que a mayor diferencia en el nivel económico del país de origen con en el de destino, mayores diferencias en el nivel educacional de la población. En el caso de las madres, el estudio de Gonzalez-Barcala F.J [8] llevado a cabo en Galicia mostraba un 28,1% de madres con estudios primarios, un 38,1% con estudios secundarios y un 33,8% con estudios superiores. Dichos datos, muestran que nuestra población, en el caso de las mujeres, presenta un discreto menor nivel de estudios.

Un dato interesante es que en los progenitores la situación laboral difiere de forma significativa según sean o no de origen europeo occidental. De esta forma, se aprecia mayor incorporación al mundo laboral (principalmente de forma activa) en las mujeres europeas occidentales y una mayor proporción de amas de casa en mujeres de origen

[1] Nótese que en este texto se utiliza indistintivamente el concepto “europeo occidental” y el concepto “español” o “autóctono”; en oposición se utiliza el concepto “no europeo occidental” y el concepto “extranjero” o “inmigrante”. Esto es así porque el número de progenitores inmigrantes de Europa Occidental era muy bajo y en la entrevista revelaron que llevaban años viviendo en España y llevaban un estilo de vida occidental; por lo que a la hora de comparar los comportamientos y hábitos, estos son superponibles a los del resto de población española.

extranjero. Dividiendo por áreas geográficas, estas diferencias son principalmente debidas por aquellas mujeres de origen africano; no apreciándose en el resto de áreas. A. Jiménez-Muro et al [7] también halló una diferencia significativa en la situación laboral de ambos progenitores según inmigración o no, con datos similares a los encontrados. En el caso de los padres, se comprueba la misma tendencia, con un nivel mayor de desempleo en los de origen africano. Esto podría deberse a mayor dificultad de las personas provenientes de dichos países, menos desarrollados, para incorporarse al mundo laboral; junto con la presencia de una cultura del trabajo en la mujer diferente a la occidental.

5,2 Características de los cuidados del niño

Se aprecia un uso elevado de la lactancia materna en los primeros meses de vida (85,7%), habiendo en la mayoría de niños que ya terminaron la lactancia una duración mayor de 6 meses (63,82%). Según la OMS [56], la lactancia materna es el alimento idóneo para el recién nacido, recomendándose la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida. De esta forma, en la muestra aparece una buena aplicación de la lactancia materna aunque sería deseable una mayor duración de esta en los niños del centro de salud. Según inmigración, hay una diferencia significativamente mayor de lactancia materna en madres de origen extranjero en comparación con las madres europeas occidentales (94,9% en madres de origen no europeo occidental contra 79,4% en madres europeas occidentales) con una tendencia mayor en mujeres de América latina y África. Dicho hallazgo es concordante con el hallado por Cuadrón L. et al en 2013 [57] en Zaragoza, donde se aprecio que el origen estaba relacionado con el mantenimiento al mes y a los 6 meses de la lactancia materna, encontrando una mayor probabilidad de mantenerla en mujeres africanas. No se apreciaron diferencias significativas en la duración del mantenimiento de la lactancia materna comparando por área geográfica de la madre ni por su nivel de estudios , así como esto último no parece influir en la proporción de presencia de lactancia. Mangrio el at en un estudio [9] realizado en Suecia entre 2003 y 2007 tampoco encontró diferencias en la implantación de la lactancia materna según nivel de estudios materno; en cambio, al igual que Cuadrón L. et al [57] si hallo una relación significativa entre un mantenimiento de la lactancia materna exclusiva más de 4 meses y un nivel de estudios de la madre superior.

Como se aprecia en el apartado de resultados, la vacunación contra el Neumoco (Prevenar®) presenta una gran variabilidad dependiendo de una serie de factores. La inmigración es uno de ellos, estando menos presente en niños de madres de origen

extranjero que en madres de origen europeo occidental, siendo África subsahariana y América latina quienes presentan diferencias significativas. Hay que tener en cuenta que dicha vacunación, no financiada por la Seguridad Social, conlleva un gasto importante (unos 300 euros) para las familias, siendo este uno de los principales condicionantes para su aplicación, razón por la que puede verse una aplicación significativamente menor en niños con padres desempleados o/y con familias inmigrantes. Otro condicionante relacionado es el nivel de estudios de la madre (que a su vez puede estar relacionado con la situación económica de la familia y con el país de origen del la familia), habiendo una proporción de vacunación mayor a más alto es el nivel académico de la madre.

Se estudió la asistencia o no a guardería de los niños antes de empezar el colegio y la edad media de inicio de este, observándose una proporción mayor de asistencia en niños de madres de origen europeo occidental. Esto enlaza con el hecho de que haya una mayor proporción de madres no trabajadoras entre las madres de origen extranjero, como se dijo previamente.

5.3 Tabaquismo en la familia y su influencia sobre el entorno del niño

La presencia de tabaquismo en el domicilio, especialmente si proviene de la madre, es la principal fuente de tabquismo pasivo del niño. [53]. En la muestra, casi la mitad de los niños (43,35%) presentaban al menos un conviviente fumador, quien era principalmente el padre. Dicho resultado contrasta por ser más elevado que los encontrados en otros estudios como el de Jimenez Ruiz et al [4] donde en 2011 estimaba en 8% la proporción de tabaquismo pasivo en el hogar en la población general; en cambio, se muestra menor al de al de A. Marco et al [21] (50,2%), al de Gonzalez-Barcala F.J et al [8] (51%) y otros estudios [58, 59] donde miden el tabaquismo pasivo infantil.

En comparación con el estudio de Gonzalez-Barcala F.J et al [8] llevado a cabo en Galicia en 2007 y donde en un 18,8% de la muestra total sólo fumaba el padre y en un 19,4% fumaba sólo la madre; los datos del presente estudio son similares para el grupo de los padres (18,9%) y mucho menores (7,3%) para la madre. El número de fumadores convivientes guarda relación con el número de convivientes en el domicilio. Este dato también se puede leer en el estudio de A. Jiménez-Muro et al [7] por lo que se podría afirmar que puede existir un riesgo de mayor tabaquismo pasivo infantil en aquellas familias con un mayor número de convivientes. El uso del cigarrillo electrónico se muestra poco extendido en la población estudiada con un uso de un 4,9% de las

familias.

En la muestra estudiada, a nivel global hay una diferencia significativa entre ser padre o madre y ser fumador, exfumador o sin relación previa con el tabaco. Se aprecia cómo las mujeres tienen una tendencia a mayor a no haber tenido relación con el tabaco (60,6% en madres frente a 41,2% en hombres) y a ser menos fumador en la actualidad. Dichas diferencias por sexo son mayores en las familias de origen inmigrante que en las de origen europeo occidental, lo que es acorde con el estudio de Bosdriesz JR et al [37] y con el de A. Jiménez-Muro et al [7]. En cambio, comparando por número de cigarrillos al día, no se ven diferencias claramente significativas, aunque sí una tendencia a fumar menor cantidad en el sexo femenino.

Según áreas geográficas de origen de las madres, se aprecia una diferencia estadísticamente significativa con respecto al número de mujeres fumadoras. De esta forma, hay más fumadoras entre las madres de origen europeo occidental (27,6%) que en las de de origen no europeo occidental (14,3%).Dicha diferencia también fue descrita por Bosdriesz JR et al en un estudio [37] realizado en 2006 en EEUU donde la prevalencia de tabaquismo en mujeres inmigrantes fue de 4,1% y en estadounidenses de 18,1%. Un dato curioso es que dichas diferencias no se muestran con las madres de África Subsahariana ni Europa del Este. En el primer caso, esto explicable a que una mujer fuma en esta pequeña muestra; pero en el segundo caso la proporción de fumadoras es mayor que en el de las europeas occidentales (39,28% de fumadoras de Europa del Este frente a 27,6% de Europa occidental). Con respecto al número de cigarrillos al día, no se ven diferencias entre los diferentes orígenes.

Respecto al nivel de estudios de las madres y el hecho de ser o no fumadora y el número de cigarrillos al día no se aprecian diferencias al analizarlo sobre toda la muestra. En cambio, seleccionando sólo la población europea occidental, aparece una diferencia significativa, siendo inversamente proporcional el nivel de estudios y la proporción de fumadoras. Esto demuestra cómo el factor inmigración actúa en este caso como factor de confusión; probablemente por el hecho de que las mujeres de origen no europeo occidental presentan, a modo general en esta muestra una menor tendencia a ser fumadoras. La relación inversa entre nivel de estudios y tabaquismo fue descrita por Muraro A.P. et al [14] en población brasileña en el año 2000. No se aprecian diferencias significativas en el número de cigarrillos al día según nivel de estudios, aunque si una tendencia (más clara al eliminar el factor de la inmigración) de fumar menos cigarrillos al día de media en madres con mayores niveles de estudio.

La situación laboral de la madre no muestra relación clara en el estudio con la proporción de fumadoras ni el número de cigarrillos al día, habiendo una discreta

tendencia a mayor cantidad de fumadoras entre las madres desempleadas.

Al contrario que en las madres, el área geográfica de origen del padre no presenta una diferencia estadísticamente significativa con respecto al número de fumadores, habiendo de todas formas una tendencia a un menor número de padres fumadores entre inmigrantes (26,% frente a 37,25% en europeos occidentales), exceptuando los inmigrantes de Europa del este. Bosdriesz JR et al en su estudio [37] encontró menor proporción de fumadores entre hombres inmigrantes (14,2%) en comparación con estadounidenses (21,4%), lo que es acorde con la tendencia encontrada en el estudio actual y A. Jiménez-Muro et al [7] encontró una proporción de nunca fu madores mayor entre padres inmigrantes, con una menor diferencia el tabaquismo activo actual (similar a la muestra actual). Con respecto al número de cigarrillos al día, se ve un consumo mayor entre padres de origen europeo occidental que los padres de origen extranjero, especialmente del Norte de África y América del Sur-Centroamérica. De todas formas, dichos datos deberían ser tomados con cautela debido al pequeño número de padres fumadores de cada región geográfica y a la amplitud de la los intervalos de confianza de las medias.

Respecto al nivel de estudios de los padres y el hecho de ser fumador y el número de cigarrillos al día, al contrario que en las madres, se aprecian diferencias al analizarlo sobre toda la muestra. Se observa, al igual que en las madres, una relación inversa entre el nivel de estudios y la proporción de fumadores. Con respecto al número de cigarrillos al día, se aprecia una tendencia de fumar menos a mayor nivel de estudios; que no se confirma como diferencia significativa al eliminar el factor de confusión de la inmigración, analizando sólo los padres de origen europeo occidental.

La situación laboral del padre no muestra relación clara en el estudio con la proporción de fumadores, pero sí en el número de cigarrillos al día. Hay una mayor cantidad de cigarrillos al día en padres desempleados. Este dato es concordante con estudios que relacionan un mayor tabaquismo con un nivel socioeconómico menor [14, 20, 23, 31].

La influencia del tabaquismo materno en el niño durante su gestación presenta efectos de sobra conocidos [14,53]. En la muestra, un 14,3 % de las madres presentaron tabaquismo durante su gestación, apareciendo diferencias significativas en la comparación con la población de América Latina (que presentaban un consumo menor) y con la población de Europa del Este (que presentaban un consumo mayor). Dicho porcentaje es sólo discretamente menor que el encontrado por A. Jiménez-Muro et al [7] en 2011 en Zaragoza, donde un 18,2% de las mujeres atendidas en el momento del parto en dos hospitales fumaron durante el embarazo. El hecho de no

apreciarse diferencias significativas al comparar entre mujeres europeas occidentales y no europeas occidentales puede deberse al efecto contrario de las dos subpoblaciones comentadas y a la poca muestra de gestantes fumadoras disponible (29 mujeres). A. Jiménez-Muro et al [7] encontró diferencias significativas, con una menor prevalencia de tabaquismo en embarazo en las mujeres inmigrantes (8,7% frente a 21,9%).

El nivel de estudios, no presenta diferencias significativas en el grupo de mujeres embarazadas, aunque sí una tendencia a haber menos gestantes fumadoras a mayor nivel académico (hecho que se constata en el resto de progenitores del estudio). Esto es acorde al estudio de Mangrio et al [9], quien describió un riesgo de fumar en el embarazo 5 veces mayor entre mujeres con inferiores niveles de estudios. No se aprecian en este grupo diferencias significativas en cuanto a media de cigarrillos al día. La no significación de los análisis podría ser debido al bajo número de pacientes que presenta el grupo de mujeres gestantes fumadoras; posiblemente consiguiéndose mayor significación con una muestra mayor.

Con el fin de estudiar la continuidad del hábito tabáquico en el primer año de vida del niño en fumadoras durante la gestación, se analizó la presencia de tabaquismo en madres de niños menores de un año que habían fumado durante el embarazo. Se obtuvo una continuidad del hábito tabáquico del 75 %, dicho dato es similar al hallado por A. Marco et al en 2004 [21], donde era del 100% durante el siguiente año, al hallado por Muraro A.P et al [14] que era del 80,5 %, al encontrado por A. Jiménez-Muro et al [7] que era del 82,2% y es avalado por otros artículos científicos [53].

Por último, se analizó la relación entre tabaquismo en la gestación (el que suele ser habitual que continúe tras el nacimiento) y la presencia de lactancia materna, sin encontrarse diferencias. En cambio, sí se aprecia una mayor duración de la lactancia en meses de media en aquellas gestantes que no han sido fumadoras, manteniéndose aproximadamente el doble de tiempo. Dichos datos son concordantes con otros estudios del tema [11,12, 57].

5.4 Comparación del estudio actual con estudio previo (2004)

En 2004 A. Marco Tejero realizó un estudio [21] descriptivo retrospectivo sobre una población de 410 menores de 14 años en el mismo centro de salud del presente estudio. En dicho estudio se realizó una encuesta a los familiares de los niños atendidos en el centro de salud entre el 15 de enero y el 15 de abril de 2004, la que se determinó el hábito tabáquico de las familias así como el número de episodios de

patologías agudas respiratorias y exacerbación de patología pulmonar crónica.

Debido a ser un estudio que comparte similitudes con el actual, y a que fue realizado sobre la misma población, resulta interesante realizar una comparación entre los dos para poder ver la evolución entre 2004 y 2015 del tabaquismo pasivo infantil en los niños atendidos en el Centro de Salud Delicias Sur. La diferencia principal en el diseño de ambos estudios es el hecho de que en el de A. Marco se recogieron datos sobre enfermedades respiratorias de los niños, mientras que en el actual, se insistió en las características socioculturales de la familia. En la tabla siguiente se exponen las diferencias encontradas entre dichos estudios, que dejan ver una serie de diferencias entre ambos.

Tabla 5.1. **Comparación de resultados del estudio de A. Marco de 2004 y el actual**.

Variables	Estudio 2004. A. Marco	Estudio 2015. S. Trueba
Tamaño muestral	410 niños	203 niños
Sexo de los pacientes.: - Niños - Niñas	 193 niños (47,1 %) 217 niñas (57,9%)	 113 niños (55,66%) 90 niñas (44,33%)
Edad media de los pacientes -Edad media en niños -Edad media en niñas	 5,8 años 6,47 años	 5,17 años 5,04 años
Asistencia a guardería en niños menores de 4 años	76 niños (18,54%)	24 (24,7%)
Lactancia materna	334 niños (93,82%)	174 niños (85,7%)
Fuma alguien en casa	206 familias (50,2%)	88 familias (43,35%)

Padre
- No fumador
- Fumador
  - 1-10 cigarrillos/día
  - 11-20 cigarrillos/día
  - > 20 cigarrillos/día
	
	- 248 (60,5%)
	- 162 (39,5%)
	  - 32 (7,8%)
	  - 57 (13,9%)
	  - 73 (17,8%)
		
		- 121 (66,5%)
		- 61 (33,5%)
		  - 33 (18,3%)
		  - 25 (13,74%)
		  - 3 (1,65%)

Madre
- No fumadora
- Fumadora
  - 1-10 cigarrillos/día
  - 11-20 cigarrillos/día
  - > 20 cigarrillos/día
	
	- 275 (67,1%)
	- 135 (32,9%)
	  - 55 (13,4%)
	  - 54 (13,2%)
	  - 26 (6,3%)
		
		- 156 (78,79%)
		- 42 (21,21%)
		  - 26 (13,3%)
		  - 17 (8,58%)
		  - 0

Tabaquismo durante la gestación	65 (48,15%)	29 (14,3%)

Tras observar la tabla, se puede observar cómo las edades medias de los niños son parecidas y en ambos estudios la muestra por sexo se halla bien balanceada. Con respecto a los cuidados del niño, la asistencia a guardería y la lactancia presentan cifras similares, cuya variabilidad podría deberse a diversos factores: diferencias en el muestreo, cambios en la proporción de inmigración y a nivel socioeconómico, el azar...

Con respecto al tabaco, se pueden apreciar varios datos interesantes. Se ve una disminución del número de fumadores, más acusada en el grupo de las madres, en comparación con 2004. Este suceso podría tener su origen en, entre otras causas, la disminución de la prevalencia de tabaquismo en la población a nivel general (por la implantación reciente de nuevas políticas contra el tabaco) y en el aumento de la inmigración en los últimos años. Dicha disminución concuerda con M. Pérez-Rios et al, quien apreció en un estudio [55] realizado en 6500 personas de población gallega un descenso del 29% en 2005 al 25,5% en 2011 en la prevalencia de fumadores. Según los datos recogidos en la Encuesta Nacional de Salud de España 2011 [27, 51] se muestra también una reducción de la prevalencia de fumadores en 2011 del 27% en adultos de 15 años y más, frente al 29,9% de 2009 (16 años y más) 87 y el 34,4% de 2001; principalmente ligado a la introducción de nuevas leyes antitabaco, especialmente a la entrada en vigor de la Ley 42/2010 [51]. Existen de hecho otros estudios que abalan dicha disminución como el realizado por C. Jiiménez Ruiz et al [4] en 2005, 2007 y 2011 sobre población española. A pesar de objetivarse esta disminución de la prevalencia de fumadores en las encuestas nacionales, un reciente estudio [61] realizado en Granada en abril de 2015 observó que la prevalencia de familias con al menos un fumador, de madres fumadoras y los niveles de cotinina urinaria infantil habían aumentado en 2012 en comparación con 2005; aunque es un estudio con una muestra pequeña y una validez externa limitada. Por otro lado, es conocida la tendencia a una menor prevalencia de tabaquismo entre población inmigrante, como aparece en el estudio actual y como se describe en la bibliografia [37, 60]. Por último, el aumento de las cifras de desempleo en los últimos años, que empeora las posibilidades económicas de la población actúa como factor limitante del consumo de tabaco [55].

En relación con el sexo y el hecho de ser fumador, en ambos se da una mayor prevalencia de fumadores en los padres que en las madres; siendo dicha diferencia es mayo en el estudio actual. La menor prevalencia de tabaquismo en las madres en 2015 puede estar relacionado con una mayor proporción de inmigración en comparación con 2004. Como se ha visto en los resultados de este estudio, las mujeres inmigrantes tienen una tendencia menor que las europeas occidentales al

consumo tabáquico (exceptuando las madres de Europa del Este), dato concordante con otros estudios [37, 60].

La principal diferencia hallada al comparar ambos estudios es el hecho de encontrar una proporción mucho menor de mujeres que fumaron durante la gestación en el estudio actual. Dicho dato tiene relación con el menor consumo de tabaco en las madres en 2015, y podría tener relación con una mayor concienciación de las madres sobres los riesgos de fumar en el embarazo.

5.5 Posibles nuevos campos de investigación.

El estudio actual deja preguntas sin responder como: ¿Cómo afecta el tiempo de estancia en España de los padres inmigrantes en su comportamiento?, ¿hay diferencias en la edad de los padres y cuidados del niño?, ¿cómo afecta el estado de exfumador de la madre a su comportamiento con la lactancia?, ¿qué implicaciones tiene para el niño la disminución del tabaquismo pasivo por las recientes políticas sanitarias?, ¿cómo es el tabaquismo pasivo en la población inmigrante asiática?. Dichas preguntas, y muchas otras más, servirían de hipótesis de futuros estudios. Especialmente interesante, podría ser continuar dicho estudio, ampliando la cantidad de pacientes, con el fin de mejorar la representatividad de la población atendida, así como de las subpoblaciones que la conforman.

5.6 Limitaciones del estudio.

El estudio actual tiene una serie de limitaciones y sesgos que pueden dificultar su validez externa. Estos se relacionan con el propio diseño del estudio y con limitaciones técnicas en su realización. Los sesgos y limitaciones principales son:

- Muestreo no aleatorizado: al tratarse de un estudio de conveniencia, donde los entrevistadores hacían las encuestas en momentos con menos trabajo o en días fuera de su jornada laboral; se podría dar una pérdida de validez de los resultados obtenidos.
- Tamaño muestral pequeño para poder realizar subdivisiones con subpoblaciones de gran tamaño. De esta forma, la población asíatica no queda representada, apareciendo sólo 3 familias en el estudio.
- Sesgo de selección. A la hora de realizar las encuestas,algunas personas no contestaron por presentar dificultades idiomáticas, lo que puede enmascarar a inmigrantes con menor integración en la sociedad española y con hábitos

menos occidentales; conllevando alguna infraestimación en las comparaciones por área geográfica.

- Sesgo de inaceptabilidad. El hecho de que estar desempleado, fumar o fumar en el embarazo sea considerado por los participantes como socialmente peor aceptado, puede haber provocado una variación de respuestas, con tendencia a ocultar dichas condiciones.
- Sesgo del entrevistador. El hecho de que la mayoría de las encuestas la realizara un sólo entrevistador puede haber conllevado un sesgo, de forma inconsciente, de mayor insistencia con algunas personas, de error sistemático en medición de variables...
- Limitación de aplicación de métodos estadísticos. Este se debe mayoritariamente al tamaño muestral, ya que ha impedido realizar algunos cálculos estadísticos, como, por ejemplo, la Chi Cuadrado para comparar 4 niveles de estudio o métodos de regresión.

6. CONCLUSIONES

Hay una serie de factores muy implicados en la exposición pasiva al humo del tabaco en los niños como son el nivel de estudios de los padres y el origen de la familia; que afectan tanto al tabaquismo pasivo durante la gestación como al presente en los primero años de vida.

La inmigración, que afecta aproximadamente a la mitad de la población atendida por en Centro de Salud Delicias Sur, afecta de una forma importante a la configuración del entorno del niño al relacionarse con: la edad (menor en inmigrantes), el nivel de estudios (menor en inmigrantes) y situación laboral de su progenitores (más desempleo en inmigrantes), el número de hermanos y convivientes (ambos mayores en familias inmigrantes) , la vacunación contra el Neumococo (menos vacunación e familias inmigrantes) y la asistencia a guardería (menor uso en familias inmigrantes).

Con respecto al hábito tabáquico, un 43,35% de los niños presentaba tabaquismo en el domicilio, siendo este más frecuente el ocasionado por padres que por madres. Por lo general hay menos fumadores y un menor consumo de tabaco entre progenitores inmigrantes; siendo las diferencias con los europeos occidentales mayor en el grupo de las madres. El nivel de estudios guarda una relación inversa con la presencia de tabaquismo que, a su vez, guarda relación inversa con el mantenimiento de la lactancia materna.

Desde 2004 se ha visto una reducción del tabaquismo en los progenitores de los niños atendidos en el Centro de Salud Delicias Sur, especialmente importante en el grupo de las madres, cuya etiología parece ser multifactorial.

Se hacen necesarios más estudios orientados hacia el estudio del tabaquismo en la población inmigrante y su efecto en los convivientes para mejorar las medidas de

salud pública y, con ello, mejorar la salud de la población.

AGRADECIMIENTOS

A Isabel Nerín y Pilar Samper de la Universidad de Zaragoza por tutorizar el trabajo. A Silvia Castán por su ayuda con las dudas referentes a análisis estadístico y metodología. A Elena Javierre por su contribución al registro de datos.

7. BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS

-1. Organización Mundial de la Salud. Desarrollo de la primera infancia:un potente ecualizador. Informe de grupo científico HELP de la OMS. Canadá: OMS; 2007. Publications: Early child development..

-2. Organización Mundial de la Salud. Convenio marco de la OMS para la lucha antitabáquica. Informe de grupo de trabajo de la OMS. Ginebra: OMS; 2000. Documento A53/12.

-3. Córdoba García R, Clemente Jiménez L, Aller Blanco A. Informe sobre el tabaquismo pasivo. Aten Primaria. 2003;31: 181-90.

-4. Jiménez Ruiz C., Riesco Miranda J., Altet Gómez N., Signes J.Costa-Miñana, Lorza Blasco J., Ruiz Manzano J., Lucas Ramos P. Impact of Legislation on Passive Smoking in Spain. . Respiration 2014;87:190–195. DOI: 10.1159/000355083

-5. Finetle BA, Pseno T, Vacek DM, Albartini RJ. The effect of maternal cigarette smoke exposure on somatic mutant frequencies at the nprt locus in healthy newborns. Mutat Res 1997;377:115-2

-6. Álvarez-Sala JL, Cisneros C, Flórez S, Jiménez CA, De Lucas P, Perelló O, et al. Tabaquismo pasivo en la infancia. Madrid: Ed. El defensor del menor en la Comunidad de Madrid, 2000.

-7. Jiménez-Muro A ,Samper M.P. , Marqueta A , Rodríguez G., Nerín I. Prevalencia de tabaquismo y exposición al humo ambiental de tabaco en las mujeres embarazadas: diferencias entre españolas e inmigrantes. Gac Sanit. 2012;26(2):138–144

-8. Gonzalez-Barcala FJ, Pertega S, Sampedro M, Lastres JS, Gonzalez MA, Bamonde L, et al. Impact of parental smoking on childhood asthma. J Pediatr (Rio J). 2013;89:294.

-9. Mangrio et al.: Maternal educational level, parental preventive behavior, risk behavior, social support and medical care consumption in 8-month-old children in Malmö, Sweden. BMC Public. Health 2011;11:891.

-10. Poets CF, Schatud M, Kieemann WJ, Rudolph A, Diekmann U, Sens B. Sudden infant death and maternal cigarette smoking: results from the Lower Saxony Perinatal Working Group. Eur J Pediatr 1995.154:326-9

-11. Sánchez Bayle M, De la Torre E, Zabaleta Camino E, Cano Fernández J, Yep Chullen GA, et al. Tabaquismo y lactancia materna. Rev Esp Pediatr. 2003;59:341-7.

-12. Sánchez Bayle M et al. Inmigración, lactancia materna y hábito tabáquico. An Pediatr (Barc). 2008;68(5):462-5

-13. Amir LH, Donath SM. Does maternal smoking have a negative physiological effect on breastfeeding? Breastfeed Rev. 2000;8: 29-33

-14. Muraro et al. Effect of tobacco smoke exposure during pregnancy and preschool age on growth from birth to adolescence: a cohort study. BMC Pediatrics. 2014; 14:99.

-15. Higgins T.M., Higgins S.T., Heil S.H., Badger G.J., Skelly J.M. , Bernstein I.M et al. Effects of cigarette smoking cessation on breastfeeding duration. Nicotine Tob Res. 2010; 12 (5): 483-488.

-16. Kukla L, Hruba D, Tyrlik M. European longitudinal study of the pregnancy and childhood. Smoking and damages of reproduction: evidence ELSPAC. Cent Eur J Public Health 2001;9:59-63

-17. .Saulyte J, Regueira C, Montes-Martı´nez A, Khudyakov P, Takkouche B. Active or Passive Exposure to Tobacco Smoking and Allergic Rhinitis, Allergic Dermatitis, and Food Allergy in Adults and Children: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS Med. 2014; 11(3): e1001611.

-18. Boshuizen H.C., Verkerk P.H., Reerink J.D., Herngreen W.P., Zaadstra B.M., Verloove-Vanhorick S. Maternal Smoking during Lactation: Relation to Growth during the First Year of Life in a Dutch Birth Cohort. Am. J. Epidemiol.1998; 147 (2):117-126.

-19. Leary S, Davey SG, Nesss A: Smoking during pregnancy and components of stature in offspring. Am J Hum Biol 2006, 18(4):502–512.7

-20. Morgenstern M., Sargent J.D., Engels R.C., Florek E., Hanewinkel R. Smoking in European adolescents: Relation between media influences, family affluence, and migration background. Addict Behav. 2013; 38(10): 2589–2595.

-21. Marco Tejero A.,Pérez Trullén A, Córdoba García R, García Sánchez N, Cabañas Bravo M.J. La exposición al humo de tabaco en el hogar aumenta la frecuentación por patología respiratoria en la infancia. An Pediatr (Barc). 2007;66(5):475-80

-22. Cheraghi M, Salvi S. Environmental tobacco smoke (ETS) and respiratory health in children. Eur J Pediatr. 2009;168:897-905.

-23. Nierkens V., de Vries H, Stronks K. Smoking in immigrants: do socioeconomic gradients follow the pattern expected from the tobacco epidemic? Tobacco Control. 2006;15:385–391.

-24. Lovato C., Watts A., Brown K.S., Lee D. ,Sabiston C., Nykiforuk C. et al. School and Community Predictors of Smoking: A Longitudinal Study of Canadian High Schools . Am. J. Public Health. 2013; 103 (2): 362-368.

-25.Ministerio de Sanidad, Politica Social e Igualdad. Informe a las Cortes Generales de evaluación del impacto sobre la salud pública de la Ley 42/2010. Informe del Ministerio de Sanidad, Politica Social e Igualdad. Madrid: Gobierno de España; 2012

-26. Ministerio de Sanidad, Politica Social e Igualdad. Documento informativo sobre la Ley que modifica la Ley 28/2005 [Internet]. Madrid: 2010,[acceso 1 de agosto 2015]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/docs/Doc_informativo_modificacion_Ley_28_2005.pdf

-27.Córdoba García R., Sanz Andrés C. Novedades en...Cigarrillo electrónico. AMF 2013;9(11):624-627.

-28. Rowa-Dewar N, Amos A, Cunningham-Burley S. Children's perspectives on how parents protect them from secondhand smoke in their homes and cars in socioeconomically contrasting communities: a qualitative study. Nicotine Tob Res. 2014 Nov;16(11):1429-35.

-29. Torrent M, Sunyer J, Cullinan P, et al. Cese del consumo de tabaco durante el embarazo y factores asociados. Gac Sanit. 2004;18:184–9.

-30. National board of health and welfare. Public Health Report 2009. [Internet]. Suiza: 2009, [acceso 5 de junio 2015].Disponible en: http:// www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71.

-31. Lourenco BH, Villamor E, Augusto RA, Cardoso MA: Determinants of linear growth from infancy to school-aged years: a population-based follow-up study in urban Amazonian children. BMC Public Health 2012, 12:265.

-32. Cantrell J, Vallone DM, Thrasher JF, Nagler RH, Feirman SP, et al. Impact of Tobacco-Related Health Warning Labels across Socioeconomic, Race and Ethnic Groups: Results from a Randomized Web-Based Experiment. PLoS ONE. 2013; 8(1): e52206.

-33. Bonevski B, Paul C, Jones A, Bisquera A, Regan T. Smoky homes: gender, socioeconomic and housing disparities in second hand tobacco smoke (SHS) exposure in a large population-based Australian cohort. Prev Med. 2014 Mar;60:95-101.

-34. Yi O, Kwon HJ, Kim D, Kim H, Ha M, Hong SJ et al. Association between environmental tobacco smoke exposure of children and parental socioeconomic status: a cross-sectional study in Korea. Nicotine Tob Res. 2012 May;14(5):607-15.

-35. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Inmigrantes 2007. [Internet] Madrid:2007, [acceso 24 de junio de 2015]. Disponibleen:http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft20%2Fp319&file=inebase&L=0

-36. Fernandes C.,Ortiz-Barreda G. y Rodríguez F. Alimentación, actividad física y otros factores de riesgo cardiometabólico en la población inmigrante en España.Revisión bibliográfica. Rev Esp Salud Pública 2014; 88:745-754.

-37. Bosdriesz JR, Lichthart N, Witvliet MI, Busschers WB, Stronks K, et al. Smoking Prevalence among Migrants in the US Compared to the US-Born and the Population in Countries of Origin. 2013. PLoS ONE 8(3): e58654

-38. González-López J R ,Rodríguez-Gázquez M de L, Campos M de L. Prevalence of alcohol, tobacco and street drugs consumption in adult Latin American immigrants. Rev Lat Am Enfermagem.2012;20:528-535.

-39. Dinno A, Glantz S (2009) Tobacco control policies are egalitarian: a vulnerabilities perspective on clean indoor air laws, cigarette prices, and tobacco use disparities. Soc Sci Med 68: 1439–1447.

-40. Amos A, Greaves L, Nichter M, Bloch M (2012) Women and tobacco: a call for including gender in tobacco control research, policy and practice. Tob Control 21: 236–243

-41. Zubair Kabir Z, Clarke1 V, Keogan S, Currie1 L.M , Zatonski W, Clancy L. Smoking characteristics of Polish immigrants in Dublin. BMC Public Health 2008, 8:428

-42. Osypuk T.L., SM, Kawachi I., Subramanian S.V., Acevedo-Garcia D. Are State Patterns of Smoking Different for Different Racial/Ethnic Groups? An Application of Multilevel Analysis . Public Health Rep. Sep-Oct 2006; 121 (5): 563-577.

-43. Liu YQ, Zhao Y, Liu MM, Wang D, Ma YN, Ren WH, Gao F, Dong GH. Interaction effects of breastfeeding and passive smoking on asthma and asthma related symptoms among children. Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi. 2013 Jun;47(6):523-8.

-44. Phillips J.J. Breastfeeding and Maternal Smoking. Pediatrics 2012;130;e461.

-45. Yilmaz G, Isik Agras P, Hizli S, Karacan C, Besler HT, Yurdakok K, Coskun T.The effect of passive smoking and breast feeding on serum antioxidant vitamin (A, C, E) levels in infants. Acta Paediatr. 2009 Mar;98(3):531-6.

-46. Dorea JG. Maternal smoking and infant feeding: breastfeeding is better and safer. Matern Child Health J. 2007 May;11(3):287-91.

-47. Du Y, Ellert U, Lampert T, Mensink GB, Schlaud M. Association of breastfeeding and exposure to maternal smoking during pregnancy with children's general health status later in childhood. Breastfeed Med. 2012 Dec;7(6):504-13.

-48. Saulyte J, Regueira C, Montes-Martınez A, Khudyakov P, Takkouche B (2014) Active or Passive Exposure to Tobacco Smoking and Allergic Rhinitis, Allergic Dermatitis, and Food Allergy in Adults and Children: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS Med 11(3): e1001611.

-49. Lopez MJ, Perez-Rios M, Schiaffino A, et al: Mortality attributable to passive smoking in Spain, 2002. Tob Control 2007; 16: 73–77

-50. Ley 42/2010, of 30 Diciembre 2010. Boletin Oficial del Estado. No. 318.

-51. Ministerio de Sanidad, Politica Social e Igualdad. Informe a las Cortes Generales de evaluación del impacto sobre la salud pública de la Ley 42/2010. Informe del Ministerio de Sanidad, Politica Social e Igualdad. Madrid: Gobierno de España; 2012.

-52. Callinan JE, Clarke A, Doherty K, Kelleher C: Legislative smoking bans for reducing secondhand smoke exposure, smoking prevalence and tobacco consumption. Cochrane Database Syst Rev 2010;14:CD005992.

-53. Córdoba R., García N, Suárez R.G., Galván C. Exposición al humo ambiental de tabaco en la infancia.An Pediatr (Barc). 2007;67(2):101-3

-54. Observatorio Permanente de la Inmigración. Anuario Estadístico de

Inmigración.2009. Madrid: Ministerio de Trabajo e Inmigración; 2009.

-55.M. Pérez-Ríos et al. Impacto de las leyes de control del tabaquismo en la exposición al humo ambiental de tabaco en Galicia (2005-2011)Gac Sanit. 2014;28(1):20–24

-56. 106-OMS. Salud de la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente. [Internet]. Ginebra: 2015 [acceso 14 de agosto 2015]. Disponible en:

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/nutrition/breastfeeding/es/

-57.Cuadrón L., Samper M.P. , Álvarez M.L. , Lasarte J.J., Rodríguez G. et al. Prevalencia de la lactancia materna durante el primer ano˜ de vida en Aragón. Estudio CALINA . An Pediatr (Barc). 2013;79(5):312-318

-58.Gurkan F, Kira A, Dagli E, Karakoç F. The effect of passive smoking on the development of respiratory sincitial virus bronchiolitis. Eur J Epidemiol. 2000;16:465-8.

-59. Okah F, Choi W, Okuyemi K, Ahluwalia J. Efecto de la presencia de niños sobre la restricción del tabaco en el hogar de fumadores en las áreas urbanas. Pediatrics (Ed Esp). 2002;53:89-94.

-60. Wilkinson AV, Spitz MR, Strom SS, Prokhorov AV, Barcenas CH, et al. (2005) Effects of nativity, age at migration, and acculturation on smoking among adult Houston residents of Mexican descent. Am J Public Health 95: 1043–1049

-61. Observatorio Permanente de la Inmigración. Anuario Estadístico de Inmigración.2009. Madrid: Ministerio de Trabajo e Inmigración; 2009.

8. ANEXOS

8.1 ANEXO I. **Consentimiento informado dado a las familias previo a la realización de la encuesta.**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se está realizando un estudio en el Centro de Salud Delicias Sur para investigar sobre el entorno de los niños que atendemos. En dicho estudio, nos interesan los datos relativos a características de la familia, cuidados del niño y tabaquismo en la familia. Un médico le explicará dicho estudio, pudiendo responder a todas las dudas que le surjan.

Sepa que en cualquier momento puede renunciar a responder o a que sus datos cuenten en nuestro fichero. En todo momento sus datos son confidenciales.

Yo, (nombre).....con DNINIF …..... tras entender la explicación dada sobre el estudio que se está realizando en este centro de salud, acepto responder esta encuesta y acepto el uso de dichos datos para investigaciones futuras siempre que no se a posible mi identificación por ellos por personas ajenas al proyecto.

FIRMA DEL FAMILIAR FIRMA DEL ENTREVISTADOR

Fecha: Zaragoza a …..... de …....de 2015.

8.2 ANEXO II. **Encuesta realizada a los familiares.**

ESTUDIO DE FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, TABAQUISMO FAMILIAR Y CUIDADOS EN EL NIÑO

NUMERO DE ENCUESTA. …..... **FECHA ACTUAL:** ...../...../2015

DATOS PERSONALES DEL PACIENTE.

Nombre y apellidos:	
Fecha de nacimiento: …..../...../.....	Sexo. Varón ☐ Mujer ☐
Nº de historia clínica en OMI:.....	TSI del paciente

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS FAMILIARES

-Número de hermanos:.....

Datos sociolaborales de los progenitores			
Madre	Año de nacimiento:	Situación laboral	Nivel de estudios
		-Empleado ☐ -Desempleado ☐ -Ama de casa ☐ -Ns/ Nc ☐	-Sin estudios básicos ☐ -Primarios (Primaria/ESO). ☐ -Medios (f. profesional, bachillerato). ☐ -Superiores (universitario grado superior) ☐
Padre	Año de nacimiento:	Situación laboral	Nivel de estudios
		-Empleado ☐ -Desempleado ☐ -Ama de casa ☐ -Ns/ Nc ☐	-Sin estudios básicos ☐ -Primarios (Primaria/ESO). ☐ -Medios (f. profesional, bachillerato). ☐ -Superiores (universitario grado superior) ☐

País de origen de los familia			
¿Paciente de nacimiento en el extranjero?	☐ SÍ	¿De dónde? ….....	¿Cuántos años lleva en España? ….....
	☐ No		
¿Madre de origen extranjero?	☐ SÍ	¿De dónde? ….....	¿Cuántos años lleva en España? ….....
	☐ No		
¿Padre de origen extranjero?	☐ SÍ	¿De dónde? ….....	¿Cuántos años lleva en España? ….....

	☐ No

Etnia de la familia			
Paciente	-Caucásica ☐ -Asiática .☐	-Subsahariana ☐ -Gitana ☐	-Magrebí ☐ -Latinoamericana ☐
Madre	-Caucásica ☐ -Asiática .☐	-Subsahariana ☐ -Gitana ☐	-Magrebí ☐ -Latinoamericana ☐
Padre	-Caucásica ☐ -Asiática .☐	-Subsahariana ☐ -Gitana ☐	-Magrebí ☐ -Latinoamericana ☐

DATOS PERINATALES Y DE VACUNACIÓN

Edad de gestación al nacer: ..... semanas.		**APGAR** al nacer:.....	
¿**Lactancia** al nacimiento?	☐ SÍ .	Meses que se mantuvo la lactancia:.....	
	☐ No		
¿Asistencia a **guardería**?	☐ SÍ ¿A que edad empezó?.....		☐ No
Número de dosis de **Vacuna contra el Neumococo** administradas:.....			

ENFERMEDAD ALÉRGICA FAMILIAR

Historia reciente de **asma, atopia o/y rinitis alergica** en:		
Padre. ☐ SÍ ☐ No	Madre ☐ SÍ ☐ No	Hermanos ☐ SÍ ☐ No

TABAQUISMO FAMILIAR, PERINATAL Y DEL PACIENTE

¿**Cúantas personas** conviven con el paciente? (sin contar el propio paciente)	….....personas
¿**Cúantas personas** que conviven con el paciente **fuman**? (sin contar el propio paciente)	….....personas

Dentro de los convivientes, ¿quién fuma o es exfumador?		
Relación con el	**¿Fuma actualmente?**	**¿Es exfumador?**

niño				
Madre	☐ SÍ	……Cigarrillos /día	☐ SÍ	¿Desde hace cuanto tiempo?.....
				¿Cuanto fumaba? ……cig/día
	☐ No		☐ No	
Padre	☐ SÍ	……Cigarrillos /día	☐ SÍ	¿Desde hace cuanto tiempo?.....
				¿Cuanto fumaba? ……cig/día
	☐ No		☐ No	
Hermano	☐ SÍ	……Cigarrillos /día	☐ SÍ	¿Desde hace cuanto tiempo?.....
				¿Cuanto fumaba? ……cig/día
	☐ No		☐ No	
Hermano (2)	☐ SÍ	……Cigarrillos /día	☐ SÍ	¿Desde hace cuanto tiempo?.....
				¿Cuanto fumaba? ……cig/día
	☐ No		☐ No	
Relación con el niño	**¿Fuma actualmente?**		**¿Es exfumador?**	
Otros convivientes (especificar):	☐ SÍ	……Cigarrillos /día	☐ SÍ	¿Desde hace cuánto tiempo?.....
				¿Cuánto fumaba? ……cig/día
-…….	☐ No		☐ No	
Otros convivientes (especificar):	☐ SÍ	……Cigarrillos /día	☐ SÍ	¿Desde hace cuánto tiempo?.....
				¿Cuánto fumaba? ……cig/día

-…….	☐ No		☐ No	
Otros convivientes (especificar):	☐ SÍ	……Cigarrillos /día	☐ SÍ	¿Desde hace cuánto tiempo?……. ¿Cuánto fumaba? ……cig/día
-…….	☐ No		☐ No	
Otros convivientes (especificar):	☐ SÍ	……Cigarrillos/ día	☐ SÍ	¿Desde hace cuánto tiempo?……. ¿Cuánto fumaba? ……cig/día
-…….	☐ No		☐ No	

¿Algún conviviente fuma **<u>cigarrillos electrónicos</u>?**	☐ SÍ	¿Cuántas personas?……. ¿Qué relación guardan con el paciente? ……
	☐ No	
¿Tabaquismo durante el **<u>embarazo</u>**?	☐ SÍ	……..Cigarrillos/día
	☐ No	

¿El **<u>paciente</u>** ha fumado alguna vez algún cigarrillo?	
☐ SÍ ¿Cuántos fuma?	- ☐Sólo lo ha probado. -☐Fuma ocasionalmente. -☐Fuma diariamente
	Fuma diariamente: -¿Cuántos cigarrillos al día?……cig/día - ¿Desde cuándo? …….
☐ No	