

CUESTIONARIO PARA MADRES COHORTE INMA SABADELL V11a

Estimada madre,

Queremos agradecer su decisión de participar en el estudio. A continuación le vamos a hacer una serie de preguntas. Algunas respuestas las va a tener que escribir, mientras que otras son de tipo opción, algunas de una sola opción y otras de múltiple opción. El cuestionario dura aproximadamente 45 minutos. Si tiene cualquier duda puede preguntar al personal del equipo de investigación Núria y/o Sílvia en el móvil 696444581

De nuevo, ¡muchas gracias!

APARTADO A – INFORMACIONES GENERALES

ID. NUM NIÑO			FECHA CUESTIONARIO				
			<i>Formato DDMMAAAA</i>			2	0 1 7

1. ¿Cuál es su relación con el niño/a que participa en el estudio?

- Madre
 Padre
 Tutor legal
 Otro, especificar → _____

APARTADO B – SU HIJO/A

USO DE TELÉFONO MÓVIL Y NUEVAS TECNOLOGÍAS

2. ¿Su hijo/a tiene actualmente un teléfono móvil propio o compartido con un hermano/a u otro miembro de la familia?

Se refiere a cualquier tipo de teléfono móvil propio o compartido (Smartphone, iPhone o cualquier otro tipo). Por favor, conteste independientemente del uso que su hijo/a haga del teléfono móvil (no lo usa nunca, o lo usa solo para llamar o para jugar o ver videos etc.)

- No
 Sí, ¿desde cuándo ha tenido un teléfono móvil? _____(mes)_____ (año)
 No sabe/ No contesta

3. En promedio, ¿cuántas llamadas su hijo/a realiza y/o recibe con el teléfono móvil?

Se refiere a todos los teléfonos móviles que su hijo/a utiliza y no sólo a su teléfono móvil propio

- Ninguna (pasar a la pregunta 6)
 Menos de una por semana
 Una por semana o más, aproximadamente _____ llamadas/ semana (a) O _____ llamadas/día (b)
 No sabe/ No contesta

4. En promedio, ¿cuánto tiempo pasa su hijo/a realizando y/o recibiendo llamadas con el teléfono móvil?

Se refiere a todos los teléfonos móviles que su hijo/a utiliza, y no solo a su teléfono móvil propio. Puede contestar en minutos por día o por semana.

- _____ minutos por día (a) o _____ minutos por semana (b)
 No sabe/ No contesta

5. ¿Cuándo empezó su hijo/a a utilizar regularmente (al menos una vez por semana) el teléfono móvil para realizar y/o recibir llamadas?

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> A los 5 años o antes | <input type="checkbox"/> A los 6 años | <input type="checkbox"/> A los 7 años | <input type="checkbox"/> A los 8 años |
| <input type="checkbox"/> A los 9 años | <input type="checkbox"/> A los 10 años | <input type="checkbox"/> A los 11 años | <input type="checkbox"/> A los 12 años |
| <input type="checkbox"/> Aún no he empezado a realizar y/o recibir llamadas al menos una vez por semana | | | <input type="checkbox"/> No sabe/ No contesta |

6. ¿Su hijo/a utiliza el teléfono móvil para enviar mensajes de texto (incluyendo WhatsApp y Ping)?

Se refiere a todos los teléfonos móviles que su hijo/a utiliza y no sólo a su teléfono móvil propio

- No
- Sí → _____ mensajes enviados por día (a) O _____ mensajes enviados por semana (b)
- No sabe/ No contesta

7. ¿Su hijo/a utiliza el teléfono móvil para enviar videos, archivos, correos electrónicos, o utilizar el teléfono móvil como módem para su ordenador?

Se refiere a todos los teléfonos móviles que su hijo/a utiliza y no sólo a su teléfono móvil propio

- No
- Sí → _____ minutos/día (a) O _____ minutos/semana (b)
- No sabe/ No contesta

8. ¿Su hijo/a utiliza el teléfono móvil para otros usos de los datos (navegar por internet, bajarse música, películas, juegos en línea (online), Skype, etc.)?

Se refiere a todos los teléfonos móviles que su hijo/a utiliza y no sólo a su teléfono móvil propio

- No
- Sí → _____ minutos/día (a) O _____ minutos/semana (b)
- No sabe/ No contesta

9. ¿Cuál es la marca y el modelo del teléfono móvil que su hijo/a usa con más frecuencia actualmente? (especificar todo lo que se pueda, (ej. "Samsung Galaxy S2"))

a. Marca _____ b. Modelo _____

10. ¿Tenéis teléfono inalámbrico en casa?

- No (pasar a la pregunta 12)
- Sí, → a. En promedio, ¿cuántas llamadas realiza y/o recibe su hijo con el teléfono inalámbrico?
- Ninguna (pasar a la pregunta 12)
- Menos de una por semana
- Una por semana o más, aproximadamente _____ llamadas/semana (b) O _____ llamadas/día (c)

11. En promedio, ¿cuánto tiempo pasa su hijo/a realizando y/o recibiendo llamadas con el teléfono inalámbrico?

Puede contestar en minutos por día o por semana.

_____ minutos por día (a) O _____ minutos por semana (b)

12. ¿Tenéis Wi-Fi (internet inalámbrico) en casa?

- No
- Sí

13. ¿Hay Wi-Fi (internet inalámbrico) en el colegio?

- Sí
- No
- No lo se

14. ¿Su hijo/a usa una tableta (ej. iPad) fuera del colegio?

No

Sí →

a. ¿Tiene este aparato conexión a internet?

En esta pregunta puede marcar varias opciones

Sí, con 3G

Sí, con Wi-Fi

No (ir a preg. 14.c)

b. ¿Está este aparato siempre conectado a internet?

Sí, siempre

Sí, la mayoría de veces

No, sólo a veces

c. En promedio, ¿cuánto tiempo su hijo/a usa este aparato?

_____ minutos/día entre semana (c)

_____ minutos/día fin de semana (d)

15. ¿ Su hijo/a usa una video-consola fuera del colegio?

No

Sí →

a. ¿Tiene este aparato conexión a internet?

En esta pregunta puede marcar varias opciones

Sí, cable

Sí, Wi-Fi

No (ir a preg. 15.c)

b. ¿Está este aparato siempre conectado a internet?

Sí, siempre

Sí, la mayoría de veces

No, sólo a veces

c. En promedio, ¿cuánto tiempo su hijo/a usa este aparato?

_____ minutos/día entre semana (c)

_____ minutos/día fin de semana (d)

16. ¿Su hijo/a usa un ordenador portátil fuera del colegio?

No

Sí →

a. ¿Tiene este aparato conexión a internet?

En esta pregunta puede marcar varias opciones

Sí, cable

Sí, Wi-Fi

No (ir a preg. 16.c)

b. ¿Está este aparato siempre conectado a internet?

Sí, siempre

Sí, la mayoría de veces

No, sólo a veces

c. En promedio, ¿cuánto tiempo su hijo/a usa este aparato?

_____ minutos/día entre semana (c)

_____ minutos/día fin de semana (d)

COMPORTAMIENTOS SEDENTARIOS

Instrucciones: Las siguientes preguntas están relacionadas con los comportamientos sedentarios de su hijo/a.

17. En promedio, ¿cuántas horas al día, suele ver su hijo/a la televisión / videos (se incluyen videos y YouTube en el ordenador)?

_____ minutos/día entre semana (a)

_____ minutos/día fin de semana (b)

18. En promedio ¿cuántas horas al día, suele pasar su hijo/a a jugando a juegos de ordenador / videojuegos inactivos?

SE INCLUYE los juegos en los teléfonos / tablets; SE EXCLUYE ver TV /videos y juegos como la Wii-Sports u otros videojuegos activos

_____ minutos/día entre semana (a)

_____ minutos/día fin de semana (b)

19. En promedio ¿cuánto tiempo pasa su hijo/a jugando a juegos (que no sean de ordenador) u otras actividades sedentarias fuera del colegio (ej. puzzles, libros, muñecas, LEGO, coches, Playmobil)?

SE EXCLUYEN ver la TV / videos y todo tipo de juegos de ordenador / videojuegos

_____ minutos/día entre semana (a)

_____ minutos/día fin de semana (b)

VISIÓN DE CERCA

Instrucciones: La siguiente pregunta investiga la visión de cerca de su hijo/a. Aunque algunas preguntas se parezcan, todas son distintas, complételas todas por favor.

20. En promedio, ¿cuánto tiempo pasa su hijo/a estudiando, leyendo, haciendo los deberes, y trabajando/jugando con el ordenador/portátil/tableta/teléfono móvil?

_____ minutos/día en periodo escolar (a)

_____ minutos/día durante las vacaciones (verano, Navidad, Semana Santa) (b)

EXPOSICIÓN A LA LUZ SOLAR

21. Piense una semana típica durante el PERIODO ESCOLAR EN OTOÑO/INVIERNO, ¿Cuánto tiempo en promedio pasa su hijo/a al aire libre con luz del sol ...

a) ... entre semana? _____ minutos/día

b) ... durante el fin de semana? _____ minutos/día

22. Piense una semana típica durante el PERIODO ESCOLAR EN PRIMAVERA/VERANO, ¿Cuánto tiempo en promedio pasa su hijo/a al aire libre con luz del sol ...

a) ... entre semana? _____ minutos/día

b) ... durante el fin de semana? _____ minutos/día

23. Piense una semana típica durante las VACACIONES DE VERANO, ¿Cuánto tiempo en promedio pasa su hijo/a al aire libre con luz del sol cada día?

_____ minutos/día

ACCESO A ESPACIOS VERDES

24. En una semana normal, durante los últimos 12 meses, en promedio cuántas horas del tiempo libre de tu hijo/a pasa en los siguientes espacios verdes (indica cero si no va a dicho espacio verde)

		Periodo escolar (Horas/semana)	Vacaciones de verano (Horas/semana)
a	Parques		
b	Bosques/Parques nacionales/Otros espacios verdes naturales		
c	Campos de agricultura/jardines		
d	Lagos/riberas/playas		

25. ¿Hay algún espacio verde (parque, bosque, campo de agricultura, jardín, etc.) a menos de 15 minutos andando de su hogar donde pueda acceder libremente?

No (pase a la pregunta 26)

No lo sé (pase a la pregunta 26)

Si

a. En caso afirmativo, ¿crees que es seguro que su hijo/a juegue en ese espacio verde?

Si

No

No lo sé

26. ¿Puede su hijo/a ver verdor (árboles, campos, flores, etc.) desde alguna ventana de su hogar?

No (pase a la pregunta 27)

No lo sé (pase a la pregunta 27)

Si

a. En caso afirmativo, ¿cuánto de la vista de esa ventana (desde la perspectiva del niño/a) está cubierta por verdor? (Si hay más de una ventana con vistas al verdor, describe la ventana por la cual su hijo/a mira al exterior más frecuentemente)

Un cuarto

La mitad

Tres cuartos

Todo

27. ¿Tiene plantas de interior en su hogar?

Si → Especifique el número de macetas para plantas interiores tiene en su hogar _____

No

HÁBITOS DE SUEÑO

Instrucciones: Las siguientes preguntas están relacionadas con las costumbres del sueño de su hijo/a. Trate de recordar lo sucedido en el **ÚLTIMO AÑO** de la manera más precisa para la mayor parte de los días y noches. Por favor, responda a todas las preguntas.

	a. Días laborables o entre semana	b. Días no laborables o fin de semana
28. ¿A qué hora se va habitualmente a la cama por la noche?	___ hora ___ minutos	___ hora ___ minutos
29. Teniendo en cuenta que puede permanecer despierto algún tiempo cuando está en la cama (por ejemplo leyendo), ¿en realidad a qué hora apaga las luces y está listo/a para dormir?	___ hora ___ minutos	___ hora ___ minutos
30. ¿Cuántos minutos le cuesta habitualmente dormirse cada noche?	___ minutos	___ minutos
31. ¿A qué hora se levanta habitualmente por la mañana?	___ hora ___ minutos	___ hora ___ minutos
32. ¿Cuántos minutos pasan desde que se despierta hasta que se levanta?	___ minutos	___ minutos
33. ¿A qué hora está totalmente despierto?	___ hora ___ minutos	___ hora ___ minutos
34. ¿Cuántas horas de sueño real tiene habitualmente sumando sueño nocturno y siestas? Puede ser diferente del tiempo en la cama	___ hora ___ minutos	___ hora ___ minutos

35. Si se despierta por la noche, ¿cuántos minutos habitualmente duran los despertares en su totalidad? Si no se despierta escriba "999"

____ minutos

____ minutos

	Nunca	Ocasio- nalmente (1-2 veces/ mes)	Algunas veces (1-2 veces/ semana)	A menudo (3-5 veces/ semana)	Siempre (diaria- mente)
36. Su hijo/a...					
a. Se va a la cama de mal humor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Tiene dificultad para coger el sueño por la noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Parece ansioso o miedoso cuando "cae" dormido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Sacude o agita partes del cuerpo al dormirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Realiza acciones repetitivas tales como dar cabezazos o movimientos bruscos con la cabeza al dormirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Tiene la sensación de estar soñando al empezar a dormirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Suda excesivamente mientras se está durmiendo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Se despierta más de dos veces cada noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Después de despertarse por la noche le cuesta dormirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Tiene tirones o sacudidas de las piernas mientras duerme, cambia a menudo de posición o da "patadas" a la ropa de cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Tiene dificultades para respirar durante la noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Respira con dificultad o no puede respirar mientras duerme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Ronca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Suda excesivamente durante la noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Camina dormido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. Habla dormido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q. Rechina los dientes dormido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r. Se despierta chillando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s. Tiene pesadillas que no recuerda al día siguiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t. Es difícil despertarlo por la mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u. Al despertarse por la mañana parece cansado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v. Parece que no se pueda mover al despertarse por la mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
w. Tiene somnolencia diurna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
x. Se duerme de repente en determinadas situaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37. Su hijo/a ...	Habitualmente (5-7 días a la semana)	A veces (2-4 días a la semana)	Raramente (0-1 días a la semana)
a. Se acuesta siempre a la misma hora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Se duerme antes de 20 minutos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Se duerme en su cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Se duerme en la cama de algún hermano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Necesita que esté el padre o la madre en la habitación para dormirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Pelea para no ir a la cama (grita, se niega a acostarse, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Tiene miedo a dormir a oscuras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Tiene miedo a dormir solo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Duerme muy poco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Duerme lo necesario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Duerme todos los días las mismas horas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Se orina por la noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ll. Habla durante el sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Está inquieto y se mueve mucho durante el sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Tiene sonambulismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ñ. Va a otra habitación (padres, hermanos, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Tiene rechinar de dientes durante el sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. Ronca de manera ruidosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q. Parece que deja de respirar durante el sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r. Tiene a la vez ruidos fuertes y dificultad respiratoria durante el sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s. Tiene dificultades para dormir fuera de casa (vacaciones, casa de familiares, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t. Se despierta durante la noche llorando, sudando, asustado, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u. Se despierta asustado por pesadillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v. Se despierta una vez por la noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
w. Se despierta más de una vez por la noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
x. Se despierta por si mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
y. Se despierta enfadado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
z. Le despiertan adultos u otros hermanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aa. Le cuesta salir de la cama a la mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ab. Le lleva mucho tiempo espabilarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ac. Parece cansado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Su hijo/a, ¿Se queda habitualmente adormilado o se ha quedado dormido en las siguientes circunstancias?	Dormido	Adormilado	Ni dormido ni adormilado
ad. Viendo la televisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ae. Montando en el automóvil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Instrucciones: Las siguientes preguntas también están relacionadas con las costumbres del sueño en su hijo/a, pero ahora trate de recordar lo sucedido en los **ÚLTIMOS SEIS MESES** de la manera más precisa para la mayor parte de los días y noches. Responda todas las preguntas.

38. ¿Cómo considera su hijo/a actualmente?

Instrucciones: La pregunta es sobre si considera a su hijo/a más matutino/a o más nocturno/a. Si le gusta dormir un poco más durante los días libres comparado con los días laborables o no se puede levantar los lunes por la mañana entonces sería más nocturno. Sin embargo, si se levanta por la mañana y se siente despierto directamente o si prefiere acostarse temprano por la noche entonces sería más matutino.

Extremadamente matutino/a	Moderadamente matutino/a	Ligeramente matutino/a	Ningún tipo	Ligeramente nocturno/a	Moderadamente nocturno/a	Extremadamente nocturno/a
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ESTADIOS DE TANNER

Instrucciones: Esta escala evalúa el desarrollo puberal de los preadolescentes. La escala está dividida en cinco estadios, que van desde el 1 (menor desarrollo o estadio infantil) a 5 (máximo desarrollo o estadio adulto).

Si tiene un hijo, rellene las fichas a continuación (40 y 41). Si tiene una hija, rellene las fichas 43 y 44 (pagina 10 y 11)

CHICOS

Instrucciones: En las siguientes dos fichas encontrará dibujos de los diferentes estadios de Tanner. **Atención, los dibujos son iguales en las dos fichas, pero en cada una estudia se estudia un aspecto diferente del desarrollo puberal:** en la primera se evalúa el desarrollo del vello púbico (Ficha 37), mientras que en la segunda el desarrollo los genitales (testículos y pene) (Ficha 38). Por favor señale con una cruz en la última columna el estadio (de 1 a 5) de desarrollo del vello púbico y posteriormente el de los genitales, en el que cree que se encuentra su hijo (pueden coincidir ambos o no). Es muy importante que realice una observación directa de su hijo sin ropa justo antes de cumplimentar la ficha.

39. ¿Ha podido realizar una observación directa su hijo sin ropa justo antes de cumplimentar la ficha, ...

39.a ... del desarrollo del vello púbico?

39.b ... del desarrollo de los genitales?

Si, justo antes

Si, pero no justo antes

No











40. Ficha sobre el desarrollo del VELLO PÚBLICO

Instrucciones: Señale con una cruz en la última columna el estadio (de P1 a P5) de desarrollo de **VELLO PÚBLICO** en el que creé que se encuentra su hijo

Imagen 1	Imagen 2	Descripción	ESTADIO
		Prepuberal Ligera vellosoidad infantil. Similar a la del abdomen	<input type="checkbox"/> P1
		Vello escaso, lacio y ligeramente pigmentado. Generalmente arraigado al pene.	<input type="checkbox"/> P2
		Vello rizado y oscuro (claramente pigmentado), aunque escasamente desarrollado. Arraigado al pene.	<input type="checkbox"/> P3
		Vello púbico de tipo adulto, pero no con respecto a la distribución. El vello crece hacia los pliegues inguinales, pero no en la cara interna de los muslos.	<input type="checkbox"/> P4
		Vello tipo adulto en tipo y cantidad. Distribución horizontal en forma de triángulo (también cara interna de los muslos). El 80% puede extenderse fuera del triángulo pubiano extendiéndose hacia la línea alba (estadio 6).	<input type="checkbox"/> P5

41. Ficha sobre el desarrollo de los GENITALES

Instrucciones: Señale con una cruz en la última columna el estadio (de G1 a G5) de desarrollo de **GENITALES** (testículos y pene) en el que creé que se encuentra su hijo

Imagen 1	Imagen 2	Descripción	ESTADIO
		<p>Prepuberal Pene, escroto y testículos infantiles, más o menos del mismo tamaño y forma que en la infancia.</p>	<input type="checkbox"/> G1
		<p>Agrandamiento del escroto y testículos. La piel del escroto se vuelve más roja, delgada y arrugada. El pene no tiene agrandamiento o es insignificante.</p>	<input type="checkbox"/> G2
		<p>Agrandamiento del pene, principalmente en longitud. Continúa el desarrollo testicular y escrotal.</p>	<input type="checkbox"/> G3
		<p>Aumento del tamaño del pene, con crecimiento del diámetro y desarrollo del glande. Continúa el crecimiento testicular y escrotal. La piel del escroto se oscurece.</p>	<input type="checkbox"/> G4
		<p>Genitales de tipo y tamaño adulto.</p>	<input type="checkbox"/> G5

CHICAS

Instrucciones: En las siguientes dos fichas encontrará dibujos de los diferentes estadios de Tanner. En la primera se investiga el desarrollo del vello púbico (Ficha 43), en la segunda el desarrollo de mamas (Ficha 44). Por favor señale con una cruz en la última columna el estadio (de 1 a 5) de desarrollo del vello púbico y posteriormente el de las mamas, en el que cree que se encuentra su hija (pueden coincidir ambos o no). Es muy importante que realice una observación directa de su hija sin ropa justo antes de cumplimentar la ficha.

42. ¿Ha podido realizar una observación directa su hija sin ropa justo antes de cumplimentar la ficha, ...

Si, justo antes	Si, pero no justo antes	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42.a ... del desarrollo del vello púbico?

42.b ... del desarrollo de mamas?

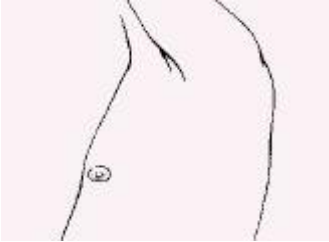








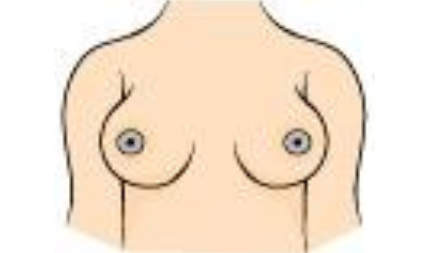
43. Ficha sobre el desarrollo del VELLO PÚBLICO

Instrucciones: Señale con una cruz en la última columna el estadio (de P1 a P5) de desarrollo de **VELLO PÚBLICO** en el que cree que se encuentra su hija

Imagen 1	Imagen 2	Descripción	ESTADIO
		Prepuberal Ligera vellosidad infantil. Similar a la del abdomen	<input type="checkbox"/> P1
		Vello escaso, lacio y ligeramente pigmentado. Generalmente a lo largo de los labios.	<input type="checkbox"/> P2
		Vello rizado y oscuro, aunque escasamente desarrollado. Sobre los labios, se extiende escasamente sobre el monte de Venus.	<input type="checkbox"/> P3
		Vello púbico de tipo adulto. El vello cubre el Monte de Venus pero no la cara interna de los muslos	<input type="checkbox"/> P4
		Vello tipo adulto en tipo y cantidad. Distribución clásica femenina en forma de triángulo (también cara interna de los muslos). El 10% puede extenderse fuera del triángulo pubiano (estadio 6)	<input type="checkbox"/> P5

44. Ficha sobre el desarrollo de MAMAS

Instrucciones: Señale con una cruz en la última columna el estadio (de M1 a M5) de desarrollo **mamario** en el que cree que se encuentra su hija

Imagen 1	Imagen 2	Descripción	ESTADIO
		Prepuberal Mama infantil. Sólo el pezón está ligeramente sobreelevado	<input type="checkbox"/> M1
		Brote mamario. Las areolas y los pezones sobresalen como un cono. Indica la existencia de tejido glandular subyacente. Aumento del tamaño de la areola.	<input type="checkbox"/> M2
		Crecimiento con elevación de la mama y la areola en el mismo plano. El tejido de la mama crea un pequeño cono.	<input type="checkbox"/> M3
		Mayor crecimiento. La areola y el pezón se distinguen como una segunda elevación, por encima del contorno de la mama.	<input type="checkbox"/> M4
		Desarrollo mamario total. La areola se encuentra a nivel de la piel de la mama, sólo sobresale el pezón. (Nota: en algunos casos, la mujer adulta puede mantenerse en el estadio 4)	<input type="checkbox"/> M5

ESCALA DE DESARROLLO PUBERAL (PDS)

Instrucciones: Los chicos y las chicas pasan por varias fases de desarrollo a diferentes edades. Algunos chico/as empiezan antes y otros más tarde. En las siguientes preguntas, marque por favor la opción que mejor describa el caso de su hijo/a.

45. ¿Cuándo empezó la madre del niño/a a menstruar? Conteste por favor aunque su hijo sea chico o chica (edad): _____ años <i>Si usted no es la madre del niño/a y no sabe contestar escriba "999"</i>						
CHICOS Y CHICAS						
46. ¿Diría que el crecimiento en estatura de su hijo/a ha comenzado a brotar (dar el estirón)? <i>(brote/estirón = crecimiento repentino, mayor crecimiento de lo habitual)</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si (apenas)	<input type="checkbox"/> Si (definitivamente)	<input type="checkbox"/> Desarrollo completado	<input type="checkbox"/> No sabe	
47. En relación al crecimiento del vello corporal: ¿Diría que el vello corporal de su hijo/a ha empezado a crecer? <i>(vello corporal = Axila o vello púbico)</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si (apenas)	<input type="checkbox"/> Si (definitivamente)	<input type="checkbox"/> Desarrollo completado	<input type="checkbox"/> No sabe	
48. ¿Ha notado algún cambio en la piel de su hijo/a, especialmente granos?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si (apenas)	<input type="checkbox"/> Si (definitivamente)			
49. ¿Cree que el desarrollo de su hijo/a ha empezado más temprano o más tarde que la mayoría de los otros niños/as de su edad?	<input type="checkbox"/> Mucho más temprano	<input type="checkbox"/> Un poco antes	<input type="checkbox"/> Sobre la misma edad	<input type="checkbox"/> Un poco más tarde	<input type="checkbox"/> Mucho más tarde	<input type="checkbox"/> No sabe
CHICOS						
50. ¿Ha notado una profundización en la voz de su hijo?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si (apenas)	<input type="checkbox"/> Si (definitivamente)	<input type="checkbox"/> Desarrollo completado	<input type="checkbox"/> No sabe	
51. ¿Le ha empezado a su hijo a crecer vello en la cara?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si (apenas)	<input type="checkbox"/> Si (definitivamente)	<input type="checkbox"/> Desarrollo completado	<input type="checkbox"/> No sabe	→ Ir a preg. 54
CHICAS						
52. ¿Han empezado a crecer los pechos de su hija?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si (apenas)	<input type="checkbox"/> Si (definitivamente)	<input type="checkbox"/> Desarrollo completado	<input type="checkbox"/> No sabe	
53. ¿Ha empezado a menstruar su hija (le ha venido la regla)?	<input type="checkbox"/> No <i>(ir a preg. 54)</i>	<input type="checkbox"/> Si <i>(ir a preg. 53.a)</i>	<input type="checkbox"/> No sabe <i>(ir a preg 54)</i>			
53.a ¿Cuál fue la fecha de su primera menstruación?	Día _____	Mes _____	Año _____			
53.b Si no sabe la fecha, ¿qué edad tenía su hija?	_____ años					
53.c ¿Cuándo tuvo la última menstruación (indicar el primer el día)?	Día _____	Mes _____				
53.d Duración de la menstruación de su hija	_____ días					
53.e ¿Tiene sangrado entre periodos?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si				
53.f ¿Su menstruación es cada 28-30 días, o son sus ciclos irregulares?	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Irregular				
53.g ¿Tiene dolor con tus periodos menstruales?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si				

IMAGEN CORPORAL

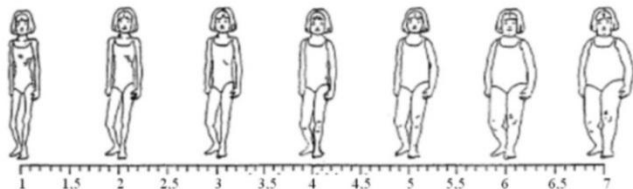
ATENCIÓN: LA SIGUIENTES PREGUNTAS ESTÁ PENSADA PARA LA MADRE DEL NIÑO/A QUE PARTICIPA EN EL ESTUDIO.

SI USTED NO ES LA MADRE, POR FAVOR PASE A LA PREGUNTA 55

54. Por favor, conteste a las preguntas que tiene a continuación sobre la imagen corporal de **SU HIJA** (columna izquierda) o de **SU HIJO** (columna derecha):

SI ES CHICA

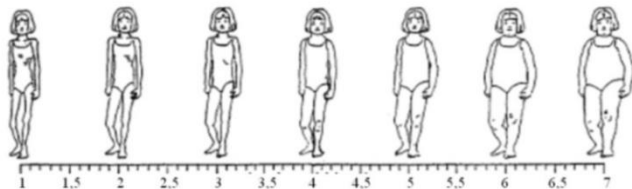
a. Señale con una cruz sobre la línea el **dibujo que cree que más se parece a su hija** (si cree que está entre dos dibujos, puede señalar cualquier punto intermedio).



b. Ahora, señale con una cruz sobre la línea el dibujo que se parece más a **cómo cree que quisiera ser su hija** (si cree que está entre dos dibujos, puede señalar cualquier punto intermedio).

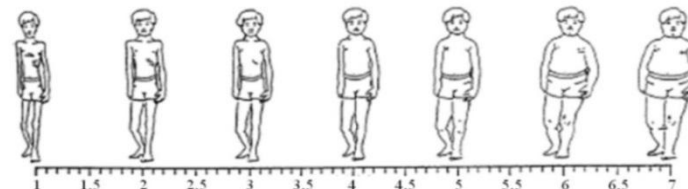


c. Finalmente, señale con una cruz sobre la línea el dibujo que se parece más a **cómo quisiera usted que fuera su hija** (si quisiera que estuviera entre dos dibujos, puede señalar cualquier punto intermedio).

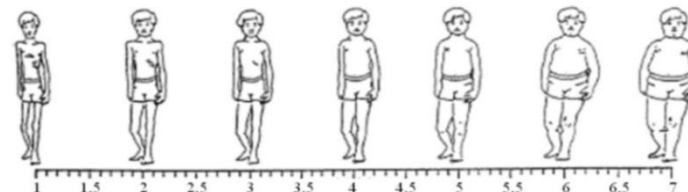


SI ES CHICO

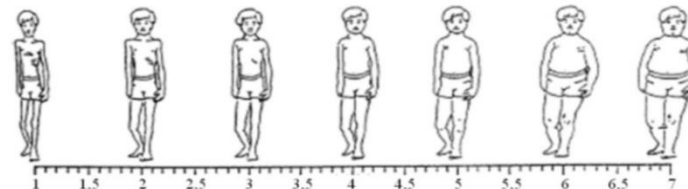
a. Señale con una cruz sobre la línea el **dibujo que cree que más se parece a su hijo** (si cree que está entre dos dibujos, puede señalar cualquier punto intermedio).



b. Ahora, señale con una cruz sobre la línea el dibujo que se parece más a **cómo cree que quisiera ser su hijo** (si cree que está entre dos dibujos, puede señalar cualquier punto intermedio).



c. Finalmente, señale con una cruz sobre la línea el dibujo que se parece más a **cómo quisiera usted que fuera su hijo** (si quisiera que estuviera entre dos dibujos, puede señalar cualquier punto intermedio).



COMPORTAMIENTO DE SU HIJO/A

Instrucciones: A continuación hay una serie de problemas que pueden presentar los niños. Por favor, valore cada enunciado de acuerdo con el comportamiento de su hijo/a en **este último mes**. Para cada enunciado, debe preguntarse: ¿Hasta qué punto esto ha sido un problema en este último mes? y haga un círculo en la respuesta que crea más adecuada. Si no se ha presentado nunca, si es poco frecuente o se da pocas veces, señale el 0. Si es muy cierto, se da a menudo o frecuentemente, señale el 3. Marque el 1 o el 2 para valorar el término medio. **Por favor, responda a TODOS los enunciados.**

	No es verdad / Nunca, pocas veces	Un poco cierto / Ocasional-mente	Bastante cierto / A menudo	Muy cierto / Muy frecuente
55. Desatento, se distrae con facilidad	0	1	2	3
56. Enfadado y ofendido	0	1	2	3
57. Tiene dificultades para realizar o acabar los deberes escolares	0	1	2	3
58. Está siempre en movimiento o actúa como si tuviera un motor	0	1	2	3
59. Mantiene poco rato la atención	0	1	2	3
60. Discute con los adultos	0	1	2	3
61. Mueve en exceso manos y pies o se mueve cuando está sentado	0	1	2	3
62. No termina las tareas que se le encomiendan	0	1	2	3
63. Es difícil de controlar en centros comerciales o mientras se hace la compra en tiendas o supermercados	0	1	2	3
64. Desordenado o desorganizado en casa o en el colegio	0	1	2	3
65. Pierde el control	0	1	2	3
66. Se le tiene que estar encima para que termine las tareas	0	1	2	3
67. Sólo está atento a aquello que le interesa mucho	0	1	2	3
68. Corre por doquier o su sebe a los lugares en situaciones en las que es inapropiado	0	1	2	3
69. La distracción o la dificultad para mantener la atención son un problema	0	1	2	3
70. Irritable	0	1	2	3
71. Evita, expresa desdén, o tiene dificultades para dedicarse a las tareas que requieren un esfuerzo sostenido (como los deberes escolares)	0	1	2	3
72. Inquieto, en el sentido que se mueve mucho	0	1	2	3
73. Se distrae cuando se le dan instrucciones para hacer alguna cosa	0	1	2	3
74. Desafía activamente o rechaza obedecer lo que los adultos le piden	0	1	2	3
75. Tiene problemas para concentrarse durante las clases	0	1	2	3
76. Tiene dificultades para estarse en la hilera o esperar su turno en los juegos o en situaciones de grupo	0	1	2	3
77. Abandona su asiento en clase o en otras situaciones en que se espera que esté sentado	0	1	2	3
78. Deliberadamente hace cosas que molestan a los demás	0	1	2	3
79. No sigue las órdenes o instrucciones y no termina los deberes, encargos u obligaciones en su sitio de trabajo (no se debe al hecho de que no entienda las instrucciones o se niegue a seguirlas)	0	1	2	3
80. Tiene dificultades para jugar o dedicarse a actividades de recreo con tranquilidad	0	1	2	3
81. Se desanima con facilidad en sus esfuerzos	0	1	2	3

Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ-Cas)

Instrucciones: Por favor, ponga una cruz en el cuadro que usted cree que corresponde a cada una de las preguntas: No es cierto, Un tanto cierto, Absolutamente cierto. Nos sería de gran ayuda si respondiese a todas las preguntas lo mejor que pudiera, aunque no esté completamente seguro/a de la respuesta, o le parezca una pregunta rara. Por favor, responda a las preguntas basándose en el comportamiento de su hijo/a durante los últimos **seis meses**.

	No es cierto	Un tanto cierto	Absolutamente cierto
82. Tiene en cuenta los sentimientos de otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
83. Es inquieto/a, hiperactivo/a, no puede permanecer quieto/a por mucho tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
84. Se queja con frecuencia de dolor de cabeza, de estómago o de náuseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
85. Comparte frecuentemente con otros niños/as chucherías, juguetes, lápices, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
86. Frecuentemente tiene rabietas o mal genio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
87. Es más bien solitario/a y tiende a jugar solo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
88. Por lo general es obediente, suele hacer lo que le piden los adultos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
89. Tiene muchas preocupaciones, a menudo parece inquieto/a o preocupado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
90. Ofrece ayuda cuando alguien resulta herido, disgustado, o enfermo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
91. Está continuamente moviéndose y es revoltoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
92. Tiene por lo menos un/a buen/a amigo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
93. Pelea con frecuencia con otros niños/as o se mete con ellos/ellas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
94. Se siente a menudo infeliz, desanimado o lloroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
95. Por lo general cae bien a los otros niños/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
96. Se distrae con facilidad, su concentración tiende a dispersarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
97. Es nervioso/a o dependiente ante nuevas situaciones, fácilmente pierde la confianza en sí mismo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
98. Trata bien a los niños/as más pequeños/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
99. A menudo miente o engaña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
100. Los otros niños se meten con él/ella o se burlan de él/ella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
101. A menudo se ofrece para ayudar (a padres, maestros, otros niños)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
102. Piensa las cosas antes de hacerlas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
103. Roba cosas en casa, en la escuela o en otros sitios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
104. Se lleva mejor con adultos que con otros niños/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
105. Tiene muchos miedos, se asusta fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
106. Termina lo que empieza, tiene buena concentración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

107. ¿Su hijo/a acude regularmente a un psicólogo?

- Sí, motivo: _____
- No

108. ¿Algún profesional (psicólogo, psiquiatra, logopeda, pediatra,...) le diagnosticó a su hijo/a un problema psicológico/psiquiátrico?

- Sí, especificar _____
- No

DIETA

Instrucciones : Las siguientes preguntas son para conocer los hábitos de **dieta de su hijo/a**.

109. ¿Ha seguido su hijo/a algún tipo de dieta el último año?

- No (pasar a pregunta 110)
- No sabe/No contesta (pasar a pregunta 110)
- Sí → **Podría indicar el motivo por el que sigue la dieta?** *Puede marcar más de una respuesta*
 - Para controlar el peso
 - Porque tiene alergia algunos alimentos (Ejemplo gluten, lactosa,). ¿Cuál? _____
 - Porque es vegano/a o vegetariano/a
 - Por otra razón médica, ¿Cuál? _____
 - No sabe/No contesta

110. ¿Ha acudido su hijo/a al comedor escolar este año?

- No acude
- <1 vez/semana
- 1-3 veces/semana
- 4-5 veces/semana
- No sabe/No contesta

111. Señale las comidas que hace habitualmente su hijo/a. *Puede marcar más de una respuesta*

- a. Desayuno
- b. Almuerzo
- c. Comida
- d. Merienda
- e. Cena

Si	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

112. ¿Con qué frecuencia come su hijo/a en restaurantes de COMIDA RAPIDA (ej. McDonalds, Burger-King) como hamburguesa, patatas fritas, perritos (hotdog), pizza, etc.)?

- 3 o más veces por semana
- 2-3 veces por semana
- 1 vez por semana
- 1-3 veces al mes
- Nunca
- No sabe/No contesta

Instrucciones : Las siguientes preguntas son para conocer la **dieta de su hijo/a en general**. Por favor, piense en lo que suele comer su hijo/a habitualmente e indique si las afirmaciones siguientes son aplicables a su caso (por favor, marque una respuesta para cada línea)

	Cierto	Falso
113. Toma una fruta o un zumo natural todos los días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
114. Toma una segunda pieza de fruta todos los días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
115. Toma verduras frescas (tipo ensaladas) o cocinadas regularmente una vez al día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
116. Toma verduras frescas o cocinadas de forma regular más de una vez al día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
117. Consume pescado con regularidad (por lo menos 2-3 veces a la semana)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Cierto	Falso
118. Acude una vez o más a la semana a un centro de comida rápida (fast food) tipo hamburguesería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
119. Le gusta las legumbres y las toma más de 1 vez a la semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
120. Toma pasta o arroz casi a diario (5 días o más a la semana)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
121. Desayuna un cereal o derivado (pan, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
122. Toma frutos secos con regularidad (al menos 2-3 veces a la semana)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
123. Se utiliza aceite de oliva en casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
124. No desayuna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
125. Desayuna un lácteo (yogurt, leche, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
126. Desayuna bollería industrial, galletas o pastelitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
127. Toma 2 yogures y/o 40g de queso cada día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
128. Toma golosinas y/o caramelos varias veces al día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Instrucciones: Las siguientes preguntas son para conocer con más detalle el consumo de pescado, nueces, aceite, refrescos y bebidas de su hijo/a a lo largo del **último año**. Por favor, marque con una "X" la casilla que más se aproxime a la frecuencia con la que su hijo/a ha tomado, de media, cada alimento, tanto en casa, como en el colegio, como en otros lugares.

	Nunca ó <1 mes	1-3 por mes	1 por sem	2-4 por sem	5-6 por sem	1 por día	2-3 por día	4-5 por día	6+ por día
Consumo de pescado y nueces									
129. Pescado azul grande: pez espada, atún, bonito (plato o ración mediana)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
130. Pescado azul pequeño-mediano: sardina, boquerón, caballa, salmón (plato o ración mediana)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
131. Pescado blanco: merluza, lenguado, dorada (plato o ración mediana)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
132. Conservas de sardina, sardinilla o caballa (lata pequeña)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
133. Conservas de atún o bonito (lata pequeña)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
134. Calamares, sepia, pulpo, berberechos, mariscos, almejas, mejillones (1 ración, 100g)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
135. Derivados de pescado: delicias de pescado, muslitos de mar, palitos de cangrejo (dos unidades)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
136. Nueces (1 puñado o 6 nueces)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
137. Avellanas (1 puñado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
138. Almendras (1 puñado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
139. Otros frutos secos: cacahuets, piñones, pipas... (1 puñado o bolsa pequeña)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Consumo de Aceite	Nunca ó <1 mes	1-3 por mes	1 por sem	2-4 por sem	5-6 por sem	1 por día	2-3 por día	4-5 por día	6+ por día
140. Aceite de oliva añadido en la mesa a ensalada, pan y a platos (1 cucharada sopera)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
141. Otros aceites grasas vegetales (añadido en mesa): girasol, maíz (1 cucharada sopera)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consumo de refrescos, zumos y bebidas lácteas	Nunca ó <1 mes	1-3 por mes	1 por sem	2-4 por sem	5-6 por sem	1 por día	2-3 por día	4-5 por día	6+ por día
142. Refrescos normales de cola, naranja, limón (ej. coca-cola, fanta) (Uno, 250 ml)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
143. Refrescos sin azúcar de cola, naranja, limón (ej. coca-cola light) (Uno, 250 ml)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
144. Zumo de frutas envasado (1 vaso o envase de 200ml)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
145. Batido de leche tipo <i>Cacaolat</i> , <i>Colacao Energy</i> , u otros sabores (1 botella, 200ml)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
146. Otras bebidas lácteas con yogur tipo <i>Dan-Up</i> (1 botella pequeña, 165 ml)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

147. ¿Qué clase de grasa o aceite suele usar:	Aceite de Oliva	Aceite de Oliva Virgen Extra	Maíz/ Girasol	Mezcla de Aceites	Otras/os → especifique	
para Aliñar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuál?
para Cocinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuál?
para Freir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuál?

MEDICAMENTOS

148. ¿Ha tomado su hijo/a algún tratamiento regularmente para alguno de los siguientes problemas durante los últimos 12 meses?

a Hormonal

- Sí (inclúyalos en la tabla de la preg 149)
 No

b De comportamiento (ej. tranquilizantes)

- Sí (inclúyalos en la tabla de la preg 149)
 No

c Otro problema

- Sí → **especificar el problema** _____ (d)
(inclúyalos en la siguiente tabla de medicamentos de la preg 149)
 No

149. Por favor, rellene la siguiente tabla con el nombre de/los medicamento(s), frecuencia de administración y la dosis que el niño/a toma regularmente *Incluya cualquier tipo de inhaladores, nebulizadores, comprimidos o medicamentos líquidos.*

Nombre del medicamento (a)	Frecuencia (b) <i>(p. ej. cada día, una vez a la semana, una vez al mes)</i>	Dosis (mgr, ml, etc) (c)	Veces al día (d)

ASMA Y ALÉRGIAS

ASMA

150. ¿Ha tenido su hijo/a pitos o silbidos en el pecho en el último año?

- Sí
 No → pasar a la pregunta 154
 No sabe → pasar a la pregunta 154

151. ¿Cuántos ataques de pitos ha tenido su hijo/a en el último año?

- Ninguno
 Hasta 3
 De 4 a 12
 Más de 12

152. En el último año, ¿con qué frecuencia, en promedio, ha sido el sueño de su hijo/a interrumpido debido a los pitos?

- Nunca se ha despertado con pitos
 Menos de una noche por semana
 Una o más noches por semana

153. En el último año, ¿Han sido alguna vez los pitos suficientemente graves como para limitar el habla de su hijo/a a sólo una o dos palabras entre respiraciones?

- Sí
 No
 No sabe

154. ¿Ha sido su hijo/a alguna vez diagnosticado por un doctor de padecer asma?

- Sí
 No → pasar a la pregunta 156
 No sabe → pasar a la pregunta 156

155. ¿Qué edad tenía su hijo/a cuando se le diagnosticó de asma?

_____ años

156. ¿Ha tomado su hijo/a alguna medicación para el asma o por dificultades respiratorias (pitos, opresión en el pecho, falta de aliento) en el último año?

- Sí
 No
 No sabe

RINITIS ALÉRGICA

157. En el último año, ¿ha tenido su hijo/a alguna vez problemas de estornudos, nariz tapada o mucosa sin estar resfriado/a ni con gripe?

- Sí
 No → pasar a la pregunta 161
 No sabe → pasar a la pregunta 161

158. Por favor especifique los síntomas que ha tenido su hijo/a en el último año cuando no ha estado resfriado/a o con gripe.

Por favor marque todas las que correspondan

- Estornudos
 Nariz mucosa
 Nariz bloqueada

159. En el último año, ¿Ha sido este problema de nariz acompañado de picor y lagrimeo en los ojos?

- Sí
 No
 No sabe

160. ¿En cuál de los últimos 12 meses, ocurrió este problema de nariz?

Por favor, marque todos los meses que correspondan:

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Enero | <input type="checkbox"/> Julio |
| <input type="checkbox"/> Febrero | <input type="checkbox"/> Agosto |
| <input type="checkbox"/> Marzo | <input type="checkbox"/> Septiembre |
| <input type="checkbox"/> Abril | <input type="checkbox"/> Octubre |
| <input type="checkbox"/> Mayo | <input type="checkbox"/> Noviembre |
| <input type="checkbox"/> Junio | <input type="checkbox"/> Diciembre |

161. En el último año, ¿Ha tenido su hijo/a problemas con la nariz o los ojos (sin estar resfriado/a) relacionados con el contacto con alguna de las siguientes sustancias?

Por favor marque todas las opciones que correspondan

- El niño/a no ha tenido problemas con su nariz o sus ojos
 Animales
 Hierba, árboles, flores
 Polvo de casa/ácaros
 Humo de tabaco o aromas fuertes
 Contaminantes del aire
 Otro, por favor especifique _____ (a)

162. ¿Ha tomado su hijo/a medicamentos para la alergia nasal/ alergia al polen/ rinitis alérgica en el último año?

- Sí
 No
 No sabe

ANTECEDENTES DE SALUD DEL NIÑO/A QUE PARTICIPA EN EL ESTUDIO

Instrucciones: Las siguientes preguntas investigan los antecedentes oftalmológicos y traumatológicos del hijo/a que participa en el estudio. Por favor, especifique las dioptrías cuando esté indicado (se refiere a la última revisión). Por favor, especifique la edad cuando esté indicado.

El niño/a que participa en el estudio:

163. ... tiene daltonismo (dificultad para distinguir ciertos colores)?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sabe
164. ... tiene o ha tenido miopía (dificultad para ver los objetos lejanos)? Por favor, marque todas las respuestas que correspondan	<input type="checkbox"/> sí, edad ____ (a) <input type="checkbox"/> ojo izquierdo, especifique dioptrías ____ (b) <input type="checkbox"/> ojo derecho, especifique dioptrías ____ (c) <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sabe
165. ... tiene o ha tenido hipermetropía (dificultad para ver de cerca que aparece generalmente en adultos con menos de 40 años)? Por favor, marque todas las respuestas que correspondan	<input type="checkbox"/> sí, edad ____ (a) <input type="checkbox"/> ojo izquierdo, especifique dioptrías ____ (b) <input type="checkbox"/> ojo derecho, especifique dioptrías ____ (c) <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sabe
166. ... tiene o ha tenido astigmatismo? Por favor, marque todas las respuestas que correspondan	<input type="checkbox"/> sí, edad ____ (a) <input type="checkbox"/> ojo izquierdo, especifique dioptrías ____ (b) <input type="checkbox"/> ojo derecho, especifique dioptrías ____ (c) <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sabe
167. ... tiene o ha tenido ambliopía (ojo perezoso u ojo vago)? Por favor, marque todas las respuestas que correspondan	<input type="checkbox"/> sí, edad ____ (a) <input type="checkbox"/> izquierdo <input type="checkbox"/> derecho <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sabe
168. ... usa gafas para ver?	<input type="checkbox"/> sí, desde que edad ____ (a) <input type="checkbox"/> no
169. ... ha sufrido, a lo largo de su vida, alguna fractura de brazos-manos-dedos?	<input type="checkbox"/> sí → ¿Cuál? _____ (a) <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sabe

APARTADO C – PREGUNTAS SOBRE LA MADRE DEL NIÑO/A

ATENCIÓN: LAS SIGUIENTES PREGUNTAS ESTÁN PENSADAS PARA LA MADRE DEL NIÑO/A QUE PARTICIPA EN EL ESTUDIO. Si usted no es la madre, por favor conteste con informaciones sobre la madre. Si no conoce la respuesta, escoja “no sabe”.

ESTADO CIVIL, TRABAJO, EDUCACIÓN

<p>170. ¿Cuál es su estado civil actual?</p>	<p><input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Conviviente o pareja estable (no casado) <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> Divorciado/Separada <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> No sabe/ no contesta</p>
<p>171. Está usted:</p>	<p><input type="checkbox"/> Viviendo con el padre de su hijo/a <input type="checkbox"/> Viviendo con otro/a compañero/a <input type="checkbox"/> En una relación pero sin convivir con la pareja (ej. la pareja vive en el extranjero o en otra propiedad) <input type="checkbox"/> No está viviendo ni con un compañero/a ni está en una relación <input type="checkbox"/> No sabe</p>
<p>172. ¿Ha cambiado su estado civil en LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí, se ha casado <input type="checkbox"/> Sí, se ha divorciado o ha roto la convivencia <input type="checkbox"/> Sí, ha enviudado <input type="checkbox"/> Sí, cambió de compañero/a o se ha vuelto a casar <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe</p>
<p>173. ¿Cuál es su situación laboral actual?</p>	<p><input type="checkbox"/> Empleada <input type="checkbox"/> Desempleada <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> En rehabilitación/discapacitada <input type="checkbox"/> Excedencia <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Otro, especificar: _____ <input type="checkbox"/> No sabe/ No contesto</p>
<p>174. ¿Ha cambiado su situación laboral en LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí, ha sido empleada <input type="checkbox"/> Sí, ha sido desempleada <input type="checkbox"/> Sí, se ha jubilado <input type="checkbox"/> Sí, ha comenzado estudios <input type="checkbox"/> Sí, ama de casa <input type="checkbox"/> Sí, otro → especifique _____ (a) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe</p>
<p>175. ¿Cómo de bien diría que su familia gestiona la economía familiar en estos días? Diría que está:</p>	<p><input type="checkbox"/> Vivimos cómodamente <input type="checkbox"/> Vamos bien <input type="checkbox"/> Vamos tirando <input type="checkbox"/> Resultándonos bastante difícil <input type="checkbox"/> Resultándonos muy difícil <input type="checkbox"/> No sabe/ No contesto</p>
<p>176. En comparación con el momento del último cuestionario (dos años aproximadamente), ¿Cómo diría que su familia va económicamente ahora?</p>	<p><input type="checkbox"/> Mejor <input type="checkbox"/> Similar <input type="checkbox"/> Peor <input type="checkbox"/> No sabe</p>
<p>177. ¿Qué nivel de estudios ha finalizado?</p>	<p><input type="checkbox"/> No sé leer ni escribir <input type="checkbox"/> Sin estudios o estudios primarios incompletos <input type="checkbox"/> Estudios primarios (EGB, primaria, ESO) <input type="checkbox"/> Estudios secundarios (BUP, COU, FP) <input type="checkbox"/> Estudios universitarios <input type="checkbox"/> Otros → especifique _____ (a) <input type="checkbox"/> No sabe/ no contesto</p>

ATENCIÓN: LAS SIGUIENTES PREGUNTAS ESTÁN PENSADAS PARA LA MADRE DEL NIÑO/A QUE PARTICIPA EN EL ESTUDIO.
SI USTED NO ES LA MADRE, POR FAVOR PASE A LA PREGUNTA 188

IMPORTANTE Uno de los objetivos de la nueva visita del proyecto INMA es estudiar la salud cardiovascular de los niños y sus determinantes ambientales. Entre ellos se incluye el bienestar emocional del niño/a que está influenciado por el bienestar de su entorno familiar. Las siguientes preguntas investigan este aspecto y por esto les rogamos las contesten con la máxima sinceridad.

SUS SENTIMIENTOS

Escala de Satisfacción con la Vida

Instrucciones. A continuación hay cinco afirmaciones con las cuales usted puede estar de acuerdo o en desacuerdo. Lea cada una de ellas y después seleccione la respuesta que mejor describa en qué grado está de acuerdo o en desacuerdo

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
179. En la mayoría de los aspectos, mi vida se acerca a mi ideal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
180. Las condiciones de mi vida son excelentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
181. Estoy completamente satisfecho/a con mi vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
182. Hasta ahora, he conseguido las cosas más importantes que quiero en la vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
183. Si pudiera vivir mi vida de nuevo, no cambiaría nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Escala de Estrés Percibido

Instrucciones: Las preguntas de la siguiente escala le preguntan acerca de **sus** sentimientos y pensamientos **durante el último mes**. En cada caso, se le pedirá que indique con una "X" con qué frecuencia se sintió o pensó de cierta manera.

	Nunca	Casi nunca	A veces	Bastante a menudo	Muy a menudo
184. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes de su vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
185. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido seguro/a de su capacidad para manejar sus problemas personales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
186. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas iban como usted quería?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
187. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

188. CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL

Instrucciones: A continuación hay una serie de preguntas que se refieren a problemas que haya podido tener durante los últimos 30 días.

a. ¿Se ha podido concentrar bien en lo que hacía?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mejor que habitualmente 2. Igual que habitualmente 3. Menos que habitualmente 4. Mucho menos que habitualmente
b. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder el sueño?	<ol style="list-style-type: none"> 1. En absoluto 2. No más que habitualmente 3. Un poco más que habitualmente 4. Mucho más que habitualmente
c. ¿Ha sentido que desempeña un rol útil en la vida?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Me he sentido más útil que habitualmente 2. Me he sentido igual que habitualmente 3. Me he sentido menos útil que habitualmente 4. Me he sentido mucho menos útil que habitualmente
d. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Me he sentido más capaz que habitualmente 2. Me he sentido igual de capaz que habitualmente 3. Me he sentido menos capaz que habitualmente 4. Me he sentido mucho menos capaz que habitualmente
e. ¿Se ha notado constantemente cargado y en tensión?	<ol style="list-style-type: none"> 1. No, en absoluto 2. No más que habitualmente 3. Sí, un poco más que habitualmente 4. Sí, mucho más que habitualmente
f. ¿Ha tenido la sensación que no puede superar sus dificultades?	<ol style="list-style-type: none"> 1. No, en absoluto 2. No más que habitualmente 3. Sí, un poco más que habitualmente 4. Sí, mucho más que habitualmente
g. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades diarias?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Más que habitualmente 2. Igual que habitualmente 3. Menos que habitualmente 4. Mucho menos que habitualmente
h. ¿Ha sido capaz de afrontar, adecuadamente, sus problemas?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Más capaz que habitualmente 2. Igual que habitualmente 3. Menos capaz que habitualmente 4. Mucho menos capaz que habitualmente
i. ¿Se ha sentido poco feliz y deprimido/a?	<ol style="list-style-type: none"> 1. En absoluto 2. No más que habitualmente 3. Un poco más que habitualmente 4. Mucho más que habitualmente
j. ¿Ha perdido confianza consigo mismo?	<ol style="list-style-type: none"> 1. En absoluto 2. No más que habitualmente 3. Un poco más que habitualmente 4. Mucho más que habitualmente
k. ¿Ha pensado que es una persona que no sirve para nada?	<ol style="list-style-type: none"> 1. En absoluto 2. No más que habitualmente 3. Un poco más que habitualmente 4. Mucho más que habitualmente
l. ¿Se siente razonablemente feliz, considerando todas las circunstancias?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Me siento más feliz que habitualmente 2. Me siento igual de feliz que habitualmente 3. Me siento menos feliz que habitualmente 4. Me siento mucho menos feliz que habitualmente

EVENTOS

Algunas de las preguntas que siguen pueden recordarle sentimientos muy dolorosos. Se refieren, de todos modos, a eventos muy importantes para las personas que los sufren, y le rogamos intente contestar.

Por favor, indique si ha experimentado alguno de los siguientes acontecimientos o problemas **en cualquier momento desde el nacimiento de su hijo/a** que participa en el estudio (incluye los últimos 12 meses) **y ESPECÍFICAMENTE en los últimos 12 meses**. (En estas preguntas puede marcar ambas opciones si es su caso).

	No, desde que mi hijo/a nació	Sí, desde que mi hijo/a nació	Sí, en los últimos 12 meses (b)
189. Ha sufrido usted mismo una enfermedad, lesión o agresión grave Por favor, marque todas las respuestas que correspondan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
190. Algún familiar cercano ha sufrido una enfermedad, lesión o agresión grave Por favor, marque todas las respuestas que correspondan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
191. Ha muerto uno de sus padres, hijos o pareja/cónyuge Por favor, marque todas las respuestas que correspondan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
192. Ha muerto un amigo cercano a la familia o algún otro familiar (tíos, primos, abuelos) Por favor, marque todas las respuestas que correspondan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
193. Se ha separado a causa de problemas en su matrimonio Por favor, marque todas las respuestas que correspondan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
194. Ha roto una relación estable Por favor, marque todas las respuestas que correspondan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
195. Ha tenido un problema grave con un amigo cercano, vecino o familiar Por favor, marque todas las respuestas que correspondan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
196. Se ha quedado sin empleo o buscando empleo durante más de un mes sin éxito Por favor, marque todas las respuestas que correspondan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
197. Le han despedido de su trabajo Por favor, marque todas las respuestas que correspondan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
198. Ha tenido una crisis económica grave Por favor, marque todas las respuestas que correspondan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
199. Ha tenido problemas con la policía o ha comparecido ante un tribunal Por favor, marque todas las respuestas que correspondan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
200. Le han robado o ha perdido algo de valor Por favor, marque todas las respuestas que correspondan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HÁBITOS

Estas preguntas sobre hábitos están pensadas para la madre del niño/a que participa al estudio. Si usted no es la madre, por favor conteste con informaciones sobre la madre. Si no conoce la respuesta, escoja "no sabe".

201. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su consumo de tabaco?

- No sabe
- No fumador, y nunca ha fumado
- No fumador, pero anteriormente fumaba ocasionalmente (no diariamente)
- No fumador, pero anteriormente fumaba habitualmente (diariamente)
- Fumador ocasional
- Fumador habitual

a nº cigarrillos por semana que usted fuma en total _____

b nº cigarrillos por semana de promedio que usted fuma en el interior de la vivienda _____

202. ¿Consumes alcohol? En caso que consuma alcohol regularmente, indique el número de unidades de alcohol que consumió en la última semana. 1 unidad = un vaso de vino/una cerveza/una copa de licor

- Sí → Por favor, especifique nº unidades en la última semana _____ (a)
 No
 No sabe

203. Por favor, indique su peso y altura actuales

Peso (a) _____ Kg Altura(b) _____ cm

ACTIVIDAD FÍSICA

Instrucciones: La actividad física vigorosa se refiere a aquellas actividades que le suponen un esfuerzo físico duro y le hacen respirar mucho más fuerte de lo normal. La actividad física moderada se refiere a aquellas actividades que le suponen un esfuerzo físico moderado y que le hacen respirar algo más fuerte de lo normal.

204. En los últimos 7 días, ¿cuántos días ha realizado actividad física vigorosa como levantar pesos pesados, cavar, trabajo intenso en la construcción, clases de aeróbic o similar o bicicleta a ritmo rápido?

Piense solamente en aquella actividad física que duró como mínimo 10 minutos.

- ningún día a la semana → pasar a la pregunta 205
 algún día a la semana:

Nº días a la semana

En promedio, ¿cuánto tiempo suele estar haciendo actividad física vigorosa en uno de estos días?

Horas (a)

Minutos (b)

205. De nuevo, piense sólo en aquella actividad física que duró como mínimo 10 minutos. En los últimos 7 días, ¿cuántos días ha realizado actividad física moderada como transportar pesos ligeros, bicicleta a ritmo regular, dobles de tenis? No tenga en cuenta el caminar.

- ningún día a la semana → pasar a la pregunta 206
 algún día a la semana:

Nº días a la semana

En promedio, ¿cuánto tiempo suele estar haciendo actividad física moderada en uno de estos días?

Horas (a)

Minutos (b)

206. En los últimos 7 días, ¿cuántos días ha caminado al menos 10 minutos? Cuente si camina en su trabajo y en casa, para ir de un sitio a otro y si camina en su tiempo de ocio, como deporte, o para hacer ejercicio o para pasar el tiempo.

- ningún día a la semana → pasar a la pregunta 207
 algún día a la semana:

Nº días a la semana

En promedio, ¿cuánto tiempo suele estar caminando al menos 10' en uno de estos días?

Horas (a)

Minutos (b)

EXPOSICIÓN A HUMO AMBIENTAL DE TABACO

207. ¿Fuma su pareja?

- Sí, por favor especifique: nº cigarrillos/semana que su pareja fuma en total _____ (a)
nº cigarrillos/semana de promedio que su pareja fuma en **el interior de la vivienda** _____ (b)
 No
 No sabe/No tengo pareja en la actualidad

208. ¿Fuma alguien más en su casa?

- Sí, por favor especifique: nº cigarrillos por semana de promedio que se fuman en **el interior de la vivienda** _____ (a)
EXCLUYENDO los que fuman usted y su pareja
 No
 No sabe

ANTECEDENTES DE LA MADRE DEL NIÑO/A QUE PARTICIPA AL ESTUDIO

Instrucciones: Las siguientes preguntas investigan los antecedentes cardio-metabólicos y oftalmológicos de la madre del niño/a que participa en el estudio. Si usted no es la madre, por favor conteste con informaciones sobre ella. Si no conoce la respuesta, escoja "no sabe". Por favor, especifique las dioptrías cuando indicado (se refiere a la última revisión). Por favor, especifique la edad cuando indicado.

<u>Antecedentes cardio-metabólicos</u>	Sí	No	No sabe
209. ¿Ha estado usted informada por personal sanitario de que haya tenido alguna vez un infarto de miocardio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	especifique edad ____ (a)		
210. ¿Ha estado usted informada por personal sanitario de que haya tenido alguna vez una angina de pecho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	especifique edad ____ (a)		
211. ¿Ha estado usted informada por personal sanitario de que haya tenido alguna hemorragia o ataque cerebral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	especifique edad ____ (a)		
212. ¿Ha estado usted informada por personal sanitario de que tenga arteriosclerosis en las piernas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
213. ¿Ha estado usted informada por personal sanitario de que tenga el colesterol alto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
214. ¿Ha estado usted informada por personal sanitario de que tiene una elevación de la glucosa (azúcar) en sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
215. ¿Ha estado usted informada por personal sanitario de que su presión arterial sea alta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Antecedentes oftalmológicos

216. ¿Ha estado usted informada por personal sanitario de que tenga daltonismo (dificultad para distinguir ciertos colores)?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sabe
217. ¿Ha estado usted informada por personal sanitario de que tenga o haya tenido miopía (dificultad para ver los objetos lejanos)? Por favor, marque todas las respuestas que correspondan	<input type="checkbox"/> sí, edad ____ (a) <input type="checkbox"/> ojo izquierdo, especifique dioptrías ____ (b) <input type="checkbox"/> ojo derecho, especifique dioptrías ____ (c) <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sabe
218. ¿Ha estado usted informada por personal sanitario de que tenga o haya tenido hipermetropía (dificultad para ver de cerca que aparece generalmente en adultos con menos de 40 años)? Por favor, marque todas las respuestas que correspondan	<input type="checkbox"/> sí, edad ____ (a) <input type="checkbox"/> ojo izquierdo, especifique dioptrías ____ (b) <input type="checkbox"/> ojo derecho, especifique dioptrías ____ (c) <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sabe
219. ¿Ha estado usted informada por personal sanitario de que tenga o haya tenido astigmatismo? Por favor, marque todas las respuestas que correspondan	<input type="checkbox"/> sí, edad ____ (a) <input type="checkbox"/> ojo izquierdo, especifique dioptrías ____ (b) <input type="checkbox"/> ojo derecho, especifique dioptrías ____ (c) <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sabe
220. ¿Ha estado usted informada por personal sanitario de que tenga o haya tenido ambliopía (ojo perezoso u ojo vago)? Por favor, marque todas las respuestas que correspondan	<input type="checkbox"/> sí, edad ____ (a) <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sabe
221. ¿Ha estado usted informada por personal sanitario de que tenga presbicia (dificultad para ver de cerca asociada a la edad, aparece generalmente a los 40-45 años)?	<input type="checkbox"/> sí, edad ____ (a) <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sabe

ANTECEDENTES FAMILIARES DE LA MADRE DEL NIÑO/A QUE PARTICIPA EN EL ESTUDIO

Instrucciones: Las siguientes preguntas investigan los antecedentes cardio-metabólicos y oftalmológicos de los familiares de la madre del niño/a que participa en el estudio. Si usted no es la madre, por favor conteste con informaciones sobre los familiares de la madre del niño/a. Si no conoce la respuesta, escoja "no sabe". Por favor, especifique la edad cuando esté indicado. En el caso de que tenga más de un familiar directo con el mismo problema, especifique la edad del más joven. Si no conoce la edad ponga NA.

Antecedentes cardio-metabólicos

¿Algún FAMILIAR DIRECTO (padres, hermanos, hijos):	Sí	No	No sabe
222... ha fallecido por causas cardíacas? Por favor, marque todas las respuestas que correspondan	<input type="checkbox"/> sí de sexo masculino, especifique edad ____ (a) <input type="checkbox"/> sí de sexo femenino, especifique edad ____ (b)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
223... ha tenido algún infarto del miocardio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
224... ha tenido alguna hemorragia o ataque cerebral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
225... tiene o ha tenido arteriosclerosis en las piernas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
226... es o ha sido diabético?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
227... tiene o ha tenido el colesterol elevado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
228... tiene o ha tenido la tensión arterial alta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Antecedentes oftalmológicos

¿Sus PADRES:	Sí, mi padre	Sí, mi madre	No	No sabe
229... usaron gafas cuando eran jóvenes (menos de 40 años)? Por favor, marque todas las respuestas que correspondan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
230 ... empezaron a usar gafas para leer cuando eran mayores (más de 40-45 años)? Por favor, marque todas las respuestas que correspondan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Algún HIJO/A que no participa en el estudio: <i>ATENCIÓN Las siguientes preguntas se refieren sólo a sus otros hijos/as (que no participen en el estudio)</i>	Sí	No	No sabe
231 ... tiene daltonismo (dificultad para distinguir ciertos colores)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
232 ... tiene o ha tenido miopía (dificultad para ver los objetos lejanos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
233 ... tiene o ha tenido hipermetropía (dificultad para ver de cerca que aparece generalmente en adultos con menos de 40 años)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
234 ... tiene o ha tenido astigmatismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
235... tiene o ha tenido ambliopía (ojo perezoso u ojo vago)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ha acabado el cuestionario, muchas gracias por su colaboración!