

## CUESTIONARIO PARA PADRES COHORTE INMA SABADELL V11a

Estimado padre,

Queremos agradecerle 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 15 minutos. Si tiene cualquier duda puede preguntar al personal del equipo de investigación (enfermeras: Sílvia Fochs y Núria Pey. Móvil del proyecto: 696 44 45 81).

**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 al estudio?

- Padre
- Madre
- Tutor legal
- Otro, especificar → \_\_\_\_\_

**ATENCIÓN:**

**ESTAS PREGUNTAS ESTÁN PENSADAS PARA EL PADRE DEL NIÑO/A QUE PARTICIPA EN EL ESTUDIO.  
SI USTED NO ES EL PADRE, POR FAVOR CONTESTE CON INFORMACIONES SOBRE EL PADRE.  
SI NO CONOCE LA RESPUESTA, ESCOJA "NO SABE".**

### APARTADO B – PREGUNTAS SOBRE EL PADRE DEL NIÑO/A

#### ESTADO CIVIL, TRABAJO, EDUCACIÓN

2. ¿Cuál es su estado civil actual?

- Casado
- Conviviente/ Pareja estable (no casado)
- Viudo
- Divorciado/Separado
- Soltero/a
- No sabe

3. ¿Ha cambiado su estado civil en los ÚLTIMOS DOS AÑOS?

- Sí, se ha casado
- Sí, se ha divorciado o ha roto la convivencia
- Sí, ha enviudado
- Sí, cambió de compañero/a o se ha vuelto a casar
- No
- No sabe

<p><b>4. Está usted:</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Viviendo con la madre de su hijo/a</p> <p><input type="checkbox"/> Viviendo con otro/a compañero/a</p> <p><input type="checkbox"/> En una relación pero sin convivir con la pareja (p.ej. la pareja vive en el extranjero o en otra propiedad)</p> <p><input type="checkbox"/> No está viviendo ni con un compañero/a ni está en una relación</p> <p><input type="checkbox"/> No sabe</p>
<p><b>5. ¿Cuál es su situación laboral actual?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Empleado</p> <p><input type="checkbox"/> Desempleado</p> <p><input type="checkbox"/> Estudiante</p> <p><input type="checkbox"/> Amo de casa</p> <p><input type="checkbox"/> En rehabilitación/discapacitado</p> <p><input type="checkbox"/> Retirado/ Jubilado</p> <p><input type="checkbox"/> Militar</p> <p><input type="checkbox"/> Otro</p> <p><input type="checkbox"/> No sabe</p>
<p><b>6. ¿Ha cambiado su situación laboral en los ÚLTIMOS DOS AÑOS?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Sí, ha sido empleado</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, ha sido desempleado</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, se ha jubilado</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, ha comenzado estudios</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, amo de casa</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, otro → especifique _____</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> No sabe</p>
<p><b>7. ¿Cómo de bien diría que su familia gestiona la economía familiar en estos días? Diría que está:</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Vivimos cómodamente</p> <p><input type="checkbox"/> Vamos bien</p> <p><input type="checkbox"/> Vamos tirando</p> <p><input type="checkbox"/> Resultándonos bastante difícil</p> <p><input type="checkbox"/> Resultándonos muy difícil</p> <p><input type="checkbox"/> No sabe</p>
<p><b>8. En comparación con hace DOS AÑOS, ¿Cómo diría que su familia va económicamente ahora?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Mejor</p> <p><input type="checkbox"/> Similar</p> <p><input type="checkbox"/> Peor</p> <p><input type="checkbox"/> No sabe</p>
<p><b>9. ¿Qué nivel de estudios ha finalizado?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> No sabe leer ni escribir</p> <p><input type="checkbox"/> Sin estudios o estudios primarios incompletos</p> <p><input type="checkbox"/> Estudios primarios (EGB, primaria, ESO)</p> <p><input type="checkbox"/> Estudios secundarios (BUP, COU, FP)</p> <p><input type="checkbox"/> Estudios universitarios</p> <p><input type="checkbox"/> Otros</p> <p><input type="checkbox"/> No sabe</p>

**ATENCIÓN:**

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS ESTÁN PENSADAS PARA EL PADRE DEL NIÑO/A QUE PARTICIPA EN EL ESTUDIO.  
SI USTED NO ES EL PADRE POR FAVOR PASE A LA PREGUNTA 40

**IMAGEN CORPORAL**

10. 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**

10.a. Señale 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).



10.b. Ahora, señale 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).

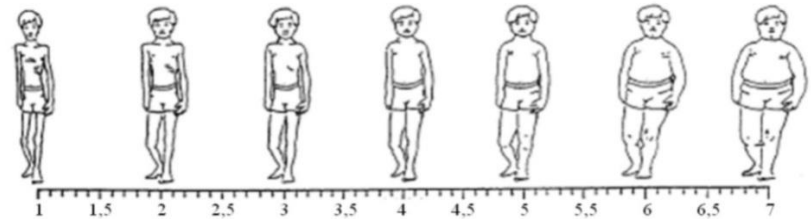


10.c. Finalmente, señale sobre la línea el dibujo que se parece más a cómo quisiera usted que fuera su hija (si quisiera que estuviera entre dos dibujos, puede señalar cualquier punto intermedio).

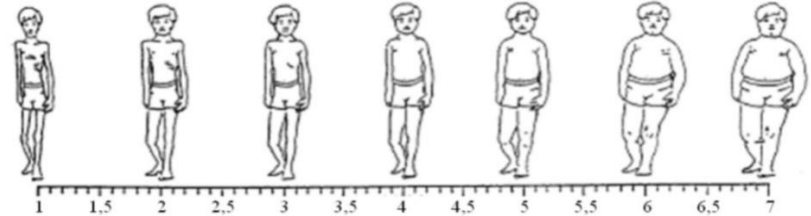


**SI ES CHICO**

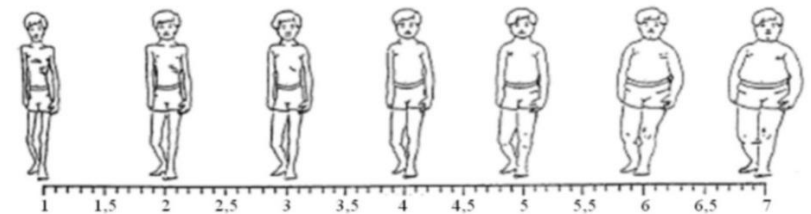
10.a. Señale sobre la línea el dibujo que cree que más se parece a su hijo (si cree que está entre dos dibujos, puede señalar cualquier punto intermedio).



10.b. Ahora, señale 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).



10.c. Finalmente, señale 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).



## ANTECEDENTES DEL PADRE DEL NIÑO/A QUE PARTICIPA EN EL ESTUDIO

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

Antecedentes cardio-metabólicos	Sí	No	No sabe
11. ¿Ha estado usted informado por personal sanitario de que haya tenido alguna vez un infarto de miocardio?	<input type="checkbox"/> especifique edad ____ (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Ha estado usted informado por personal sanitario de que haya tenido alguna vez una angina de pecho?	<input type="checkbox"/> especifique edad ____ (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Ha estado usted informado por personal sanitario de que haya tenido alguna hemorragia o ataque cerebral?	<input type="checkbox"/> especifique edad ____ (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Ha estado usted informado por personal sanitario de que tenga arteriosclerosis en las piernas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Ha estado usted informado por personal sanitario de que tenga el colesterol alto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Ha estado usted informado por personal sanitario de que tiene una elevación de la glucosa (azúcar) en sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Ha estado usted informado por personal sanitario de que su presión arterial sea alta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Antecedentes oftalmológicos

18. ¿Ha estado usted informado por personal sanitario de que tenga <b>daltonismo</b> (dificultad para distinguir ciertos colores)?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sabe
19. ¿Ha estado usted informado por personal sanitario de que tenga o haya tenido <b>miopía</b> (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
20. ¿Ha estado usted informado por personal sanitario de que tenga o haya tenido <b>hipermetropía</b> (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
21. ¿Ha estado usted informado por personal sanitario de que tenga o haya tenido <b>astigmatismo</b> ? 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
22. ¿Ha estado usted informado por personal sanitario de que tenga o haya tenido <b>ambliopía</b> (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
23. ¿Ha estado usted informado por personal sanitario de que tenga <b>presbicia</b> (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 DEL PADRE DEL NIÑO/A QUE PARTICIPA EN EL ESTUDIO

**Instrucciones:** Las siguientes preguntas investigan los antecedentes cardio-metabólicos y oftalmológicos de los familiares del padre del niño/a que participa en el estudio. Si usted no es el padre, por favor conteste con informaciones sobre los familiares del padre del niño/a. Si no conoce la respuesta, escoja "no sabe". Por favor, especifique la edad cuando se lo indiquen. En el caso que tenga más de un familiar directo con un 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
<b>24. ... ha fallecido por causas cardíacas?</b> 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"/>
<b>25. ... ha tenido algún infarto del miocardio?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>26. ... ha tenido alguna hemorragia o ataque cerebral?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>27. ... tiene o ha tenido arteriosclerosis en las piernas?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>28. ... es o ha sido diabético?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>29. ... tiene o ha tenido colesterol elevado?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>30. ... tiene o ha tenido tensión arterial alta?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Antecedentes oftalmológicos

¿Sus PADRES:	Sí, mi padre	Sí, mi madre	No	No sabe
<b>31. ... usaron gafas cuando eran jóvenes (menos de 40 años)?</b> Por favor, marque todas las respuestas que correspondan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>32. ... empezaron a usar gafas para leer cuando eran mayores (más de 40-45 años)?</b> 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:	Sí	No	No sabe
<i>ATENCIÓN Las siguientes preguntas se refieren solo a sus hijos/as que no participan en el estudio</i>			
<b>33. ... tiene daltonismo (dificultad para distinguir ciertos colores)?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>34. ... tiene o ha tenido miopía (dificultad para ver los objetos lejanos)?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>35. ... tiene o ha tenido hipermetropía (dificultad para ver de cerca que aparece generalmente en adultos con menos de 40 años)?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>36. ... tiene o ha tenido astigmatismo?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>37. ... tiene o ha tenido ambliopía (ojo perezoso u ojo vago)?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**ATENCIÓN:**  
 LAS SIGUIENTES PREGUNTAS ESTÁN PENSADAS PARA EL PADRE DEL NIÑO/A QUE PARTICIPA EN EL ESTUDIO.  
 SI USTED NO ES EL PADRE, POR FAVOR PASE A LA PREGUNTA 40.

**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 que está influenciado por el bienestar del entorno familiar. Las siguientes preguntas investigan este aspecto y por esto les rogamos las contesten con la máxima sinceridad.

## SUS SENTIMIENTOS

### 38. 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
a. 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"/>
b. 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"/>
c. 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"/>
d. 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"/>
e. 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"/>

### 39. 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
a. 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"/>
b. 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"/>
c. 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"/>
d. 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"/>

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



## 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 (a)	Sí, en los últimos 12 meses (b)
<b>41. Ha sufrido usted mismo una enfermedad, lesión o agresión grave</b> Por favor, marque todas las respuestas que correspondan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>42. Algún familiar cercano ha sufrido una enfermedad, lesión o agresión grave</b> Por favor, marque todas las respuestas que correspondan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>43. Ha muerto uno de sus padres, hijos o pareja/cónyuge</b> Por favor, marque todas las respuestas que correspondan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>44. Ha muerto un amigo cercano a la familia o algún otro familiar (tíos, primos, abuelos)</b> Por favor, marque todas las respuestas que correspondan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>45. Se ha separado a causa de problemas en su matrimonio</b> Por favor, marque todas las respuestas que correspondan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>46. Ha roto una relación estable</b> Por favor, marque todas las respuestas que correspondan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>47. Ha tenido un problema grave con un amigo cercano, vecino o familiar</b> Por favor, marque todas las respuestas que correspondan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>48. Se ha quedado sin empleo o buscando empleo durante más de un mes sin éxito</b> Por favor, marque todas las respuestas que correspondan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>49. Le han despedido de su trabajo</b> Por favor, marque todas las respuestas que correspondan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>50. Ha tenido una crisis económica grave</b> Por favor, marque todas las respuestas que correspondan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>51. Ha tenido problemas con la policía o ha comparecido ante un tribunal</b> Por favor, marque todas las respuestas que correspondan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>52. Le han robado o ha perdido algo de valor</b> Por favor, marque todas las respuestas que correspondan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## ESTILOS DE VIDA Y HABITOS

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

### 53. ¿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

26.a nº cigarrillos por semana que usted fuma en total \_\_\_\_\_

26.b nº cigarrillos por semana de promedio que usted fuma en el interior de la vivienda \_\_\_\_\_

### 54. ¿Consume 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 \_\_\_\_\_
- No
- No sabe

55. Por favor, indique su peso y altura actuales.      Peso: \_\_\_\_\_ kg      Altura: \_\_\_\_\_ cm

### 56. ¿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

### 57. ¿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

## ACTIVIDAD FÍSICA

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

### 58a) 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?

- ningún día a la semana → pasar a la pregunta 58.b
- 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)

**58b)** 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 58.c  
 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)

**58.c)** 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 59  
 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)

## APARTADO C – SU HIJO/A

### 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
60. Tiene en cuenta los sentimientos de otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. Es inquieto/a, hiperactivo/a, no puede permanecer quieto/a por mucho tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. Se queja con frecuencia de dolor de cabeza, de estómago o de náuseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. Comparte frecuentemente con otros niños/as chucherías, juguetes, lápices, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. Frecuentemente tiene rabietas o mal genio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. Es más bien solitario/a y tiende a jugar solo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. Por lo general es obediente, suele hacer lo que le piden los adultos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. Tiene muchas preocupaciones, a menudo parece inquieto/a o preocupado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68. Ofrece ayuda cuando alguien resulta herido, disgustado, o enfermo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69. Está continuamente moviéndose y es revoltoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. Tiene por lo menos un/a buen/a amigo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71. Pelea con frecuencia con otros niños/as o se mete con ellos/ellas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72. Se siente a menudo infeliz, desanimado o lloroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73. Por lo general cae bien a los otros niños/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74. Se distrae con facilidad, su concentración tiende a dispersarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	No es cierto	Un tanto cierto	Absolutamente cierto
75. 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"/>
76. Trata bien a los niños/as más pequeños/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77. A menudo miente o engaña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
78. Los otros niños se meten con él/ella o se burlan de él/ella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
79. A menudo se ofrece para ayudar (a padres, maestros, otros niños)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80. Piensa las cosas antes de hacerlas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
81. Roba cosas en casa, en la escuela o en otros sitios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
82. Se lleva mejor con adultos que con otros niños/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
83. Tiene muchos miedos, se asusta fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
84. Termina lo que empieza, tiene buena concentración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**El cuestionario ha finalizado, muchas gracias por su colaboración!**