|  |
| --- |
| Encuestador/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ***Fase 14-15 años***  **2. Cuestionario INMA para la MADRE**  Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  A rellenar preferentemente por la madre.  Marca quién ha rellenado el cuestionario: Madre ⬜ Padre ⬜ Otro (especificar): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Estimada madre,  Queremos agradecerte tu decisión de participar en este estudio. A continuación, te vamos a hacer una serie de preguntas. Algunas respuestas las vas a tener que escribir, mientras que otras son de tipo opción (algunas de una sola opción y otras de múltiples opciones). Estas preguntas están pensadas **para la madre** del niño/a que participa en el estudio. Si no eres la madre, por favor contesta con informaciones sobre la madre. Si no conoces la respuesta, marca la opción “No sabe/no contesta”.  El cuestionario dura aproximadamente 15 minutos. Si tienes alguna duda puedes preguntar al personal del equipo de investigación.  **De nuevo, ¡muchas gracias!** |

**ESTADO CIVILY TRABAJO**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. ¿Cuál es tu estado civil actual?** | 🞎 Casada  Casada con el padre de mi hijo/a participante en el estudio 🞎 Sí 🞎 No  🞎 Pareja estable (no casada)  Tu pareja es el padre de tu hijo/a participante en el estudio 🞎 Sí 🞎 No  🞎 Viuda  🞎 Divorciada / Separada  🞎 Soltera  🞎 No sabe / No contesta |
| **2. ¿Cuál de las siguientes formas define mejor la situación en la que vives?:** | 🞎 Vives con el padre de tu hijo/a  🞎 Vives con otro/a compañero/a, ¿hace cuánto tiempo que convivís? \_\_\_\_\_\_\_\_\_  🞎 Vives con tus padres  🞎 Vives sola  🞎 Otros. Especificar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(a)  🞎 No sabe / No contesta |
| **3. ¿Cuál es tu situación laboral actual?** | 🞎 Trabajadora  🞎 Parada  🞎 Estudiante  🞎 Baja laboral. Motivo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  🞎 Ama de casa  🞎 Otras. Especificar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  🞎 No sabe / No contesta |
|  | |

**SENTIMIENTOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS)**  ***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* | | | | | | | |
|  | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
|  | **Totalmente en**  **desacuerdo** | **En desacuerdo** | **Ligera-mente en desacuerdo** | **Ni de acuerdo**  **ni en desacuerdo** | **Ligera-mente de acuerdo** | **De acuerdo** | **Totalmente de acuerdo** |
| **4. En la mayoría de los aspectos, mi vida se acerca a mi ideal** | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| **5. Las condiciones de mi vida son excelentes** | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| **6. Estoy completamente satisfecha con mi vida** | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| **7. Hasta ahora, he conseguido las cosas más importantes que quiero en la vida** | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| **8. Si pudiera vivir mi vida de nuevo, no cambiaría nada** | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Cuestionario de Salud General (GHQ-12)**  ***Instrucciones:*** *A continuación hay una serie de preguntas que se refieren a problemas que haya podido tener* ***durante los últimos 30 días.*** | |
| **9. ¿Se ha podido concentrar bien en lo que hacía?** | 1. Mejor que habitualmente  2. Igual que habitualmente  3. Menos que habitualmente  4. Mucho menos que habitualmente |
| **10. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder el sueño?** | 1. En absoluto  2. No más que habitualmente  3. Un poco más que habitualmente  4. Mucho más que habitualmente |
| **11. ¿Ha sentido que desempeña un rol útil en la vida?** | 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 |
| **12. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?** | 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 |
| **13. ¿Se ha notado constantemente cargada y en tensión?** | 1. No, en absoluto  2. No más que habitualmente  3. Sí, un poco más que habitualmente  4. Sí, mucho más que habitualmente |
| **14. ¿Ha tenido la sensación de que no puede superar sus dificultades?** | 1. No, en absoluto  2. No más que habitualmente  3. Sí, un poco más que habitualmente  4. Sí, mucho más que habitualmente |
| **15. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades diarias?** | 1. Más que habitualmente  2. Igual que habitualmente  3. Menos que habitualmente  4. Mucho menos que habitualmente |
| **16. ¿Ha sido capaz de afrontar, adecuadamente, sus problemas?** | 1. Más capaz que habitualmente  2. Igual que habitualmente  3. Menos capaz que habitualmente  4. Mucho menos capaz que habitualmente |
| **17. ¿Se ha sentido poco feliz y deprimida?** | 1. En absoluto  2. No más que habitualmente  3. Un poco más que habitualmente  4. Mucho más que habitualmente |
| **18. ¿Ha perdido confianza consigo misma?** | 1. En absoluto  2. No más que habitualmente  3. Un poco más que habitualmente  4. Mucho más que habitualmente |
| **19. ¿Ha pensado que es una persona que no sirve para nada?** | 1. En absoluto  2. No más que habitualmente  3. Un poco más que habitualmente  4. Mucho más que habitualmente |
| **20. ¿Se siente razonablemente feliz, considerando todas las circunstancias?** | 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 |

**ENFERMEDADES CRÓNICAS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Las siguientes preguntas investigan los antecedentes médicos de la madre del niño/a que participa en el estudio. Si no eres la madre, por favor contesta con informaciones sobre la madre. Si no conoces la respuesta, marca la opción “No sabe/no contesta”.* | | |
| **21. ¿Padeces o has padecido alguna vez alguna de las enfermedades o problemas de salud de la siguiente lista?** | | |
|  | **¿Alguna vez la has padecido?** | **¿Ha sido diagnosticada por un médico?** |
| a. Tensión alta | 🞎 Sí 🞎 No 🞎 Ns/Nc | 🞎 Sí 🞎 No 🞎 Ns/Nc |
| b. Infarto de miocardio | 🞎 Sí 🞎 No 🞎 Ns/Nc | 🞎 Sí 🞎 No 🞎 Ns/Nc |
| c. Angina de pecho, enfermedad coronaria. | 🞎 Sí 🞎 No 🞎 Ns/Nc | 🞎 Sí 🞎 No 🞎 Ns/Nc |
| d. Otras enfermedades del corazón | 🞎 Sí 🞎 No 🞎 Ns/Nc | 🞎 Sí 🞎 No 🞎 Ns/Nc |
| e. Diabetes | 🞎 Sí 🞎 No 🞎 Ns/Nc | 🞎 Sí 🞎 No 🞎 Ns/Nc |
| f. Colesterol alto | 🞎 Sí 🞎 No 🞎 Ns/Nc | 🞎 Sí 🞎 No 🞎 Ns/Nc |
| g. Depresión | 🞎 Sí 🞎 No 🞎 Ns/Nc | 🞎 Sí 🞎 No 🞎 Ns/Nc |
| h. Ansiedad crónica | 🞎 Sí 🞎 No 🞎 Ns/Nc | 🞎 Sí 🞎 No 🞎 Ns/Nc |
| i. Otros problemas mentales | 🞎 Sí 🞎 No 🞎 Ns/Nc | 🞎 Sí 🞎 No 🞎 Ns/Nc |
| j. Ictus (embolia, infarto cerebral, hemorragia cerebral) | 🞎 Sí 🞎 No 🞎 Ns/Nc | 🞎 Sí 🞎 No 🞎 Ns/Nc |
| k. Problemas de tiroides | 🞎 Sí 🞎 No 🞎 Ns/Nc | 🞎 Sí 🞎 No 🞎 Ns/Nc |
| l. Problemas de riñón | 🞎 Sí 🞎 No 🞎 Ns/Nc | 🞎 Sí 🞎 No 🞎 Ns/Nc |
| m. ¿Ha padecido alguna otra enfermedad crónica? | 🞎 Sí 🞎 No 🞎 Ns/Nc | 🞎 Sí 🞎 No 🞎 Ns/Nc |
| m.1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 🞎 Sí 🞎 No 🞎 Ns/Nc | 🞎 Sí 🞎 No 🞎 Ns/Nc |
| m.2\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 🞎 Sí 🞎 No 🞎 Ns/Nc | 🞎 Sí 🞎 No 🞎 Ns/Nc |
| m.3\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 🞎 Sí 🞎 No 🞎 Ns/Nc | 🞎 Sí 🞎 No 🞎 Ns/Nc |

**HÁBITO DE FUMAR**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **22. ¿Fuma alguna de las personas que convive con tu hijo/a?**  🞎 No  🞎 No sabe / No contesta  🞎 Sí 🡪 Por favor, rellena el siguiente cuadro:   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | | **Total cigarrillos/día**  *(referido al promedio de la última semana)* | **Cigarrillos/día en casa**  *(referido al promedio de la última semana)* | **Fuma en casa en presencia de tu hijo/a** | **Fuma en el comedor de la casa** | | **a.** Madre | 🞎 Sí  🞎 No | **|\_\_|\_\_|** | **|\_\_|\_\_|** | 🞎 Sí, a menudo  🞎 Sí, ocasionalmente  🞎 Casi nunca  🞎 Nunca | 🞎 Sí, a menudo  🞎 Sí, ocasionalmente  🞎 Casi nunca  🞎 Nunca | | b**.** Padre | 🞎 Sí  🞎 No | **|\_\_|\_\_|** | **|\_\_|\_\_|** | 🞎 Sí, a menudo  🞎 Sí, ocasionalmente  🞎 Casi nunca  🞎 Nunca | 🞎 Sí, a menudo  🞎 Sí, ocasionalmente  🞎 Casi nunca  🞎 Nunca | | c. Otro 1 | 🞎 Sí  🞎 No | |\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_| | 🞎 Sí, a menudo  🞎 Sí, ocasionalmente  🞎 Casi nunca  🞎 Nunca | 🞎 Sí, a menudo  🞎 Sí, ocasionalmente  🞎 Casi nunca  🞎 Nunca | | d. Otro 2 | 🞎 Sí  🞎 No | |\_\_|\_\_| | |\_\_|\_\_| | 🞎 Sí, a menudo  🞎 Sí, ocasionalmente  🞎 Casi nunca  🞎 Nunca | 🞎 Sí, a menudo  🞎 Sí, ocasionalmente  🞎 Casi nunca  🞎 Nunca | |
|  |

**PESO**

*Por favor, indique su peso actual:*

**23. Peso:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ kg

**HISTORIA LABORAL**

**Completa por favor la tabla de la siguiente página.**

**El cuestionario ha finalizado, ¡muchas gracias por tu colaboración!**