|  |
| --- |
| 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 habitualmente2. Igual que habitualmente3. Menos que habitualmente4. Mucho menos que habitualmente |
| **10. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder el sueño?** | 1. En absoluto2. No más que habitualmente3. Un poco más que habitualmente4. Mucho más que habitualmente |
| **11. ¿Ha sentido que desempeña un rol útil en la vida?** | 1. Me he sentido más útil que habitualmente2. Me he sentido igual que habitualmente3. Me he sentido menos útil que habitualmente4. Me he sentido mucho menos útil que habitualmente |
| **12. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?** | 1. Me he sentido más capaz que habitualmente2. Me he sentido igual de capaz que habitualmente3. Me he sentido menos capaz que habitualmente4. Me he sentido mucho menos capaz que habitualmente |
| **13. ¿Se ha notado constantemente cargada y en tensión?** | 1. No, en absoluto2. No más que habitualmente3. Sí, un poco más que habitualmente4. Sí, mucho más que habitualmente |
| **14. ¿Ha tenido la sensación de que no puede superar sus dificultades?** | 1. No, en absoluto2. No más que habitualmente3. Sí, un poco más que habitualmente4. Sí, mucho más que habitualmente |
| **15. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades diarias?** | 1. Más que habitualmente2. Igual que habitualmente3. Menos que habitualmente4. Mucho menos que habitualmente |
| **16. ¿Ha sido capaz de afrontar, adecuadamente, sus problemas?** | 1. Más capaz que habitualmente2. Igual que habitualmente3. Menos capaz que habitualmente4. Mucho menos capaz que habitualmente |
| **17. ¿Se ha sentido poco feliz y deprimida?** | 1. En absoluto2. No más que habitualmente3. Un poco más que habitualmente4. Mucho más que habitualmente |
| **18. ¿Ha perdido confianza consigo misma?** | 1. En absoluto2. No más que habitualmente3. Un poco más que habitualmente4. Mucho más que habitualmente |
| **19. ¿Ha pensado que es una persona que no sirve para nada?** | 1. En absoluto2. No más que habitualmente3. Un poco más que habitualmente4. Mucho más que habitualmente |
| **20. ¿Se siente razonablemente feliz, considerando todas las circunstancias?** | 1. Me siento más feliz que habitualmente2. Me siento igual de feliz que habitualmente3. Me siento menos feliz que habitualmente4. 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!**