

# CUESTIONARIO EXPOSICIÓN AMBIENTAL NIÑO 1 AÑO

a) Nº HISTORIA CLINICA NIÑO: .....

b) IDNUM NIÑO:

c) FECHA CUESTIONARIO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      d) HORA INICIO: \_\_\_:\_\_\_ HORA FIN: \_\_\_:\_\_\_

e) LUGAR: \_\_\_\_\_ f) ENTREVISTADOR: \_\_\_\_\_

g) ENTREVISTADO: \_\_\_\_\_

Estimada Sra., hace algo más de un año, antes del nacimiento de su hijo/a nos contestó a un cuestionario con preguntas sobre su domicilio, el ambiente en el que Ud. vive, así como sobre algunas actividades cotidianas que realiza. Con el presente cuestionario pretendemos obtener información sobre el ambiente en el que vive su hijo/a.

Como verá a continuación, algunas preguntas relacionadas con su residencia o su familia son similares a las que le formulamos en el anterior cuestionario (32 s     poner fecha). Le rogamos preste la máxima atención, pues en este caso tratamos de averiguar cual es la situación desde el anterior cuestionario, es decir, el periodo que coincide con el final de su embarazo y el primer año de vida de su hijo/a. Las preguntas sobre la vivienda deberá contestarlas referidas a la vivienda en la que reside ahora.

## CASA

2. ¿Cuántos miembros de la familia conviven con su hijo/a?
- 2.a Madre (1. Sí 2. No)
- 2.b Padre (1. Sí 2. No)
- 2.c Hermanos   Número
- 2.d Abuelos   Número
- 2.e Otros   Número
- 2.f Si son niños menores de 12 años especificar número  y su(s) edad(es):     años
3. ¿Quién es el principal cuidador del niño?
- 1 Madre
- 2 Padre
- 3 Ambos
- 4 Abuelos
- 5 Otros Especificar:.....
4. ¿Acude su hijo/a a la guardería?
- 2 No
- 1 Sí, Media jornada
- 3 Sí, todo el día
- 4.a Nombre de la guardería:..... Dirección:
- calle.....nº.....piso.....puerta.....
- Municipio (urbanización)..... CP:.....
- 4.b ¿Cuántos meses tenía su hijo cuando acudió a la guardería por primera vez?   meses
5. ¿Acude su hijo/a a otra casa para que le cuiden?
- 2 No
- 1 Sí, Media jornada
- 3 Sí, todo el día
- 5.a1 Dirección: calle.....nº.....piso.....puerta.....
- Municipio (urbanización)..... CP:.....
- 5.a2 Dirección: calle.....nº.....piso.....puerta.....
- Municipio (urbanización)..... CP:.....
- 5.b1 ¿Cuántos meses tenía su hijo cuando acudió a esta casa por primera vez?   meses
- 5.b2 ¿Cuántos meses tenía su hijo cuando acudió a esta casa por primera vez?   meses

6. Desde el último cuestionario, ¿Ha habido cambios en su casa respecto a las personas que necesitan cuidados o atención especial?

- 1 Sí
- 2 No → Pasar a pregunta 7

6a. ¿Especificar número  y edades     años.

7. ¿Tiene en su casa alguna persona contratada para realizar las tareas domésticas?

- 1 Sí
- 2 No → Pasar a Pregunta 8

7a. ¿Cuántas horas a la semana?  horas/semana

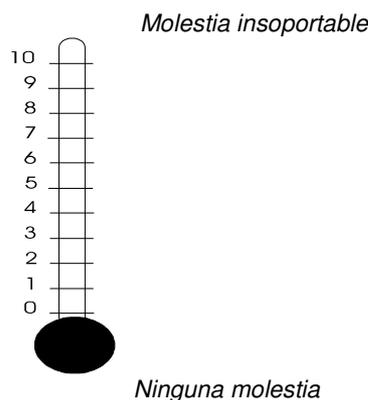
Desde el último cuestionario ¿Ha habido alguna modificación en ..?

Modificación en:	Sí	No	Si Sí, especificar situación actual
8 La frecuencia con que pasan coches por la calle donde se encuentra su casa	1	2 → Pasar a p9	8.a Frecuencia actual 1. Continuamente 2. Con bastante frecuencia 3. Poco 4. Practicamente nunca
9. Frecuencia pasan vehículos pesados (por ej. camiones/autobuses) por la calle donde se encuentra su casa (a excepción del servicio de recogida de residuos y el tranvía)	1	2 → Pasar a p10	9.a Frecuencia actual 1. Continuamente 2. Con bastante frecuencia 3. Poco 4. Practicamente nunca
10. Distancia de su vivienda a una calle en la que el tráfico pasa continuamente:	1	2 → Pasar a p12	10.a Distancia actual <input type="text"/> metros Menor o igual a 50 m.....1 →pasar p11 Más de 50 m.....2 →pasara p12

11. No preguntar si no ha habido cambios y sólo si en la anterior (10.a) ha contestado que la distancia es menor de 50 metros, código 1. ¿Su piso /casa tiene al menos una ventana que dé a una calle en la que el tráfico pasa continuamente?

- 1 Sí
- 2 No

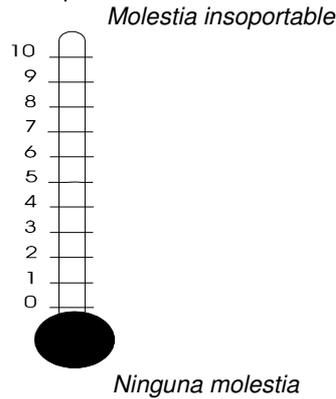
12. ¿Hasta qué punto le molesta la contaminación atmosférica del exterior de su vivienda si deja la ventana abierta (nos referimos a gases, humos, polvo etc procedente del tráfico, la industria etc.)? Mostrar tarjeta-termómetro y redondear el número que indique la encuestada



13. ¿Qué nivel de ruido tiene habitualmente en su casa?

- 1 Mucho
- 2 Bastante
- 3 Poco
- 4 Nada

**14. ¿Hasta qué punto le molesta el ruido (procedente del tráfico, la industria, etc.) de su vivienda si deja la ventana abierta?**  
 Mostrar tarjeta-termómetro y redondear el número que indique la encuestada



**15. De las siguientes fuentes de ruido, señale las que:**

**15.1. Son habituales en su casa** (puede señalar más de una) **y**

**15.2. Su grado de molestia** (sólo en el caso en que en 15.1. nos diga que *SI* son habituales cada una de las fuentes de ruido)

	15.1 ¿Son habituales?		15.2. Grado de molestia			
	Sí	No	Mucho	Bastante	Poco	Nada
a. Niños en la casa	1	2	1	2	3	4
b. Gente en la calle	1	2	1	2	3	4
c. Tráfico en la calle	1	2	1	2	3	4
d. Vecinos	1	2	1	2	3	4
e. Bares, pubs, discotecas	1	2	1	2	3	4
f. Talleres, industrias	1	2	1	2	3	4
g. Obras (públicas y/o privadas)	1	2	1	2	3	4
h. Otras (especificar).....	1	2	1	2	3	4
i. Ninguna	1	2				

**16. ¿Ha realizado obras o ha pintado en su domicilio desde el último cuestionario?**

- 1 Sí, obras
- 2 Sí, pintado
- 3 Sí, ambas cosas
- 4 No → Pasar a pregunta 17

**16.a. Si Sí Nº de habitaciones en las que se ha realizado obras o pintura (contando cocina y baño(s)):** |\_|\_|

**17. ¿Tiene o ha tenido animales en el domicilio desde que nació el niño?**

- 1 Sí (completar la tabla)
- 2 No → Pasar a pregunta 18

17.a. Indicar en el cuadro el nº de animales

17.b. Indicar con un número: 0, 1 o 2 aquellos meses en los que tuvo el animal y

17.c. Indicar la frecuencia si durmió con él también)

Animal	17.a. Nº de animales	17.b Meses de vida del niño que los ha tenido en su casa												17.c Frecuencia noches al mes que durmió con él	
		0 = No tiene animales 1 = Tiene animales y No duermen con el niño 2 = Tiene animales y duermen con el niño												de 1 a 7	> 7
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
Perros														1	2
Gatos														1	2
Pájaros														1	2
Otros (indicar).....														1	2
Otros (indicar).....														1	2

18. ¿Su vivienda tiene...?:	18. 1. Dormitorio del niño		18. 2 Lugar de juegos del niño (Indicar):		18. 3. Otras salas (Indicar):	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No
a. Cortinas	1	2	1	2	1	2
b. Manchas de humedad	1	2	1	2	1	2
c. Doble cristal	1	2	1	2	1	2
d. Muñecos de peluche	1	2	1	2	1	2
e. Moqueta	1	2	1	2	1	2
f. Alfombras	1	2	1	2	1	2
g. Si utiliza alfombras, ¿cuántos meses al año las pone?	_ _		_ _		_ _	
h. Un suelo que sea gres /baldosa	1	2	1	2	1	2
i. Si no es de gres o baldosa, ¿de qué es?						

**DORMITORIO DEL NIÑO/A**

- 19. El bebe duerme actualmente:**
- Sólo /a → **19.1.a ¿A partir de qué mes duerme solo /a?** |\_|\_| → **Passar a p19.3.**
  - Con otras personas
    - 19.2.a. Número de personas que duermen en la misma habitación que el niño /a (sin contarlo a él /ella)** |\_|
    - 19.2.b. Nº de personas por grupo de edad**
      - niños menores de 12 años |\_|
      - entre 12-64 años |\_|
      - Mayor de 65 años |\_|
- 19.3. En el dormitorio del niño, tiene ventanas que den a:** 1 Exterior..... 2 Interior 3 Sin ventana
- 20. ¿Qué tipo de colchón ha utilizado a lo largo del año en la cama/cuna de su hijo?** (no son excluyentes)
- Lana
  - Espuma
  - Muelles
  - Látex
  - Otros(indicar):.....
  - Ns/Nc
- 20.a. ¿Cuántos años tiene el colchón actual del niño?** |\_|\_| años
- 21. ¿Ha utilizado almohada a lo largo del año en la cama/cuna de su hijo?**
- Sí → **Passar a p21.b.**
  - Sí, pero solo unos meses → **Passar a p21.a.**
  - No → **Passar a p22**
- 21.a. ¿Durante qué meses?** Indicar edad (en meses) del niño: De.....a.....(mes del niño)
- 21.b. ¿De qué tipo?** (no son excluyentes)
- Lana
  - Espuma
  - Látex
  - Plumas
  - Otros (indicar):.....
  - Ns/Nc
- 22 ¿Qué tipo de ropa de cama ha utilizado a lo largo del año en la cama /cuna de su hijo?** (no son excluyentes)
- Manta
  - Edredón de plumas
  - Edredón sintético
  - Otros (Indicar):.....
  - Ns/Nc
- 25. ¿Han cambiado o remodelado la habitación desde el mes previo de nacer el bebé hasta ahora?** (no son excluyentes)
- Hemos empapelado las paredes
  - Pintado
  - Barnizado
  - Otros (Especificar).....
  - No
- 26. ¿Utiliza en la habitación del niño humidificadores?**
- Sí, de forma habitual
  - Sí, cuando padece problemas respiratorios
  - No → **Passar a P27**
- 26.a. ¿De qué tipo?**
- sólo vapor
  - con esencia

**COCINA**

A continuación le vamos a volver a preguntar sobre algunos datos sobre la vivienda, se le preguntó en la anterior entrevista, pero nos interesa volver a preguntar para saber si ha habido cambios.

En caso de que en la pregunta 5 se haya contestado que el niño pasa en otra casa para que le cuiden al menos 8 horas 5 días a la semana pasar a cuestionario CASA CUIDAR NIÑO" al final del cuestionario

27. ¿Tiene extractor encima de la cocina?

- 1 Sí  
2 No → Pasar a p29

28. Al cocinar ¿usa el extractor?

- 1 Siempre  
2 A veces  
3 Nunca

29. Tipo de cocina: (Respuesta única)

01. Gas natural  
02. Gas butano  
03. Gas propano  
04. Eléctrica  
05. Carbón, madera  
06. Otro:.....

**CALEFACCION-AIRE ACONDICIONADO-CALENTADOR AGUA**

30.1. ¿En su casa hay?

30.2. Si sí tiene, ¿dónde se ubica...? (Nota Instrucciones: En las opciones a y b se refiere al lugar del generador del calor (caldera etc.), mientras que en la c sería el lugar exacto del aparato del que sale el aire)

	30.1.		30.2. Ubicación aparato (indicar):.....
	Sí	No	
a. Calefacción central	1	2	
b. Calefacción por aire	1	2	
c. Aire acondicionado	1	2	

31. Tipo de calefacción:

	31.1. Dormitorio del niño		31.2 Lugar de juegos del niño (Indicar):		31.3 Otras salas (Indíquelas):	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No
a. Gas natural	1	2	1	2	1	2
b. Gas butano (en estufa)	1	2	1	2	1	2
c. Gas propano	1	2	1	2	1	2
d. Gasoil	1	2	1	2	1	2
e. Eléctrica	1	2	1	2	1	2
f. Chimenea abierta al exterior	1	2	1	2	1	2
g. Estufa de carbón o madera	1	2	1	2	1	2
h. Otros	1	2	1	2	1	2
	Indicar:		Indicar:		Indicar:	

32.1. ¿Cuál de los siguientes combustibles usa para calentar el agua?

32.2. Si sí tiene, ¿dónde se ubica...? (Se refiere al lugar de la casa o habitación en la que está instalado el calentador de agua, la caldera etc. Allí dónde se produce la combustión necesaria para calentar el agua. Las posibles respuestas serían el balcón, el baño, la cocina, cuarto trastero exterior a la vivienda, etc)

32.3. Y ¿existe ventilación?

	Sí	No	32.2. Ubicación aparato (indicar):.....	32.3. Existe ventilación (rejilla, ...etc)	
				Sí	No
a. Gas natural	1	2		1	2
b. Gas butano	1	2		1	2
c. Gas propano	1	2		1	2
d. Caldera de aceite /fuel o gasoil	1	2		1	2
e. Eléctrica	1	2		1	2
f. Calentador de parafina /queroseno	1	2		1	2
g. Carbón o madera	1	2		1	2
h. Otros: .....	1	2		1	2

**LIMPIEZA**

**33. ¿Utiliza alguno de los siguientes productos de limpieza en su casa por lo menos una vez por semana?**

	Sí	No	Ns/Nc
a. Lejía	1	2	9
b. Amoniaco	1	2	9
c. Salfumán	1	2	9
d. Desengrasante	1	2	9
e. Disolventes quitamanchas	1	2	9
f. Limpiamuebles	1	2	9
g. Limpiacristales	1	2	9
h. productos para alfombras, mantas o cortinas	1	2	9
i. Spray para la mopa del suelo	1	2	9
j. Spray para el horno	1	2	9
k. Ambientadores	1	2	9
l. Spray para planchar	1	2	9
m. Productos de limpieza perfumados	1	2	9
n. Productos líquidos multiusos para limpiar	1	2	9
o. Naftalina u otros antipolillas	1	2	9
p. Otros productos de limpieza			
¿Cuál?.....	1	2	9
.....	1	2	9
.....	1	2	9

**34. ¿Con qué frecuencia se realiza la limpieza en su casa? (limpieza que incluye suelo, polvo...)**

- 1 Más de una vez a la semana
- 2 Una vez a la semana
- 3 Menos de una vez a la semana

**35. ¿Tiene aspirador /vaporetta?**

- 1 Sí
- 2 No → Pasar a P.36

**35.a. ¿Con qué frecuencia se pasa el aspirador en su casa?**

- 1 Más de una vez a la semana
- 2 Una vez a la semana
- 3 Menos de una vez a la semana

**36. ¿Cuánto tiempo al día tiene las ventanas abiertas para ventilar?**

**36.1. En la habitación del niño...**

**36.2. En el resto de la casa...**

		Nada	<30 minutos	30 minutos-2horas	>2horas
36.1. Habitación del niño	a. Verano	1	2	3	4
	b. Invierno	1	2	3	4
	c. primavera-otoño	1	2	3	4
36.2. Resto casa	a. Verano	1	2	3	4
	b. Invierno	1	2	3	4
	c. primavera-otoño	1	2	3	4

**37. ¿Tiene problemas en casa con alguno de los siguientes insectos?**

	Sí	No
a. Cucarachas	1	2
b. Moscas y Mosquitos	1	2
c. Hormigas	1	2
d. Otros (especificar).....	1	2

**38. ¿Utiliza insecticidas o productos para ahuyentar mosquitos, cucarachas, hormigas, plagas de las plantas de interior, etc. en el interior de su casa?**

- 1 Sí
- 2 No → Pasar a p39.1.

**38.a. ¿Qué tipo de insecticida utiliza (puede señalar más de uno)?**

**38.b.1. ¿Y con qué frecuencia en la habitación del niño?**

**38.b.2. ¿Y con qué frecuencia en el resto de la casa?**

38.a. Tipo:	38.b. Frecuencia		
		38.b.1. Habitación niño	38.b.2. Resto de la casa
<b>a. Sprays insecticidas</b>	Todo el año	1	1
	De manera estacional	2	2
	Esporádicamente	3	3
	Nunca	4	4
<b>b. Dispositivo químico de enchufe (pastilla, liquido,...)</b>	Todo el año	1	1
	De manera estacional	2	2
	Esporádicamente	3	3
	Nunca	4	4
<b>c. Otros (especificar):</b> .....	Todo el año	1	1
	De manera estacional	2	2
	Esporádicamente	3	3
	Nunca	4	4

**38.c. ¿Recuerda los nombres comerciales de los productos que utiliza más frecuentemente?**

1. Sí
2. No → Pasar a p39.1.

**38.c.1. ¿ Recuerda los nombres,.....? En habitación niño**

**38.c.2. ¿ Recuerda los nombres,.....? En resto de casa**

NOMBRES	38.c.1. En habitación niño	38.c.2. En resto de casa
a. Sprays insecticidas	1. 2. 3.	1. 2. 3.
b. Dispositivo químico de enchufe (pastilla, liquido,...)	1. 2. 3.	1. 2. 3.
c. Otros	1. 2. 3.	1. 2. 3.

**39.1. ¿Alguna persona de su hogar realiza alguno de los siguientes trabajos, actividades o hobbies en la casa?**

**39.2. Si sí se realiza, ¿con qué frecuencia?**

**39.3. ¿Está el niño en la misma habitación mientras se realiza el trabajo?**

	P39.1.	39.2. Frecuencia	39.3. ¿Está el niño en la misma habitación?
<b>a. Pintura o rotulación</b>	1. Sí 2. No → Pasar a b	1 Todos los días 2 Algunos días semana 3 Esporádicamente	1 Sí 2 No
<b>b. Fotografía y/o revelado con utilización de productos químicos</b>	1. Sí 2. No → Pasar a c	1 Todos los días 2 Algunos días semana 3 Esporádicamente	1 Sí 2 No
<b>c. Utilización algún tipo de pegamento o cola</b>	1. Sí 2. No → Pasar a d	1 Todos los días 2 Algunos días semana 3 Esporádicamente	1 Sí 2 No
<b>d. Modelismo, construcción de maquetas</b>	1. Sí 2. No → Pasar a e	1 Todos los días 2 Algunos días semana 3 Esporádicamente	1 Sí 2 No
<b>e. Bricolage o pequeñas reparaciones</b>	1. Sí 2. No → Pasar a f	1 Todos los días 2 Algunos días semana 3 Esporádicamente	1 Sí 2 No
<b>f. Otros, indicar cuales:</b> ..... .....	1. Sí 2. No → Pasar a p40	1 Todos los días 2 Algunos días semana 3 Esporádicamente	1 Sí 2 No

**EXTERIOR**

**40. Su casa , ¿tiene jardín, huerto o corral con plantas?**

- 1 Sí
- 2 No → Pasar a p40b.4

**40.a ¿Ha cambiado la superficie del jardín, huerto o corral desde el anterior cuestionario?**

- 1 Sí **40.a.1 Indicar superficie actual** |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| m<sup>2</sup>
- 2 No

**40.b ¿Se fumigan las plantas con insecticidas u otros productos plaguicidas?**

- 1 Sí
- 2 No → Pasar a p40b.4

**40b.1 ¿Con qué frecuencia?**

- 1 Todos los meses
- 2 Cada 2-3 meses
- 3 3 veces al año
- 4 Ocasionalmente

**40b.2 ¿Está el niño en el jardín o corral cuando fumigan?**

- 1 Siempre
- 2 A veces
- 3 Nunca

**40b.3 ¿Cuánto se tarda en fumigar su jardín o corral?:** |\_\_|\_\_|\_\_| minutos

→ **40b.4 ¿Guarda productos plaguicidas (insecticidas, herbicidas, etc.) en la casa (interior y exterior)?**

- 1 Sí
- 2 No → Pasar a p41

**40b.4a ¿Dónde los guarda?**

- 1 garaje/trastero
- 2 exterior
- 3 otro:.....

**40b.4b ¿Recuerda los nombres comerciales de los productos que utiliza más frecuentemente?**

.....  
 .....  
 .....

**Desde el último cuestionario ¿Ha habido alguna modificación en...?**

Modificación en:	Sí	No	
<b>41. Distancia de su casa a un lugar con invernaderos para cultivos agrícolas</b>	1	2 → Pasar a 42	<b>41.a. Si Sí, especificar distancia actual</b> 1 Lejos (>200metros) 2 Medio (100-200m) 3 Cerca (50-100m) 4 Muy cerca (<50m )
<b>42. Distancia de su casa a una zona con actividad agrícola (campos cultivados)</b>	1	2 → Pasar a 43	<b>42.a. Si Sí, especificar distancia actual</b> 1 Lejos (>200metros) 2 Medio (100-200m) 3 Cerca (50-100m) 4 Muy cerca ( <50m )
<b>43. Distancia de su casa cerca a una zona con alguna actividad industrial</b>	1	2 → Pasar a 44	<b>43.a. Si Sí, especificar distancia actual</b>  __ __ __  metros  <b>43.b ¿Polígono o zona industrial?. Indicar nombre:.....</b>  <b>43.c ¿Otro tipo de actividad industrial? (garaje, taller, fábrica?,...) Indicar tipo de actividad: .....</b> .....

**TABACO****MADRE****44. ¿Fuma en la actualidad?:**

- 1 Sí → Pasar a p45a  
2 No

**44.a. ¿Ha fumado alguna vez desde la última entrevista?**

- 1 Sí → Pasar a p45b.1.  
2 No → Pasar a p46

**45a** Número de cigarrillos habituales: |\_|\_|\_|\_| cig /semana

**45b** Desde la última entrevista ¿Ha cambiado su consumo de tabaco?

- 1 Sí  
2 No → Pasar a p45c

**45b.1** ¿Cuánto ha fumado?**45b.2** Y de estos cigarrillos semanales, ¿Cuántos ha fumado en casa (interior)?

	45b.1 cig /semana	45.b.2. cig /semana fumados en casa (interior)
1. En el tercer trimestre de embarazo	_ _ _ _	_ _ _ _
2. Desde el nacimiento-3 meses de su hijo	_ _ _ _	_ _ _ _
3. 4-6 meses	_ _ _ _	_ _ _ _
4. > 6 meses	_ _ _ _	_ _ _ _
5. Otros cambios (indicar mes:.....)	_ _ _ _	_ _ _ _

**45c** Cuando fuma en casa, ¿lo hace delante de su hijo?(si solo ha fumado en el tercer mes de embarazo esta pregunta no es necesaria).

- 1 Sí, a menudo  
2 Sí, ocasionalmente  
3 Casi nunca  
4 Nunca

**46.** Desde la última entrevista ¿A qué nivel de humo del tabaco estuvo expuesta en su trabajo durante el tercer trimestre de embarazo?

- 1 Mucho  
2 Bastante  
3 Poco  
4 Nada  
5 No trabajó

**MARIDO O PAREJA****47. ¿Fuma en la actualidad?:**

- 1 Sí → Pasar a p47 a.2  
2 No

**47a.1** ¿Ha fumado alguna vez desde la última entrevista?

- 1 Sí → Pasar a p47c.1  
2 No → Pasar a p48

**47a.2** Número de cigarrillos habituales: |\_|\_|\_|\_| cig/semana

**47.b** Desde la última entrevista ¿Ha cambiado su consumo de tabaco?

- 1 Sí  
2 No → Pasar a p47d

**47.c.1 ¿Cuánto ha fumado?**

**47.c.2 Y de estos cigarrillos semanales, ¿Cuántos ha fumado en casa (interior)**

	47.c.1 cig/semana	47.c.2 cig/semana fumados en casa (interior)
1. En el tercer trimestre de embarazo	_ _ _ _	_ _ _ _
2. Desde el nacimiento-3 meses de su hijo	_ _ _ _	_ _ _ _
3. 4-6 meses	_ _ _ _	_ _ _ _
4. > 6 meses	_ _ _ _	_ _ _ _
5. Otros cambios (indicar mes:.....)	_ _ _ _	_ _ _ _

**47d Cuando fuma en casa, ¿lo hace delante de su hijo?(si solo ha fumado en el tercer mes de embarazo esta pregunta no es necesaria).**

- 1 Sí, a menudo
- 2 Sí, ocasionalmente
- 3 Casi nunca
- 4 Nunca

**48. ¿FUMA ALGUIEN MÁS EN CASA?**

- 1. Sí
- 2. No → Pasar a pregunta 49.a.

**Fumador A:**

**48a ¿Quién?** (anotad en cuadro de abajo el parentesco que sea)

**48a.1 .Si sí, ¿Cuánto ha fumado?**

**48a.2 Y de estos cigarrillos semanales, ¿Cuánto ha fumado en casa (interior)?**

**Fumador B:**

**48b ¿Quién?** (anotad en cuadro de abajo el parentesco que sea)

**48b.1 .Si sí, ¿Cuánto ha fumado?**

**48b.2 Y de estos cigarrillos semanales, ¿Cuánto ha fumado en casa (interior)?**

	48a Otro (1):.....		48b Otro (2): .....	
	48a.1 cig/semana	48a.2 cig/semana fumados en casa (interior)	48b.1 cig/semana	48b.2 cig/semana fumados en casa (interior)
1. En el tercer trimestre de embarazo	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
2. Desde el nacimiento-3 meses de su hijo	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
3. 4-6 meses	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
4. > 6 meses	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
5. Otros cambios (indicar mes:.....)	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _

**48c. Cuando fuma/n en casa, ¿lo hace delante de su hijo?(si solo ha fumado en el tercer mes de embarazo esta pregunta no es necesaria).**

- 1 Sí, a menudo
- 2 Sí, ocasionalmente
- 3 Casi nunca
- 4 Nunca

**49.a Si su hijo/a es cuidado en otro domicilio, ¿Fuma alguno de los cuidadores?**

- 1 Sí..... **49.a.1** Si Sí nº de personas que fuman en ese otro domicilio |\_|\_|\_|
- 2 No
- 9 No sabe

**49.b Si su hijo/a va a la guardería, ¿Fuma alguno de los cuidadores /personal?**

- 1 Sí..... **49.b.1** Si Sí nº de personas que fuman en la guardería |\_|\_|\_|
- 2 No
- 9 No sabe

**AGUA, BAÑO Y ASEO**

50. ¿Cuál es el origen principal del agua en su casa? (Respuesta única)

01. Agua directa de la red  
 02. Agua de la red a través de depósito (de la casa o la finca)  
 03. Pozo privado  
 04. Otro origen (especificar) \_\_\_\_\_  
 99 No sabe

51. ¿Con qué frecuencia suele bañar y/o duchar a su hijo?

A la semana	51a Hasta 4 meses		51b Después de 4 meses	
	51a.1Baño	51a.2Ducha	51b.1Baño	51b.2Ducha
51.a.b. Nº de veces a la <u>semana</u>	_ _ 1.1	_ _ 1.2	_ _ 2.1	_ _ 2.2
Al mes (Si menos de una vez a la semana)	51c Hasta 4 meses		51d Después de 4 meses	
	51c.1Baño	51c.2Ducha	51c.1Baño	51c.2Ducha
51.c.d. Si menos de una vez a la semana, indicar nº de veces al <u>mes</u>	_ _ 1.1	_ _ 1.2	_ _ 2.1	_ _ 2.2
Tiempo en el agua	51e. Hasta 4 meses		51f. Después de 4 meses	
	51e.1Baño	51e.2Ducha	51f.1Baño	51f.2Ducha
51.e.f. ¿Cuánto rato en promedio dura el baño o la ducha? En minutos				

52. ¿Lo suele bañar y /o duchar con agua caliente o fría? (Respuesta única)

	Caliente	Fría	Ambas
a. Baño	1	2	3
b. Ducha	1	2	3

53. ¿Ha llevado a su hijo/a a la piscina en este primer año de vida?

- 1 Sí  
 2 No → Pasar a p54

Intente pensar en las veces que su hijo/a se baña en cualquier tipo de piscina en verano y el resto del año, incluyendo piscinas cubiertas, descubiertas, privadas o públicas.

Piscina descubierta:

53 a, 53a.2, 53a.4. ¿Con qué frecuencia se baña su hijo/a en la piscina? En verano

53a.1, 53a.3, 53a.5 ¿Cuánto tiempo cada día?

53b, 53b.2, 53b.4. ¿Con qué frecuencia se baña su hijo/a en la piscina? En resto del año

53b.1, 53b.3, 53b.5 ¿Cuánto tiempo cada día?

Piscina cubierta:

53c ¿Con qué frecuencia se baña su hijo/a en la piscina? En verano

53c.1 ¿Cuánto tiempo cada día?

53d. ¿Con qué frecuencia se baña su hijo/a en la piscina? En resto del año

53d.1 ¿Cuánto tiempo cada día?

		Verano		Resto del año	
		53a. Nº de días al mes	53a.1 Tiempo (minutos)	53b. Nº de días al mes	53b.1 Tiempo (minutos)
<b>Piscina descubierta pública</b> Nombre:..... Calle:.....Nº.....CP..... Población..... Urbanización:.....		v	_ _ _ _ tpo	v	_ _ _ _ tpo
<b>Piscina descubierta privada</b>  <b>De obra</b>  <b>De plástico</b>	53x. ¿Se añade cloro? 1. Siempre 2. Nunca 3. A veces 4. Ns/cs	53a.2 Nº de días al mes	53a.3 Tiempo (minutos)	53b.2 Nº de días al mes	53b.3 Tiempo (minutos)
	v	_ _ _ _ tpo	v	_ _ _ _ tpo	
	53y. ¿Se añade cloro? 1. Siempre 2. Nunca 3. A veces 4. Ns/cs	53a.4 Nº de días al mes	53a.5 Tiempo (minutos)	53b.4 Nº de días al mes	53b.5 Tiempo (minutos)
	v	_ _ _ _ tpo	v	_ _ _ _ tpo	
<b>Piscina cubierta</b> Nombre:..... Calle:.....Nº.....CP..... Población..... Urbanización:.....		Verano		Resto del año	
		53c. Nº de días al mes	53c.1 Tiempo (minutos)	53d. Nº de días al mes	53d.1 Tiempo (minutos)
		v	_ _ _ _ tpo	v	_ _ _ _ tpo

54. Durante este primer año, ¿ha utilizado algún tipo de loción, colonia o champú contra los parásitos o insectos en el aseo de su hijo?

- 1 Sí
- 2 No → Pasar a p55

54.a. ¿Me podría decir el nombre del producto? (anotad nombre en cuadro) Si nombra más de dos productos añadir la información en "Observaciones" al final del cuestionario.

54.b. ¿Para qué zona del cuerpo?

54.c. ¿Y con qué frecuencia? (respuesta única)

54a. Nombre comercial del producto Ej: Champú pediculicida (Filvit loción®) Loción insecticida (Aután®)	54.b. Zona del cuerpo	54.c Frecuencia de uso
1.	1.Cabeza 2.Brazos y/o piernas 3.Parte superior del cuerpo 4.Parte inferior del cuerpo 5.Todo el cuerpo 6.Otros (Indicar):.....	1 Más de una vez a la semana 2 Mas de una vez al mes <b>Esporádicamente (nº veces este año):</b> 3 Entre 1 a 7 veces 4 Entre 8 a 14 veces 5 Entre 15 a 30 veces 6 Más de 30 veces
2.	1.Cabeza 2.Brazos y/o piernas 3.Parte superior del cuerpo 4.Parte inferior del cuerpo 5.Todo el cuerpo 6.Otros (Indicar):.....	1 Más de una vez a la semana 2 Mas de una vez al mes <b>Esporádicamente (veces este año):</b> 3 Entre 1 a 7 veces 4 Entre 8 a 14 veces 5 Entre 15 a 30 veces 6 Más de 30 veces

**PERCEPCIONES SOBRE EL MEDIO AMBIENTE**

Por favor, indique cuál ha sido su opinión respecto a las dos preguntas siguientes en los últimos 13 meses (desde el último cuestionario)

55. De la siguiente lista de problemas relacionados con el medio ambiente, señale los cinco que considera de mayor importancia en el lugar donde usted y su familia viven (Tarjeta: mostrar primero toda la lista y luego señalar cinco problemas. Usar las 4 tarjetas aleatoriamente, asegurándonos que no usamos siempre la misma)

Opción tarjeta:

- 01. Contaminación del aire (tráfico de vehículos, industrias, etc.)
- 02. Contaminación del agua de bebida del grifo
- 03. Contaminación de las aguas para uso recreativo (mar, río, etc.)
- 04. Ruido exterior (tráfico de vehículos, industrias, talleres, etc.)
- 05. Deficiencias en desagües o sistemas de evacuación de aguas domésticas (alcantarillas, etc.)
- 06. Proximidad de basureros o lugares de depósito de residuos peligrosos
- 07. Proximidad de industrias molestas, tóxicas o peligrosas
- 08. Proximidad de incineradoras
- 09. Proximidad de zonas de cultivo fumigadas con plaguicidas (insecticidas, herbicidas, etc.)
- 10. Proximidad de quemas agrícolas o incendios
- 11. Proximidad de granjas de animales, rebaños, ganado, etc.
- 12. Proximidad a antenas de radiofrecuencia (móviles, radio...)
- 13. Proximidad a líneas de alta tensión
- 14. Contaminación alimentos
- 15. Escasez de zonas verdes
- 16. Suciedad en las calles
- Otros. Especificar:
- 17. ....
- 18. ....
- 19. ....

56. Señale en qué medida considera que afectan negativamente su salud y la de su familia cada uno de los cinco problemas medioambientales que ha señalado en la pregunta anterior: (anotad el número del problema de la lista de p55 en la columna a)

a. problema	b. Percepción			
	Mucho	Bastante	Poco	Nada
56.1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	3	4
56.2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	3	4
56.3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	3	4
56.4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	3	4
56.5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	2	3	4

**HISTORIAL LABORAL MADRE**

**L1. Desde el último cuestionario, ¿Ha habido alguna modificación respecto a su situación laboral y/o puesto de trabajo (incluyendo tareas y exposiciones)?**

- 1 Sí
- 2 No → Pasar a L5

**L2. ¿Cuál es su situación laboral actual?**

- 01. Trabajadora → pasar a L4
- 02. Parada
- 03. Estudiante
- 04. Baja laboral ( ) L2.a. Por: .....
- 05. Ama de casa
- 06. Otras (especificar): .....

**L3. (Sólo si no está trabajando actualmente) ¿Ha tenido algún trabajo desde el último cuestionario?**

- 1. Sí ( )
- 2. No ( ) **CONTINUAR CON HISTORIA LABORAL PADRE, PREGUNTA L7**

**L4. En relación con su trabajo actual y/o trabajos anteriores realizados desde el último cuestionario, podría indicarnos .... (empezar por trabajo actual o último y continuar hacia atrás si ha habido otros trabajos previos hasta cubrir el periodo desde que la mujer fue encuestada por última vez)**

**Periodo de contrato:** Tiempo trabajado en la empresa (fecha de entrada, fecha de salida)

**Actividad de la empresa:** ¿A qué se dedica la empresa?

**Puesto de trabajo:** ¿Qué puesto ocupa el trabajador en la empresa?

**Tareas:** ¿Qué tipo de tareas desempeña el trabajador en su trabajo?

**Exposiciones** ¿El trabajador está expuesto en su trabajo a sustancias químicas tóxicas (metales, disolventes, etc.), a contaminantes físicos (ruido, vibraciones, radiaciones, temperaturas extremas) o a contaminantes biológicos (bacterias, virus)? En caso afirmativo, especificar naturaleza y tipo de exposición

Periodo de contrato	Actividad empresa	Puesto de trabajo	Tareas	Exposiciones
Desde ..... / ..... Hasta ..... / ..... Mes Año				
Desde ..... / ..... Hasta ..... / ..... Mes Año				
Desde ..... / ..... Hasta ..... / ..... Mes Año				
Desde ..... / ..... Hasta ..... / ..... Mes Año				

**L5. ¿Ha disfrutado de permiso por maternidad?**

- 1 Sí
- 2 No → Pasar a L6

→ **L5.1. Si la respuesta es Sí:**

- L5.1.a : Semanas que duró el permiso |\_|\_|
- L5.1.b: ¿Se ha incorporado al trabajo?  
1 Sí → Pasar a L.5.1.c  
2 No
- L5.1.c: Edad del niño, en semanas, cuando se reincorporó al trabajo: : |\_|\_| sem

**L6. ¿Ha disfrutado (o disfruta) de reducción de jornada por maternidad?**

- 1. Si;
- 2. No → Pasar a L7

→ **L6.1. Si la respuesta es Sí,**

- L6.1.a: Meses que ha durado la reducción de jornada |\_|\_| y
- L6.1.b: Horas semanales de trabajo mientras ha durado la reducción de jornada |\_|\_|

## HISTORIAL LABORAL PADRE

**L7. Desde el último cuestionario, ¿Ha habido alguna modificación respecto a la situación laboral y/o puesto de trabajo (incluyendo tareas y exposiciones) del padre?**

- 1 Sí  
2 No → Pasar a L11

**L8. ¿Cuál es la situación laboral actual del padre?**

01. Trabajador → Pasar a L10  
02. Parado  
03. Estudiante  
04. Baja laboral ( ) L.8.a Por: .....  
05. Otras (especificar): .....  
99 No sabe

**L9. (Sólo si no está trabajando actualmente) ¿Ha trabajado alguna vez desde el último cuestionario?**

1. Sí  
2. No FIN HISTORIA LABORAL PADRE  
99 No sabe FIN HISTORIA LABORAL PADRE

**L10. En relación con el trabajo actual y/ o trabajos anteriores realizados por el padre desde el último cuestionario, podría indicarnos .... (empezar por trabajo actual o último y continuar hacia atrás si ha habido otros trabajos previos hasta cubrir el periodo desde que la mujer fue encuestada por última vez)**

**Periodo de contrato:** Tiempo trabajado en la empresa (fecha de entrada, fecha de salida)

**Actividad de la empresa:** ¿A qué se dedica la empresa?

**Puesto de trabajo:** ¿Qué puesto ocupa el trabajador en la empresa?

**Tareas:** ¿Qué tipo de tareas desempeña el trabajador en su trabajo?

**Exposiciones:** ¿El trabajador está expuesto en su trabajo a sustancias químicas tóxicas (metales, disolventes, etc.), a contaminantes físicos (ruido, vibraciones, radiaciones, temperaturas extremas) o a contaminantes biológicos (bacterias, virus)? En caso afirmativo, especificar naturaleza y tipo de exposición.

Periodo de contrato	Actividad empresa	Puesto de trabajo	Tareas	Exposiciones
Desde ..... / ..... Hasta ..... / ..... Mes Año				
Desde ..... / ..... Hasta ..... / ..... Mes Año				
Desde ..... / ..... Hasta ..... / ..... Mes Año				
Desde ..... / ..... Hasta ..... / ..... Mes Año				

**L11 ¿Ha disfrutado de permiso por paternidad?**

- 1 Sí  
2 No → Pasar a L12

→ **L11.1. Si la respuesta es Sí,**

- L11.1.a: Semanas que duró el permiso |\_|\_|
- L11.1.b: Edad del niño, en semanas, cuando se reincorporó al trabajo |\_|\_|

**L12. ¿Ha disfrutado (o disfruta) de reducción de jornada por paternidad?**

- 1 Sí  
2 No → Pasar a Actualización de Datos

→ **L12.1. Si la respuesta es sí:**

- L12.1.a: Meses que ha durado la reducción de jornada |\_|\_| y
- L12.1.b: Horas semanales de trabajo mientras ha durado la reducción de jornada |\_|\_|

## ACTUALIZACIÓN DE DATOS Y CAMBIO DE DOMICILIO

**CD.0.Ha habido alguna modificación en sus datos personales**

- 1 Sí  Indicar los cambios en el cuadro  
 2 No  Pasar a CD1.

CASA ACTUAL		
1. Dirección actual		
Calle	N	Puerta
Municipio/ Urbanización /Barrio		CP
Teléfono casa:	Teléfono trabajo:	
Teléfono móvil:		
Nº Teléfono de posibles contactos (amigos, familiares)		
Parentesco:	Teléfono:	Móvil:
<p><b>CD1. ¿Ha cambiado de domicilio desde el último cuestionario?</b> (Fecha último cuestionario 32 s                  □□□□□□)</p> <p>                     1 Sí <input type="checkbox"/>                      2 No <input type="checkbox"/> (TERMINA EL CUESTIONARIO)</p> <p>→ <b>CD1.a. ¿Cuándo se ha cambiado?</b>... □□□□□□...(fecha)</p>		
<p><b>CD2. Edad de su casa en años:</b></p> <p>1 &lt;5                      2 de 5 a 14                      3 de 15 a 29                      4 &gt;30                      9 Ns/Nc</p>		2 □□
<p><b>CD3. ¿Cómo describiría su vivienda?</b></p> <p>01 Una vivienda unifamiliar separada de otras casas                      02 Una vivienda unifamiliar junto a una o más casas (casa de pueblo, adosado...)                      03 Un piso (finca) --&gt; Pasar a pregunta CD5                      04 Otros (por favor, especifique)..... --&gt; Pasar a pregunta CD5</p>		3 □□
<p><b>CD4. Si su vivienda es unifamiliar, ¿tiene garaje particular comunicado con el interior de la casa?</b></p> <p>1 Sí                      2 No                      9 No procede</p>		4 □□
<p>→<b>CD5. ¿En qué piso-altura se haya su vivienda?</b> (marque 0 si es planta baja) □□□</p>		5 □□□
<p><b>CD6. Nº de habitaciones de su casa (sin contar la cocina y baño(s):</b> □□□</p>		6 □□□
<p><b>CD7. Nº de metros cuadrados de la casa ( sin contar jardín ni terraza):</b> □□□□ 9 Ns/Nc</p>		7 □□□□
<p><b>CD8. En su casa, las siguientes habitaciones tienen ventanas que den a:</b></p> <p>a. Salón-comedor                      1 exterior                      2 interior3 sin ventana                      b. Dormitorio madre                      1 exterior                      2 interior3 sin ventana                      c. Cocina                                      1 exterior                      2 interior3 sin ventana                      e. Otras: (especificar)                      ..... 1 exterior                      2 interior3 sin ventana</p>		8a □□ 8b □□ 8c □□ 8d □□

**PASAR CUESTIONARIO COMPLEMENTARIO POR CAMBIO DE CASA DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA DE VIVIENDA**

*En caso de que en la pregunta 5 se haya contestado que el niño pasa en otra casa para que le cuiden al menos 40 horas a la semana pasar a "cuestionario CASA CUIDAR NIÑO" ahora*

**OBSERVACIONES:**