MANUAL
DEL SEGUIMIENTO
DEL NIÑO
DE 0 A 12 MESES

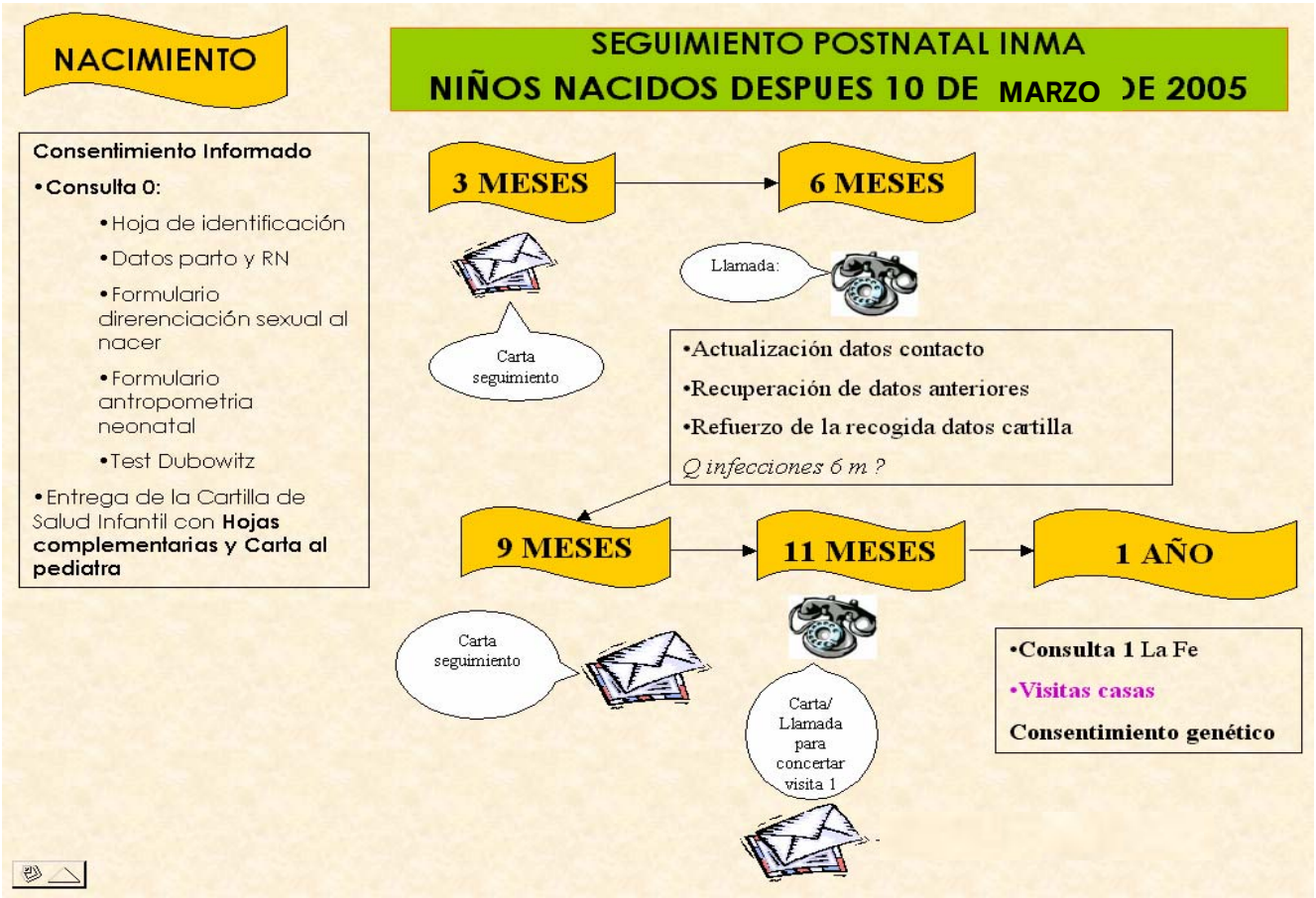
Infancia y Medio Ambiente

Cohorte de Valencia

INDICE

1. **Resumen del seguimiento después del nacimiento**
2. **Seguimiento de la cohorte INMA-Valencia**
   - **2.1. Niños nacidos antes de 10 de marzo de 2005 (n=350)**
   - **2.2. Niños nacidos después de 10 de marzo de 2005 (n= 451)**
   - **2.3. Niños nacidos entre 10 de marzo y 10 de mayo: un caso especial (n=90)**
3. **Visita a la Fe 12 meses**
4. **Visita casa de los niños 12 meses**
5. **Monitorización del seguimiento**
6. **Documentos**
7. **Anexos**

1. Resumen del seguimiento después del nacimiento



2. Seguimiento de la cohorte INMA-Valencia

2.1. Niños nacidos antes de 10 de marzo de 2005 (n=350)

2.1.1. MAYORES DE 6 MESES (el 10 de mayo): n= 60

- Se les contacta en la llamada telefónica a los 11 meses en la que se les cita a la consulta1 en La Fe. Previamente se les habrá enviado una carta con el contenido de la visita al año.

11 MESES: carta contenido de la visita al año.

11 MESES : llamada telefónica concertar visita 1

2.1.2. MENORES DE 6 MESES (el 10 de mayo):n=290

- Se les realizará una llamada telefónica a los 6 meses de vida con el objetivo de fidelización de la cohorte y actualización de datos de contacto. A su vez se aprovechará para recuperar datos pendientes de las encuestas de s12 y s32 del embarazo.

6 MESES : llamada telefónica

11 MESES: carta contenido de la visita al año.

11 MESES : llamada telefónica concertar visita 1

2.2.

PARA TODOS LOS NACIDOS ANTES DEL 10 DE MARZO 2005:
encuesta ambiental a domicilio realizada por INTERCAMPO

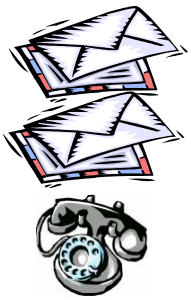
Niños nacidos después de 10 de marzo de 2005 (n=339)

A estos niños se les realiza el *seguimiento completo desde el nacimiento*.

3 MESES: carta de seguimiento

6 MESES : llamada telefónica

Actualización de datos personales. Recordatorio seguimiento cartilla en cartilla de salud infantil



9 MESES: carta de seguimiento

11 MESES: carta contenido de la visita al año.

11 MESES : llamada telefónica concertar visita 1

VISITA A LAS CASAS: por el equipo INMA, se realizará la encuesta de ambiental y la toma de muestras ambientales

2.3. Niños nacidos entre 10 de marzo y 10 de mayo: un caso especial n=90

Estos niños aunque no se les entregó la hoja complementaria de la cartilla en el hospital La Fe, *se introducen en el seguimiento completo*. En Julio 2005 se les envió una carta que contenía: una carta explicativa, la hoja complementaria de la cartilla de salud infantil y la carta al pediatra (carta, consentimiento informado y hoja complementaria de cartilla), a las dos semanas se les llamó para comprobar que les había llegado y reforzar la explicación Este contacto sustituye a la carta de los 3 meses, a partir de aquí el seguimiento sigue completo: 6 meses, 9 meses, 11 meses, visita la fe y visita casa.

3. **Visita de niños Hospital la Fe 12 meses**

común para todos los niños:

- Recepción de la familia y seguimiento del circuito
- Recogida **datos cartilla de salud infantil**:
  - Peso, talla y perímetro craneal con las fechas de exploración para el programa EUROGROWTH
  - Fotocopia de la información sobre alimentación complementaria y complicaciones
- Psicólogos: **test de Bayley**. La entrega del informe de los psicólogos será posterior vía postal.
- Pediatras: curvas de **EUROGROWTH**, **exploración pediátrica** y **cuestionario de infecciones**.
- **Cuestionario de lactancia**. Introducción datos a las bases.
- **Consentimiento genético**. Comprobación de datos y/o documentos faltantes. Registro de los elementos de la visita realizados y no realizados de la visita en la hoja correspondiente.
- Despedida familia y entrega de informe de la exploración pediátrica.

➢ Elementos diferenciales de la visita 1 año en el Hospital la Fe según la fecha de nacimiento del niño:

- Visita 1 año niños nacidos *antes del 10 de marzo de 2005*:

  Se informa a la familia que el *cuestionario de ambiental* se realizará a domicilio por una empresa (INTERCAMPO). La persona encargada de la encuesta se pondrá en contacto con ellos.

- Visita 1 año niños nacidos *después del 10 de marzo de 2005*:

  Se informa que la Visita a las casas por el equipo INMA consistirá en mediciones ambientales y realización del cuestionario ambiental; Se obtiene la fecha de cita a las casas.

4. Visita casa de los niños 12 meses

Se realizará a aquellos niños nacidos *después del 10 de marzo de 2005*:

- Cuestionario ambiental
- NO_2 y COV medición interior y exterior durante 15 días

La **organización de las visitas**:

- Cita de las Visitas a la casa: para acudir a las casas de los niños, se citarán a los niños a la salida de su visita a La Fe, la cita será planificada en relación a un listado de las citas más ventajosas por día, según el lugar de residencia de las mujeres.
- Llamadas recuerdo: un día antes se realizará la llamada de recuerdo para asegurar la hora y dirección.
- Preparación visitas: se realizarán los circuitos diarios (mapas), se organizará el trabajo por equipos y se repartirá la planilla a las trabajadoras de campo implicadas
- Visitas: se calcula un tiempo aproximado de 2 horas para las visitas.
- Muestras: el registro de las muestras recogidas y almacenamiento será responsabilidad de cada equipo. El envío se hará en persona un día a la semana.

5. Monitorización del seguimiento durante el primer año de vida

5.1. Contactos postales y telefónicos:

Listados en forma de CALENDARIOS para los CONTACTOS por periodos de tiempo y MUJERES A RECONTACTAR:

- Contactos postales: carta 3M, carta 9M y carta + documentos (carta informativa 1 año) 11M. Los contactos postales de los 3, 9 y 11 meses, se realiza con calendarios en los que se identifica a los niños que tienen la edad correspondiente.
- Contactos telefónicos: llamadas 6M y 11M. A los 11M el calendario tendrá también la información sobre el contacto telefónico de los 6M (realizado o no). El contacto telefónico de los 11M se realiza con calendarios en los que se identifica a los niño que tienen 11 meses + 2 semanas.

Información del calendario de la llamada de los 6 meses: IDNum / Nombre niño / Nombre y primer apellido madre / Contactos telefónicos completos / Fecha realización llamada (vacío) / Comentarios (vacío).

Información del calendario a los 11 meses: Carta 6M / Llamada 6M / IDNum / Nombre niño / Nombre y primer apellido madre / Contactos telefónicos completos / Fecha realización llamada (vacío) / Comentarios (vacío).

ACTUALIZACIÓN de los datos de los CONTACTOS:

- Se indica en la base que el contacto o la visita ha sido realizado o no.

Realización del contacto postal: envío de carta y/o documentos → Sí/No
Realización del contacto telefónico → Sí/No
Realización de la visita de 1 año la Fe → Sí/No

- Se actualizan los datos pertinentes en cada tipo de contacto y visita:

Contacto postal: realización.

NOTA: Cuando se envía una carta a mujeres no contactadas se comprueba en EPI si ha habido algún evento grave.

Contacto telefónico: cuando un contacto telefónico se realiza se registrarán los diferentes resultados a los que puede dar lugar este contacto:

1. Contacto realizado. Registrar la fecha.

2. Contacto no realizado, por ejemplo nadie nos contesta y no sabemos nada de la señora. Debe de actualizarse cada semana por la persona encargada del contacto.
3. Contacto imposible, cuando después de un mes de intentar un *contacto no realizado* no ha sido posible → Envío de una CARTA NO CONTACTADAS. Este caso se dará en la llamada de los 6M, si fuera en el caso de la llamada de los 11M se le declarará perdida de vista en el estado de seguimiento después de enviar una carta de no contactadas (ver punto 3).
4. Mujer a "recontactar", cuando el contacto se pospone porque la mujer está ausente, ella misma lo pide o no ha asistido a la visita del año. En los calendarios se refleja este concepto (en los calendarios de las llamadas 6 y 11M y 1 año).

$NOTA_1$: el periodo de un mes de no contacto a los 11M para declarar PV es arbitrario y se declararán por consenso en las reuniones de los viernes.

<u>Visita del año:</u>

- Registrar la fecha.
- Responsable pediatra, psicólog@ y trabajadora de campo que ha recibido al niño y realizado la encuesta de lactancia.
- Elementos realizados y no realizados de la visita recogidos en los calendarios de la visita de 1 año.

LISTADOS REALIZACIÓN de los CONTACTOS:

Listado contactos realizados
Listado contactos NO realizados,

- Del envío de carta y/o documentos

- Para las llamadas 6M y 11M:

  - Listados PARA VOLVER A CONTACTAR → salen en los calendarios semanales.
  - Listados de CONTACTOS NO REALIZADOS DESPUÉS DE UN MES: declarar "pérdida de vista" si es la llamada de los 11M e incluirlos en un circuito de recuperación de PV (a definir) y si es la llamada de los 6M, no se declararán PV para que a los 11M salgan en los calendarios correspondientes aunque esté indicado que el contacto de los 6 meses no está realizado.
    Hacer un listado con elementos como el SIP para intentar recuperar los perdidos de vista.

CALENDARIOS VISITA 1 AÑO por periodos de tiempo.

ACTUALIZACIÓN de los datos de LA VISITA DEL AÑO:

Realización de la visita:

- Visita realizada → Sí No
- Persona responsable → Número asignado
- Si la visita ha sido realizada, visita completa → Sí No e indicar elementos no realizados de la visita (exploración pediátrica o psicológica, cuestionarios y tipo de cuestionario, recogida de datos de la cartilla, datos EUROGROWTH, consentimientos genéticos o consentimiento de niño si no se realizó en su momento)

LISTADOS REALIZACIÓN de las VISITAS 1 AÑO:

Listado visitas realizadas:

- Listado visitas completas
- Listado visitas incompletas con los elementos que faltan

Listado visitas NO realizadas, de dos tipos:

- Listados PARA VOLVER A CONTACTAR → salen en los calendarios semanales.
- Listados de CONTACTOS NO REALIZADOS DESPUÉS DE UN MES: declarar "pérdida de vista" e incluirlos en un circuito de recuperación de PV (a definir).

5.2. Datos individualizados

5.2.1. LISTADOS DATOS VISITA 1 AÑO: idnum niño / fecha visita 1 año / nombre y apellidos del niño / nombre de la madre / fecha nacimiento / semanas gestación / peso al nacimiento / tipo de parto / talla del padre y de la madre (para Eurogrowth).

En el calendario de visita del año se recogen los elementos realizados y no realizados por niño para luego introducir la información en la base de monitorización del niño.

5.3. ENVIOS DEL INFORME DEL PSICÓLOGO POR CARTA: crear un campo con esta información en la base de monitorización, es más interesante obtener los ENVIOS INFORME PENDIENTES DE LOS PSICÓLOGOS e ir actualizando la información.

5.4. RECUPERACIÓN DE DATOS S12 Y S32 Y CAMBIOS DE DOMICILIO: documentos preparados por Amparo Cases. El cambio del domicilio se registrará en la base de niños con la fecha del cambio y se mantendrá siempre el original de la madre; Mª Paz ha realizado un registro de direcciones que refleja todos los cambios y contiene la dirección de correo si diferente de la de residencia.

NOTA: Se utiliza EPI/BLAS para comprobar los eventos (urgencias, hospitalizaciones) de los niños a los que se les va a llamar, también se les pasa a las pediatras un listado con los eventos de los niños

IMPRESIÓN AUTOMATIZADA DE LA DIRECCIÓN EN SOBRES FRANQUEADOS

6. Documentos

Identificación de todos los documentos: Etiquetas con IDNUM y el IDCONTROL. Todos los documentos han de ir anonimizados y con su correspondiente etiqueta.

6.1. CUESTIONARIOS y sus correspondientes MANUALES DE INSTRUCCIONES: ambiental, infecciones, lactancia.

6.2. HOJAS DE RECOGIDA DE DATOS DE LOS PSICÓLOGOS: 3 escalas del Bayley y la hoja resumen de Granada.

6.3. INFORME DE LOS PSICÓLOGOS.

6.4. CONSENTIMIENTOS GENÉTICOS

6.5. HOJAS ESTANDARIZADAS DE CONTACTO Y DE RECOGIDA DE DATOS:

- Carta 3 meses: refuerzo de recogida de datos de la cartilla del niño.
- Llamada telefónica de 6 meses: contacto y recuperación de datos (completar las direcciones de casa y trabajo, cambio de dirección, datos de los cuestionarios S12 y S32). Dos hojas según nacimiento antes o después del 10 de marzo.
- Carta 9 meses: refuerzo de recogida de datos de la cartilla del niño.
- Carta 11 meses: carta informativa visita 1 año. Información sobre la llamada de los 11 meses y de la visita a la Fe y la encuesta de ambiental a domicilio y la recogida de muestras. Conveniente adjuntar un cartón de citas de la Fe para que puedan apuntar la fecha de la visita del año cuando se les llame.
- Llamada telefónica de 11 meses + 2 semanas: programación de la visita del año y recuperación de datos si procede. Dos hojas según nacimiento antes o después del 10 de marzo.
- Carta de no contactadas: cuando es imposible realizar el contacto telefónico (fallido a los 6 u 11 meses). Tres tipos de cartas dirigidas a: contactos no realizados al final del embarazo (S32), a los 6M o a los 9M del niño. Son cartas más individualizadas.

ANEXO 1:

-Cartas y esquemas de llamada (3, 6, 9 y 11 meses)

Infancia y Medio Ambiente

Cohorte VALENCIA

Estimados madre y padre:

Con motivo de los tres meses del nacimiento de vuestra hija/o nos ponemos en contacto con vosotros para recordaros la importancia de la **hoja complementaria** para la cartilla de salud infantil que os entregó el/la pediatra en el hospital la Fe.

Como os explicó el/la pediatra se trata de que anotéis unos datos respecto a la alimentación y posibles problemas de salud de vuestro/a hijo/a durante este primer año.

Por un lado en el apartado de **alimentación** de la cartilla (página 21) debeis anotar cualquier cambio en el tipo de lactancia (tanto como si ha sido materna como artificial) con la fecha de introducción y finalización así como la fecha de introducción de cada tipo de alimento.

En el apartado de problemas de **salud respiratoria** de la hoja complementaria deberíais anotar cualquier problema respiratorio que presente vuestra hija/o: tos de más de una semana de duración, sibilancias o pitos, pecho cargado y resfriado o gripe. Sería conveniente que lo anotarais tanto si ha recibido asistencia sanitaria como si no.

Tal como os informamos previamente mantendremos el contacto cada tres meses. Cuando vuestra hija/o tenga seis meses os llamaremos por teléfono para resolver dudas de los cuestionarios realizados, en caso de que las hubiera, y para recordaros la importancia de rellenar la hoja complementaria.

Para continuar el contacto trimestral es muy importante que nos comuniquéis cualquier cambio de domicilio o teléfono.

Ante cualquier duda que tengáis, nos podéis llamar al telf: 96-3862700 ext. 50915, o escribirnos al e-mail: inma_lafe@gva.es

Agradecemos vuestra colaboración, un saludo del equipo INMA.

LLAMADA 6 MESES ANTES DEL 10 DE MARZO

Infancia y Medio Ambiente
Cohorte VALENCIA

NIÑO: **MADRE:** **IDNUM:**

1. **Saludo y presentación**
2. **Preguntar sobre el estado de salud del niño** □
3. **Recordar que hay visita 1 año**
   - **"***Cuando tu hijo/a tenga 11 meses te enviaremos una carta y también te llamaremos para citaros en La Fe, en el hospital Infantil, donde un pediatra y un psicólogo le harán unas pruebas/revisiones al niño y también os haremos algunas preguntas para obtener datos sobre la alimentación que ha llevado el niño y si ha tenido durante ese tiempo algún problema de salud"*
   - **"***Además de la cita para que acudáis a La Fe, también nos pondremos en contacto con vosotros para acudir a* ***vuestra casa*** *a haceros una* ***encuesta*** *sobre características de la vivienda y aspectos laborales y ambientales (similar a la que se os hizo en el tercer trimestre de embarazo)"*
4. **Comprobar datos de contacto** □
   - **Dirección:**
     - **i. La misma** □

     ¿En qué zona del municipio vive usted?
       1. **Barrio** **Especificar.....**
       2. **Urbanización** **Especificar.....**
       3. **Campo** **Especificar.....**

     - **ii. Otra** □
     - **iii. Fecha del cambio domicilio: __/__/____**

DIRECCIÓN ACTUAL			
Calle	Nº	Piso	Puerta
Municipio	CP		
Teléfono casa:	Teléfono trabajo:		
Teléfono(s) móvil(es):	e-mail:		
Nº Teléfono de posibles contactos (familiares, amigos)			
Parentesco:	Teléfono:	Móvil:	

5. **Dudas del cuestionario de semana 12** □

6. **Dudas del cuestionario de semana 32** □

.

TRABAJO 1:C/.....Nº.....PISO.....PTA.....CP.....MUNICIPIO.....
Zona Municipio:1barrio 2urbanización 3campo 4pol industrial 5otros:.....
2:C/.....Nº ....PISO.....PTA.....CP.....MUNICIPIO.....
Zona Municipio:1barrio 2urbanización 3campo 4pol industrial 5otros:.....

7. **En breve se les enviará un *boletín informativo del estudio INMA.***
   GRACIAS!!!! SI TIENE ALGUNA DUDA PUEDE LLAMARNOS AL 963862700 EXT 50915

LLAMADA 6 MESES DESPUÉS DEL 10 DE MARZO

Infancia y Medio Ambiente
Cohorte VALENCIA

NIÑO: MADRE: IDNUM:

1. **Saludo y presentación**
2. **Preguntar sobre el estado de salud del niño** □
3. **¿Recibió carta de los 3 meses?**
4. **Recordar que hay visita 1 año**
   - **"***Cuando tu hijo/a tenga 11 meses te enviaremos una carta y también te llamaremos para citaros en La Fe, en el hospital Infantil, donde un pediatra y un psicólogo le harán unas pruebas/revisiones al niño y también os haremos algunas preguntas para obtener datos sobre la alimentación que ha llevado el niño y si ha tenido durante ese tiempo algún problema de salud"*
   - **"***Al finalizar la visita,* quedaremos con vosotros para acudir a **vuestra casa** a tomar algunas muestras ambientales como aire y polvo.*"*
5. **Comprobar datos de contacto** □
   - **Dirección:**
     - **i. La misma** □

     ¿En qué zona del municipio vive usted?
     1. **Barrio Especificar.....**
     2. **Urbanización Especificar.....**
     3. **Campo Especificar.....**

     - **ii. Otra** □
     - **iii. Fecha del cambio domicilio: __/__/____**

DIRECCIÓN ACTUAL			
Calle	Nº	Piso	Puerta
Municipio	CP		
Teléfono casa:	Teléfono trabajo:		
Teléfono(s) móvil(es):	e-mail:		
Nº Teléfono de posibles contactos (familiares, amigos)			
Parentesco:	Teléfono:	Móvil:	

5. **Dudas del cuestionario de semana 12** □

6. **Dudas del cuestionario de semana 32** □

.

TRABAJO 1:C/.....Nº.....PISO.....PTA.....CP.....MUNICIPIO.....
Zona Municipio:1barrio 2urbanización 3campo 4pol industrial 5otros:.....
2:C/.....Nº ....PISO.....PTA.....CP.....MUNICIPIO.....
Zona Municipio:1barrio 2urbanización 3campo 4pol industrial 5otros:.....

7. **En breve se les enviará un *boletín informativo del estudio INMA.***
   GRACIAS!!!! SI TIENE ALGUNA DUDA PUEDE LLAMARNOS AL 963862700 EXT 50915

Infancia y Medio Ambiente

Querida .....:

Cohorte VALENCIA

El motivo de esta carta es establecer un contacto contigo, puesto que hemos intentado comunicarnos vía telefónica pero nos ha resultado imposible.

Como ya te comentamos, cuando ..... cumpla un año tendríamos que concertar una cita con vosotros en la Fe. Nos gustaría poder hablar contigo, para saber cómo estáis y comentarte en qué consiste esta visita del primer año de tu hijo/a.

Ya sabes que estamos dispuestos a darte todas las facilidades posibles para que continúes en el estudio, pero si por algún motivo no puedes o no quieres continuar respetamos tu decisión, pero necesitamos que nos lo confirmes.

Puedes contactar con nosotros llamando a la Fe al número: 963862700 extensión: 50915 (de 8 a 15 horas), o bien mandándonos un e-mail a la dirección de correo electrónico: inma_lafe@gva.es

Gracias por tu colaboración.
Esperamos noticias tuyas.
Un cordial saludo, atentamente:

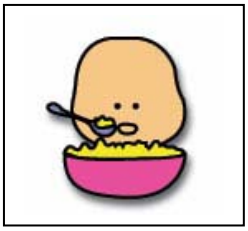
EL EQUIPO INMA

Infancia y Medio Ambiente

Cohorte VALENCIA

Estimados Padres:

Nos volvemos a poner en contacto con vosotros para recordaros la importancia de que vayáis rellenando en la **Cartilla de Salud Infantil** los siguientes puntos:



En el apartado de **alimentación (pestaña verde)**, deberéis seguir anotando la fecha de introducción de cada tipo de alimento que empiece a tomar vuestro hijo/a.

.

En la **hoja complementaria** anexada al final de la Cartilla, deberéis anotar cualquier problema respiratorio que haya podido tener vuestro hijo/a, tal y como pone en el ejemplo del cuadro. Seria conveniente que lo anotarais tanto si ha recibido asistencia sanitaria como si no.

PROBLEMA DE SALUD DEL NIÑO	**FECHA** dia/mes/año	**DIAS** que duró el proceso	**SI RECIBIÓ ASISTENCIA SANITARIA**	
			Indicar **SERVICIO SANITARIO** (centro de salud, centro de especialidades, hospital, consulta privada…)	Indicar **DIAGNÓSTICO**
☒ Tos de más de 1 semana ❑ Sibilancias o pitos ❑ Pecho cargado ❑ Resfriado o gripe	13 de octubre 2005	14 días	Centro de especialidades de Burjassot	❑ Infección de vías respiratorias altas (nariz, oído, garganta) ☒ Bronquitis ❑ Bronquiolitis ❑ Neumonía ❑ Otro problema respiratorio (indicar):.....

Próximamente, cuando se acerque su primer cumpleaños, os informaremos sobre la cita que concertaremos con vosotros.

Es muy importante que nos comuniquéis cualquier cambio de domicilio o teléfono.

Ante cualquier duda que tengáis, nos podéis llamar al teléfono: 96/ 386 27 00 Ext. 50915 ó escribirnos al e-mail: inma_lafe@gva.es

Aprovechamos la ocasión para agradeceros de nuevo vuestra colaboración y esperamos que estéis disfrutando de vuestro hijo/a.

Un saludo del equipo INMA.

Infancia y Medio Ambiente

Cohorte VALENCIA

Querida .....:

El motivo de esta carta es establecer un contacto contigo, puesto que hemos intentado comunicarnos vía telefónica pero nos ha resultado imposible.

Se acerca el cumpleaños de ..... y con él la cita que te comentamos que tendríais aquí en la Fe. Nos gustaría poder hablar contigo, para saber cómo estáis y comentarte en qué consiste la visita del primer año de tu hijo.

Ya sabes que estamos dispuestos a darte todas las facilidades posibles para que continúes en el estudio, pero si por algún motivo no puedes o no quieres continuar respetamos tu decisión, pero necesitamos que nos lo confirmes.

Puedes contactar con nosotros llamando a la Fe al número: 963862700 extensión: 50915 (de 8 a 15 horas), o bien mandándonos un e-mail a la dirección de correo electrónico: inma_lafe@gva.es

Gracias por tu colaboración.
Esperamos noticias tuyas.
Un cordial saludo, atentamente:

EL EQUIPO INMA

Infancia y Medio Ambiente

Cohorte VALENCIA

Queridos padres:

Gracias a vuestra colaboración el Proyecto INMA comienza una nueva etapa: *el primer año de vida de vuestros hijos.*

En esta ocasión, nos ponemos en contacto con vosotros para informaros, con algo más de detalle, sobre la visita prevista para dicha etapa.

Los pediatras del estudio ya os explicaron, a la mayoría, las pruebas que se iban a llevar a cabo. Como ya ha pasado algún tiempo desde entonces, queríamos recordaros todo lo que se realizará en esta visita del primer año.

➢ CITA EN HOSPITAL LA FE:

Dentro de unos días os llamaremos para concertar con vosotros la cita. Ese día deberéis acudir a las consultas nº 11 y 12 de **Consultas Externas del Pabellón Infantil de La Fe (planta baja)**, donde os recibiremos encantados.

Una vez allí, la psicóloga valorará el desarrollo psicomotriz del niño con un test apropiado para esta edad (Test de Bayley). A continuación, la pediatra valorará su desarrollo y le realizará una exploración física. Además, os preguntaremos sobre su alimentación y problemas de salud que haya podido tener.

Más adelante os enviaremos por correo los informes con los resultados obtenidos.

Para facilitar la tarea de nuestro equipo, convendría que seáis dos los adultos que acompañéis al niñ@ y que os acordéis de traer la Cartilla de Salud Infantil.

➢ VISITA A CASA:

También nos pondremos en contacto con vosotros para concertar una entrevista en **vuestra casa** sobre características de la vivienda y aspectos laborales y ambientales (similar a la que se os hizo en el tercer trimestre de embarazo).

Ante cualquier duda que tengáis, nos podéis llamar al Telf.: 96-3862700 Ext. 50915, o escribirnos al e-mail: inma_lafe@gva.es

Agradeciendo nuevamente vuestra colaboración.

Un saludo de todo el equipo INMA.

Infancia y Medio Ambiente

Cohorte VALENCIA

Queridos padres:

Gracias a vuestra colaboración el Proyecto INMA comienza una nueva etapa: *el primer año de vida de vuestros hijos.*

En esta ocasión, nos ponemos en contacto con vosotros para informaros, con algo más de detalle, sobre la visita prevista para dicha etapa.

Los pediatras del estudio ya os explicaron, a la mayoría, las pruebas que se iban a llevar a cabo. Como ya ha pasado algún tiempo desde entonces, queríamos recordaros todo lo que se realizará en esta visita del primer año.

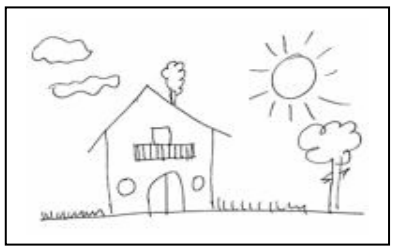
➢ CITA EN HOSPITAL LA FE:

Dentro de unos días os llamaremos para concertar con vosotros la cita. Ese día deberéis acudir a las consultas nº 11 y 12 de **Consultas Externas del Pabellón Infantil de La Fe (planta baja)**, donde os recibiremos encantados.

Una vez allí, la psicóloga valorará el desarrollo psicomotriz del niño con un test apropiado para esta edad (Test de Bayley). A continuación, la pediatra valorará su desarrollo y le realizará una exploración física. Además, os preguntaremos sobre su alimentación y problemas de salud que haya podido tener.

Más adelante os enviaremos por correo los informes con los resultados obtenidos.

Para facilitar la tarea de nuestro equipo, convendría que seáis dos los adultos que acompañéis al niñ@ y que os acordéis de traer la Cartilla de Salud Infantil.



➢ VISITA A CASA:

También nos pondremos en contacto con vosotros para concertar una entrevista en **vuestra casa** sobre características de la vivienda y aspectos laborales y ambientales (similar a la que se os hizo en el tercer trimestre de embarazo), y tomar algunas muestras ambientales de aire y polvo.

Ante cualquier duda que tengáis, nos podéis llamar al Telf.: 96-3862700 Ext. 50915, o escribirnos al e-mail: inma_lafe@gva.es

Agradeciendo nuevamente vuestra colaboración.

Un saludo de todo el equipo INMA.

LLAMADA 11 MESES niños nacidos antes del 10 de Marzo de 2005

NIÑO: **MADRE:** **IDNUM:**

Infancia y Medio Ambiente

Cohorte VALENCIA

1. **Saludo y presentación** ☐
2. **Preguntar sobre el estado de salud del niño** ☐
3. **Comprobar datos de contacto** ☐
   - **Dirección:**
     i. **La misma** ☐

     ¿En qué zona del municipio vive usted?
     1. **Barrio** **Especificar.....**
     2. **Urbanización** **Especificar.....**
     3. **Campo** **Especificar.....**

     ii. **Otra** ☐

     iii. **Fecha cambio casa** ___ / ___ / ___

DIRECCIÓN ACTUAL (sólo si hay cambio)			
Calle	Nº	Piso	Puerta
Municipio	CP		
Teléfono casa:	Teléfono trabajo:		
Teléfono(s) móvil(es):	e-mail:		
Nº Teléfono de posibles contactos (familiares, amigos)			
Parentesco:	Teléfono:	Móvil:	

4. **Pendientes del cuestionario de semana 12** ☐ **y 32** ☐

5. **Concertar visita 1 año**

   Te llamamos para quedar con vosotros para realizar la visita del año dentro de 2 semanas. Ese día deberéis acudir al Servicio de Pediatría (Consultas Externas) del Pabellón Infantil de La Fe (planta baja). Una vez allí, el psicólogo valorará el desarrollo psicomotriz del niño con un test apropiado para esta edad (Test de Bayley) y a continuación, el/la pediatra valorará su desarrollo y le realizará una exploración física. Además, os preguntaremos sobre la alimentación que ha llevado hasta ahora y los problemas de salud que haya podido tener. Tenemos disponibles estos días: _____

   Para poder obtener una información precisa os pedimos que os acordéis de ***traer la Cartilla de Salud Infantil****.*

   Para facilitar la tarea de nuestro equipo, convendría que seáis ***dos los adultos*** *que acompañéis al niñ@. ¿Sabes con quien vendrás?* _____

6. Comentar que se van a poner en contacto con ellos para acudir a su casa un día a hacerle una encuesta sobre características de la vivienda, aspectos laborales y otros ambientales. (La encuesta es parecida a la que se le hizo a la mujer en la semana 32)

GRACIAS!!!! Nos vemos el día _____

SI TIENE ALGUNA DUDA PUEDE LLAMARNOS AL 96 3862700 EXT 50915

LLAMADA 11 MESES niños nacidos después del 10 de Marzo de 2005

NIÑO: **MADRE:** **IDNUM:**

Infancia y Medio Ambiente

Cohorte VALENCIA

1. **Saludo y presentación** □
2. **Preguntar sobre el estado de salud del niño** □
3. **¿Recibió carta a los 9 meses?** □
4. **Comprobar datos de contacto** □
   - **Dirección:**
     i. **La misma** □
     ¿En qué zona del municipio vive usted?
     1. **Barrio** **Especificar.....**
     2. **Urbanización** **Especificar.....**
     3. **Campo** **Especificar.....**

     ii. **Otra** □
     iii. **Fecha cambio casa** ___ / ___ / ___

DIRECCIÓN ACTUAL (sólo si hay cambio)			
Calle	Nº	Piso	Puerta
Municipio	CP		
Teléfono casa:	Teléfono trabajo:		
Teléfono(s) móvil(es):	e-mail:		
Nº Teléfono de posibles contactos (familiares, amigos)			
Parentesco:	Teléfono:	Móvil:	

5. **Pendientes del cuestionario de semana 12** □ **y 32** □

6. **Concertar visita 1 año**

Te llamamos para quedar con vosotros para realizar la visita del año dentro de 2 semanas. Ese día deberéis acudir al Servicio de Pediatría (Consultas Externas) del Pabellón Infantil de La Fe (planta baja). Una vez allí, el psicólogo valorará el desarrollo psicomotriz del niño con un test apropiado para esta edad (Test de Bayley) y a continuación, el/la pediatra valorará su desarrollo y le realizará una exploración física. Además, os preguntaremos sobre la alimentación que ha llevado hasta ahora y los problemas de salud que haya podido tener.

Tenemos disponibles estos días: _____

*Para poder obtener una información precisa os pedimos que os acordéis de **traer la Cartilla de Salud Infantil**.*

Al final de la visita quedaremos con vosotros para ir a vuestra casa y tomar algunas muestras ambientales (aire y polvo), además de realizaros un cuestionario sobre características de la casa y algunos aspectos ambientales.

*Para facilitar la tarea de nuestro equipo, convendría que seáis **dos los adultos** que acompañéis al niñ@. ¿Sabes con quien vendrás? _____*

GRACIAS!!!! Nos vemos el día _____

SI TIENE ALGUNA DUDA PUEDE LLAMARNOS AL 96 3862700 EXT 50915

ANEXO 2:

Cuestionarios:

- **-lactancia**
- **-ambiental**
- **-infecciones**

CUESTIONARIO LACTANCIA (CLAC)

a) IDNUM NIÑO: | | | | | | |

b) FECHA CUESTIONARIO: ____/___/ ____

c) ENTREVISTADOR: _____

d) ENTREVISTADO: MADRE PADRE OTRO (ESPECIFICAR) _____

Vamos a preguntarle todos los **acontecimientos en la alimentación del niño/a** durante su ***primer año de vida***, empezando por ***el tipo de lactancia***

1. Al nacer su hijo/a ¿le dió el pecho?

1. Sí ¿Durante al menos 7 días completos *(aunque lo haya alternado con biberones)*?
   - 1.1 Sí *(pasar al apartado de **lactancia materna y mixta**, **preguntas 2 a 11**)*
   - 1.2 No *(pasar al apartado de **lactancia artificial exclusiva**, **preguntas 12 a 18**)*
2. No *(pasar al apartado de **lactancia artificial exclusiva**, **preguntas 12 a 18**)*

Nota: *se entiende por **LACTANCIA MATERNA** el uso exclusivo de leche materna durante al menos una semana completa (7 días) de vida del recién nacido y por **LACTANCIA MIXTA** el empleo simultáneo de lactancia materna y artificial con biberón durante al menos una semana completa de vida del recién nacido.*
*Se entiende por **LACTANCIA ARTIFICIAL EXCLUSIVA** el empleo únicamente de lactancia con biberón desde el nacimiento, así como el empleo de lactancia materna (junto con biberón o no) pero durante 6 o menos días.*

En todo tipo de lactancia: responder a las preguntas 19 a 24

Lactancia materna y mixta

2. ¿Realizó lactancia materna exclusiva antes de iniciar la mixta o artificial?

1. Sí (pasar a pregunta 3)
2. No, di de forma simultánea la lactancia materna y artificial desde el principio (*pasar a pregunta 6*)
3. Otras (*especificar*) _____

(Si **nunca realizó lactancia artificial**: pasar a ***pregunta nº 4***)

3. ¿A qué edad del niño introdujo la lactancia artificial, es decir los biberones de leche adaptada?

_____ meses _____ semanas

Si fue menos de una semana: _____ días

4. Durante el tiempo en que sólo le daba el pecho, ¿recibió algún biberón en la maternidad del hospital?

1 Sí Indicar número de tomas ____

2 No

5. Durante el tiempo en que sólo le daba el pecho, y después de salir de la maternidad, ¿le dio a su hijo algún biberón (al menos uno) de fórmulas artificiales de forma muy esporádica?

1 Sí Indicar edad del niño (para el primer biberón) en ____(meses) ____(semanas)
Nº de veces (en total) ____

2 No

(Si **nunca realizó lactancia artificial**: pasar a ***pregunta nº7***)

6. Una vez introducida la lactancia artificial, ¿qué número de tomas al día (incluyendo las tomas nocturnas) realizaba de cada una?

(*Marcar el número de tomas dentro de los recuadros*):

	Edad del niño en meses											
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**
Nº tomas de biberón al día												
Nº tomas de pecho al día												

7. Durante todo el periodo en que le daba pecho, ¿necesitó sacarse la leche por motivo laboral u otro?

1. Sí *(rellenar la tabla)*
2. No *(pasar a pregunta 8)*

Si Sí, rellenar la tabla siguiente (*marcar el número de tomas dentro de los recuadros*):

	Forma de conservar la leche	**Edad del niño en meses**											
		1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**
Nº tomas de leche materna con biberón	**Nevera**												
	Congelador												

(Si **nunca realizó lactancia artificial**: pasar a ***pregunta nº10***)

8. ¿Cuál es el origen principal del agua cuando preparaba los biberones de su <u>hijo/a</u>?

1 Agua municipal (del grifo)
2 Pozo privado
3 Agua embotellada. Especificar marca _____
4 Otro origen (especificar) _____
9 No sabe/No contesta

8.a Si el origen del agua que utiliza para preparar biberones es agua municipal ¿Utiliza algún tipo de filtro?

1 Sí Indicar tipo: _____
2 No

8.bis ¿Esteriliza el agua para preparar biberones? :

1. Sí Si Sí Indicar método: _____

   Si el método es **ebullición**, indicar:

   - Tiempo de ebullición _____ minutos
   - Edad del niño cuando dejo de esterilizar el biberón_____meses

2. No

9. ¿Ha dejado de amamantar a su hijo/a?

1 Sí, indique la edad del niño cuando dejó _____ meses _____ semanas
2 No

10. ¿Tomó medicamentos mientras daba el pecho a su hijo?

1. Sí
2. No

Si **Sí:** completar tabla

Nota: ***anotar*** *también los tratamientos adquiridos en* ***herboristerías y/o automedicación****, así como* ***pomadas o cremas*** *medicamentosas. Incluir también los* ***suplementos vitamínicos o minerales.***

Nombre medicamento	**Motivo**	**Dosis diaria**	**Fecha Inicio [1]**	**Fecha Fin [2]**	**¿Quién lo prescribió?**
1.			__/__/__	__/__/__	
2.			__/__/__	__/__/__	
3.			__/__/__	__/__/__	
4.			__/__/__	__/__/__	
5.			__/__/__	__/__/__	

[1] Si lo inició durante el embarazo o antes y lo toma todavía poner como fecha de inicio la fecha de nacimiento

[2] Si lo sigue tomando actualmente (en la fecha de la entrevista) poner la fecha de la entrevista y en comentarios indicar que lo sigue tomando

[1 y 2] **Las fechas en mes y año**

11. Cuando introdujo la lactancia artificial, ¿cuál fue la razón? (puede marcar más de una opción)

1. Hipogalactia (déficit o poca cantidad de leche)
2. Dificultad del bebé de cogerse al pecho
3. Escasa ganancia de peso del niño
4. Experiencia negativa en una lactancia anterior
5. Cuestiones laborales por parte de la madre
6. Problemas de salud de la madre (Especificar: _____
7. Otros (Especificar: _____

Lactancia artificial

12. Durante la primera semana del niño (6 días o menos), ¿le dio a su hijo alguna toma de lactancia materna?

1. Sí
2. No

Si Sí: ¿durante cuántos días? ____ días

13. ¿Hasta qué edad alimentó a su hijo con lactancia artificial de <u>forma exclusiva</u>? (*hasta la introducción de otros alimentos complementarios*)

_____ meses _____ semanas (p.ej. 4 meses 2 semanas)

14. Durante el tiempo de lactancia artificial exclusiva, ¿cuántas tomas al día (incluyendo las tomas nocturnas) hacía su hijo?

	Edad del niño en meses											
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**
Nº tomas de biberón												

15. ¿Qué tipo de agua utilizó al preparar los biberones?

1 Agua municipal del grifo
2 Pozo privado
3 Agua embotellada. Especificar marca _____
4 Otro origen (especificar) _____
10 No sabe/No contesta

15.a Sólo si el origen del agua que utiliza para preparar biberones es agua municipal ¿Utiliza algún tipo de filtro?

1 Sí Indicar tipo: _____
2 No

16. ¿Esteriliza el agua para preparar biberones? :

1. Sí Si Sí Indicar método: _____

   Si el método es **ebullición**, indicar:

   - Tiempo de ebullición _____ minutos
   - Edad del niño cuando dejo de esterilizar el biberón_____meses
2. No

17. ¿Por qué razón eligió dar la lactancia artificial?

1. Hipogalactia (déficit o poca cantidad de leche)
2. Dificultad del bebé de cogerse al pecho
3. Escasa ganancia de peso del niño
4. Experiencia negativa en una lactancia anterior
5. Cuestiones laborales por parte de la madre
6. Problemas de salud de la madre. Especificar: _____
7. Otros. Especificar: _____

18. ¿Qué persona le influyó más a la hora de tomar la decisión?

1. Usted sola
2. Se lo aconsejó su médico
3. Se lo aconsejó su matrona
4. Su pareja
5. Otras personas: _____

En todo tipo de lactancia

19. ¿Qué tipo de leche utilizó, tanto para preparar biberones como para mezclar papillas lacteadas? y ¿Cuál es el nombre de la marca/s comercial/es de la leche/s ?

	Edad del niño en meses al inicio de la leche												
	0	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**
Leche adaptada: Marca:	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②
Leche adaptada: Marca:	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②
Leche adaptada: Marca:	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②
Leche adaptada: Marca:	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②
Leche adaptada: Marca:	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②
Leche adaptada: Marca:	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②
Leche de crecimiento (junior o tipo 3) Marca:	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②
Leche de crecimiento (junior o tipo 3) Marca:	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②
Leche especial (soja, etc.): Marca:	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②
Leche especial (soja, etc.): Marca:	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②
Leche especial (soja, etc.): Marca:	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②
Leche especial (soja, etc.): Marca:	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②
Leche de vaca:	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②
Otro tipo de leche: Marca:	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②
¿Ha experimentado algún problema con alguna fórmula? En caso de que sí. Descríbalo.													

19. a Si toma leche de vaca, ésta es principalmente

1. Entera
2. Semi-descremada
3. Descremada

20. Introducción de la alimentación complementaria		**Edad del niño al comienzo del alimento**													**Frecuencia actual**
Tipo de Alimento	**Tipo de preparación**	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**Veces semana**
Frutas: manzana, pera, naranja	**Casero**	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②	
	Marca:	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②	
Plátano, fresa, melocot, albaricoq	**Casero (tipo + frec)**	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②	
	Marca:	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②	
Zumo de fruta:	**Casero (tipo + frec)**	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②	
	Marca:	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②	
Papilla cereales sin gluten (maíz, tapioca, arroz)	**Casero (tipo + frec)**	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②	
	Marca:	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②	
Papilla cereales con gluten (trigo, avena)	**Casero (tipo + frec)**	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②	
	Marca:	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②	
Arroz (incluida la sémola de arroz)	**Casero**	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②	
	Marca:	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②	
Fideos o pasta de trigo	**Casero**	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②	
	Marca:	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②	
Pan	**Panadería**	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②	
	Industrial (tipo Bimbo)	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②	
Galletas	**Tipo (María, rellenas)**	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②	
	Marca:	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②	
Galletas sin gluten	**Tipo**	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②	
	Marca:	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②	
Patatas	**Casero**	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②	
	Marca:	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②	
Verduras y hortalizas	**Casero**	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②	
	Marca:	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②	
Legumbres	**Con piel**	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②	
	Sin piel	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②	
Carne de pollo, avestruz	**Casero**	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②	
	Marca:	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②	
Carne de cordero	**Casero**	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②	
	Marca:	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②	

Introducción de la alimentación complementaria *(continuación)*		**Edad del niño al comienzo del alimento**													**Frecuencia actual**
Tipo de Alimento	**Tipo de preparación**	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**Veces semana**
Carne de vacuno	**Casero**	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②	
	Marca:	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②	
Jamón y embutidos	**Tipo**	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②	
Pescado Blanco	**Casero (tipo + frec)**	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②	
	Marca:	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②	
Pescado Azul	**Casero (tipo + frec)**	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②	
	Marca:	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②	
Yema de huevo		⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②	
Huevo con clara		⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②	
Yogures (indicar marca)	**Blanco**	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②	
	Sabor + frec	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②	
Queso fresco		⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②	
Otro tipo de queso	**Tipo:**	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②	
Postre lácteo (flan, natillas)	**Casero**	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②	
	Marca:	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②	
Leche de vaca	Entera Semidescremada Descremada	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②	
Chocolate	**De tableta, bombones**	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②	
Chucherías		⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②	
Frutos secos	**Tipo + frec:**	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②	
Aperitivos	**Tipo papas, ganchitos**	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②	
Infusiones	**Tipo "llavoretes" (natural)** Blevit Digest	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②	
Refrescos	**Tipo coca cola, fanta**	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②	
¿Añade sal a las comidas? Sí No		⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②	
¿Añade cubitos tipo Maggi a las comidas?		⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②	
¿Utiliza aceite añadido? Tipo:		⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②	
Otro alimento no descrito:		⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②	
Otro alimento no descrito:		⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②	
Otro alimento no descrito:		⓪	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②	

21. ¿Ha presentado el niño algún tipo de reacción con algún alimento?

1. Sí
2. No

Si Sí: ¿Qué tipo de reacción?:_____

22. ¿Toma el niño algún tipo de suplemento vitamínico, mineral o de otro tipo (como por ejemplo omega 3)?

1. Sí
2. No

Si Sí: completar tabla

Nota: anotar **también los suplementos adquiridos en** herboristerías y/o automedicación**.**

Nombre medicamento	**Motivo**	**Dosis diaria**	**Fecha Inicio** [1]	**Fecha Fin** [2]	**¿Quién lo prescribió?**
1			__/__/__	__/__/__	
2			__/__/__	__/__/__	
3			__/__/__	__/__/__	
4			__/__/__	__/__/__	
5			__/__/__	__/__/__	

23. ¿Cuál es el origen principal del agua que bebe actualmente su <u>hijo/a</u> ? (sin contar la de los biberones y la de preparar la comida) **indicar un sólo origen, el que usted considere más frecuente)**

1 Agua municipal (del grifo)
2 Pozo privado
3 Agua embotellada. Marca: _____
4 Otro origen (especificar) _____
9 No sabe

23.a. Si el origen del agua que bebe es agua municipal ¿Utiliza algún tipo de filtro?

1 Sí Indicar tipo: _____
2 No

24. ¿Cuál es el origen principal del agua que utiliza para cocinar en su <u>residencia</u>? (indicar un solo origen, el que usted considere más frecuente)

1 Agua municipal (del grifo)
2 Pozo privado
3 Agua embotellada Marca: _____
4 Otro origen (especificar) _____
9 No sabe

24.a Si el origen del agua que usa para cocinar es agua municipal ¿Utiliza algún tipo de filtro?

1 Sí Indicar tipo: _____
2 No

OBSERVACIONES:

MANUAL DEL CUESTIONARIO DE LACTANCIA

Pregunta nº 1: DEFINICION DE LOS DIFERENTES TIPOS DE LACTANCIA

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA: la mamá le da sólo el pecho al niño durante al menos una semana (7días), el cuestionario se contesta desde la pregunta 2 hasta la 11.
LACTANCIA MIXTA: la mamá le da el pecho al niño alternado con los biberones durante al menos una semana (7días), el cuestionario se contesta desde la pregunta 2 hasta la 11.
LACTANCIA ARTIFICIAL: la mamá le da sólo biberones desde el nacimiento o bien le da algo de lactancia materna durante pero durante 6 o menos días. En los dos casos se contesta el cuestionario desde la pregunta 12 hasta la 17.

Pregunta nº 4:

4. Durante el tiempo en que sólo le daba el pecho, ¿recibió algún biberón en la maternidad del hospital?

Se pretende averiguar si el bebé recibió algún biberón después de nacer mientras se encontraba todavía en la maternidad del hospital, estos biberones suelen ser hipoalergénicos.

Pregunta nº 5:

5. Durante el tiempo en que sólo le daba el pecho, y después de salir de la maternidad, ¿le dio a su hijo algún biberón (al menos uno) de fórmulas artificiales de forma muy esporádica?

Se pretende averiguar si durante el tiempo de lactancia materna el niño recibió biberones esporádicos (al menos uno), sin contar los que haya podido recibir en la maternidad. No vamos a definir cuántos biberones se consideran esporádicos, pero si hay un patrón definido ej. a los dos meses del niño se empieza con algún biberón los fines de semana y a partir de entonces se repite todas las semanas, esta información se recogerá en la pregunta nº 7. Para evitar cualquier duda se ***anotará en OBSERVACIONES lo que os explique la madre.***

Pregunta nº 6:

6. Una vez introducida la lactancia artificial, ¿qué número de tomas al día (incluyendo las tomas nocturnas) realizaba de cada una?

Se anotará el número de tomas dentro de los recuadros. Se anotan primero las tomas de biberón en el mes en el que introdujo la lactancia artificial (preguntado en la p. nº 3).

Pregunta nº 7:

7. Durante todo el periodo en que le daba pecho, ¿necesitó sacarse la leche por motivo laboral u otro?

Se anotará el número de tomas dentro de los recuadros.

Pregunta nº 11:

11. Cuando introdujo la lactancia artificial, ¿cuál fue la razón? (puede marcar más de una opción)

Hay que tener en cuenta que estamos en el apartado de lactancia materna (exclusiva o mixta) con preguntas que hacen referencia a un año y por lo tanto es normal que prácticamente todas las madres hayan introducido la lactancia artificial. Las opciones que se nombran (de la 1 a la 5) son más adecuadas para madres que **hayan tenido problemas** y que por eso han introducido la artificial, sin embargo si **no han tenido problemas** lo más probable es que haya sido por la opción nº 5 "cuestiones laborales por parte de la madre" o la opción nº 7 "otros" si no ha sido por trabajo.

Pregunta nº 12:

12. Durante la primera semana del niño (6 días o menos), ¿le dio a su hijo alguna toma de lactancia materna?

El marco de 7 días que se ha utilizado en las definiciones de lactancia (pregunta nº 1) ha sido una decisión consensuada para que una mujer que comenzó con lactancia materna pero no consiguió seguir no tenga que contestar a todas las preguntas sobre lactancia materna (P. de la 2 a la 11). Sin embargo es relevante tener la información sobre los días en los que intentó amamantar al niño (6 o menos) ya que no es lo mismo elegir lactancia artificial exclusiva desde el principio que intentar la lactancia materna, por lo que **el apartado de Lactancia Artificial es introducido con esta pregunta**.

Pregunta nº 19:

19. ¿Qué tipo de leche utilizó, tanto para preparar biberones como para mezclar papillas lacteadas? y ¿Cuál es el nombre de la marca/s comercial/es de la leche/s ?

Pregunta nº 20:

20. Introducción de alimentos

En este apartado pretende recogerse información sobre cuándo se le ha introducido un alimento al niño, diferente de la leche. En los recuadros se marca el mes de introducción y en la columna final "frecuencia actual, veces a la semana", se recoge cómo de frecuente lo toma actualmente, teniendo en cuenta que el niño tiene 12 meses.
Algunas consideraciones a tener en cuenta:

- Los alimentos hasta el año de edad no suelen tomarse crudos y suelen administrarse en forma de compotas o de purés, si bien la madre al año ya habrá introducido algún alimento más sólido. El preguntarse "casero" o "marca", se refiere a la forma de preparación del alimento y si se le prepara en casa o bien se utilizan alimentos preparados para niños (los potitos), pudiendo darse los dos casos a la vez.
- Donde se indica "**(tipo + ν)",** quiere decir que tipo toma más frecuentemente en caso de haber varias opciones. Ejemplo: toma pescado blanco merluza y lenguado, pero el más frecuente es la merluza, se anotará pues "merluza".
- En el apartado de "fruta", se considerará la fruta que se hace en compota tanto sea fresca como de potitos o la que se utiliza para los cereales, siempre que sea fruta fresca añadida a las papillas. Si la fruta viene mezclada en unas "papillas instantáneas", se anotará sólo en el apartado de cereales sin gluten o con gluten, ejemplo: Nestlé 5 cereales con frutas.
  Con los yogures de frutas lo mismo, es decir si es fruta fresca triturada con yogur, se considerará la fruta por un lado y el yogur por otro. Si el yogur es de sabor o tiene pedacitos de fruta se anotará en yogur marca y sabor.
- En el apartado de "verduras" se considerarán las preparadas en casa, normalmente con arroz u otro tipo de cereales específicos para ese plato, así como las de los potitos. Ejemplo: si toma una vez al día potitos de arroz con verduras, se marcará verduras 7 veces a la semana y el arroz o el

acompañante del plato se considerará en su apartado correspondiente, de ahí que se haya preguntado arroz casero o marca, para distinguir si se le prepara con arroz y se añaden las verduras o si se le da en forma de potito ya preparado.

- En el apartado “chocolate”, se refiere a chocolate como tal. Si se le dan yogures de “sabor chocolate“, esto se anotará en el yogur.

Infancia y Medio Ambiente

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. ¿Cuantos 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 ..?

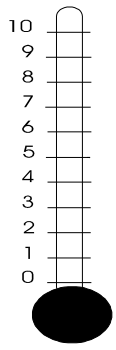
Modificación en:	**Sí**	**No**	**Si Sí, especificar situación actual**
8 La frecuencia con que pasan coches por la calle donde se encuentra su casa	1	2→ Pasar a p9	8.a Frecuencia actual 1. Continuamente 2. Con bastante frecuencia 3. Poco 4. Practicamente nunca
9. Frecuencia pasan vehículos pesados *(por 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 |__|__|__| 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*

Molestia insoportable



Ninguna molestia

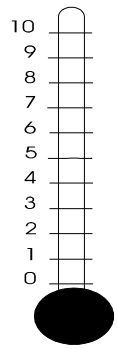
13. ¿Qué nivel de ruido tiene habitualmente en su casa?

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

Molestia insoportable



Ninguna molestia

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** 0 = No tiene animales 1 = Tiene animales y No duermen con el niño 2 = Tiene animales y duermen con el niño												**17.c Frecuencia noches al mes que durmió con él**	
		1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**de 1 a 7**	**> 7**
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:

1 Sólo /a ⟶ **19.1.a ¿A partir de qué mes duerme solo /a?** |__|__| → **Pasar a p19.3.**

2 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

1 niños menores de 12 años |__|

2 entre 12-64 años |__|

3 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)

01. Lana
02. Espuma
03. Muelles
04. Látex
05. Otros(indicar):.....
06. 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?

1 Sí → Pasar a p21.b.

2 Sí, pero solo unos meses → Pasar a p21.a.

3 No → Pasar 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)*

01. Lana
02. Espuma
03. Látex
04. Plumas
05. Otros (indicar):.....
99. 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)

01. Manta
02. Edredón de plumas
03. Edredón sintético
04. Otros (Indicar):.....
99. Ns/Nc

25. ¿Han cambiado o remodelado la habitación desde el mes previo de nacer el bebé hasta ahora? (no son excluyentes)

01. Hemos empapelado las paredes
02. Pintado
03. Barnizado
04. Otros (Especificar).....
05. No

26. ¿Utiliza en la habitación del niño humidificadores?

1 Si, de forma habitual

2 Sí, cuando padece problemas respiratorios

3 No → Pasar a P27

26.a. ¿De qué tipo?

1..... sólo vapor

2..... 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 **Indicar:**	2	1 **Indicar:**	2	1 **Indicar:**	2

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
a. Sprays insecticidas	Todo el año De manera estacional Esporádicamente Nunca	**1** **2** **3** **4**	**1** **2** **3** **4**
b. Dispositivo químico de enchufe (pastilla, liquido,...)	Todo el año De manera estacional Esporádicamente Nunca	**1** **2** **3** **4**	**1** **2** **3** **4**
c. Otros (especificar): **……..**	Todo el año De manera estacional Esporádicamente Nunca	**1** **2** **3** **4**	**1** **2** **3** **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?
a. Pintura o rotulación	1. Sí 2. No → Pasar a b	1 Todos los días 2 Algunos días semana 3 Esporádicamente	1 Sí 2 No
b. Fotografía y/o revelado con utilización de productos químicos	1. Sí 2. No → Pasar a c	1 Todos los días 2 Algunos días semana 3 Esporádicamente	1 Sí 2 No
c. Utilización algún tipo de pegamento o cola	1. Sí 2. No → Pasar a d	1 Todos los días 2 Algunos días semana 3 Esporádicamente	1 Sí 2 No
d. Modelismo, construcción de maquetas	1. Sí 2. No → Pasar a e	1 Todos los días 2 Algunos días semana 3 Esporádicamente	1 Sí 2 No
e. Bricolage o pequeñas reparaciones	1. Sí 2. No → Pasar a f	1 Todos los días 2 Algunos días semana 3 Esporádicamente	1 Sí 2 No
f. Otros, indicar cuales: **.....** **.....**	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^2**

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	
41. Distancia de su casa a un lugar con invernaderos para cultivos agrícolas	**1**	**2 → Pasar a 42**	**41.a. Si Sí, especificar distancia actual** 1 Lejos (>200metros) 2 Medio (100-200m) 3 Cerca (50-100m) 4 Muy cerca (<50m)
42. Distancia de su casa a una zona con actividad agrícola (campos cultivados)	**1**	**2 → Pasar a 43**	**42.a. Si Sí, especificar distancia actual** 1 Lejos (>200metros) 2 Medio (100-200m) 3 Cerca (50-100m) 4 Muy cerca (<50m)
43. Distancia de su casa cerca a una zona con alguna actividad industrial	**1**	**2 → Pasar a 44**	**43.a. Si Sí, especificar distancia actual** |__|__|__| **metros** **43.b ¿Polígono o zona industrial?. Indicar nombre:.....** **43.c ¿Otro tipo de actividad industrial? (garaje, taller, fábrica?,...) Indicar tipo de actividad: ....**

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?

	51a Hasta 4 meses		51b Después de 4 meses	
A la semana	**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
	51c Hasta 4 meses		**51d Después de 4 meses**	
Al mes *(Si menos de una vez a la semana)*	**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
	51e. Hasta 4 meses		**51f. Después de 4 meses**	
Tiempo en el agua	**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	
Piscina descubierta pública **Nombre:.....** **Calle:.....Nº.....CP.....** **Población.....** **Urbanización:.....**		**53a. Nº de días al mes**	**53a.1 Tiempo (minutos)**	**53b. Nº de días al mes**	**53b.1 Tiempo (minutos)**
		v	|__|__|__|tpo	v	|__|__|__|tpo
Piscina descubierta privada **De obra**	**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
De plástico	**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
Piscina cubierta **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 **Esporádicamente (nº veces este año):** 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 ***Esporádicamente (veces este año):*** 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 |__||__|	1	2	3	4
56.2 |__||__|	1	2	3	4
56.3 |__||__|	1	2	3	4
56.4 |__||__|	1	2	3	4
56.5 |__||__|	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 |__|__|
- L.5.1.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:**		

CD1. ¿Ha cambiado de domicilio desde el último cuestionario? (*Fecha último cuestionario 32 s* |__|__|__|__|__|__|)

1 Sí
2 No **(TERMINA EL CUESTIONARIO)**

→ **CD1.a. ¿Cuándo se ha cambiado?**... |__|__|__|__|__|__|...(fecha)

CD2. Edad de su casa en años: 2|__|

1 <5
2 de 5 a 14
3 de 15 a 29
4 >30
9 Ns/Nc

CD3. ¿Cómo describiría su vivienda? 3|__|

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) --> Pasar a pregunta CD5
04 Otros (por favor, especifique)..... --> Pasar a pregunta CD5

CD4. Si su vivienda es unifamiliar, ¿tiene garaje particular comunicado con el interior de la casa? 4|__|

1 Sí
2 No
9 No procede

CD5. ¿En qué piso-altura se haya su vivienda? (marque 0 si es planta baja) |__|__| 5|__|__|

CD6. Nº de habitaciones de su casa (sin contar la cocina y baño(s): |__|__| 6|__|__|

CD7. Nº de metros cuadrados de la casa (sin contar jardín ni terraza): |__|__|__| 9 Ns/Nc 7|__|__|__|

CD8. En su casa, las siguientes habitaciones tienen ventanas que den a:

a. Salón-comedor	1 exterior	2 interior3 sin ventana	8a|__|
b. Dormitorio madre	1 exterior	2 interior3 sin ventana	8b|__|
c. Cocina	1 exterior	2 interior3 sin ventana	8c|__|
e. Otras: (especificar)	1 exterior	2 interior3 sin ventana	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:

CUESTIONARIO INFECCIONES PRIMER AÑO

a) Nº HISTORIA CLINICA NIÑ@: .....

b) IDNUM NIÑO: | | | | | | |

c) HORA INICIO: **HORA FIN:** **d) FECHA CUESTIONARIO: ____/___/ ____**

e) ENTREVISTADOR: _____ **f) ENTREVISTADO: _____**

1.- ¿Cuál de las siguientes frases describe mejor a su hijo/a en los últimos 12 meses?

Nunca tiene pitos, aunque esté resfriado y mocoso, o tenga otra infección (nº episodios=0) ……..…1

SI 1 PASAR A PREG 3

Ocasionalmente o a veces tiene pitos (nº episodios=1-6) ……..…2

Tiene pitos la mayor parte del tiempo o siempre, (nº episodios=7 o más) …… …3

- *Por sibilantes o pitos queremos decir silbidos procedentes del pecho, pero no la respiración ruidosa debida a la nariz tapada.*
  Por otra infección queremos decir dolor de garganta, infección del oído o fiebre.

2 - ¿Cómo describiría los episodios de pitos que tiene su hijo/a?

Tiene pitos sólo cuando está resfriado o tiene otra infección ……..……..1
Cuando está resfriado o tiene otra infección no aumentan sus pitos ……..……2
Cuando está resfriado o tiene otra infección aumentan sus pitos ……..……3

3 - ¿Cuál de las siguientes frases describe mejor a su hijo en los últimos 12 meses?

Nunca tiene el pecho cargado, aunque esté resfriado y mocoso, o tenga otra infección.
(por pecho cargado queremos decir la sensación de ruidos o flemas en el pecho)..……..……..1

Ocasionalmente o a veces tiene el pecho cargado. ……..……2

Tiene el pecho cargado la mayor parte del tiempo o siempre lo está……..…….3

3a – En los últimos 12 meses, ¿Ha tenido su hijo/a una tos que haya durado más de 3 semanas?

Ninguna……..…….....1
1 o 2 episodios de tos > 3 semanas…..…….....2
Entre 3 y 5 episodios de tos > 3 semanas..…….....3
Entre 6 y 9 episodios de tos > 3 semanas..…….....4
Tiene tos la mayor parte del tiempo..…….....5
NS/NC…….....9

3b – Durante este tiempo, su hijo ha sido visto por un pediatra o médico por una tos que haya durado más de 3 semanas y que no se debiera a resfriado o gripe?

SI.....1
NO.....2
NS/NC.....9

3c - ¿En cuantas ocasiones? .....

4 - ¿Cuántas veces ha estado su hijo resfriado o con la nariz mocosa en los últimos 12 meses?

Ninguna……..…….1
1 o 2 ……..…….2
Entre 3 y 5……..…….3
Entre 6 y 12 ……..……..4
Más o menos siempre lo está…….…….5
NS/NC….....9

5 - ¿Cuántas infecciones del oído ha tenido su hijo en los últimos 12 meses?

Ninguna……..……1
1 o 2 ……..……..2
Entre 3 y 5 ……..…….3
Entre 6 y 12 ……..…….....4
NS/NC….....9

6 - Si ha tenido su primera infección de oído en los últimos 12 meses ¿Qué edad tenía, entonces?

(meses)……..

7 - ¿Ha padecido alguno de los siguientes trastornos en la piel? (por favor, señale uno o más)

SI.....1
NO.....2

- ☐ Varicela
- ☐ Eccema atópico
- ☐ Eccema seborreico
- ☐ Herpes Simplex
- ☐ Ninguno

8 - ¿Algún médico le ha dicho alguna vez que su hijo tenía una infección en el pecho?

SI.....1
NO.....2
NS/NC.....9

8 a Especifique ¿qué infección le fue diagnosticada a su hijo?

Bronquiolitis.....1
Neumonía 2
Bronquitis 3

9 - En el último año ¿ Ha necesitado su hijo visitar alguna vez un hospital (incluyendo accidentes o visitas ambulatorias)? (por favor, señale una o más)

SI.....1
NO.....2

- ☐ Accidente
- ☐ Visita ambulatoria
- ☐ Servicio de Urgencias del Hospital
- ☐ Ingresos

9.1. Si *Visita ambulatoria***, motivos:** .....
.....

9.2. Si *Urgencias Hospital***, motivos:** .....
.....

9.3. Si *Ingreso***, motivos:** .....
.....

10 - ¿ En los últimos 12 meses ¿Su hijo ha tomado alguna vez antibióticos?

SI.....1
NO.....2
NS/NC.....9

11- ¿Por qué? (por favor señale una o más)

- ☐ Pecho
- ☐ Oído
- ☐ Piel
- ☐ Otras.....

12 - ¿En cuantas ocasiones? .....

13 - ¿Ha visitado al médico por algún cuadro de diarrea y vómitos, caracterizado como una gastroenteritis?

SI 1
NO 2
NS/NC 9

13 a ¿En cuántas ocasiones? .....

OBSERVACIONES:

ANEXO 3

-Consentimiento genético sangre de cordón
-Consentimiento genético sangre de gestante

Infancia y Medio Ambiente

Cohorte VALENCIA

Aceptación voluntaria para que su hijo/a participe en el estudio genético del estudio Infancia y Medio Ambiente (INMA)

(Copia padres)

Cómo ustedes ya conocen, el proyecto de investigación que lleva por título " INMA (Infancia y Medio Ambiente): Exposiciones pre y postnatales a contaminantes ambientales, dieta, crecimiento fetal y desarrollo neuro-inmuno-endocrinológico" se realiza para estudiar el impacto de los contaminantes ambientales sobre la salud de los niños pequeños.

Para poder ampliar el conocimiento sobre los efectos de la contaminación sobre la salud, es necesario conocer, por un lado, el papel de algunos genes en la predisposición de ciertas enfermedades y, por otro, las interacciones que se producen entre los genes y los contaminantes en el desarrollo de la enfermedad.

Si ustedes aceptan que su hijo participe en esta parte del proyecto, un pequeño volumen de la muestra de sangre de cordón se destinará al estudio de algunos genes relacionados con distintas enfermedades de interés para INMA.

Toda la información relacionada con el estudio genético será anónima de forma que será imposible relacionarla con su hijo/a.

Yo, ... (nombre y apellidos), en calidad de..... (relación con el participante)

- He leído la información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre esta parte del estudio.
- He recibido suficiente información sobre esta parte del estudio.
- He hablado con....., quien me ha aclarado las dudas.
- He sido informado que los resultados de esta parte del estudio serán anónimos de modo que será imposible relacionarlos con mi hijo/a.
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que el estudio está diseñado para incrementar los conocimientos médicos.

Presto libremente mi conformidad para que se analicen en mi hijo/a algunos genes relacionados con distintas enfermedades de interés para INMA.

Nombre y apellidos.....
DNI: .....

Firma del padre, madre o tutor

Fecha y lugar: ....., a ____ de ..... de 200__

Firma del responsable

Nombre y apellidos.....

Aceptación voluntaria para que su hijo/a participe en el estudio genético del estudio Infancia y Medio Ambiente (INMA)

(Copia INMA)

Cómo ustedes ya conocen, el proyecto de investigación que lleva por título "INMA (Infancia y Medio Ambiente): Exposiciones pre y postnatales a contaminantes ambientales, dieta, crecimiento fetal y desarrollo neuro-inmuno-endocrinológico" se realiza para estudiar el impacto de los contaminantes ambientales sobre la salud de los niños pequeños.

Para poder ampliar el conocimiento sobre los efectos de la contaminación sobre la salud, es necesario conocer, por un lado, el papel de algunos genes en la predisposición de ciertas enfermedades y, por otro, las interacciones que se producen entre los genes y los contaminantes en el desarrollo de la enfermedad.

Si ustedes aceptan que su hijo participe en esta parte del proyecto, un pequeño volumen de la muestra de sangre de cordón se destinará al estudio de algunos genes relacionados con distintas enfermedades de interés para INMA.

Toda la información relacionada con el estudio genético será anónima, de forma que será imposible relacionarla con su hijo/a.

Yo, ... (nombre y apellidos),
en calidad de..... (relación con el participante)

- He leído la información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre esta parte del estudio.
- He recibido suficiente información sobre esta parte del estudio.
- He hablado con....., quien me ha aclarado las dudas.
- He sido informado que los resultados de esta parte del estudio serán anónimos de modo que será imposible relacionarlos con mi hijo/a.
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que el estudio está diseñado para incrementar los conocimientos médicos.

Presto libremente mi conformidad para que se analicen en mi hijo/a algunos genes relacionados con distintas enfermedades de interés para INMA.

Nombre y apellidos.....
DNI: .....

Firma del padre, madre o tutor

Fecha y lugar: ....., a ____ de ..... de 200__

Firma del responsable

Nombre y apellidos.....

Aceptación voluntaria para participar en el estudio genético del estudio Infancia y Medio Ambiente (INMA)

(Copia mujer)

Cómo usted ya conoce, el proyecto de investigación que lleva por título " INMA (Infancia y Medio Ambiente): Exposiciones pre y postnatales a contaminantes ambientales, dieta, crecimiento fetal y desarrollo neuro-inmuno-endocrinológico" se realiza para estudiar el impacto de los contaminantes ambientales sobre la salud de los niños pequeños.

Para poder ampliar el conocimiento sobre los efectos de la contaminación sobre la salud, es necesario conocer, por un lado, el papel de algunos genes en la predisposición de ciertas enfermedades y, por otro, las interacciones que se producen entre los genes y los contaminantes en el desarrollo de la enfermedad.
Si usted acepta participar en esta parte del proyecto, un pequeño volumen de la muestra de sangre que se le extrajo a las 12 semanas se destinará al estudio de algunos genes relacionados con distintas enfermedades de interés para INMA.

Toda la información relacionada con el estudio genético será anonimizada de forma que será imposible relacionarla con su persona.

Yo, ... (nombre y apellidos),

- He leído la información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre esta parte del estudio.
- He recibido suficiente información sobre esta parte del estudio.
- He hablado con....., quien me ha aclarado las dudas.
- He sido informado que los resultados de esta parte del estudio serán anonimizados de modo que será imposible relacionarlos con mi persona.
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que el estudio está diseñado para incrementar los conocimientos médicos.

Presto libremente mi conformidad para que se analizen algunos genes relacionados con distintas enfermedades de interés para INMA.

Nombre y apellidos.....
DNI: .....

Firma

Fecha y lugar: ....., a ____ de ..... de 200__

Firma del responsable

Nombre y apellidos.....

Aceptación voluntaria para participar en el estudio genético del estudio Infancia y Medio Ambiente (INMA)

(Copia INMA)

Cómo usted ya conoce, el proyecto de investigación que lleva por título " INMA (Infancia y Medio Ambiente): Exposiciones pre y postnatales a contaminantes ambientales, dieta, crecimiento fetal y desarrollo neuro-inmuno-endocrinológico" se realiza para estudiar el impacto de los contaminantes ambientales sobre la salud de los niños pequeños.

Para poder ampliar el conocimiento sobre los efectos de la contaminación sobre la salud, es necesario conocer, por un lado, el papel de algunos genes en la predisposición de ciertas enfermedades y, por otro, las interacciones que se producen entre los genes y los contaminantes en el desarrollo de la enfermedad.
Si usted acepta participar en esta parte del proyecto, un pequeño volumen de la muestra de sangre que se le extraerá a las 12 semanas se destinará al estudio de algunos genes relacionados con distintas enfermedades de interés para INMA.

Toda la información relacionada con el estudio genético será anonimizada de forma que será imposible relacionarla con su persona.

Yo, ... (nombre y apellidos),

- He leído la información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre esta parte del estudio.
- He recibido suficiente información sobre esta parte del estudio.
- He hablado con....., quien me ha aclarado las dudas.
- He sido informado que los resultados de esta parte del estudio serán anonimizados de modo que será imposible relacionarlos con mi persona.
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que el estudio está diseñado para incrementar los conocimientos médicos.

Presto libremente mi conformidad para que se analizen algunos genes relacionados con distintas enfermedades de interés para INMA.

Nombre y apellidos.....
DNI: .....

Firma

Fecha y lugar: ....., a ____ de ..... de 200__

Firma del responsable

Nombre y apellidos.....

ANEXO 4

Test Bayley 1 año

- **Informe del test**
- **Carta informativa y material educativo para padres**

Infancia y Medio Ambiente

Cohorte Valencia

Resultados del Test Psicotécnico

Nombre del niño: «Nombre», «Apellido1» «Apellido2»

Después de la evaluación de las aptitudes y de la psicomotricidad de su hijo, mediante la Escala Bayley de Desarrollo Infantil, podemos hacer las siguientes consideraciones:

Su desarrollo cognitivo global está: **«Desarrollo_Global»**

- Las áreas exploradas han sido:
  - ✓ Escala de Psicomotricidad: Adquisiciones motoras finas (manuales y digitales) y gruesas (postura, autonomía motora) **IDP normal: entre 50 y 150**
  - ✓ Escala Mental: Capacidad de comprensión, razonamiento, memoria, percepción, expresión verbal **IDM normal: entre 50 y 150**
  - ✓ Registro del comportamiento: Respuestas sensoriales, Reacciones sociales, Emociones y Conductas de cooperación, atención, etc. durante la prueba.

- Su hijo ha obtenido las siguientes puntuaciones en las áreas exploradas:
  Escala de Psicomotricidad, **IDP: «IDP»**
  Escala Mental, **IDM: «IDM»**

  Registro del Comportamiento global:
  «Reg_Comport_Global»

  Conductas específicas observadas:
  Durante la evaluación se observó que el niño presentaba determinadas conductas que merecen especial atención porque no se dan de manera habitual en niños de su misma edad.

Las conductas observadas de especial atención se marcan con una **x** delante.

- Reacción social escasa. No presta suficiente atención a las personas presentes.
- Escasa cooperación durante la realización de la prueba.
- Reacción de miedo excesiva. Reacción excesiva ante lo nuevo o extraño durante la evaluación.
- Excesiva tensión corporal.
- Tono emocional alterado. El niño muestra una reacción de desagrado durante la mayor parte de la prueba.
- Escaso interés por los objetos. No muestra interés hacia los juguetes, objetos o materiales del test.
- Excesiva fijación hacia un objeto determinado del test.
- Escasa persistencia en el esfuerzo. Se distrae fácilmente o no muestra interés por llegar a

completar la actividad.
- Atención escasa. Se distrae fácilmente.
- Actividad reducida. Se muestra quieto e inactivo sin iniciar prácticamente por sí mismo movimientos.
- Presta escasa atención a lo que está a su alrededor. Responde solamente a fuertes estimulaciones.
- Respuesta sensorial inusual:
    - · Mira poco.
    - · No escucha.
    - · No vocaliza.
    - · Golpea excesivamente.
    - · Manipula excesivamente los objetos.
    - · Ausencia de movimiento corporal
    - · Mueve el cuerpo en exceso.
    - · Muerde o chupa en exceso, dedos, chupete o juguetes.

- Escaso nivel de energía.
- Excesivo nivel de energía.
- Deficiente coordinación de grandes músculos (piernas y brazos).
- Deficiente coordinación de músculos de manos.
- Coordinación motora excepcionalmente buena.

Estos resultados se han obtenido de una prueba concreta, y en un momento determinado. Teniendo en cuenta que es una información que depende de múltiples factores y sometida a una evolución continua, hay que interpretar los datos como una orientación para un tiempo concreto y no como un resultado definitivo.

Para cualquier duda, estamos a su entera disposición

Atentamente,

El Equipo del estudio
Valencia, … de ……. de 200..

Ante cualquier duda que tengáis, nos podéis llamar al Telf.: 96-3862700 Ext. 50915, o escribirnos al e-mail: inma_lafe@gva.es

Infancia y
Medio Ambiente

Infancia y Medio Ambiente
Cohorte de Valencia

Estimados padres:

Junto con los resultados obtenidos en la valoración de las aptitudes y psicomotricidad de su hijo, queremos informarle sobre el proceso, objetivos e interpretaciones que de ella pueden derivarse.

Desde el equipo del estudio se ha considerado oportuno valorar a nivel psicológico a su hijo mediante las ***Escalas Bayley de Desarrollo Infantil***, diseñadas para proporcionar una triple evaluación del desarrollo relativo del niño en los dos años y medio primeros de su vida. Las tres partes se consideran complementarias, proporcionando cada una de ellas una contribución propia a la evaluación:

- La ***Escala Mental*** ha sido preparada para evaluar la agudeza sensorio-perceptiva, la discriminación y la capacidad de respuesta a estímulos, la adquisición temprana de la constancia del objeto y de la memoria, aprendizaje y capacidad de resolución de problemas, las vocalizaciones al comienzo de la comunicación verbal así como la capacidad temprana para generalizar y clasificar.

  Los resultados de la aplicación de la Escala Mental se expresan en puntuaciones típicas o **Índice de Desarrollo Mental (IDM).** Las puntuaciones en esta escala pueden oscilar entre 50 y 150, siendo el intervalo comprendido entre 84 y 116 aquél donde se sitúan las puntuaciones de la mayoría de niños de edad similar que su hijo.

- La ***Escala de Psicomotricidad*** proporciona una medida del grado de control del cuerpo, la coordinación de los músculos grandes y la habilidad manipulativa de manos y dedos.

  Los resultados de esta Escala se expresan en puntuaciones típicas o **Índice de Desarrollo Psicomotriz (PDI).** De la misma forma que en la escala anterior, las puntuaciones en esta escala pueden oscilar entre 50 y 150, siendo el intervalo comprendido entre 84 y 116 aquél donde se sitúan las puntuaciones de la mayoría de niños de la misma edad que su hijo,

- El ***Registro del Comportamiento del Niño*** se completa después de la aplicación de las Escalas Mental y de Psicomotricidad. Este registro ayuda a evaluar la naturaleza de las orientaciones sociales y objetivas del niño hacia su entorno, expresadas en actitudes, intereses, emociones, energía, actividad y tendencias de aproximación o evitación de estímulos.

  De la valoración de dicha escala podemos concluir que su hijo ha presentado durante la realización de la prueba bien un comportamiento adecuado, o algunas conductas puntuales que nos han llamado la atención y que pueden haber influido en los resultados de la misma. Hay que tener en cuenta que estas

conductas observadas dependen de múltiples factores, entre ellos las condiciones en que se encuentre el niño ese día (por ejemplo, que esté cansado o con sueño) .

Desde el equipo de estudio nos gustaría subrayar la idea que los índices derivados de las Escalas Mental y de Psicomotricidad tienen un valor limitado para predecir capacidades intelectuales posteriores puesto que sólo permiten señalar que en un momento dado se ha observado en un niño un nivel de desarrollo determinado respecto al desarrollo medio de los otros niños de su edad. Esto es así porque el grado de desarrollo de un niño en su primer o segundo año de vida puede variar mucho en el curso de unos pocos meses y los resultados concretos obtenidos en la prueba dependen, a su vez, tal como hemos dicho, de múltiples factores, entre ellos las condiciones en que se encuentre el niño ese día (por ejemplo, que esté soñoliento, cansado, hambriento, “de mal humor”, etcétera) y su predisposición y motivación para cooperar durante la evaluación. Es por este motivo que, en determinados casos, hemos considerado oportuno reevaluar a bebés que obtenían alguna puntuación fuera de lo esperable para su edad. Si estas puntuaciones persisten o se corroboran, además de informarles a ustedes, contactaríamos con su pediatra con el fin de que lleve a cabo el seguimiento y control oportuno del problema.

El valor de estos índices de desarrollo reside en que proporcionan una base para establecer el nivel relativo actual y para indicar, si fuera necesario, medidas tempranas de estimulación cuando el niño manifiesta signos evidentes de un retraso mental o psicomotor, de tal manera que se evite el posterior retraso intelectual del niño. Junto con la presente carta e informe de resultados, se proporciona además información complementaria sobre el desarrollo psicomotor normal en la primera infancia y posibles formas de estimularlo.

Nos gustaría finalmente resaltar que el presente informe proporciona datos orientativos con una finalidad informativa y educativa, y no pretende reemplazar en ningún momento la evaluación, consejo, diagnóstico o tratamiento médico proporcionado por su pediatra o cualquier otro especialista.

Para cualquier duda, estamos a su entera disposición,

Atentamente,

El Equipo del estudio

Ante cualquier duda, póngase por favor en contacto con nosotros llamando al Telf.: 96-3862700 Ext. 50915, o escribiendo al e-mail: inma_lafe@gva.es

Infancia y Medio Ambiente

DESARROLLO PSICOMOTOR: ¿QUÉ HABILIDADES VA A ADQUIRIR MI HIJO EN SU PRIMERA INFANCIA?

Cuando hablamos de **desarrollo psicomotor** nos referimos a las habilidades que adquiere un niño a lo largo de toda la infancia. Para ello es necesario que sus órganos (cerebro, médula, nervios y músculos) maduren de forma adecuada, teniendo en cuenta que uno de los principales factores determinantes del desarrollo motor, social, emocional y lingüístico de un niño es la cantidad de contacto positivo que tiene con sus padres y otros cuidadores. Conocer las etapas de desarrollo facilita que los padres puedan seguir y disfrutar de los logros de su hijo.

¿Qué valoramos para poder decir que su desarrollo es el adecuado?

Motricidad gruesa: Sostiene la cabeza (1-2 meses). Se sienta (6-9 meses). Se mantiene de pie (9-12 meses). Anda solo (10-18 meses). Algunos niños empiezan a caminar hacia los 17 meses y no pasan por la fase de gateo. Este hecho puede preocupar a sus padres, pero puede ser normal. Son niños que se desplazaban por si solos de otras formas antes de comenzar a caminar, como arrastrarse con las nalgas pegadas al suelo, arrastrando los pies, rodando sobre sí mismos o reptando. Los niños, que hacen esto, suelen caminar más tarde que los demás. Probablemente a alguno de sus padres le ocurrió lo mismo. Además, hasta un 30-40 % de niños caminan de puntillas, y un 7% de niños pasan directamente de mantenerse sentado a mantenerse en pie, y de ahí a caminar sin gateo previo. Todo esto son variaciones normales del desarrollo.

Motricidad fina: Dirige la mano a un objeto (4-6 meses). Coge objetos entre el pulgar y la cara lateral del índice (6-8 meses). Cambia los objetos de mano (6-8 meses). Realiza la pinza pulgar-índice con la punta de los dedos (9-12 meses).Algunos niños hacen la pinza con los dedos índice y corazón, esto también es una variación normal del desarrollo. Hace una torre de 3 cubos por imitación (18-21 meses).

Desarrollo del lenguaje: Hace gorgoritos (2-4 meses), balbuceos (6 meses), dice papá-mamá inespecífico (8 meses), dice papá-mamá apropiado (10 meses), tiene jerga abundante y dicción de 3 palabras (14-15 meses), obedece una orden verbal (12-18 meses), usa el NO (14-18 meses), combina 2 palabras diferentes (18-24 meses).

Desarrollo social: Llanto (nacimiento). Sonríe a la madre (2 meses). Ríe a carcajadas (4 meses). Persigue un objeto con la vista 180º (3 meses). Dirige su mirada a la voz (3-4 meses). A los 4 meses le gusta mirar su entorno y un poco más tarde se gira ante un ruido, mostrando su interés hacia el mismo (6-8 meses). A los 6 meses reconoce a los extraños. Cuando tiene 9 meses es capaz de realizar órdenes simples acompañadas de un gesto como decir adiós y además le gusta explorar a su alrededor. A los 12 meses acude cuando se le llama y le gusta ayudar a vestirse. Imita a los adultos en su juego a partir de los 18 meses. A los 2 años hará juego en paralelo con otros niños y a los 3 empezará el juego compartido. A los 4 años cuenta cuentos, acepta las reglas de los juegos y le gusta ayudar en casa. Todos estos eventos indican que el niño manifiesta interés e interactúa de forma positiva con su entorno.

Cualquier situación que se aparte de la adquisición normal de esos parámetros de desarrollo, debe alertar a los padres, pedir consejo a su pediatra y asegurarse un diagnóstico precoz.

Formas de estimular el desarrollo normal de su hijo

Es importante estimular al niño: jugar con él y hablarle. Los bebés primero deben escuchar el lenguaje antes de que puedan usarlo por sí mismos. Le hablaremos correctamente, con claridad y sin deformar las palabras.

El contacto físico y las caricias son buenos para su hijo. Proporciónele mucho contacto visual, sonrisas y afecto.

A partir del 6º mes puede jugar en el suelo o en un parque, con objetos de colores vivos.

Se le debe ayudar en el conocimiento del mundo que le rodea (sus objetos, su casa, su zona, los animales, las plantas y los contrastes del día y la noche, grande y pequeño, etc.). Ayúdele a su niño pequeño a describir lo que observa o experimenta.

Su fantasía e imaginación están en pleno desarrollo: podemos ayudarle mediante cuentos y canciones.

Este material se proporciona sólo para fines informativos y educativos, y no pretende reemplazar la evaluación, consejo, diagnóstico o tratamiento médico proporcionados por su pediatra.

Fuentes

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. ¿Qué habilidades va a adquirir mi hijo en su primera infancia? En: La salud de tu hijo paso a paso. Generalitat Valenciana, 2005: 46-47.
http://biblioteca.sp.san.gva.es/biblioteca/publicaciones/MATERIAL/PUBLICACIONES/INFAN_MUJER/INFANTIL/INFANTIL/SALUD_HIJO.PDF

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Calendario del Desarrollo Infantil.
http://biblioteca.sp.san.gva.es/biblioteca/publicaciones/MATERIAL/PUBLICACIONES/INFAN_MUJER/INFANTIL/INFANTIL/DESARROLLO_INFANTIL.PDF

Asociación Española de Pediatría. Información para PADRES de la Asociación Española de Pediatría.
http://www.aeped.es/infofamilia/recomedad.htm